

T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

SAĞLIK KURUMLARINDA İSTENMEYEN OLAY  
BİLDİRİMİNDE MOTİVE EDİCİ VE ENGELLEYİCİ  
FAKTÖRLER: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI  
VE PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Çeçenya İremnur MUMCU

İstanbul  
Ocak-2025

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARINDA İSTENMEYEN OLAY**  
**BİLDİRİMİNDE MOTİVE EDİCİ VE ENGELLEYİCİ**  
**FAKTÖRLER: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI VE**  
**PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Çeçenya İremnur MUMCU**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Halil ŞENGÜL**

**İstanbul**

**Ocak-2025**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Halil ŞENGÜL

Üye Dr. Öğr. Üyesi Derya ŞAHİN

Üye Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAKTİR

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildiriminde Motive Edici ve Engelleyici Faktörler: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması ve Psikometrik Özellikleri**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Çeçenya İremnur MUMCU

## ÖN SÖZ

Tez sürecimin her aşamasında bana yardımcı olan ve yol gösteren tez danışmanım Doç.Dr Halil ŞENGÜL'e ve eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen sevgili eşim Berkan MUMCU'ya, kızım Nilperi MUMCU'ya ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

**Çeçenya İremnur  
MUMCU  
İstanbul-2025**



**ÖZET**  
**SAĞLIK KURUMLARINDA İSTENMEYEN OLAY**  
**BİLDİRİMİNDE MOTİVE EDİCİ VE ENGELLEYİCİ**  
**FAKTÖRLER: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI VE**  
**PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ**

**Çeçenya İremnur MUMCU**

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Halil Şengül

Ocak, 2025 -134 Sayfa

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini yapmalarını motive edici ve engelleyici faktörleri ölçebilecek bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeği İstanbul ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleri ile değerlendirmek, aynı zamanda ölçeğin geçerlik, güvenilirliğini sağlamak amaçlanmaktadır. Araştırma Kasım 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında, kolayda örneklem yöntemi kullanılarak, İstanbul ilinde görev yapan 300 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilen metodolojik tipte bir çalışmadır. İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği(İOBTÖ) için, araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan toplamda 38 sorudan oluşan taslak formu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere uzman görüşlerine sunulduktan sonra, görüşler doğrultusunda 29 maddeye düşürülmüştür. Sonrasında yapılan güvenilirlik çalışması ve ön test sonuçları doğrultusunda ölçekteki madde sayısı 26'ya indirilerek son şeklini almıştır. İOBTÖ'nün geçerliğinin test edilmesinde, Açıklayıcı Faktör Analizi(AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. AFA sonucunda 26 madde ve 2 alt boyuttan oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Faktör analizi çerçevesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi yapılarak örneklemin yeterli olduğu görülmüştür (KMO = 0.94). Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık analizi yapılarak( $\alpha=0.940$ ) ölçeğin güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda; 24 hipotezden yola çıkılarak; sağlık çalışanlarının demografik özelliklerinin ölçekten alınacak puanlar arasında fark

oluşturup oluşturmadığı değerlendirilmiştir. Hipotezlere ilişkin testlerin değerlendirilmesi sonucunda; “Engelleyen Faktörler” alt boyutunda, daha önce olay bildirimini yapanların ve yapmayanların puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında da daha önce olay bildirimini yapanların ve yapmayanların arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Çalışma sonucunda, ölçeğin sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildiriminde motive edici ve engelleyici faktörleri belirleyebilmek için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ayrıca “Engelleyen Faktörlerin” olay bildirimini güçlü bir şekilde olumsuz yönde etkilediği, bu etkileri azaltmaya yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi ile bu konudaki eğitimlerin etkinliğinin artırılmasının, sağlık çalışanlarının olay bildirimini yapma motivasyonunu olumlu anlamda etkileyeceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İstenmeyen Olay, İstenmeyen Olay Bildirimi, Motive Edici Faktörler, Engelleyici Faktörler, Hasta Güvenliği.

**ABSTRACT**  
**MOTIVATING AND HINDERING FACTORS IN UNWANTED**  
**EVENT REPORTING IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A**  
**SCALE DEVELOPMENT STUDY AND ITS PSYCHOMETRIC**  
**PROPERTIES**

**Çeçenya İremnur MUMCU**

Master, Health Management

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Halil ŞENGÜL

January, 2025 - 134 Pages

This study aims to develop a scale that can measure the motivating and inhibiting factors for healthcare professionals reporting adverse events and to evaluate this scale with the psychometric properties of healthcare professionals working in healthcare institutions in Istanbul, and at the same time to ensure the validity and reliability of the scale. The research is a methodological study conducted with 300 healthcare professionals working in Istanbul between November 2024 and December 2024, using the convenience sampling method. The draft form consisting of a total of 38 questions created by the researcher through a literature review for the Adverse Event Reporting Attitude Scale (OAATS) was presented to expert opinions in order to be evaluated in terms of content validity and was reduced to 29 items in line with the opinions. Afterwards, in line with the reliability study and pre-test results, the number of items in the scale was reduced to 26 and took its final form. Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were used to test the validity of the OAATS. As a result of EFA, a scale consisting of 26 items and 2 sub-dimensions was obtained. Within the framework of factor analysis, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analysis was performed and it was seen that the sample was sufficient (KMO = 0.94). Cronbach  $\alpha$  internal consistency analysis was performed

( $\alpha=0.940$ ) and it was determined that the scale was a reliable scale. In our study; based on 24 hypotheses; it was evaluated whether the demographic characteristics of healthcare professionals created a difference between the scores to be obtained from the scale. As a result of the evaluation of the tests related to the hypotheses; in the sub-dimension of "Inhibiting Factors", a significant difference was found between the scores of those who had previously reported an incident and those who had not ( $p < 0.05$ ). In the total score of IOBTÖ, the difference between those who had previously reported an incident and those who had not was found significant ( $p < 0.05$ ). As a result of the study, it was thought that the scale is a valid and reliable scale that can be used to determine the motivating and inhibiting factors in the reporting of adverse events by healthcare professionals. It was also thought that "Inhibiting Factors" have a strong negative effect on event reporting, and that focusing on studies to reduce these effects and increasing the effectiveness of training on this subject will positively affect the motivation of healthcare professionals to report events.

**Keywords:** Untoward Incident, Unwanted Event Notification, Motivating Factors, Hindering Factors, Patient Safety.



## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI .....</b>	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....</b>	<b>ii</b>
<b>ÖN SÖZ.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>xiv</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>xv</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1.İstenmeyen Olay ile İlgili Kavramlar.....	4
2.2. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olay .....	6
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olay Türleri .....	7
2.3. İstenmeyen Olayların Hasta Güvenliği ve Bakım Kalitesi Üzerindeki Etkisi .....	9
2.3.1.Hasta Güvenliği Kültürü.....	10
2.4.Olay Bildirimi .....	12
2.4.1.Olay Bildirim Sistemleri.....	14
2.4.2.Olay Bildirim Sistemlerinin Amacı .....	16
2.4.3.Dünya Ülkeleri ve Avrupa Ülkelerinin Olay Bildirim Sistemleri .....	16
2.4.4.Türkiye’de Olay Bildirim Sistemleri .....	20

2.5.Sağlıkta Kalite Standartlarında İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi.....	24
2.6.Olay Bildirimi Motive Eden Faktörler .....	25
2.6.1.Organizasyon Kültürü ve Liderlik Desteği .....	26
2.6.2.Eğitim ve Öğretim .....	27
2.6.3.Geri Bildirim ve Görünür İyileştirmeler .....	28
2.6.4.Anonimlik ve Gizlilik .....	28
2.6.5.Raporlama Sürecinin Kolaylığı .....	28
2.7.Olay Bildirimini Engelleyici Faktörler .....	29
2.7.1.Suçlanma Korkusu ve Cezai Eylemler .....	30
2.7.2.Yetersiz Bilgi ve Farkındalık .....	31
2.7.3.Zaman Eksikliği ve İş Yükü Baskısı.....	32
2.7.4.Karmaşık Raporlama Sistemleri .....	32
2.8.Olay Bildirimini Arttırmaya Yönelik Stratejiler .....	32
2.8.1.Adil Kültürün Geliştirilmesi .....	32
2.8.2.Raporlama Süreçlerinin Kolaylaştırılması.....	33
2.8.3.Düzenli Geri Bildirim ve Tanınmanın Sağlanması.....	33
2.8.4.Sürekli Eğitim Programlarının Uygulanması .....	34
2.8.5.Anonimlik ve Gizlilik .....	34

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>35</b>
3.1.Araştırmanın Amacı, Tipi, Yeri ve Zamanı .....	35
3.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	35
3.3.Veritoplama Araçları.....	37
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.3.2.Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği.....	37
3.3.3.Whistleblowing (İfşa) Ölçeği.....	38

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	38
3.5.Verilerin Toplanması Süreci .....	39
3.5.1.Kapsam Geçerliği .....	39
3.5.2.Geliştirilen Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması .....	43
3.5.3. Ön Çalışma .....	43
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	44
3.7.Araştırmanın Etiği.....	44
3.8.Verilerin Analizi.....	44

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR .....</b>	<b>46</b>
4.1.Ön Çalışma Bulguları.....	46
4.1.1.Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular .....	46
4.1.2.Doğrulayıcı Faktör Analizi .....	51
4.2.Ana Çalışma Bulguları.....	53
4.3.Ölçeklerin Geçerlik Ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular .....	56
4.3.1.İOBTÖ'nün Geçerlilik Bulguları.....	56
4.3.2.AFA Analizi Sonucunda Elde Edilen Bulgular .....	57
4.3.3.DFA Analizi Sonucunda Elde Edilen Bulgular .....	58
4.4.İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği ve İfşa Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Analizleri.....	60
4.5.Madde Analizlerine İlişkin Bulgular.....	62
4.6.Hipotezlere İlişkin Testler (t-Testi- ANOVA).....	65

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>78</b>
5.1. İOBTÖ'nün Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarının Değerlendirilmesi.....	80
5.2.Hipotezlere İlişkin Testlerin (T-Testi- ANOVA) Değerlendirilmesi.....	83

<b>SONUÇ</b> .....	<b>95</b>
<b>KAYNAKÇA</b> .....	<b>97</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>108</b>
EK 1:Etik Kurul İzni .....	108
Ek 2 :Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	110
EK 3: Kişisel Bilgi Formu.....	111
EK 4: İstenmeyen Olay Bildirim Tutum Ölçeği Madde Havuzu İlk Hali.....	112
EK 5: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Uzman Görüşleri Sonrasındaki Hali .....	114
EK 6: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Ön Çalışma Sonrası Son Hali .	116
EK 7: İfşa Ölçeği.....	118
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>119</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2. 1: Türkiye ve AB Ülkelerinin GRS Sistemlerin Karşılaştırılması.....	17
Tablo 2. 2: Hata Türlerine Göre En Sık Bildirilen Hatalar .....	22
Tablo 3. 1: Kapsam Geçerlilik İndeksi Uzman Görüşleri.....	40
Tablo 4. 1: Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi Bulguları.....	46
Tablo 4. 2: Ölçeğe İlişkin Faktör Özdeğer ve Açıklanan Çeşitlilik Tablosu.....	47
Tablo 4. 3: Ölçek İfadelerine İlişkin Faktör Yükleri.....	48
Tablo 4. 4: Ölçeğe Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri .....	52
Tablo 4. 5: Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	54
Tablo 4. 6: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	55
Tablo 4.7: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği KMO ve Barlett Testi Sonuçları .....	57
Tablo 4. 8: Rotasyon Sonrası Bileşiklere İlişkin Matrix.....	58
Tablo 4. 9: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri.....	59
Tablo 4. 10: Bağımlı Örneklem T Testi Analizine Dair Bulgular .....	61
Tablo 4. 11: Ölçeklere İlişkin Güvenirlik Analizler .....	62
Tablo 4. 12: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Maddeler Arası Ortalama, Std. Sapma, Düzeltilmiş Madde Toplam Puanı Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alpha Değeri.....	62
Tablo 4. 13: İfşa Ölçeği Maddeler Arası Ortalama, Std. Sapma, Düzeltilmiş Madde Toplam Puanı Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alpha Değeri .....	63
Tablo 4. 14: Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasında Korelasyon İlişkisi.....	64
Tablo 4. 15: Cinsiyete Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi....	65
Tablo 4. 16: Yaşa Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi.....	66
Tablo 4. 17: Medeni Duruma Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi.....	67
Tablo 4. 18: İstenmeyen Olay Bildirimi Hakkında Eğitim Alma Duruma Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi .....	68
Tablo 4. 19: İstenmeyen Olay Bildiriminin Nasıl Ve Ne Şekilde Gerçekleştirileceği Durumuna Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi .....	69

Tablo 4. 20: Daha Önce İstenmeyen Olay Bildirimi Yapma Durumuna Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi .....	70
Tablo 4. 21: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre ANOVA Testi Analizi	
Sonuçları .....	71
Tablo 4. 22: Katılımcıların Mesleklerine Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	72
Tablo 4. 23: Katılımcıların Meslekte Çalışma Yılına Göre ANOVA Testi Analiz	
Sonuçları .....	73
Tablo 4. 24: Katılımcıların Kurumda Çalışma Süresine Göre ANOVA Testi Analiz	
Sonuçları .....	74
Tablo 4. 25: Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türüne Göre ANOVA Testi Analizi	
Sonuçları .....	75
Tablo 4. 26: Katılımcıların Çalıştıkları Birim Türüne Göre ANOVA testi Analizi	
Sonuçları .....	76

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi ..... 52

Şekil 4. 2: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi .... 59



## KISALTMALAR LİSTESİ

OB	: Olay Bildirimi
OBS	: Olay Bildirim Sistemi
İOBS	: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
İOBTÖ	: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği
SPSS	: (Statistic Packets For Social Sciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
IOM	: Institute of Medicine (Amerikan Tıp Enstitüsü)
WHO(DSÖ)	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SB	: Sağlık Bakanlığı
AB	: Avrupa Birliği
vd	: Ve Diğerleri
HGSB	: Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi
ÇGSB	: Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
NPSF	: National Patient Safety Foundation (Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu)
FDA	: Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç İdaresi)

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlar için sağlık hizmeti almak yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumunda temel amaç, insanların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini talep ettiği kalitede, ihtiyacı olduğu zamanda ve mümkün olan en düşük ücretle sunmaktır. Hızla gelişen teknoloji, giderek artan maliyetler, hastanın iyi bakım beklentilerinin zamanla artması, sağlık hizmetlerinin daha kompleks bir hal almasına sebep olmuştur. Yapılan hatalar farklı hizmet sektörlerinde göz ardı edilebilirken, sağlık hizmetleri alanında çok daha mühim ve telafi imkanının olmadığı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu durumdan yola çıkarak, sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliği, çalışan güvenliği, kalite gibi kavramların önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmet sunucuları için en önemli hedeflerden biri, hastalara yardım etmek amacıyla yapılan hizmetlerde, istemeden de olsa verilebilecek zararları önlemektir.

Ülkemizde ve tüm dünyada sunulan sağlık hizmetinin temelini, hasta ve çalışan güvenliğinin oluşturması gerektiği yadsınamaz bir gerçektir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için, hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde yaşanan sorunları en aza indirmeye çalışmak öncelikli hedeflerden olmalıdır. Teknolojik gelişmelere rağmen, günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumu hala büyük ölçüde insani çabaya dayanmakta ve sağlık hizmetlerinin güvenliği de öncelikle insan davranışı ve performansı ile doğru orantılı ilerlemektedir(Janes, vd.,2021:207). Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunarken uygulanan teşhis ve tedavi süreçlerinin büyük riskler barındırması, tıbbi hataları ve istenmeyen olayları da beraberinde getirmektedir. Bu sebeple yaşanması muhtemel olan istenmeyen olayların ya da daha önce yaşanmış istenmeyen olayların tespit edilip düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmasının, hasta

ve çalışan güvenliğinin sağlanması hususunda önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İstenmeyen olay; tıbbi bir müdahaleden kaynaklanan, yaşamı tehdit eden bir duruma, hastanede yatış süresinin uzaması ve hastaya zarar vermek gibi sonuçlara sebep olabilecek yaralanma şeklinde tanımlanmaktadır(Garrouste-Orgeas, vd.,2012:1-4). Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden istenmeyen olaylar, yalnızca insan hayatını riske atmakla kalmayıp aynı zamanda kurumlara önemli bir maliyet de oluşturmaktadır. ABD’de yapılan bir araştırmada, her sene istenmeyen olayların sebep olduğu 187.000 insan vefatı ve 6,1 milyon yaralanma olduğu, bu yaralanma ve vefatların Amerika’ya toplam bedelinin 348 ile 913 Milyar dolar aralığında olduğu ifade edilmektedir. Bu rakamların ise ABD’nin 2006 yılındaki sağlık giderlerinin %18-45’ine denk geldiği görülmektedir(Goodman,Villarreal ve Jones,2011:590-595).

Hasta güvenliğinde, sağlık hizmetinin sunumu sırasında hastaların olumsuz etkilendiği ya da olumsuz etkilenme ihtimali olan olayların sağlık hizmet sunucuları tarafından bildirilmesinin, sorunların ortaya konmasında önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Gerçekleşen veya ramak kala olayların bildirilmesi, sürekli olan hataların saptanmasını, analiz edilmesini ve değerlendirilmesini, hata ciddiyetini ve sıklığını azaltmaya yönelik adımlar atılmasını sağlar(Oksay,Kılınç ve Sayhan,2019:460-465). Ayrıca olayların bildirilmesi kurum içerisinde riskli alanların tespit edilmesinin ve hatanın sebebine yönelik yapılacak çalışmalarla iyileştirmelerin yolunun açar(Eroğlu, 2011: 73).

Sağlık kurumları hastalar için olduğu gibi sağlık hizmet sunucuları için de kompleks yapılardır. Bu sebeple sağlık hizmet sunucuları da görevi başında birçok istenmeyen olayla karşı karşıya kalabilmekte ve çalışan güvenliğini olumsuz etkileyebilecek olaylar yaşanabilmektedir. Sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan tüm sağlık çalışanları, sağlık hizmetinin çalışanlar ve hastalar adına daha güvenli olması için çaba göstermelidir(Rodziewicz vd. 2018:1-5).

Yapılan literatür çalışmalarından, sağlık hizmet sunucularının çeşitli engel algıları olması sebebiyle istenmeyen olay bildirimini yapmaktan kaçındıkları anlaşılmaktadır. Yine yapılan araştırmalarda istenmeyen olayların bildiriminde en çok görülen engel algıları arasında zaman kısıtı, cezalandırılma korkusu, davaya konu olma korkusu,

bilgi eksiklikleri, geri bildirim yetersiz olması, prosedürlerde bulunan eksiklikler, yönetim ile ilgili sorunlar, olay bildirim sistemlerinin yetersizliği gibi hususların yer aldığı görülmektedir(Keleş ve Aloğlu,2022:40-42). Tıbbi hataların önüne geçilmesi, öncelikle tıbbi hataları tanımakla ve onlardan ders çıkarmakla mümkündür(Vural vd.,2014:152-157). Bu noktada sağlık hizmeti sunucularının istenmeyen olay bildirimini yapmaları oldukça önemlidir.

Bu tezin konusu ve amacı; sağlık hizmeti sunucularının istenmeyen olay bildirimini yapmasını motive edici veya engelleyici faktörleri ölçebilecek bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeği, İstanbul ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleri ile birlikte değerlendirmektir. Literatürde konuyla ilgili herhangi bir ölçeğe rastlanılmadığı için hem literatüre katkı sağlamak hem de konuya dikkat çekmek amacıyla önem arz ettiği düşünülmektedir. Tez; giriş, genel bilgiler, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1.İstenmeyen Olay ile İlgili Kavramlar

Sağlık kurumları multidisipliner bir yapıda olması ve yapılan işin insan hayatını etkileyecek olması sebebiyle yüksek risk teşkil eden kuruluşlardır. Bu sebeple sağlık kuruluşlarının hizmet verme politikası her zaman için hasta ve çalışan güvenliği üzerine inşa edilmelidir. Önceliğin her zaman için güvenlik olması sağlık hizmeti süreçlerinde aksama olmadan, hasta ve çalışanların zarar görmediği, kalite seviyesi yüksek işlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlar.

Geçmişten bu yana tıbbi hizmet sunarken temel hedefin “önce zarar verme” olduğu bilinmektedir. Buna rağmen, sağlık hizmeti sunumu esnasında yaşanan istenmeyen olayların önüne tam anlamıyla geçilememektedir. Her yıl kabul edilemez sayıda hasta, sağlık hizmetlerinde güvenliğin sağlanamaması ve kalite seviyesinin düşük olması sebebiyle yaralanmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Yapılan araştırmalarda hataların ve istenmeyen olayların her zaman için tekrarlandığı ve hastaların, önlenmesi mümkün olan bu olaylar sebebiyle zarar gördükleri belirtilmektedir(WHO, 2017:2).

İstenmeyen olay kavramı ile ilişkili ve konunun bütününe ilgilendiren bazı kavramlar aşağıda tanımlanmıştır.

**Çalışan güvenliği:** Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından; “Çalışan kişilerin ruhsal, fiziksel ve sosyal düzeylerinin yükseltilmesi, çalışanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek risklerin minimum seviyeye düşürülmesi amacıyla koruyucu tedbirlerin alınarak uygulanması, işin çalışana, çalışanın da işine uygun olması”olarak tanımlanmıştır(Gürer,2018:10).

**Hasta güvenliği:** Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) tarafından “hastalara gelebilecek zararın engellenmesi” olarak tanımlarken, yine ABD’de kurulmuş olan Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu (NPSF) “sağlık hizmeti süreçlerinden kaynaklanma ihtimali olan

zararların engellenmesi ve hataların sebep olduğu bu zararların eliminasyonu ya da en aza indirilmesi” şeklinde açıklanmaktadır(Karaca ve Aslan,2014:10).

**Tıbbi Hata:** “Hastalara sağlık hizmeti sunulurken, tıbbi müdahalenin hedeflediği şekilde tamamlanamaması” şeklinde tanımlanırken, tıbbi hataların; yanlış işlem yapmak, ihmal ve doğru olan işlemi yanlış yapmak sebebiyle ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir(Karataş ve Yakınca,2010:233).

**Ramak Kala Olay:** Hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği konusunda tehdit oluşturabilecek, gerçekleşmek üzere olan fakat son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olaylardır(SHGM,2020a:12). Ayrıca kamufle olan, henüz varlığı belli olmayan, gelecekte ortaya çıkması, gelişmesi ihtimal dahilinde olan anlamları ile de ifade edilebilen ramak kala olay, sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde tehlike oluşturabilecek, ekipman, hasta, çalışan ve iş yeri için zarar verme potansiyeli olan gerçekleşmeyen olay şeklinde de tanımlanabilir. Tehlikeli arz eden bir durum veya riskli davranışların sonucu olarak da ifade edilebilecek olan ramak kala olaylar, oluşacak tehlikelerin habercisi niteliğindedir ve tedbir alınmaz ya da önlenmezse istenmeyen olaylar ortaya çıkar. Ramak kala hataları tanımak ve bildirmek, hataların tekrarlanmasının, hastaların zarar görmesinin önlenmesi bakımından önemlidir(Moy vd.,2018:70-86).

**Vahim/Beklenmedik(Sentinel) Olay:** Hastanın genel hali veya hastalığının olağan gidişatıyla alakalı olmadan fonksiyonlarında ciddi kayıplar olması veya sağlık kuruluşunda gerçekleşen ani bir ölüm vakası olarak tanımlanmıştır. Hastaya sağlık kuruluşunda hastalığı ile ilgili hatalı müdahalelerin yapılması, cerrahi hata yada yanlış hasta ameliyatından dolayı meydana gelebileceği ifade edilmektedir(Akgün, 2014:75). Bir başka çalışmada ise; “Yapılan hata sonucunda hastanın ölmesi, ameliyatta yanlış hastaya veya yanlış organa müdahale edilmesi gibi gerçekleşmesine hiçbir şekilde müsaade edilememesi gereken terslik” şeklinde açıklanmıştır(Hayran,2019:1).

**İstenmeyen Olay:** T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından (SB) “Hasta ve yakınları, sağlık çalışanları ya da sağlık hizmeti sunulan kurumda bulunan diğer bireylerin güvenliğini olumsuz anlamda etkileyen ya da etkileyebilme olasılığı olan olaylardır.” şeklinde tanımlanmıştır(SHGM,2020a:7). Farmakovijilans Derneği de(2020) “Herhangi bir tıbbi ürün uygulandıktan sonra gelişen istenmeyen durumdur ve bu

istenmeyen durumun, tedavinin nedensel bir sonucu olması gerekmemektedir.” olarak tanımlamıştır.

## **2.2. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olay**

İstenmeyen olay kavramının literatürde bir çok tanımı olduğu görülmekle birlikte Goodman ve arkadaşlarına göre; hastanın sağlık kuruluşunda bulunmasına sebep olan hastalık süreci dışında gelişen, tıbbi müdahaleler sebebiyle hastaya zarar gelmesi durumudur(Goodman,Villarreal ve Jones,2011:590-595). Bu tür olaylar hastanın hastaneye kabulünden taburcu olacağı zaman içerisinde veya teşhis ve tedavi süreçlerinin herhangi bir aşamasında gerçekleşebilmektedir. Göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir konu olan insan hayatının, sağlık hizmeti alma aşamasında bu tür risklerle karşı karşıya kaldığı, alınan tüm önlemlere rağmen zarar gören hasta sayısının azımsanamayacak düzeyde olduğu araştırmalarda görülmektedir. Kasım 1999’da Amerikan Tıp Enstitüsü’nün “To Err Is Human: Building A Safer Health System” isimli raporu yayımlaması sonrasında tıbbi hatalar hakkında çarpıcı gerçeklerin ortaya çıktığı söylenebilir. Öyle ki bu raporda, Amerika’da senede 44.000-98.000 insanın tıbbi hatalar sebebiyle öldüğü ve bu rakamların AIDS, meme kanseri veya motorlu taşıt kazalarının sebep olduğu ölümlerden daha fazla olduğu belirtilmektedir. Yine aynı raporda istenmeyen olayların; insan hayatına verdiği zararın yanında Amerika’da ülke çapında ki sağlık kuruluşlarında yılda 17 milyar ila 29 milyar dolar arasında maliyete yol açtığı tahmin edildiği ifade edilmektedir. Tüm bunların yanında hastaların sağlık sistemine olan güveninin sarsılması, sağlık profesyonellerinin motivasyon kaybı yaşamasına sebep olduğu da söylenebilir. Sağlıklı olmanın tam bir iyilik hali olduğu düşünüldüğünde istenmeyen olaylar sonucu uzun süre hastanede kalan veya sakat kalan hastalar, fiziksel ve psikolojik kayıplarla büyük bedeller öderken, sağlık profesyonelleri de verilebilecek en iyi bakımı sağlayamamanın sonucunda motivasyon kaybı ve hayal kırıklığıyla bedel öder. Toplum ise yapılan hataların maliyeti, işçi üretkenliğinin kaybı, çocukların okula devamının azalması ve sağlık seviyesinin olumsuz anlamda etkilenmesi açısından bedel öder(IOM,1999:1). Sonuç olarak sağlık hizmeti esnasında yaşanan istenmeyen olayların, toplumu maddi ve manevi her açıdan zarara uğrattığı önemli bir gerçektir.

DSÖ tarafından, sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gören on kişiden yaklaşık olarak birinin zarara uğradığı ve bu zararlar incelendiğinde en az yarısının engellenebilir

olduğu belirtilmektedir(WHO,2017:2). Dünyada senede 421 milyon sağlık kuruluşuna hasta yatışının olduğu ve bu hasta yatışlarında, takribi 42,7 milyon istenmeyen olay yaşandığının düşünüldüğü ve istenmeyen olayların yine takribi  t e ikisinin, orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşandığı açıklanmaktadır. Yaşanan olayların engellenebilirliği ve gerçekleşme sıklığı bağlamında, 26 orta ve düşük gelirli ülkede istenmeyen olayların oranının %8 civarında gerçekleştiği, bu olayların %83'ünün engellenebilir olduğu fakat yaşanan bu olayların %30'unun vefatla neticelendiği ifade edilmektedir(A.g.e.).

Öte yandan ülkemizde 462 gönüllü sağlık profesyoneli ile yapılan çalışmada; %69'u kendisinin ya da yakınının tıbbi hataya maruz kaldığını ve bu hataların %37'sinin mühim, %33'ünün tolere edilebilir olarak değerlendirildiği, sağlık profesyonellerinin %57'si "Meslek yaşantınız süresince hiç hata yaptınız mı?" sorusuna "Evet" yanıtını verdiği, bu durumu hasta veya hasta yakınına bildirenlerin oranı %25 iken, tıbbi hataların hasta veya hasta yakınına açıklanmasını doğru bulanların oranının %72 bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %34'  engellenmesi mümkün olan tıbbi hataların çok sık gerçekleştiğine ve %48'inin ise orta sıklıkta olduğuna inandıkları g r lm ştir(akmakı,2014:9).

### **2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde İstenmeyen Olay Türleri**

T.C Sağlık Bakanlığı'nın "İstenmeyen Olay" kavramını tanımlarken, sağlık kuruluşu içerisinde hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının karşılaşabilecekleri her türlü tehlike ve güvenliklerinin olumsuz anlamda etkilenme durumunu ele aldığı, bir bakımdan sadece hastaların değil hizmet sürecindeki tüm insanların bu olaylardan etkilenebileceği şeklinde geniş perspektifte bir değerlendirme yaptığı söylenebilir. Sağlık Bakanlığı, hasta güvenliği çerçevesinde gelişen istenmeyen olayların;

- Bilgi güvenliği,
- İlaç güvenliği,
- Düşmeler,
- Cerrahi güvenlik,
- Radyasyon güvenliği,
- Transfüzyon güvenliği,
- Tesis güvenliği gibi konularda gelişebileceğini açıklamıştır(SHGM,2020a:7).

alışan güvenliği çerçevesinde gelişen istenmeyen olayların ise;

- Radyasyon güvenliği,
- Kesici delici alet yaralanması,
- Mesleki enfeksiyonlar,
- Kan ve vücut sıvıları teması gibi konularda gelişebileceğini açıklamıştır(A.g.e.)

DSÖ istenmeyen olay türlerini kısaca;

- Ramak kala olaylar,
- Hastada hasara sebep olmayan istenmeyen olaylar,
- Hastada hasara sebep olan istenmeyen olaylar şeklinde açıklamıştır(WHO, 2020:3).

Wachter ve Gupta(2018) “Hasta Güvenliğini Anlamak” isimli kitabında istenmeyen olay türlerini şu şekilde açıklamıştır:

- **Hasta devir-teslimi esnasında yaşanan hatalar:** Sağlık personellerinin nöbet devir teslimi esnasında, eksik/yanlış teslim etme sebebiyle gelişen hatalar, hastanın sağlık kurumu içinde teşhis veya tedavi için farklı bölümlere transferi sırasında gelişen hatalar örnek verilebilir.
- **Tanı koyma/teşhis hataları:** Hastaya doğru teşhisin koyulamaması, doğru teşhisin zamanında koyulamaması, yanlış teşhis koyulması gibi örnekler verilebilir.
- **Sağlık bakım sürecinin sebep olduğu enfeksiyonlar:** Hastaya yapılan girişimsel işlemler sonrası gelişen enfeksiyonlar, cerrahi operasyon sonrası gelişen enfeksiyonlar, hastanın entübasyon süreci dolayısıyla gelişen enfeksiyonlar örnek verilebilir.
- **İlaçlar ile ilgili hatalar:** Yanlış ilaç uygulamaları, ilaç hazırlama esnasında yapılan hatalar, ilaçların doğru koşullarda muhafaza edilmemesi, reçetelerde yapılan hatalar örnek verilebilir.
- **İnsan/Cihaz faktörü kaynaklı hatalar:** Sağlık çalışanları tarafından teşhis veya tedavide kullanılan ekipman ve tıbbi cihazların amacına uygun kullanılmaması, yanlış kullanılması ya da ekipman ve cihazların kullanım özelliklerine tam anlamıyla hakim olunmaması sebebiyle oluşan hatalar örnek verilebilir.

- **Cerrahi operasyon hataları:** Hastanın yanlış bölgesinin opere edilmesi, yanlış hastanın opere edilmesi, cerrahi operasyon sırasında yapılan hatalar örnek verilebilir.
- **Ekip çalışması ve iletişim hataları:** Sağlık çalışanları arasında iletişim eksikliği sebebiyle oluşan hatalar ve multidisipliner bir yapıda olan sağlık kuruluşlarında ekip çalışması mantığının benimsenmemiş olması sebebiyle gelişen hatalar örnek verilebilir.
- **Sağlık hizmetleri sürecinden kaynaklanan diğer komplikasyonlar:** Hasta düşmeleri, basınç yaralanmaları, damar içerisinde pıhtı oluşması, hastada deliryum gelişmesi gibi örnekler verilebilir(Keleş ve Aloğlu,2022:22-23).

### 2.3. İstenmeyen Olayların Hasta Güvenliği ve Bakım Kalitesi Üzerindeki Etkisi

Günümüzde dünya genelindeki sağlık hizmetleri sunumunda, hasta güvenliği öncelikli ve önemli bir konu olarak görülmektedir. Hasta güvenliği kavramı Amerikan Tıp Enstitüsü(2004) tarafından;

*Sağlık kuruluşlarında hata oluşma riskini en minimal düzeye indirecek, hata meydana geldiğinde ise hataları belirleyerek tanıma olasılığını arttıracak kurumsal süreç ve sistemlerin oluşturulmasıyla, istemeden yapılan hatalardan ayrışma durumu olarak tanımlanmaktadır.*

Hastalara ve yakınlarına fiziki ve psikolojik anlamda pozitif katkı sağlayacak bir ortam sunmak, hasta güvenliğinin sağlanmasındaki temel amaçlardan biridir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında istenmeyen olaylara sebep olan hataların önlenmesi, raporlanması, analiz edilmesini ve bu hataların hastaya verdiği zararların ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesine yönelik sağlık kurumları ve bu kurumlardaki çalışanların aldığı tedbirlerin tamamı hasta güvenliğini kapsamındadır(Yılmaz,2020:224). Bu durumdan yola çıkarak, sağlık hizmeti süreçlerindeki önlenemez hataların meydana gelmesini engellemek, hataları hastaya zarar vermeden önce belirlemek ve düzeltici faaliyetler yaparak gerekli önlemleri almak, hasta güvenliğinin sağlanmasında atılması gereken önemli adımlardır.

Dünyanın çeşitli ülkelerinde yaşanan istenmeyen olaylara bakıldığında; İngiltere’de sağlık kurumlarında yatarak tedavi görenlerin %10’undan fazlasında ve senede yaklaşık olarak 850.000 istenmeyen olay yaşandığı, Avustralya’da hastanede yatarak tedavi gören hastalarda istenmeyen olay hızının %16 civarında olduğu

görülmektedir. Bu ve benzer gelişmeler ile 2000 senesinden sonra, Avustralya, İngiltere, ABD ve sonrasında tüm Batı'nın ortaklığı ile sağlıkta "Hasta Güvenliği Dönemi'nin" başladığı ifade edilmektedir(Çakmakçı,2014:8). Ayrıca her sene National Health Service (NHS)'e 900.000 hata ve istenmeyen olay rapor edildiği ve bunlardan 2.000 kişinin ölümle neticlendiği belirtilmiştir(Mahajan 2010:69). Yine yapılan hataların rapor edildiği bir çalışmada 1000 hasta randevusu üzerinden 397 hatanın bildirildiği, bu bildirimlerin %32'sinin reçete hatası, %23'ünün iletişim hatası, %12'sinin ekipman hataları ve %2'sinin klinik ile ilgili olduğu anlaşılmıştır(Kagan, Barnoy 2013:273-276).

### **2.3.1.Hasta Güvenliği Kültürü**

Bir kurumun kalitesini belirleyen en önemli etkenlerden biri kurumsal kültürdür. Kültür, kurumdaki iş yapma şeklini ve temel davranışları ortaya koyar. Kurumsal kültür, çalışanların eylem ve davranışlarını etkileyen kurum genelindeki değerleri, inançları ve normları gösterir. Sağlık kuruluşlarında örgütsel kültürün, sağlık çalışanlarının bakım hizmeti sunması sürecinde oluşan ortak değerler, davranış kalıpları ve tutumlar sonucunda meydana gelen bir çıktı olduğu ifade edilmiştir(Jafree vd.,2016:1). Bu değerler, inançlar ve kuralların hasta güvenliğini ne kadar desteklediği de kurumda varolan hasta güvenliği kültürüdür. Bir kurumda hasta güvenliği kapsamında hangi olayların ödüllendirildiği, desteklendiği, kabul edildiği ve bu konudaki beklentilerin belirlenmesi ile hasta güvenliği kültürü düzeyi ölçülebilir(Famolaro vd., 2018:3).

2015 yılında olumlu bir hasta güvenliği kültürü(HGK) Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı(NPSF)tarafından;

*Sağlık çalışanlarının ve önderlerinin profesyonellik dışı davranışları ve insan hataları sebebiyle cezalandırılmadığı, hataların hastaları zarara uğratmadan önce belirlendiği, hataların tekrarlanmaması için kuvvetli geri bildirimler ile çalışanların önceki hatalardan ders çıkarmasının sağlandığı ve gerekli görüldüğü durumda bakım ile alakalı değişikliklerin yapıldığı uygulamalar olarak tanımlanmıştır(Yılmaz,2020:3).*

Olumlu anlamda bir HGK'nin öncelikli özellikleri arasında, temelinde karşılıklı güvenin olduğu iletişim, delillere dayalı ve hastanın merkezde olduğu bakım, yönetim ve liderlerin desteği, sürekli devamlılığı olan bir örgütsel öğrenme, hata ve

olayların raporlanması sonrasında cezalandırıcı olmayan bir tutum vardır(Sammer vd.,2010:157-163). Olumlu güvenlik kültürünün hakim olduğu sağlık kurumları, çalışanlara sürekli destek vererek, temelinde karşılıklı güvenin olduğu bir iletişim kurarak, pozitif çalışma şartları oluşturarak kurum içinde güvenliğin önemini vurgulayan bir algı yaratabilirler(Kim,Yoo ve Seo:2018:121-123).

Olumsuz anlamda HGK ise, “Sağlık çalışanlarının yapılan hatalardan dolayı cezalandırıldığı, hataların sebebi olarak çalışanların gösterildiği, hataların ört pas edildiği, hatalardan ders çıkarılmayan bir kültür” olarak tanımlandığı görülmektedir(Sammer vd.,2010:157-163). Olumsuz güvenlik kültürü oluşmasının sebebinin yetersiz liderlik olduğunun görüldüğü ve bunun hasta güvenliğini riske eden olayların rapor edilmesinde yetersiz desteğe sebep olduğu ifade edilmektedir(Kim,Yoo ve Seo:2018:121-123). Yetersiz desteğin ise güvenlik olayları ile alakalı geri bildirim ya da yanıt eksikliğine, olay bildirim yapan çalışanların korkutulmasına ve çalışanların tükenmişlik hissi yaşamasına sebep olduğu belirtilmektedir(Yılmaz,2020:224). Bu minvalde, sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün olumlu anlamda geliştirilmesinin, hasta ve çalışanlara zarar verme ihtimali olan istenmeyen olayların belirlenerek önlenmesi, risklerin yönetilerek en aza indirilmesi, güvenli ve kaliteli bir bakım sunmak için önemli olduğu ifade edilebilir.

Sağlık kuruluşlarında güvenlik kültürünün oluşturulması, kurum içinde çok yönlü boyutlarda ele alınmaktadır. Yalnızca sağlık çalışanları bakımından değil, hatalar sonrasında oluşan geri bildirimler, hastanedeki yöneticilerin tutumunun da güvenlik kültürünün oluşmasında önemli rolü vardır. Hasta güvenliğinin önem derecesinin altının çizilmesi ve tüm çalışanların bu kültürü benimsemesi de hasta güvenliği kültürünün sağlık kuruluşunda yerleşerek kalıcı olması açısından belirleyicidir. Yöneticilerin veya amirlerin, hatalar sonrası yapılan geri bildirim konusunda destekleyici, yapıcı ve açıklayıcı şekilde davranış göstermeleri gerekmektedir. Aksi bir durumda kişilerin yapılan hataları saklamasına, aleyhine kullanılabileceği düşüncesine kapılmasına ve sonuç olarak hataların sebep olacağı zararların katlanarak çoğalmasına yol açabilecektir(Dursun, Bayram ve Aytaç,2010:12). Bunun da gerçekleşen veya ramak kala olayların bildirilmesini doğrudan olumsuz anlamda etkileyeceği düşünülmektedir.

Hastalara verilecek zararın önüne geçilmesi ve kaynakların boşa harcanmaması bakımından istenmeyen olayların engellenmesi önem arz etmektedir. İstenmeyen olayların, bildirim yapılarak açığa çıkartılması, hastanın zarar görmeden sağlık hizmeti alması için, sağlık profesyonellerinin hasta güvenlik kültürünü benimseyerek gereken sorumlulukları yerine getirmesi gerektiği ifade edilmektedir(Vural vd.,2014:153). Olayların açığa çıkarılması yapılan bildirimlerle mümkün olmakla birlikte, bildirim sonrasında yapılan iyileştirme çalışmaları, bir sağlık kurumunda güçlü bir güvenlik kültürü olduğunu ortaya koyar(Aslan,2019:77).

Sağlık kuruluşlarında istenmeyen olayların meydana gelmesi sonrasında öncelikle sağlık çalışanlarının hataları vurgulanmakta ancak yapılan hataların altındaki asıl sebeplerin gözden kaçtığı görülmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanarak güvenlik kültürünün geliştirilmesi için, bu olayların araştırılması, altta yatan asıl sebeplerin belirlenerek analiz edilmesi, tüm bilgilerin raporlanması ve varılan sonuçların bu hataya sebep olan kaynakları ortadan kaldırılmaya yönelik kullanılması gerekmektedir(Polat ve Pakiş, 2011:124).

#### **2.4.Olay Bildirimi**

Bildirim kelimesi TDK(Türk Dil Kurumu) tarafından “Yazılı olarak yapılan açıklama, tebligat” şeklinde tanımlanmaktadır. Olay bildirimi(OB) ise; gerçekleşen veya gerçekleşmesi muhtemel olan olaylar hakkında ilgili yerlere yazılı bilgi verilmesi olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda gerek hasta gerekse sağlık çalışanlarının birçok ciddi riskle karşı karşıya olması sebebiyle yaşanabilecek istenmeyen olayların ört pas edilmeden bildirilmesi, benzer olayların tekrarlanmaması ve alınacak tedbirlere yol gösterici olması açısından önemlidir. Sağlık kurumlarında yaşanabilecek herhangi bir istenmeyen olayın ucunda “insan hayatı” olması sebebiyle, hata payını en aza indirmek hatta sıfırlamak için hataları tanıyarak öğrenme, ders alma ve tekrarlamamak hayat kurtarıcı olabilir. Tüm bu öğrenme sürecinin gerçekleşmesi, hataları gizlemeden açığa çıkararak, çözüm yolu arayarak olayların bildirilmesine bağlıdır. Olayların bildirilmemesi benzer hataların tekrar yaşanmasına ve sağlık çalışanları ile hastaların önlenebilir hatalardan ötürü zarar görmesine sebep olmaktadır. Bu gibi sonuçların yaşanmaması adına, hasta ve çalışan güvenliğinin gelişiminin desteklenmesine katkı sağlayacak olan, hataların kaynakları ve sebeplerinin açıkça tanımlanmasıdır(Altındiş,2010:18).

Olay bildirimleri sağlık kurumlarında görev yapan tüm çalışanlar tarafından yapılabilir. Yapılan bildirimler, hataların tanımlanması, analiz edilmesi, değerlendirmesi, yaşanan olayların hangi sıklıkta gerçekleştiğini tespit etmek ve hataları minimum seviyeye çekmek için atılacak adımlara olanak sağlar. Ayrıca sadece hataları önlemek amacıyla değil, hangi konuda iyileştirme çalışmaları yapılabileceğine dair elde edilen verilerin, sağlık kurumlarının sürekli gelişimi ve değişimi ile kaliteli hizmet sunumuna katkı sağlayacağı ifade edilebilir. Yapılan analizler ve değerlendirmelerin sonucunun çalışanlar ile paylaşılarak geri bildirimde bulunulması da yapılacak düzeltici değişikliklerin sağlık çalışanları tarafından benimsenmesine katkı sağlayacaktır (Kilbridge ve Classen,2008:400-403)

Gerçekleşen istenmeyen olaylar sadece hasta güvenliğini etkilememekle birlikte sağlık çalışanları için de ciddi riskler barındırmaktadır. Örneğin; kesici/delici alet yaralanmaları, hastalardan çalışanlara bulaş olasılığı, kimyasal ilaç dökülmelerine maruziyet gibi birçok istenmeyen olay sağlık çalışanları için risk teşkil etmektedir. Yaşanan bu gibi olayların bildirilmesi; olayları tanıyarak farkındalık oluşturmak, benzer olaylarda çizilecek yol haritasını önceden belirlemek ve olayların tekrarlanma ihtimalini azaltarak çalışan güvenliğinin sağlanması katkı sağlayabilmektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda, çalışanların olay bildirimini hakkında farkındalığı değerlendirildiğinde, hemşirelerin olay bildirimini hakkındaki farkındalıklarının doktorlara göre daha fazla olduğu ve doktorların gerçekleşen bir istenmeyen olayı bildirmelerinin daha düşük ihtimalde olduğu(AbuAlRub vd.,2015:2973-2982); bir diğer araştırmada da, doktorlar ve hemşirelerin olay bildirimini hakkındaki farkındalık düzeylerinin yeterince yüksek olduğu ve doktorlara nazaran hemşirelerin istenmeyen olayları bildirme eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmektedir(Evans vd.,:2006:40-42).

Olay bildirimini yapmanın, hasta güvenliği ile ilgili sorunların çözümünde çok önemli bir rol oynadığı inkar edilemez bir gerçektir fakat tek başına tüm risk ve tehditlerin tam olarak bir resmini veremez. Kılavuzlar hem sağlık hizmetleri hem de ulusal olarak kullanılabilir diğer hasta güvenliği kaynaklarını da önermektedir(WHO, 2005:3).

### 2.4.1.Olay Bildirim Sistemleri

İstenmeyen olayların bildirilmesi fikri birçok farklı endüstride uzun yıllardır benimsenmektedir. Havacılıkta sektöründe 1975 senesinde ramak kala olayları ve kazaları bildirmek için suçlama anlayışından uzak, gizlilik içeren bir bildirim sisteminin kurulması fikri başarılı olmuştur. Bunu, anestezi ve farklı tıbbi uzmanlık alanlarında bildirim sistemlerinin oluşturulması takip etmiştir. Bildirimlerin, sağlık sektöründe oluşabilecek hatalara karşı çalışanları uyarabileceği ve bu konuda yapılacak ulusal ve yerel düzeyde araştırmalara ön ayak olabileceği değerlendirilmiştir. Ayrıca bu bildirimlerin istenmeyen olaylara ilişkin geniş bir veri tabanı oluşturulmasına katkı sağlayacağı ifade edilmektedir(Mallory vd.,2003:179).

İstenmeyen olay bildirim sistemleri(İOBS) sağlık hizmetinin sunulması süreçlerinde riskli durumların iyileştirilmesi, yapılan planlamaların tekrar tekrar gözden geçirilerek değerlendirilmesine imkân vermektedir(Yıldız, 2015: 18).

Sağlık kuruluşları karşılaşılan hataları, önceki tecrübelerin faydalanarak önlemek için çalışmalar yürütmez ise sürekli aynı hatalar gerçekleşecek ve hasta ile çalışanlar bu olaylardan zarar görecektir. Bu olayları önlemek ve tecrübelerden faydalanmak için kullanılması gereken en etkili yollardan biri olay bildirim sistemleridir. Sağlık hizmeti sunumunda istenmeyen olayların bildirilmesi, dünya çapında da öncelikli olarak ele alınan konulardandır. Ülkeden ülkeye farklılık gösteren uygulamalar olsa da, bütün sistemlerin odak noktası, meydana gelen bu istenmeyen olaylardan dersler çıkarılması ve benzerlerinin yaşanmasına engel olunması amacıdır. Ülkelerin bazılarında bildirim sistemleri sivil kuruluşların, bazılarında ise kamu kuruluşlarının denetimindedir. Bunun yanında ulusal düzeyde takip edilen ve kuruluşlar bünyesinde takip edilen sistemlerde bulunmaktadır(SKS Işığında Kalite, 2012: 69). Gönüllülüğün esas alındığı ve arzu edildiği takdirde bildirim yapan çalışanın kimliğinin saklanmasına imkan tanıyan OBS'lerin önemi dünya çapında da kabul görmektedir(Mekjian vd.,,2004:13). OBS'ler güvenlik kültürünün tam anlamıyla benimsenmesi, kurumsallaşması ve ulusal olarak da ele alınması, sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sunumu ve hizmet süreçlerinde ortaya çıkabilecek zararların engellenmesi, azaltılması bağlamında önemlidir(Turasan, 2010: 23-27).

DSÖ'ye göre OBS oluşturulmasına rehberlik edecek ana kurallar şunlardır(WHO,2004:23-24):

- Bildirim sistemlerinin ana rolü, yapılan hatalardan, yani tıbbi uygulamalar sebebiyle ortaya çıkan yaralanma ve hatalardan ders çıkararak güvenliği üst düzeye çıkarmak.
- Bildirim sistemleri güvenli olmalı, olay bildirimini yapan kişiler cezalandırılma ya da farklı sonuçlara maruz bırakılmamalıdır.
- Yapılan bildirimler yapıcı bir yanıtla neticelenirse değerli sayılır. Ve bu, verilerin analizinden ortaya çıkan bulguların geri bildirimini gerekli kılar. Doğal olarak, sağlık hizmetleri sistem ve süreçlerinde değişiklik yapılmasına yönelik tavsiyeleri de barındırır.
- Bildirimlerin iyi bir şekilde analiz edilmesi ve bunlardan çıkarılan derslerin yaygınlaştırılması, diğer insan kaynakları, uzmanlık ve mali kaynaklar gerektirir. Bildirimleri alan kurumlar, çözümler önerileri sunabilmeli, değişiklikler için tavsiyelerde bulunabilmeli, bilgileri yayabilmelidir.

Ayrıca farklı bir yayınında DSÖ(2005:51) başarılı bir OBS özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

- **Cezalandırmama esası:** Bildirimde yapanlar, kendilerine karşı herhangi bir misilleme yapılmasından ya da bildirim yapmaları sonucunda başkalarının ceza almasından korkmazlar.
- **Gizlilik esası:** Hastanın, bildirimde bulunan kişi ve kurum kimlikleri kesinlikle açığa çıkarılmaz.
- **Bağımsızlık:** Bildirim sistemi, kurumu ya da bildirim yapanı cezalandırma hakkına sahip otoritelerden bağımsızdır.
- **Uzman analizi yapılması:** Yapılan bildirimler, altta yatan sistem nedenlerini tanıyan ve klinik koşulları anlamak üzere eğitim almış uzman kişiler tarafından değerlendirilir.
- **Doğru Zamanda:** Bildirimler hemen analiz edilir ve öneriler, bilhassa ciddi riskler saptandığında bilmesi gereken kişilere hemen iletilir.
- **Sistem odaklı:** Yapılan öneriler bireysel performans odaklı olmak yerine süreçler, sistemler ya da ürünlerde oluşan değişikliklere odaklanır.
- **Duyarlı olma:** Bildirimleri alan kurumların tavsiyeleri yayma kapasitesi vardır. Katılan kurumlar mümkün olduğunda önerileri uygulamayı taahhüt eder.

#### **2.4.2.Olay Bildirim Sistemlerinin Amacı**

Sağlık Bakanlığının, sağlık kuruluşlarında karşılaşılan istenmeyen olayları bildirmek üzere kurulan OBS'lerin ana hedef ve amaçlarını 2017 yılında yayınladığı istatistik raporunda şu şekilde açıklamıştır(SB,2017a:1);

- Tıbbi süreçlerle ilgili bildirilmiş olan hataları ulusal boyutta toplamak,
- Toplanan verilerle kalite standartlarını revize etmek ve geliştirmek,
- Toplanan verileri rapor haline getirip analizin değerlendirilmesi sonrası istenmeyen olayların engellenmesine yönelik hedef ve stratejilerini belirleyip, kurumsal düzeyde iyileştirme planları yapmak,
- Sağlık personellerine hata bildirimini konusunda farkındalık kazandırmak,
- Sağlık kurumlarına iyileştirme ve geliştirme konusunda yol göstermek,
- Sağlık kurumlarının kendi raporlama sistemlerini nasıl oluşturacağına dair rehberlik etmek.

OBS'nin en temel amaçları arasında, epidemiyolojik veri toplamanın yanında, öğrenmeye katkı sağlamak için kullanılabilen nitelikli bilgiyi toplamak da vardır. Çünkü; kişilerin yaşadığı istenmeyen olaylar ve hatalar hakkındaki tecrübelerini, kurumdaki tüm çalışanların öğrenebilmesi çok önemlidir(Altındış,2010:19; Giles vd.,2006:108; WHO,2005:12). Bunun yanında bir OBS'nin en önemli işlevi, veri analizleri ve incelemelerin sonuçlarının doğrudan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlık çalışanlarının işlerini daha güvenli bir şekilde yapmalarına destek olmaktır(EU Commission, 2014:12).

DSÖ'ye(2005:12) göre OBS'lerin en büyük amacı tecrübelerden dersler çıkarmaktır. Bildirimlerin kendi başına anlamlı olmadığına dikkat çekmek önemlidir. Çünkü güvenliğe katkı sağlayan ve değişikliklere olanak veren asıl olay bildirimlere verilen cevaplardır. İstenmeyen veya ramak kala olay bildirimleri, altta yatan sebeplerin derinlemesine araştırılmasına ve tekrarlanmasını engellemek için iyileştirici değişiklikler yapılmasına yönelik adımlar atmaya zemin hazırlamalıdır.

#### **2.4.3.Dünya Ülkeleri ve Avrupa Ülkelerinin Olay Bildirim Sistemleri**

Avrupa Birliğine üye ülkelerin OBS'leri incelendiğinde ülkeler arasında çeşitli farklılıkların olduğu görülmektedir. Bazı ülkelerde bildirim yapmak gönüllülük esasına dayalı iken bazılarında bildirim yapmanın zorunlu tutulduğu bilinmektedir. Her OBS'nin kendi içinde dezavantajları ve avantajları bulunmaktadır. Ayrıca

bildirim yapılabilecek olay türleri de ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bazı ülkelerde OBS'ler ülke genelinde kullanırken bazılarında bölgesel/yerel sistemler de kullanılmaktadır. Örneğin; Avusturya'da kullanılan sistem yalnızca ulusal değildir, aynı zamanda bağımsız olarak işleyen yerel ve bölgesel bildirim sistemleri de diğer sistemlerle bağlantısı olmadan kullanılmaktadır. OBS'lerden sorumlu olan kuruluşun türü de ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Birçoğunda sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığı veya yetkisi altındaki kurumlardır. Bazı AB ülkelerinde ise ülke genelinde OBS yoktur ve yerel OBS'lerin sorumluluğu münferit hastanelerin sorumluluğundadır. Tablo 2.1'de Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin GRS verileri karşılaştırılmıştır.

**Tablo 2.1: Türkiye ve AB Ülkelerinin GRS Sistemlerin Karşılaştırılması**

Ülkeler	Sağlık Çalışanının Bildirimi	Sağlık Kuruluşu Bildirimi	Hasta Bildirimi	Hasta Yakını Bildirimi	Kamu Bildirimi	Sistemin Hukuksal Bağlayıcılığı
<b>Avusturya</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>Belçika</b>	Gönüllü	Yok	Gönüllü	Yok	Yok	Kısmen
<b>Hırvatistan</b>	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Yok	Yok	Kısmen
<b>Kıbrıs</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>Çek Cumhuriyeti</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>Danimarka</b>	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Yok	Var
<b>Estonya</b>	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>Fransa</b>	Zorunlu	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen
<b>Almanya</b>	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Bilgi Yok
<b>Macaristan</b>	Gönüllü	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>İrlanda</b>	Zorunlu	Var	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>İtalya</b>	Zorunlu	Var	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>Letonya</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>Lüksemburg</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>Hollanda</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Kısmen
<b>Norveç</b>	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok	Var
<b>Slovakya</b>	Gönüllü	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>Slovenya</b>	Gönüllü	Zorunlu	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>İspanya</b>	Gönüllü	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
<b>İsveç</b>	Zorunlu	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Var
<b>Birleşik Krallık</b>	Gönüllü	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen

---

<b>Türkiye</b>	Gönüllü	Yok	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Yok
----------------	---------	-----	---------	---------	---------	-----

---

**Kaynak:** Çakmak ve Kurt,2018; EU Commission, 2014:23

Tablo 2.1 incelendiğinde; sağlık çalışanları tarafından yapılması gereken bildirimlerin, 21 AB ülkesinin 13'ünde OBS bildirimlerinin gönüllülük anlayışına tabi olduğu; sağlık kuruluşları tarafından değerlendirildiğinde de olay bildirimlerinin sadece 4 ülkede zorunlu olduğu, 2 ülkede ise gönüllülük esaslı olduğu anlaşılmaktadır. Bildirimlerin hukuki anlamda bağlayıcılığı değerlendirildiğinde; gönüllülük esasına dayalı bildirim sistemlerinin genellikle hukuksal bağlayıcılıkları yoktur. 21 AB ülkesi içinde, hukuksal bağlayıcılık 7 ülkede yok iken 10 ülkede kısmen hukuksal bağlayıcılık vardır. 3 ülke sisteminde hukuksal bağlayıcılık vardır. Almanya'nın hukuksal bağlayıcılığı ile ilgili bilgi olmadığı görülmektedir. Türkiye'de gönüllülük esaslı OBS mevcuttur ve hasta, hasta yakını, kamu bildirimleri de gönüllülük esaslıdır. Ayrıca bildirimlerin hukuki bir bağlayıcılığı yoktur.

OBS'lere AB ülkelerinden örnekler vermek gerekirse; Almanya'da, ülke çapında ilk OBS 2005 yılında kurulmuştur. Hastanelerde OBS olması zorunludur fakat bildirim yapmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bildirimlerin odak noktası ramak kala olaylardır. Hem ülke çapında hem bölgesel OBS'ler kullanılmaktadır. Çoğunlukla sağlık çalışanları bildirim yapsa da bildirim sistemleri kamuya açıktır dolayısıyla hastalar da bildirim yapabilmektedir(EU Commission, 2014:13-56).

İtalya'da OBS 2009 yılında zorunlu hale gelmiştir. Sağlık çalışanlarının bildirim yapması zorunludur. OBS'lerin kısmen hukuki bağlayıcılıkları vardır. Sistem odak noktası olarak çok ciddi olayları belirlemiştir. Sağlık alanındaki uzmanlar 16 kategori içeren bir listeden uygun kategoriyi belirleyerek olayları bölgesel düzeye bildirmektedir. OBS'ler hem ulusal hem bölgeseldir. İtalya'da hasta, bölgesel düzeye veri aktarmadan önce yerel düzeyde anonim hale getirilir. Bildirim yapan kişinin kimliği ile ilgili bilgiler gizlidir(A.g.e.).

Çek Cumhuriyeti; ulusal ve zorunlu olan bir raporlama istemi kullanmaktayken bazı hastanelerde ise gönüllülük esasına dayanan raporlama sistemine pilot olarak başlamıştır. Sağlık çalışanlarının bildirim yapması gönüllük esasına dayalıdır ve OBS'nin hukuksal bağlayıcılığı yoktur. Hiç kimse doğrudan OBS'ye bildirim yapamazken bir hastane aracılığıyla bildirim yapılması zorunludur. Hastanenin

kendi dahili sistemi vardır ve anonimleştirilmiş kayıtların aktarımı arka planda yapılır. Teorik olarak hastalar, yakınları ve halk sisteme erişebilir ancak bunun için hastanenin web sitesine bir bağlantı koyması gerekir. Henüz hiçbir hastane bunu yapmamıştır(A.g.e.).

Raporlanabilir olay tanımları AB Üye Devletlerdeki OBS'ler arasında farklılıklar göstermektedir. Raporlanabilir olaylar genellikle aşağıdaki yollardan biriyle tanımlanır:

- **Olayın ciddiyeti:** Bazı AB üyesi ülkelerde yalnızca hastalara verilen ciddi zararlar bildirilmektedir. (Örneğin Norveç'te)
- **Olay türü:** Bazı üye devletlerde sadece belirli olay türleri bildirilmektedir. Örneğin Macaristan veya Polonya'da akredite hastanelerde belli başlı olaylar bildirilmektedir.
- **Her ikisinin birleşimi:** Örneğin; ciddi olaylar ve belli olay türleri İtalya ve Danimarka gibi ülkelerin bildirdiği bilinmektedir.
- **Ramak kala:** Örneğin; Almanya'da odaklanılan olaylar ramak kala olaylardır.

Ayrıca, Birleşik Krallık, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İrlanda, İsveç, gibi tüm bildirimlerin kabul edildiği geniş tanımlı hasta güvenliği olaylarının temeli alındığı sistemler de bulunmaktadır(A.g.e.:25)

Dünya ülkelerinde kullanılan OBS'ler arasında da farklılıklar vardır. Örneğin; Japonya'da hastanelerin OBS'ye sahip olmaları zorunlu kılınmıştır. 2004 yılında ulusal bir raporlama sistemi uygulamaya koyulmuştur. Sistemde bildirimler eğitim hastaneleri için zorunlu, diğer hastaneler için isteğe bağlıdır. Advers olaylar, ramak kala olaylar ve ekipman arızaları bildirilir. Bildirilen olayların özet raporları hazırlanır ve bunlar sağlık hizmeti sunucularına ve halka açıklanır(A.g.e.26-27).

İngiltere ve Galler'de istenmeyen olaylardan öğrenme yöntemi ve olay bildirim kültürüne destek vermek amacıyla Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (NPSA) aracılığıyla ulusal raporlama ve öğrenme sistemi olan NRLS(National Reporting and Learning System) kurulmuştur. İngiltere'de bulunan toplam sağlık kurumlarının %90'ı bu sistemin üyesidir. Bildirilmesi gereken olaylar NHS'den (National Health Service) sağlık hizmeti alan bir ya da daha fazla sayıda hastada zarara sebep olmuş istenmeyen ya da beklenmeyen olaylar olarak belirtilir. Bildirimi herhangi bir sağlık

hizmeti sunucusu yapabilir. Analizler neticesinde NRLS'den alınan derslerin çözüm yolları ile ilgili geri bildirimde bulunulur(Yıldız, 2015:20-22).

OBS'ler ABD'de Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi aracılığıyla yürütülmektedir. İOBS çerçevesinde geliştirilen ve MedWatch olarak bilinen olay bildirim programı aracılığıyla, sağlık hizmet sunucularının, hastaların ve diğer paydaşların gönüllülük esaslı olarak olay bildirimleri yapması sağlanmaktadır. Ayrıca bazı şartlar altında kanunlar ve yönetmelikler gereğince, önceden ilan edilen ve belirlenen durumlarda bildirim zorunlu olan olaylar da vardır. MedWatch sistemine, medikal cihazlar, reçeteli-reçetesiz ilaçlar, kan bileşenleri, kozmetik ve diyet destek ürünleri, gıda takviyeleri ve bebek mamaları gibi farklı birçok konuda olay bildirimleri yapılmaktadır. Olay bildirimini, sağlık profesyonelleri bir form veya online portal üzerinden gerçekleştirilebilirken, hastaların ve diğer kişilerin bir başka türde form kullanarak MedWatch'a bildirim yapabildiği bilinmektedir. Bildirimlerin, FDA internet sayfasında açık bir şekilde açıklandığı görülmektedir. Örnek olarak; 2018 senesinde toplamda 2.154.814 olay bildirilirken, 2019 senesinde 2.190.695 olay bildirilmiştir(Keleş ve Aloğlu,2022:83-84).

#### **2.4.4.Türkiye'de Olay Bildirim Sistemleri**

Ülkemizde T.C Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkileyebilecek olaylar ile ilgili bir bildirim sisteminin oluşturulması için çalışmalar 01 Temmuz 2011 tarihi itibarıyla sağlık kuruluşlarında başlatılarak "Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)" adı altında bir raporlama sistemi geliştirilmesine karar verilmiştir. GRS faaliyetlerinde ulusal düzeyde bildirimler 2016 senesinde başlamıştır(SB,2017b). 14.03.2020 tarihli Sağlıkta Kalite Standartları'nda(SKS Hastane Seti Sürüm 6)'da Güvenlik Raporlama Bildirim Sistemi'nin adı 'İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi' şeklinde değiştirilmiştir(SHGM,2020b:34).

Günümüzde SB'nin internet sitesinde erişime açık olan Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi(HGBS) aracılığıyla da sağlık kurumları ve profesyonelleri tıbbi süreçler içerisinde karşılaştıkları olayları bildirebilmektedir. HGBS ile sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği çerçevesinde ülkemizde genel olarak meydana gelen istenmeyen olayların tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bildirimler kurumsal ve bireysel şekilde yapılabilmektedir. İstenmeyen olay bildirimlerinde dünya genelindeki anlayış, yapılan hatanın kime ait olduğu değil, hatanın nedenine ve kendisine odaklanmak da

olsa birçok ülke, olay bildirimlerinde anonimleştirme şartlarını yerine getirmediği için ulusal bir raporlama sistemi geliştirme konusunda farklı engeller ile karşı karşıya kalmaktadır. HGBS, bu gerekliliği sağlamak için verilerin manuel olarak girilmesine imkân sağlamayarak hata bildirimleri yapılması adına Hata Sınıflandırma Sisteminden(HSS) yararlanmaktadır. Bununla birlikte yapılan bildirimler esnasında İp adresi, kişi adı, lokasyon bilgisi, vb. kişisel bilgilerin hiçbiri veri tabanında kaydedilmemekte ve saklanmamaktadır. Yapılan bildirimler, HGBS raporlama marifeti ile hemen raporlanabilmektedir. Bildirimler ile ilgili raporlar, ülkemizde sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği çerçevesinde iyileştirme çalışmaları yapılmasına katkı sağlayarak Sağlıkta Kalite Standartları'nın(SKS) geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sebeple yapılacak bildirimler önem arz etmektedir(<https://hgbs.saglik.gov.tr/,2021>).

Yine T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan ve internet sitesinde erişime açık olan Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi(ÇGBS); sağlık kuruluşlarında görev yapan çalışanların, maruz kaldığı istenmeyen, ramak kala olayların ve bu maruziyete neden olan hataların bildirimini için kurulan bir platformdur. ÇGBS ile sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği kapsamında ülkemizde yaygın olarak meydana gelen istenmeyen olaylar ve bu olayların nedenlerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. HGBS'nin özellikleri ÇGBS için de geçerlidir(<https://cgbs.saglik.gov.tr/,2021>).

SB 2016 yılında GRS'nin faaliyete geçmesi sonrasında, 2016 ve 2017 yılları için istatistik raporları yayınlamıştır. 23 Mart 2016-31 Aralık 2017 tarih aralığında bildirim yapılan toplam olay/hata sayısı 155295'tir. Sırasıyla bakıldığında;

- laboratuvar ile ilgili hatalar %87,37,
- cerrahi ile ilgili hatalar %4,90,
- ilaçlar ile ilgili hatalar %4,61,
- hasta güvenliği ile ilgili hataların da %3,12 olduğu görülmektedir(Çakmak vd.2018:434-435).

Bu oranlar incelendiğinde en fazla bildirim yapılan hataların laboratuvar hataları olduğu, cerrahi hataların ikinci sırayı aldığı, üçüncü sırada ilaç hataları ve dördüncü sırada hasta güvenliği ile ilgili yapılan hatalar olduğu görülmektedir. Aşağıdaki Tablo 2.2 'de bu hataların alt parametreleriyle birlikte en sık yapılan hata türlerinin, yüzde ve sıklık oranları gösterilmektedir.

**Tablo 2. 2: Hata Türlerine Göre En Sık Bildirilen Hatalar**

<b>Tıbbi Hata Türleri</b>	<b>En Sık Bildirilen Hatalar (Alt parametreler)</b>	<b>Sıklık</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cerrahi Hatalar</b>	Ameliyat tarafının/bölgesinin işaretlenmemiş olması	1.143	<b>15.02</b>
	Hasta kimliğinin, ameliyat yerinin ve cerrahi işlemin doğrulanmamış olması	459	<b>6.03</b>
	Ekipteki üyelerinin kendini tanıtmamış olması	445	<b>5.85</b>
	Malzemelerin steril ve hazır olduğunun kontrol edilmemiş olması	431	<b>5.66</b>
	Cerrahi sebepli gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemiş olması	429	<b>5.64</b>
	Gereken cerrahi profilaksisinin uygulanmamış olması	423	<b>5.56</b>
	Anestezi sebepli gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemiş olması	415	<b>5.45</b>
	Kan şekeri kontrolünün gerekliliğinin değerlendirilmemiş olması	413	<b>5.43</b>
	Gereken DVT-profilaksisinin uygulanmamış olması	413	<b>5.43</b>
	Antikoagülan kullanımının sorgulanmamış olması	411	<b>5.40</b>
	Diğer	2.628	<b>34.53</b>
Toplam	<b>7.610</b>	<b>100.0</b>	
<b>İlaç Hataları</b>	Hatalı doz istemi yapılmış olması	1.141	<b>15.94</b>
	Yanlış ilaç istemi yapılmış olması	765	<b>10.69</b>
	Yanlış ilaç hazırlanma olayı	493	<b>6.89</b>
	Eczaneden yanlış ilacın transferinin gerçekleşmesi	363	<b>5.07</b>
	Elektronik ortamda yanlış ilaç istemi yapılması	358	<b>5.00</b>
	İletişim eksikliğinin olması	338	<b>4.72</b>

	İlaçların yanlış paketlenmiş olması	286	<b>4.00</b>
	Sıcaklık ve nemin uygun olmaması	276	<b>3.86</b>
	Okunaksız el yazısı	191	<b>2.67</b>
	Yanlış ilaç uygulaması olayı	186	<b>2.60</b>
	Diğer	2.759	<b>38.56</b>
	<b>Toplam</b>	<b>7.156</b>	<b>100.0</b>
<b>Laboratuvar Hataları</b>	Hemolizli numune	39.901	<b>29.41</b>
	Pıhtılı numune	33.246	<b>24.50</b>
	Yetersiz numune	16.861	<b>12.43</b>
	Hatalı test istemi yapılması işlemi	8.302	<b>6.12</b>
	Numune alım zamanının kaydedilmemesi	5.722	<b>4.22</b>
	Uygunsuz alınmış olan numune	4.748	<b>3.50</b>
	Hatalı numune kabı/tüpü	4.312	<b>3.18</b>
	Patoloji istek formunun düzenlenmemiş olması	3.987	<b>2.94</b>
	Hatalı kayıt yapılması	2.820	<b>2.08</b>
	Test isteminde eksik/yanlış bilgi olması	2.614	<b>1.93</b>
	Diğer	13.175	<b>9.71</b>
	<b>Toplam</b>	<b>135.688</b>	<b>100.0</b>
<b>Hasta Güvenliği Hataları</b>	Hastanın düşme olayı (hasta/refakatçi kaynaklı hatalar)	1.416	<b>29.25</b>
	Hastanın düşme olayı (bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin hatalar)	230	<b>4.75</b>
	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi işlemi	218	<b>4.50</b>
	Asansör arızası sebebi hastanın mahsur kalması olayı	169	<b>3.49</b>
	Bakım/Tedavi gecikmesi sebebi hastada komplikasyon gelişmesi olayı	155	<b>3.20</b>
	Hasta tesliminin uygun yapılmamış olması	151	<b>3.12</b>
	Bakım/Tedavi öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmamış olması	143	<b>2.95</b>

Yapılan Bakım/Tedavinin tıbbi kayıtlara yanlış işlenmesi olayı	135	<b>2.79</b>
Hastanın uygulanan tedavi, bakım veya teşhis yöntemi hakkında bilgilendirilmemesi	123	<b>2.54</b>
Arızalı ekipmanında doğru zamanda onarılmaması/değiştirilmemesi olayı	114	<b>2.35</b>
Diğer	1.987	<b>41.05</b>
<b>Toplam</b>	<b>4.841</b>	<b>100.0</b>

**Kaynak:** (Çakmak vd.,2018:436)

Tablo 2.2 incelendiğinde cerrahi hatalarda %15,02’lik bir oran ile “ameliyat bölge/trafinin işaretlenmemesi” hatasının en fazla bildirildiği, ilaç hatalarında ise %15,94’lik oranla “hatalı doz istemi” hatasının en fazla bildirildiği, laboratuvar hatalarında %29,41’lik oranla “hemolizli numune” hatasının en fazla bildirildiği, hasta güvenliği hatalarında ise %29,25’lik oranla “Hastanında düşmesi(hasta/refakatçikaynaklı hatalar)” hatasının en fazla bildirildiği görülmektedir(A.g.e.:436-437).

## 2.5.Sağlıkta Kalite Standartlarında İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Ülkemizde sağlık kurumlarında İOBS kurulması SB tarafından SKS ile zorunlu kılınmıştır. Fakat daha öncede ifade edildiği üzere kurulan bu sisteme, sağlık çalışanlarının bildirim yapmasına yönelik zorunluluk olmaması ile birlikte, sistem gönüllülük anlayışı ile yürütülmektedir. Dolayısıyla bu sistemin amacına ulaşarak işlerlik kazanması, ancak çalışanların sistemi benimsemesi ve katılım sağlamaları ile mümkündür. Hastalar ile sağlık çalışanlarının karşılaşma ihtimalinin olduğu, önceden tespit edilebilme olasılığı olan ve bilinen risklerdense nadir karşılaşılan, gerçekleşme ihtimali daha az risklerin tespit edilmesi açısından oluşturulan bu sisteme bildirim yapılması önemlidir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(SGHM) tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları’nda (Hastane Sürüm 6.1) İstenmeyen Olay Bildirimi bölümüne yer verilmiş olup standartlarda;

- Sağlık kurumlarında İOBS kurulması,
- Sistemin hasta ve çalışan güvenliği adı altında iki modülde ele alınması,

- Sistemin çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde ve bildirimlerin yapılabilmesi bakımından ulaşılması kolay, kullanıcı dostu olarak tasarlanması,
- Bildirim aşamalarında, ilgili kullanıcının gizlilik konusunda isteği varsa, özellikle raporlama süreçlerine yönelik gizlilik kuralının hassasiyetle uygulanması,
- Kurulan istenmeyen olay bildirim sistemi hakkında tüm hastane personelini kapsayacak şekilde eğitim verilmesi,
- Sağlık kurumlarında analiz ve raporlama aşamalarına yönelik sorumluların belirlenmesi,
- Olay bildirim sistemine yapılan bildirimlerde olaya özel kök neden analizi yapılması,
- Sisteme gelen bildirimlerin genel analizlerinin planlanan aralıklarla tekrarlanması, raporlanması ve değerlendirilmesi
- Tespit edilen olumsuz olaylara göre gereken düzeltici-önleyici çalışmalar yapılması ve sonuçlarının izlenmesi
- Yapılan düzeltici-önleyici çalışmalar hakkında ilgili sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi
- Sağlık çalışanlarının bildirim sistemi hakkında görüş ve önerilerinin alınması ve bu çerçevede çalışanlara düzenli bir şekilde geri bildirimlerde bulunulması, gerektiğinin belirtildiği görülmektedir(SHGM,2020a:101-104).

Bu standartlar incelendiğinde; SB'nin İOBS'yi geniş perspektifte değerlendirerek sadece hasta güvenliği ile sınırlandırmadığı, çalışan güvenliğinin de sistemin temelini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Standartlar ile sağlık kurumlarında; hasta ve çalışanların güvenliğini konusunda tehdit oluşturabilecek, gerçekleşmesine ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimini yapılmasını sağlamak ve bu olayları izleyerek yapılan bildirimler sonucunda istenmeyen olaylara yönelik elzem tedbirlerin alınmasını sağlamak amaçlanmıştır(A.g.e.).

## **2.6.Olay Bildirimi Motive Eden Faktörler**

Bir bireyin bir faaliyete olan ilgi ve alakasını harekete geçirme kabiliyeti, motivasyon kelimesini ifade eder ve olumlu sonuçlar ile ilgili algılarla yakinen bağlantılıdır(Kingston vd., 2004:38). Sağlık çalışanlarının olay bildirimini yapma

konusunda bir çok engel algısı ile hareket ettikleri göz önüne alındığında olayların şeffaf bir şekilde bildirilmesi konusunda bazı motivasyon faktörlerine ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bunun yanında, çalışanların yaşanan istenmeyen olayları bildirmesi için kurumda bir raporlama kültürünün var olması da önemlidir. Kurumda olay bildirimini işleminin yaygın olması için ise yöneticilerin olay bildirimini çalışanların kolaylıkla yapmalarını sağlamak adına gereken şartları yerine getirmesi gerekir. Yöneticiler bu konuda kendisini sorumlu hissetmelidir(İncesu ve Orhan,2018:85). Bu bağlamda, kurumda olay bildirimini kültürünün yerleşmesinde yönetimin desteğinin iyi bir motivasyon kaynağı olacağı da ifade edilebilir.

Ülkemizde, hasta güvenliğinin sağlanması hususunda sağlık kurumlarında yapılan çalışmaları izlemek ve yapılan çalışmalar ile ilgili geri bildirimlerin değerlendirilmesi amacıyla, 104 hemşireyle yapılan bir araştırmada, hastaları etkileyebilecek hataların raporlanması gerektiğini(%85.6), istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda hemşirelerin çalıştıkları sağlık kurumundan destek gördüğünü(%81.7), hasta güvenliği ile ilgili olay bildirimini yaparken kendilerini güvende hissettiklerini(%83.7), sağlık kurumunda olay bildirimini konusunda yeterli eğitim düzenlendiğini(%66.3) ve tecrübeleri paylaşmanın hataları engellediğini(%100) belirtilmektedir(Gökdoğan ve Yorgun, 2010:58).

Yine ülkemizde yapılan farklı bir araştırmada; “yönetimin olay bildirimini konusunda teşvik edici ve destekleyici bir tutumu vardır” ibaresini, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %40,6’nının “kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum” şeklinde cevapladığı görülmüştür. Dolayısıyla burada araştırmaya katılan çalışanların, yönetimin olay bildirimini yapma hakkındaki desteğini kuvvetli bir şekilde hissetmediği ifade edilebilir(Şahin,Çelebi ve Taslak,2024:29).

### **2.6.1.Organizasyon Kültürü ve Liderlik Desteği**

İstenmeyen olaylar meydana gelmesinin önlenmesinde öncelikli görev sağlık kurumu yönetiminindir. Yönetimin İOBS ile ilgili gereken tüm alt yapıyı hazır hale getirmesi, sonrasında çalışanlarla bu sistemi yürütmesi gerekmektedir. OBS’lerin güvenilir şekilde işletilmesi, hasta güvenliği kültürünün çok önemli bir aşamasının başarıyla yürütülmesi anlamını taşıyacaktır. Öğrenen kurum olmanın temelini bu adımlar oluşturur(İntepeler ve Dursun,2012:133)

İzmir’de bir sağlık kurumunda yapılan bir araştırmada, kurumda devamlı olarak sistemin iyileştirilmesine yönelik bir anlayışın benimsenmesi ile iyi bir kalite yönetim anlayışının hakim olması, çalışanların kendi aralarında güvene dayalı, olumlu, destek veren bir yaklaşım olmasının, hasta güvenliği kültürüne olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra; aynı çalışmada, herhangi bir istenmeyen olay ile karşılaşan sağlık çalışanının, hem yönetim hem de çalışma arkadaşları tarafından olumsuz cevapla karşılaşmak veya suçlanmaktan çekinmesinin, çalışma alanında hasta güvenliği kültürü oluşumunu olumsuz anlamda etkilediği sonucu da ifade edilmiştir(Gül, 2010:95). Dolayısıyla, sağlık kurumlarında hakim olan destekleyici ve çözüm odaklı anlayışın, çalışanların çekinmeden istenmeyen olayları bildirmesi konusunda motivasyon kaynağı olacağı söylenebilir.

### **2.6.2.Eğitim ve Öğretim**

İstenmeyen olaylar hakkında bildirim yapılması ve bu olayların azaltılması veya önlenmesi için daha çok OB eğitimi düzenlenmesine ihtiyaç hasıl olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Yapılan bir araştırma, doktor ve hemşirelerin sağlık kurumunda bir OBS olsa bile, çalışanların bu sistem ile ilgili yeterli eğitimi almamış olduğu ve bu sebeple OBS’nin gerçek değerinin gerektiği kadar farkında olmadıkları ifade edilmektedir(Keleş ve Aloğlu,2022:112). Sağlık kurumu yönetimi tarafından; hekim ve hemşirelerin olay bildirimi ve hasta güvenliği ile ilgili bilgilerinin desteklenerek, özellikle ramak kala olayların bildirilmesinin, sağlık sistemlerinde hataların azalmasındaki önemi, düzenlenecek olan eğitim içeriklerine dahil edilmelidir(Soydemir vd., 2017:70).

Ülkemizde yapılan bir çalışma, istenmeyen olay ve malpraktis hakkında eğitim alan doktorların oranının %30 olduğu, doktorların %88’inin ise OB’nin nasıl yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmektedir. Araştırmaya katılan doktorların, istenmeyen olay ve malpraktis hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını vurgulandığı bu çalışmada, olay bildirimi yapmayı bilen doktorların malpraktis hakkındaki korkularının da düşük seviyede olduğu ifade edilmektedir(Uğrak, 2019:122-143).

Coyle ve ark.(2005:383-388) düzenlenen eğitimlere katılım ile olay bildirimi hakkındaki tutum ve algıların pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık kurumlarında göreve başlayan çalışanların akabinde oryantasyon eğitimi ile bilgilendirilmesi, istenmeyen olayların önlenerek hasta güvenliğinin sağlanması için

önemli bir adımdır. Bildirilmesi gereken olay türlerine dair çalışanların eğitime tabi tutulması ve konunun toplantılarda gündem haline getirilmesi, konunun çalışanlar tarafından benimsenmesine ve bildirim yapma konusunda motive olmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **2.6.3.Geri Bildirim ve Görünür İyileştirmeler**

Vural ve arkadaşlarının(2014:154-156) yaptığı bir çalışmada; araştırmaya katılan çalışanların %75,5'i yaşanan istenmeyen olayların ve hataların sistem kaynaklı olduğunu düşünmektedir. Olay bildirimlerinden sonra çalışanlara geri bildirimde bulunulması ve çalışanların güvenlik konusunda sorunlarını iletilebilecekleri kanalları bilmeleri, olay bildirimi yapma konusunda motivasyon faktörleri olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar olay bildirimlerinde yönetimin tutum ve davranışlarının etkili olduğunu da göstermektedir.

Bununla birlikte, yapılan farklı bir çalışmada; sağlık hizmeti sunucularının, kurum yönetiminin yapılan bildirimler sonucunda yaşanan istenmeyen olayları engellemeye yönelik bir çözüm bulmayacağına dair inanışlarının bulunduğu belirtilmektedir(Tütüncü vd.,2007:526). Bu inanışlardan yola çıkarak, olay bildirimi sonrası yapılacak geri bildirimler, yaşanan olaya odaklanarak yapılan düzenleyici önleyici çalışmalar sonucunda gerçekleşen iyileşme durumunun, çalışanlar ile paylaşılmasının olay bildirimi konusunda motivasyon kaynağı olacağı söylenebilir.

### **2.6.4.Anonimlik ve Gizlilik**

İncesu ve Orhan yaptığı bir çalışmada (2018:82) çalışanların bildirim yapmak konusunda bazı çekincelere sahip olduklarını ifade ederek bu çekincelerden bazılarının; kimliklerinin gizli kalmayacağını düşündükleri, çalıştıkları birimin belli olabileceği, bildirim yapılan bilgisayarın IP numarasının tespit edilebileceği gibi konularda olduğunu belirtmiştir. Bu çekinceler değerlendirildiğinde; çalışanların bildirim yaparken gizlilik konusunda tedirgin olabildiği anlaşılmaktadır. Kurum yönetiminin bu konuda, çalışanların bilgilerinin takip edilmeyerek gizlilik konusunda hassasiyet gösterdiğine dair ikna edici olması, çalışanların bildirim yapma konusunda motivasyonunu arttırabileceği düşünülmektedir.

### **2.6.5.Raporlama Sürecinin Kolaylığı**

Karsh ve arkadaşlarına(2006:283-295) göre başarılı OBS için; kurumun bildirim sistemi ile ilgili sorumlulukları açık bir şekilde belirtilmeli, kurumda kullanıma

sunulacak bildirim sistemi belirlenerek işletilmeli, sistem özellikleri itibariyle kullanımı kolay olmalı ve zaman alıcı olmamalıdır.

Doktor, eczacı ve eczane teknisyenleri, hemşireler ile yapılan bir araştırmada; bir doktor, olay bildirimlerinde isim verilmemesi halinde; bir hemşire, olay bildirimini yapmanın fazla zaman almaması ve bildirim yapma koruyucu anlayış içinde olunması halinde daha fazla olay bildirimini yapılabileceğini belirtmiştir(Williams ve Ashcroft, 2009:316-320).

Bununla birlikte, bildirim öncesi ve sonrası süreçlerin kurum prosedürlerinde açıklanması, bu prosedürlere çalışanların kolayca ulaşabilmesi, bildirim sürecindeki iş akışının basit ve anlaşılır olmasının, çalışanların bildirim yapma konusunda motivasyonunu arttırabileceği düşünülmektedir.

### **2.7.Olay Bildirimini Engelleyici Faktörler**

İstenmeyen olay bildirimleri, hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesine katkı sağlayacak önemli bir araçtır. Buna rağmen; sağlık bakım kurumlarında istenmeyen olayların büyük oranda bildirim yapılmamaktadır(Soydemir,2015:27) Olay bildirimini yapılamamasını engelleyen bazı etkenler vardır ve bu etkenler sağlık çalışanları arasında farklılık gösterebilir. Olay bildirimleri genellikle sağlık hizmet sunucuları tarafından resmi olmayan bir şekilde yapılır(Aksan,2017:40). Bildirilmeyen olaylar yüzünden, meydana gelen istenmeyen olayların sebepleri ve türleri araştırılmaz. Dolayısıyla olayları önlemek için çalışmalar yapılamayacağı ve problem çözme yöntemleri geliştirilemeyeceği ifade edilebilir(Top vd.,2009: 27).

Yapılan bir çalışmada sağlık hizmet sunucularının istenmeyen olay bildirimini yapamama sebepleri;

- Çalışanların istenmeyen olay bildirimini yapmanın fazla zaman aldığını düşünmesi,
- Çalışanların, istenmeyen olaya sebep olan kişinin itibarının zarar göreceğine yönelik inançları,
- Çalışanların, istenmeyen olayın gerçekleştiği sağlık kuruluşu/servisinin itibarının zarar göreceğine yönelik inançları,
- Üst yönetimin bildirimler sonucunda herhangi bir düzenleme çalışması yapmadığına ve bildirimlerin istenmeyen olayları engellemeye yarayan bir sistem olmadığına dair inançları,

- Çalışanların, istenmeyen olaya sebep olan kişinin işten çıkarılması gibi sonuçların olacağı endişesi,
- Çalışanların, olay bildirim raporlarının gerçeği yansıtmadığına dair inançları,
- Çalışanların, OBS'nin kolaylıkla ulaşılabilir olmadığına dair görüşleri, şeklinde sıralanmıştır(İntepeler ve Dursun, 2012: 131-132).

Bunun yanında 2005 senesinde Akins ve Cole tarafından Delphi paneli düzenlenmiş ve olay bildirimlerinin önündeki engeller şu şekilde açıklanmıştır(Akins ve Cole,2005:10-15):

- Sistemlerde hasta güvenliğinin öncelik olarak belirlenmemesi,
- Çalışan sayısının yeterli olmaması veya mevcut çalışanların çok fazla iş yükü olması,
- Konu ile ilgili eğitimlerinin düzenlenmesine ayrılacak kaynak, yeni teknolojik gelişmeler, hastaların kabulü, faturalama işlemleri ya da laboratuvar analizleri için gereken elektronik sistemlerin olması gibi hasta güvenliği teknolojisinden yoksun olmak,
- Birçok çalışanın hasta güvenliğine kapsamındaki uygulamaları yaptıklarını savunarak iyileşme çabalarına veya değişime tepki göstermeleri,
- Çok fazla ülkede varolan sağlık sistemlerinin cezalandırıcı nitelikte olması ve ayıplama kültürü,
- Yaşı yüksek ve tecrübeli idarecilerin hasta güvenliği kavramını anlamayarak yapılan uygulamalara katılım sağlamamaları,
- İstenmeyen olayların önemli hasarlara sebebiyet vermesine engel olmak için olayların zamanında tespit edilmesinin çok önemli olduğunun altını çizecek bir kurum kültürünün olmaması.

### **2.7.1.Suçlanma Korkusu ve Cezai Eylemler**

Yaşanan istenmeyen olayların, yasal boyutundan korkma bildirim yapılmasının önündeki en önemli engeldir(Barach,2003:7-27). 1997 de Meurier ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada, araştırmaya konu olan hemşirelerin %18'inin istenmeyen olayların sonuçlarından korkmaları sebebiyle bildirmeyerek sakladıkları saptanmıştır(Meurier vd.,1997:112-118).

Sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumu esnasında meydana gelen istenmeyen olayların bildirilmesi ile ilgili algılarını değerlendiren bir çalışmada, çalışanların

çalışma ortamındaki etkenler sebebiyle olay bildirimini yapmadıkları, bu etkenlerin, istenmeyen olaya sebep olan kişinin bildirim sonrasında, konunun sicilini olumsuz yönde etkileyerek personel dosyalarında yer alacağı endişesinde olmaları, kurumda ve toplum içinde dışlanma endişesine kapılmaları gibi sebepler olduğu belirlenmiştir(Tütüncü vd., 2007: 526).

Yapılan başka bir çalışmada, istenmeyen olayların sağlık hizmet sunucuları tarafından bildirilmeden özellikle gizlenmesinin sebepleri arasında hasta ve yakınlarının hukuki süreç başlatmasına yönelik korkuları olması, sağlık kurumunda çalışan diğer insanlar tarafından suçlanma ve itibar kaybı yaşama endişeleri gibi sebeplerin bildirim yapmalarını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir(Yıldız, 2015: 16).

İran'da üniversite hastaneleri ile özel sağlık kliniklerinde görev yapan 115 hemşire ile yapılan araştırmada da olay bildiriminin önündeki engeller sıralanmıştır. Burada dört etken belirlenmiştir. Bunlardan birincisi; hemşirelerin yaşanan olayın açığa çıkmasıyla işini kaybetme, yasal işlem görme, ekonomik kayıp yaşama, itibar kaybı, bilgisiz olarak görülme gibi endişeleri; ikincisi, yaşadıkları olaylarda neyin bildirilmesi gerektiği konusundaki belirsizlik ve istenmeyen olayların sonuçları ve sıklığı ile ilgili hemşirelerin algısıdır. Son iki etken ise; suçlanmak, rezil olmak, ayıplanmak, ceza almak gibi etkenler ile çalışma baskısına ek olarak kendilerinde hissettikleri fazla sorumluluk yüküdür(Hashemi vd., 2012:11-20).

Bayazidi ve ark. (2012:232-235) yaptığı bir araştırmada da; hemşirelerin ilaçlar ile ilgili hataları bildirme engellerinin en önemli sebebi olarak, sistemlerinde değil kişilerin odak noktası olması, buna ek olarak yapılan bildirim sonrası kınama ve ceza alma endişesi olduğu saptanmıştır.

### **2.7.2.Yetersiz Bilgi ve Farkındalık**

Soydemir'in yaptığı bir çalışmanın(2015:59) sonuçlarına göre; doktor ve hemşireler, karşılaştıkları istenmeyen olayların görev yaptıkları sağlık kurumunda duyulması ihtimalinden kaçınmaktadırlar. Çünkü bu durumun öğrenilmesinden sonra, farklı sağlık çalışanları tarafından, bilgisiz, yetersiz, beceriksiz olarak tanımlanarak kınanmaktan, ayıplanmaktan ve etiketlenmekten endişe duymaktadırlar.

Naome ve arkadaşlarının (2020:5-8) Güneybatı Uganda'daki bir hastanede yaptığı bir çalışmada ise istenmeyen olay bildirimini yaparken sağlık hizmeti sunucuları

tarafından algılanan engeller arasında; olaylar ve bunların raporlanması hakkında bilgi eksikliği olmasından kaynaklı farkındalığın olmaması ve olayı rapor eden bir ekibin bulunmaması gibi faktörler olduğu belirtilmektedir.

### **2.7.3.Zaman Eksikliği ve İş Yükü Baskısı**

Evans ve arkadaşları (2006:40-42) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin olay bildirimini yapmalarının önündeki en önemli engelleri, geri bildirim yeterli olmaması, ramak kala olayların bildirilmesine gerek olmadığı inancı ve meşgul olmaları sebebiyle bildirim yapmayı unutmaları olarak sıralamıştır

Bir başka çalışmada ise; OBS'nin sağlık çalışanlarının iş yüklerini arttırdığı düşüncesinin, yönetim açısından eksiklikler olması gibi nedenlerin çalışanların bildirimde bulunmamasına sebep olduğu saptanmıştır(Wolf ve Hughes, 2008: 333-357). Bununla birlikte Coyle ve ark.(2005:383-388) olay bildirimini konusundaki temel engeller arasında zaman yetersizliği, ilave kâğıt işi olduğunu vurgulamaktadır.

### **2.7.4.Karmaşık Raporlama Sistemleri**

Ülkemizde hekim ve hemşirelerin olay bildirimini engel algılarını konu alan bir çalışmada, sağlık kurumunda mevcut olan OBS'nin kullanımının zor olması ve işlevsel olmaması nedeniyle olay bildirimini yapmadıkları tespit edilmiştir(Soydemir,2015:64-65). Olay bildirimini yapma işleminin fazla zaman alması, sistemin uygulanabilirliğini zora sokmakta ve bazen de bildirim yapılmasını sonraya bırakılarak arka plana atılmasına neden olmaktadır(Elder vd., 2007:115-123; Evans vd., 2006:40-42).

Konuyla ilgili yapılan farklı çalışmalarda da çalışanlar, olay bildirimini işleminin fazla zaman almamasının, olay bildirimine olan algıları olumlu yönde etkileyeceği ve bildirim yapılmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir(Handler vd., 2007:568-574;Kingston ve vd., 2004:36-39).

## **2.8.Olay Bildirimini Arttırmaya Yönelik Stratejiler**

### **2.8.1.Adil Kültürün Geliştirilmesi**

Adil kültür terimi, istenmeyen veya ramak kala olayda yer alan kişiler için, adil bir sonuca ulaşmayı amaçlayan, kuruluşlar içindeki süreçleri tanımlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Adil bir kültürün anahtarı; açıklığa, zararı onarmaya ve suçlamak yerine öğrenmeye odaklanmaktır. Leape(1994:1851-1857), Wu(2000:726-

727) ve Dekker(2016:1-200) gibi araştırmacılar, cezalandırmaya odaklanan adalet mekanizmalarının kullanılmasının, bir kurumun hatalardan ders çıkarma becerisini engellediğini savunmaktadır. Onarıcı adil kültür aynı zamanda çalışanların sadece hatalar meydana geldiğinde değil, daha genel olarak sağlık uygulamalarını iyileştirmek için konuşmaya ve endişelerini dile getirmeye cesaret ettiği bir kültürü teşvik etmeye odaklanmaktadır(Van Baarle,2022:2).

Sağlık kurumlarında adil kültür varlığından söz edebilmek için; yöneticilerin olay bildirimlerinde, bildirim yapanları cesaretlendirici ve destekleyici yaklaşım içinde olması, istenmeyen olayların önlenmesinde geliştirilecek üzümlerin bireysel odaklı olmadan sisteme yönelik iyileştirmelere odaklı olması, bu bildirimlerin çalışanların performans değerlendirmelerinde değil yalnızca risklerin azaltılmasında kullanılacağı güveninin çalışanlara verilmesi gerekir.

Bildirim yapan kişiye koruyucu nitelikte bildirim sistemlerinin oluşturulması ile çalışanların güvende hissettikleri ortamın sağlanmasının olay bildirimlerini arttırmaya yönelik adımlar olduğu düşünülmektedir.

### **2.8.2.Raporlama Süreçlerinin Kolaylaştırılması**

Sağlık hizmet sunucularının genel olarak yoğun ve zor şartlar altında çalıştığı göz önüne alındığında, çalışma ortamında uygulaması kolay, fazla zaman alamayan, etkin ve pratik bildirim sistemleri oluşturulması, ayrıca bildirim sürecini açık bir şekilde anlatan prosedür, talimat, akış şemaları oluşturulması gibi çalışanların bildirim yapmasını kolaylaştıracak uygulamalar yapılmasının bildirimleri arttırmaya katkısı olacağı düşünülmektedir.

### **2.8.3.Düzenli Geri Bildirim ve Tanınmanın Sağlanması**

Bir sağlık hizmeti sunucusu, bildirim nereden sona erdiğini veya konu hakkında herhangi bir işlem yapıp yapılmadığını bilmeden bir olayı bildirirse, zorunlu da olsa birkaç denemeden sonra olayları bildirmekten vazgeçebilir(EU Commission, 2014:41). Bununla birlikte, olay bildirimini yapan kişilere geri bildirimde bulunmak, çalışanların gelecekteki olayları bildirmesini motive etmek için çok önemlidir. Bildirim yapan kişiye ve kurumdaki çalışanların tümünü, bildirilen olaylar sonrasında alınan önlemler ve yapılan iyileştirici çalışmalar hakkında bilgilendirmek gerekir. Çünkü bu bilgilendirme ile yapılan bildirimlerin dikkate alınarak sistemin iyileşmesine katkıda bulunulacağı, çalışanlara kanıtlanmış olacaktır.

#### **2.8.4.Sürekli Eğitim Programlarının Uygulanması**

Sağlık kurumlarında iyi bir olay bildirim kültürü geliştirmek birkaç yıl alır. Oluşan olay bildirim kültürü yıllar geçtikçe olaylardan öğrenmeye odaklanacaktır. Bununla birlikte; tüm çalışanların, kendilerine ve kurumlarının itibarına zarar verebilecek olayların meydana gelmesini önleyerek bildirimde bulunmanın, kendi yararlarına olduğunu anlamalıdır(A.g.e.:5-31). Tüm bu öğrenme süreci ise sürekli olarak verilen eğitimlerle desteklenir. Bu sebeple tüm sağlık çalışanlarının, olay bildirim ve hasta güvenliği ile ilgili bilgileri desteklenmelidir. Kurumda yeni göreve başlayan çalışanlar öncelikle oryantasyon eğitiminde konuyla ilgili bilgilendirilmelidir. Tüm bu eğitim sürecinin, olay bildiriminin neden ve nasıl yapıldığı, hangi olayların bildirilmesi gerektiği, yapılan bildirimlerin sağlık hizmeti süreçlerine nasıl katkı sağladığı gibi konularda olması, çalışanların kafalarındaki sorulara cevap bularak bilgilenmesine, bildirim yapma konusunda farkındalık oluşmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **2.8.5.Anonimlik ve Gizlilik**

Öğrenme sistemlerinin, yapılan bildirimler gizli olduğunda ve bildirim yapan kişilerin hatalar ve ramak kalalar olaylar hakkında bilgi paylaşırken kendilerini risk altında hissetmediklerinde, daha başarılı olduğu görülmüştür. İsimsiz bildirimler anonimleştirilmelidir, çünkü bunlar bireyin kişisel çıkarımın olmadığını, aksine olayla birincil derecede ilgilendiğini açıkça göstermektedir(A.g.e.:29-33).

Olay bildirim yaparken daha öncede çokça ifade edildiği üzere; çalışanların dava edilme, suçlanma, yargılanma, bilgisiz olarak nitelendirilme gibi birçok engel algısıyla karışı karşıya kaldığı bilinmektedir. Bu sebeple bildirim yaparken kişilerin kimliklerinin açığa çıkma endişesini gidermek, bildirim yapılan IP adresinin kaydedilmediği, takip edilmediği güvencesini çalışanlara vererek tüm bilgilerin anonim hale getirilmesiyle sadece bildirilen olaya odaklanmanın, yapılan bildirimlerin artmasında önemli rol oynayabileceği değerlendirilmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde; ilk olarak araştırmanın amaçları ile yapıldığı yer ve zaman, daha sonra araştırma çerçevesindeki hipotezler anlatılmaktadır. Sonrasında, araştırmada veri toplamada hangi yöntemlerin kullanıldığına ilişkin detaylar, araştırmaya konu olan evren ve örneklem, araştırmanın sınırlılıkları ile etiği anlatılmaktadır. Son olarak da araştırmada toplanan verilerin analizinde kullanılan yöntemlere değinilmektedir.

#### 3.1.Araştırmanın Amacı, Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma; sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini yapmalarını motive edici ve engelleyici faktörleri ölçebilecek bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeği İstanbul ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleri ile değerlendirmek, aynı zamanda ölçeğin geçerlik, güvenilirliğini sağlamak amacıyla yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır. Bu araştırma; Kasım 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında, kolayda örneklem yöntemi kullanılarak İstanbul ilinde görev yapan 300 sağlık çalışanıyla gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2.Araştırmanın Hipotezleri

Tez hipotezlerimiz şunlardır:

**H1:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde cinsiyetler arasında fark vardır.

**H2:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde meslekler arasında fark vardır.

**H3:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde yaşa göre fark vardır.

**H4:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde meslekte çalışma yılına göre fark vardır.

**H5:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde eğitim durumuna göre fark vardır.

**H6:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde çalışılan birime göre fark vardır.

**H7:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde çalışılan kurumdaki görev süresine göre fark vardır.

**H8:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde kişinin medeni durumuna göre fark vardır.

**H9:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde çalışılan kurumun türüne göre fark vardır.

**H10:**İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumuna göre fark vardır.

**H11:** İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde daha önce istenmeyen olay bildirim yapma durumuna göre fark vardır.

**H12:**İstenmeyen olay bildirimlerini engelleyen faktörlerde istenmeyen olay bildiriminin nasıl ve ne şekilde yapılacağına bilinme durumuna göre fark vardır.

**H13:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde cinsiyetler arasında fark vardır.

**H14:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde meslekler arasında fark vardır.

**H15:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde yaşa göre fark vardır.

**H16:**İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde meslekte çalışma yılına göre fark vardır.

**H17:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde eğitim durumuna göre fark vardır.

**H18:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde çalışılan birime göre fark vardır.

**H19:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde çalışılan kurumun türüne göre fark vardır.

**H20:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde çalışılan kurumdaki görev süresine göre fark vardır.

**H21:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde kişinin medeni durumuna göre fark vardır.

**H22:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde istenmeyen olay bildiriminin nasıl ve ne şekilde yapılacağına bilinme durumuna göre fark vardır.

**H23:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumuna göre fark vardır.

**H24:** İstenmeyen olay bildirimleri motive edici faktörlerde daha önce istenmeyen olay bildirim yapma durumuna göre fark vardır.

### **3.3. Veri toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından düzenlenen kişisel bilgi formu ve yine araştırmacı tarafından literatür taraması yapılmasıyla ve uzman görüşleri alınarak düzenlenen “Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği” ve Heungsik Park ve ark.(2005) tarafından geliştirilen Çelik ve Yılmaz(2015) tarafından Türkçeye uyarlanan “Whistleblowing(İfşa) Ölçeği” kullanıldı.

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından düzenlenmiş olup, sosyo-demografik ve kişisel özellikleri ortaya çıkararak form toplamda 12 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda; sağlık çalışanının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalışılan kurumun türü, çalışılan birim, İOBS hakkında eğitim alma durumu, olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu, daha önce olay bildirim yapma durumu bilgilerini sorgulayan 12 adet soru yer almaktadır.(EK-3)

#### **3.3.2. İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği**

İstenmeyen olay bildiriminde motive edici ve engelleyici faktörleri sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleri ile birlikte değerlendirmek amacı ile araştırmacılar tarafından literatür taraması(Aboshaiq, 2013; Akıns ve Cole,2005; Aksan,2017; Altındış,2010; Barach,2003; Bayazidi vd.,2012; Coyle vd.,2005; Çakmakçı,2014; Dursun vd.,2010; Evans vd., 2006; Gül,2010; İncesu ve Orhan,2018; İntepeler ve Dursun,2012; Karsh vd.,2006; Keleş ve Aloğlu,2022; Naome vd,2020; Poorolajal vd., 2015; Soydemir, 2015; Uğrak,2019; Uribe vd.,

2002; Ünal, 2016; Tütüncü vd., 2007; Vural vd.,2014; Williams ve Ashcroft, 2009; Yıldız,2015) yapılarak ölçeğin taslak formu geliştirilmiştir. Toplamda 38 sorudan oluşan taslak formu(EK-4) kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere uzman görüşlerine sunulduktan sonra, görüşler doğrultusunda 29 maddeye düşürülmüştür.(EK-5) Sonrasında yapılan güvenilirlik çalışması ve ön test sonuçları doğrultusunda ölçekteki madde sayısı 26'ya indirilerek son şeklini almıştır.(EK-6)

### **3.3.3.Whistleblowing (İfşa) Ölçeği**

Heungsik Park ve ark. (2005) tarafından geliştirilen Çelik ve Yılmaz(2015) tarafından Türkçeye uyarlanan WHISTLEBLOWING Ölçeği yakınsak geçerlilik için kullanılacaktır. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır.(EK-7) “Whistleblowing” ölçeğinin (5’li Likert Ölçeği; 1= Kesinlikle Katılmıyorum; 5= Kesinlikle Katılıyorum) kabul edilebilir oranı 0,60 ile 0,80 arasında değişebilen Cronbach  $\alpha$  değerinin 0,70’in üzerinde değer ile uyumlu iç tutarlılık seviyesini gösterdiği tespit edilmiştir(Yılmaz,2015:88). Ölçekten alınacak puanlar artıka ifşa düzeyleri de artmaktadır.

### **3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Literatüre bakıldığında, geliştirilen ölçekteki madde sayısının 5-10 katının, örneklem sayısı için yeterli olduğu yönünde görüşler yer almaktadır(Şahin ve Öztürk, 2018:192-195). Bu görüşler doğrultusunda araştırmada; 26 maddelik ölçek için, madde sayısının 10 katına denk gelen 260 sağlık çalışanının katılımı yeterli olmakla birlikte 300 kişilik örneklem sayısına ulaşıldı. Örneklem toplamasında kolayda örneklem metodu kullanıldı. Kolayda örneklemede veriler, ana kütle içinden en hızlı, kolay ve ekonomik bir şekilde toplanmaktadır(Haşıloğlu vd.,2015:20-22). Araştırmaya alınma ya da alınmama kriterleri ise aşağıda gösterildiği şekilde belirlenmiştir.

#### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

- İstanbul ilindeki sağlık kurumlarında aktif görev yapan sağlık hizmeti sunucuları çalışmaya dahil edilmiştir.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan sağlık hizmeti sunucuları dahil edilmiştir.

### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:**

- Çalışmaya İstanbul ili dışında görev yapan sağlık çalışanları dahil edilmemiştir.
- Çalışmaya görev süresi 1 yılın altında olan sağlık çalışanları dahil edilmemiştir.
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan sağlık hizmeti sunucuları dahil edilmemiştir.

### **3.5.Verilerin Toplanması Süreci**

Araştırma Kasım 2024 ile Aralık 2024 tarihleri arasında İstanbul'da görev yapan gönüllü sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Veri toplama araçları, elektronik ortamda oluşturulmuştur(Google forms). Çevrim içi yapılan anketlerin, zaman, maliyet, veri kaybı ve veri girişi hatalarının önlenmesi, araştırmacı etkisinin azalması ve daha fazla kişiye ulaşma gibi avantajları vardır(Bulut,Şengül ve Özyaral,2023:775). Düzenlenen “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği” ve “Whistleblowing (İfşa) Ölçeği” formu, bağlantı adresi ile WhatsApp uygulaması üzerinden katılımcılara iletilerek etraflarında araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan diğer katılımcılara bağlantı linkini iletmeleri istenmiştir. Çevrimiçi yapılan anketin ilk sayfasında katılımcılara, araştırma ve araştırmacı ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra çevrimiçi bilgilendirilmiş onamı onaylayarak gönüllü katılım sağlayan bireyler araştırmaya dahil olmuştur. Çevrimiçi ankette ölçek formundaki tüm soruların cevaplanması zorunlu tutulmuştur. Böylelikle herhangi bir soruyu cevaplamayan katılımcının ölçek sorularında ilerlemesi önlenmiştir. Bu sebeple ölçek formunda eksik cevap bulunmamaktadır.

#### **3.5.1.Kapsam Geçerliliği**

Ölçek geliştirme ve uyarlama hakkında yapılan çalışmalarda, bir ölçekteki maddelerin ölçülecek alanı kapsayıp kapsamadığının değerlendirilmesi için kapsam geçerliliği uygulamaktadır. Uzman görüşleri sonucunda kapsam geçerliliği hesaplamak için; kapsam geçerliliği indeksi (KGI) olduğu bilinen “Davis Tekniği” yöntemi kullanılmıştır. Bu teknik ile uzmanlar her bir maddeyi “(a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli, (d) madde uygun değil” olarak derecelendirmiştir(Şencan, 2005:750-760). Davis

teknikinde (a) ve (b) seçeneğini seçen uzman sayısının tüm uzman sayısına bölünmesiyle ilgili maddenin “kapsam geçerlik indeksi (KGİ)” belirlenmektedir. Ortaya çıkan KGİ değeri, istatistiksel bir ölçütle kıyaslamaktansa 0,80 oranı ölçüt olarak kabul görmektedir(Yurdugül, 2005:3). Bu araştırmada, tüm maddeler uzmanların görüş ve önerileri dikkate alınarak düzenlenmiştir. Ölçek formunun geliştirilmesinde ilk aşamada 38 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur. Sonrasında oluşturulan madde havuzu, alanında uzman kişilerin görüşlerine sunulmak üzere hazırlanan “Uzman Görüş Formu” ile kapsam geçerliği açısından değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda belirlenen 38 sorudan oluşan form Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon denetçisi olan uzmanlara (4 Doçent Doktor, 1Uzman Doktor, 1 Uzman Hemşire,1 Diş Hekimi,3 Hemşire) araştırmacı tarafından çevrimiçi olarak gönderilmiştir. Her madde için kapsam geçerlik oranı(KGO) belirlenmiştir. Aşağıdaki Tablo 3.1’de kapsam geçerlilik indeksine göre 0,80’ nin üstünde ve altında kalan maddeler gösterilmektedir.

**Tablo 3. 1: Kapsam Geçerlilik İndeksi Uzman Görüşleri**

<b>Kapsam Geçerlilik İndeksi Uzman Görüşleri</b>		
<b>No</b>	<b>Motive Edici Faktörler</b>	<b>Puan</b>
1	İstenmeyen olay bildirimlerinin kime, ne şekilde bildirileceğinin yazılı bir prosedürle belli olması.	1
2	Hangi olayların istenmeyen olay olarak bildirilmesi gerektiğine dair eğitim verilmesi.	1
3	İstenmeyen olay bildirimini yapıldıktan sonra olayların kısa süre içerisinde analiz edilerek, interaktif bir şekilde düzeltici/önleyici faaliyet yapılması.	1
4	Yönetim tarafından suçlayıcı ve yargılayıcı tutum sergilenmeden destekleyici olunması.	1
5	İstenmeyen olay bildirimini sonrasında izlenecek yolların hastane prosedürlerinde belli olması.	0.90
6	İstenmeyen olay bildirimini yapılırken kullanılan sistemin kolay ve anlaşılır şekilde kullanıcı dostu olması.	1
7	Yönetim ekibinin ve kurum kültürünün, ekip çalışması ve açık iletişime uygun olması.	0.90

8	İstenmeyen olay bildiriminde yönetimin gizlilik konusunda güven vermesi.	0.90
9	İstenmeyen olay bildirimleri sonrası uygunsuzlukların giderilerek hataların azaltıldığı bilgisinin personel ile paylaşılması.	1
10	İstenmeyen olay bildirimini yapılması ve sonrasında uygulanan prosedürün basit, kolay anlaşılır olması ve fazla zaman almaması.	0.90
11	Hastane yönetiminin uygunsuzluklarda kişi değil sorun ve çözüm odaklı olması.	0.90
12	İstenmeyen olay bildiriminin önemine yönelik personeli bilinçlendirme ve hatırlatma amaçlı araçların kullanılması	1
13	İstenmeyen olay bildirimini yapma işleminin fazla zaman almaması.	0.90
14	İstenmeyen olay bildirimini yaptıktan sonra yapılan çalışmalar hakkında kişiye geri bildirim sağlanması.	<b>0.60</b>
15	İstenmeyen olay bildirimini yaptıktan sonra düzeltici faaliyetlere bildirim yapan kişinin de dahil edilmesi.	<b>0.50</b>
16	Yönetim tarafından istenmeyen olay bildirimini yapanların ödüllendirilmesi.	<b>0.30</b>
<b>Engelleyici Faktörler</b>		
17	İstenmeyen olay bildirimini yaparken kullanılan sistemin zor, karmaşık olması, kullanıcı dostu olmaması.	0.90
18	İstenmeyen olay bildirimini sonrası olaydan sorumlu tutulma endişesi.	0.80
19	İstenmeyen olay bildirimini sonrası kişinin prosedürlerle uğraşmak istememesi.	0.90
20	Kurum itibarının sarsılacağı düşüncesi.	0.90
21	Yönetimin istenmeyen olay bildirimlerinde sorun ve çözüm odaklı olmak yerine kişi odaklı tutum sergilemesi.	0.80
22	İstenmeyen olay bildirimini yaptıktan sonra	0.80

	herhangi bir düzeltici/önleyici faaliyet yapılmaması.	
23	İstenmeyen olay bildirimini sorunların çözülmesine ve hizmet kalitesine herhangi bir katkıda bulunmayacağı düşüncesi.	1
24	Kurumda suçlama ve korku kültürünün baskın olması.	0.80
25	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra diğer personeller tarafından dışlanma korkusu.	0.80
26	İstenmeyen olay bildirim yapılması sonrasında cezalandırılma korkusu.	0.80
27	Hastanede bildirilen olayları değerlendirecek bir ekip bulunmaması.	0.90
28	İstenmeyen olay bildirim yapılması gereken konularla ilgili bilgi eksikliği.	0.90
29	İstenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde yapılacağını bilmemesi.	0.90
30	Yönetimsel sorunlar ile ilgili çözüm üretilmeyeceğini düşündüğüm için bildirim yapmam.	0.90
31	Bazı istenmeyen olayların hastanedeki süreçlerin doğal bir parçası olduğunu düşündüğüm için bildirimde bulunma gereği duymuyorum.	0.90
32	İstenmeyen olayların ciddiyeti az ise bildirim yapmam.	0.80
33	Yönetim ekibinin istenmeyen olay bildirim yapan kişilerin gizliliğini korumaması	<b>0.70</b>
34	Çalışma ortamının çok yoğun olması.	<b>0.70</b>
35	Yapılan bildirim herhangi bir disiplin soruşturmasına konu olma ihtimali.	<b>0.70</b>
36	Olay bildirim yapılmasının iş yükünü arttırdığı düşüncesi.	<b>0.70</b>
37	Vardiyalı sitemde çalışmak.	<b>0.70</b>
38	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra kişiye geri bildirimde bulunulmaması.	<b>0.30</b>

Tablo 3.1 incelendiğinde; 14,15,16,33,34,35,36,37,38 sayılı maddeler 0,80'in altında kalması sebebiyle ölçekten çıkarılmıştır. Araştırmanın başında oluşturulan madde havuzunda 38 madde yer alırken, kapsam geçerlilik indeksi doğrultusunda değeri 0.80'nin üstünde olan 29 maddeye düşürülmüştür.

### **3.5.2.Geliştirilen Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması**

Uzman görüşleri alındıktan sonra KGO ölçütünü karşılayan 29 madde ile sağlık kurumlarında İOBTÖ'nün zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesi amacıyla; ilk olarak araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan 31 sağlık çalışanına, birinci uygulama sonrasında üç hafta arayla ölçek ikinci defa uygulanmıştır. Bunun yanında 300 kişilik örneklem grubu ile yapılan ana çalışmada İOBTÖ'nün iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach's  $\alpha$  katsayıları değerlendirilmiştir. Güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarına "Bulgular" bölümünde yer verilmiştir.

### **3.5.3.Ön Çalışma**

Uzman görüşleri alındıktan sonra, KGI'ye göre 0,80'in üstünde kalan 29 maddeden oluşan İOBTÖ, 31 kişilik bir örneklem grubuyla "Zamana Göre Değişmezlik" açısından değerlendirildikten sonra, araştırmaya katılan kişiler tarafından anlaşılabilir anlaşılmadığını saptamak amacıyla ana çalışma öncesinde 62 katılımcıyla pilot çalışma yapılmıştır. "Zamana Göre Değişmezlik" açısından yapılan değerlendirmedeki 31 kişilik örneklem grubu pilot çalışmaya dahil edilmemiştir. İOBTÖ araştırmada; (1) "kesinlikle katılmıyorum", (5) "kesinlikle katılıyorum" olarak 5'li Likert tipinde derecelendirme yapılacak bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Ölçek maddeleri rastgele sıralanmıştır. Madde havuzu, 13 olumlu, 16 olumsuz maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin puanlanması esnasında, olumlu olan maddeler "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlayarak 5'ten 1'e doğru sıralanırken olumsuz maddeler "kesinlikle katılmıyorum" seçeneğinden başlamaktadır ve 1'den 5'e doğru puanlama yapılmıştır. Ortaya çıkan veriler ile Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) çalışmaları yapılmıştır. Yapılan AFA analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre 3 tane maddenin (27, 28 ve 29) faktör yükü 0.3'ün altında olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç olarak iki boyuttan oluşan 26 maddelik bir ölçüm aracı elde edilerek, İOBTÖ'nün son hali oluşmuştur. Analiz sonuçlarının ayrıntılarına "Bulgular" bölümünde yer verilmiştir.

### **3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, İstanbul ilindeki sağlık kurumlarında aktif olarak görev yapan sağlık hizmeti sunucuları üzerinde yapılacaktır. Araştırmaya çalışma süresi 1 yılın altında olan sağlık çalışanları dahil edilmemiştir. Zaman ve maliyetin kısıtlılığından ötürü araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Seçimin rasgele olmaması sebebiyle bu durumun, örnekleme kapsamında ki potansiyel bir yanlılığa sebep olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın kavramsal çerçevesini ise söz konusu sağlık hizmeti sunucularının İstenmeyen Olay Bildiriminde Motive Edici ve Engelleyici faktörlere yönelik değerlendirmeleri teşkil etmektedir.

### **3.7.Araştırmanın Etiği**

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi yayın etiği ve bilimsel araştırma kurulundan, 31.10.2024 tarih ve 2024/08 sayılı etik kurul onayı alınmıştır(EK-1). Çevrim içi uygulanmış olan ölçeğin ilk sayfası, araştırmacılara ait bilgiler ve araştırmamızın amacını belirterek katılımcıların onamları çevrimiçi olarak alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun ve bu doğrultuda gerçekleştirilmiştir.

### **3.8.Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilmiş veriler, AMOS (Analysis of Moment Structures) 22.0, SPSS ve Jamovi 2.6.17 programları aracılığı ile çözümlenmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olan ölçeklerin, Pilot Analizleri, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), güvenilirlik analizlerinde ise Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Çalışmanın modelinde de belirtilmiş olan, katılımcıların özellikleri ile ilgili bilgileri ortaya koymak için tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler çerçevesinde yüzdeler ve frekanslar verilmiş olup, standart sapma değerleri ile birlikte ölçeklerin ortalamaları gösterilmiştir. Çalışmanın değişkeni olan İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği ve Alt Boyutları ile İfşa Ölçeğinde, istatistiki verinin normal dağılıp dağılmadığı konusunda tespitler yapabilmek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) ölçüleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılmış olan sağlık çalışanlarının İOBTÖ'den elde etmiş oldukları ortalama düzeylerin değişkenler arasında farklılığını tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve iki ortalamanın arasında olan farkın önemlilik testinden

(Standart t testi) yararlanılmıştır. Yapılan ANOVA testi sonrasında istatistiksel anlamda önemli fark bulunan gruplar içerisinde, farkın sebebinin hangi gruplar kaynaklı olduğunu tespit etmek amacıyla Post-hoc test çeşitlerinden olan Tukey testinden yararlanılmıştır.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1.Ön Çalışma Bulguları

Uzman görüşleri alındıktan sonra KGI'ye göre 0,80'in üstünde kalan 29 maddeden oluşan ölçeğin ana çalışmadaki örneklem grubuna uygulanmasından önce, araştırmaya katılan kişiler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını saptamak amacıyla 62 katılımcıyla pilot çalışma yapılmıştır. Ön çalışmanın analiz bulguları aşağıdaki başlıklarda açıklanmaktadır.

##### 4.1.1.Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında İOBTÖ'ye ilişkin açımlayıcı faktöre analizi bulgularına yer verilmiştir. Faktöre analizi bulguları aşamalı olarak gösterilmiştir. Tablo 4.1'de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi bulguları gösterilmiştir.

**Tablo 4. 1: Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi Bulguları**

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterlilik Testi	0.849
Bartlett Küresellik Testi	$\chi^2$ 1724.463
	df 325
	Sig. .000

Tablo 4.1'de Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterlilik Testi 0,849 olarak belirlenmiştir. Bu değer, örneklem yeterliliğinin oldukça iyi olduğunu göstermektedir. KMO değerinin 0,80'in üzerinde olması, verilerin faktör analizi için uygun olduğunu işaret eder. Bartlett Küresellik Testine göre ise sonuçlar anlamlıdır ( $\chi^2 = 1724,463$ ,  $df = 325$ ,  $p < 0,001$ ). Bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu ve korelasyon matrisinin birim matris olmamasını doğrular. Tablo 4.2'de ölçeğe ilişkin faktör için özdeğer ve açıklanan çeşitlilik bulguları gösterilmiştir.

**Tablo 4. 2: Ölçeğe İlişkin Faktör Özdeğer ve Açıklanan Çeşitlilik Tablosu**

Bileşenler	Başlangıç Değerleri			Yüklerin Kare Toplamı			Döndürme Sonrası Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif%	Toplam	Varyans %	Kümülatif%	Toplam	Varyans %	Kümülatif%
1	10.134	38.979	38.979	10.134	38.979	38.979	10.133	38.971	38.971
2	7.234	27.822	66.800	7.234	27.822	66.800	7.236	27.829	66.800
3	1.290	4.962	71.763						
4	1.096	4.214	75.976						
5	.998	3.838	79.814						
6	.761	2.928	82.742						
7	.639	2.459	85.201						
8	.580	2.232	87.433						
9	.469	1.804	89.236						
10	.374	1.440	90.676						
11	.355	1.366	92.042						
12	.328	1.263	93.305						
13	.291	1.120	94.425						
14	.260	.999	95.424						
15	.202	.776	96.200						
16	.176	.679	96.879						
17	.150	.575	97.454						
18	.137	.526	97.980						
19	.123	.475	98.455						
20	.110	.425	98.879						
21	.087	.335	99.215						
22	.069	.266	99.481						
23	.048	.184	99.664						
24	.039	.151	99.815						
25	.027	.105	99.920						
26	.021	.080	100.000						

Tablo 4.2, ölçek geliştirme çalışmasının faktör analizi sonuçlarını özetlemektedir. Ölçekteki bileşenlerin (faktörlerin) açıklanan toplam varyansa katkısını ve her bir faktörün özdeğerlerini göstermektedir. İlk faktör toplam varyansın %38.979'unu açıklamaktadır. İkinci faktör %27.822 ile kümülatif olarak varyansın %66,80'ini açıklamaktadır. İlk iki faktör, verinin önemli bir kısmını açıklamaktadır. Aşağıdaki Tablo 4.3'de ise ölçek ifadelerine ilişkin faktör yükleri bulguları gösterilmektedir.

**Tablo 4. 3: Ölçek İfadelerine İlişkin Faktör Yükleri**

	<b>Ölçek İfadesi</b>	<b>Faktör Yüğü</b>
s1	İstenmeyen olay bildirimlerinin kime, ne şekilde bildirileceğinin yazılı bir prosedürle belli olması bildirim yapmamı kolaylaştırır.	.769
s2	Hangi olayların istenmeyen olay olarak bildirilmesi gerektiğine dair eğitim verilmesi doğru bildirim yapmamı kolaylaştırır.	.894
s3	Yönetim tarafından suçlayıcı ve yargılayıcı tutum sergilenmeden destekleyici olunması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.873
s4	İstenmeyen olay bildirimini sonrasında izlenecek yolların hastane prosedürlerinde belli olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.872
s5	İstenmeyen olay bildirimini yapılırken kullanılan sistemin kolay ve anlaşılır şekilde kullanıcı dostu olması bildirim yapmamı kolaylaştırır.	.936
s6	Yönetim ekibinin ve kurum kültürünün, ekip çalışması ve açık iletişime uygun olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.917
s7	İstenmeyen olay bildiriminde yönetimin gizlilik konusunda güven vermesi bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.865
s8	İstenmeyen olay bildirimleri sonrası uygunsuzlukların giderilerek hataların azaltıldığı bilgisinin çalışanlar ile paylaşılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.898
s9	İstenmeyen olay bildiriminin önemine yönelik bilinçlendirme ve hatırlatma amaçlı araçların kullanılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.820
s10	Hastane yönetiminin	.895

	uygunsuzluklarda kişi değil sorun ve çözüm odaklı olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	
s11	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra olayların kısa süre içerisinde analiz edilerek, interaktif bir şekilde düzeltici/önleyici faaliyet yapılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.855
s12	İstenmeyen olay bildirim yapılması ve sonrasında uygulanan prosedürün basit, kolay anlaşılır olması ve fazla zaman almaması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.898
s13	İstenmeyen olay bildirim yapma işleminin fazla zaman almaması bildirim yapma konusunda beni motive eder.	.887
s14	İstenmeyen olay bildirim yaparken kullanılan sistemin zor, karmaşık olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.743
s15	İstenmeyen olay bildirim sonrası olaydan sorumlu tutulma ihtimalimin var olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.813
s16	İstenmeyen olay bildirim sonrasında uzun ve karmaşık prosedürler bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.734
s17	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra kurum itibarının sarsılacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.539
s18	Yönetimin istenmeyen olay bildirimlerinde sorun ve çözüm odaklı olmak yerine kişi odaklı tutum sergilemesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.725
s19	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra herhangi bir	.719

	düzeltilici/önleyici faaliyet yapılmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	
s20	İstenmeyen olay bildirimının sorunların çözülmesine ve hizmet kalitesine herhangi bir katkıda bulunmayacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.752
s21	Kurumda suçlama ve korku kültürünün baskın olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.784
s22	İstenmeyen olay bildirimini yapıldıktan sonra diğer personeller tarafından dışlanma korkusu, bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.726
s23	İstenmeyen olay bildirimini yapılması sonrasında cezalandırılma korkusu bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.802
s24	Hastanede bildirilen olayları değerlendirecek bir ekip bulunmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.776
s25	İstenmeyen olay bildirimini yapılması gereken konularla ilgili bilgi eksikliğimin olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.777
s26	İstenmeyen olay bildiriminin nasıl ve ne şekilde yapılacağına bilmemek bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.	.765

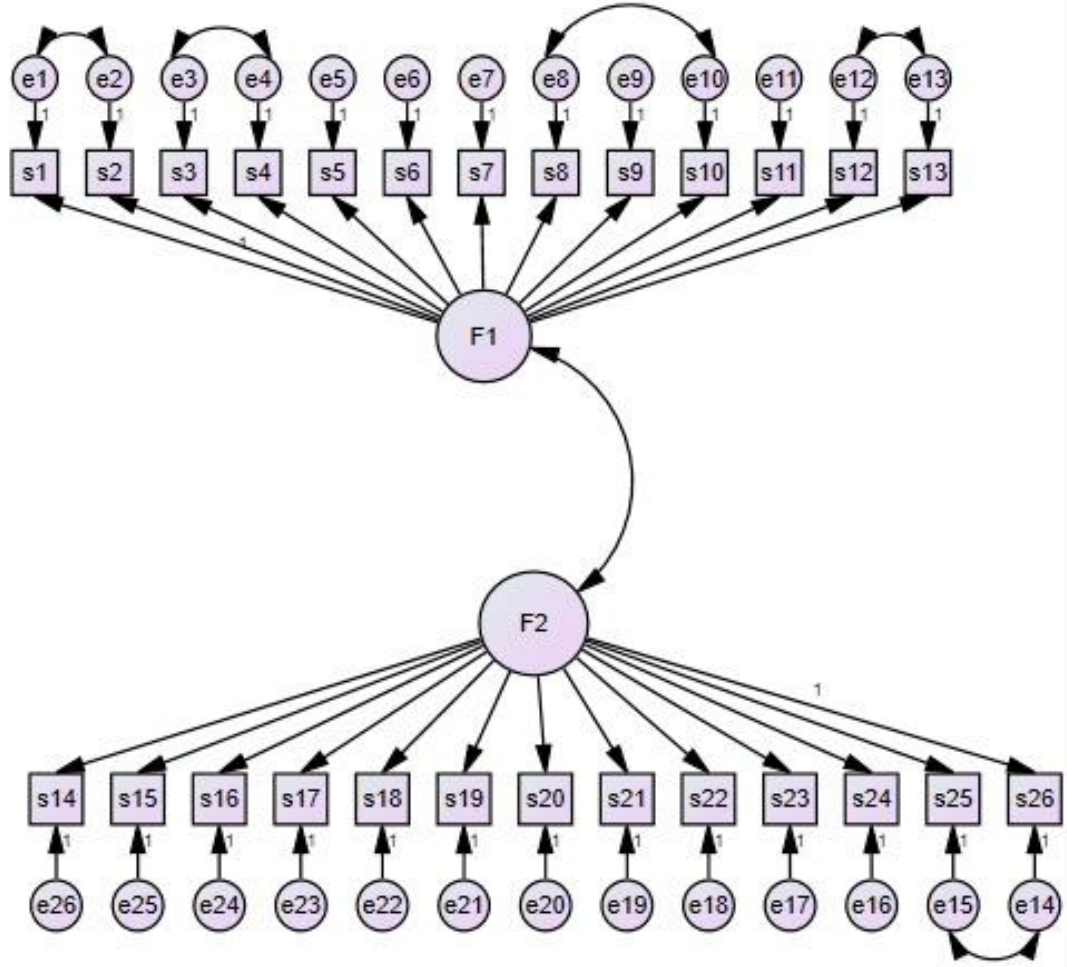
Tablo 4.3’de analiz sonucunda iki ana faktör ortaya çıkmıştır(1. boyut 1-13 sorular, 2. boyut 14-26 sorular). Faktör 1’de yüksek yükler alan değişkenler benzer bir alt boyutu temsil ederken, Faktör 2’ye yüklenen değişkenler farklı bir boyutu temsil etmektedir. Yüksek yük değerleri, bu faktörlerin iyi tanımlandığını ve anlamlı olduğunu göstermektedir. Açımlayıcı faktör analizi, verideki iki ana bileşeni açıkça

ortaya koymaktadır. KMO değeri ve Bartlett Küresellik Testi, verilerin faktör analizi için uygun olduğunu doğrulamakta; ortak varyanslar ise çoğu değişkenin faktörler tarafından iyi bir şekilde temsil edildiğini göstermektedir. Döndürülmüş bileşen matrisi, değişkenlerin faktörler arasındaki dağılımını daha net hale getirmiş ve iki ana boyutun belirlenmesine olanak tanımıştır. Bu analiz, verilerde güçlü bir faktör yapısının olduğunu ve bu yapıların anlamlı boyutları temsil ettiğini ortaya koymaktadır. Yapılan AFA analizi sonucunda elde edilen bulgulara göre 3 tane maddenin (S27, S28 ve S29) faktör yükü 0.3'ün altında olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç olarak iki boyuttan oluşan 26 maddelik bir ölçüm aracı elde edildi. İOBTÖ'den çıkarılan maddeler aşağıda sıralanmıştır.

- **S27:** Yönetimsel sorunlar ile ilgili çözüm üretilmeyeceğini düşündüğüm için bildirim yapmam.
- **S28:** Bazı istenmeyen olayların hastanedeki süreçlerin doğal bir parçası olduğunu düşündüğüm için bildirimde bulunma gereği duymuyorum.
- **S29:** İstenmeyen olayların ciddiyeti az ise bildirim yapmam.

#### **4.1.2.Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Araştırma içerisinde kullanılmış olan ölçeğe AMOS programı ile DFA analizi yapılmıştır. Öncelikle yapılmış olan DFA analizinin sonuçlarına bakıldığında ölçek modelinin bazı uyum indeksi değerlerinde kabul edilebilir eşiklerin altında kalmış olduğu tespit edilmiştir. Sınır değerlerinin altında olan uyum indeksinin kabul edilebilecek seviyelere çekilebilmesi amacıyla model ile ilgili modifikasyon indeksleri değerlendirilmiştir. Yapılmış olan modifikasyonlar ile birlikte ortaya çıkan modelin uyum indeksi değerleri Tablo 4.4'de verilmiştir. Şekil 4.1'de doğrulayıcı faktöre analizinin faktör yüklerine göre diyagramı gösterilmiştir.



**Şekil 4. 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi**

F1: Birinci Boyut, F2: İkinci Boyut

**Tablo 4. 4: Ölçeğe Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri**

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Referans Değerleri
$\chi^2/sd$	3,213	$\leq 5$
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0,123	$\leq 0,10$
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0,603	$\geq 0,80$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0,842	$\geq 0,85$
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0,724	$\geq 0,85$
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0,825	$\geq 0,85$

Tablo 4.4’de,  $\chi^2$  değerine bakıldığında, makul olduğu ( $\chi^2/sd=3,213$ ;  $p<0,001$ ) tespit edilmiştir. Ki-kare / serbestlik derecesinin oranının, ki-kare istatistiğinin örneklem

büyüklüğü ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneklemin büyüklüğüne bağlı olarak, farklı araştırmalar 2 ve 5 arasında olan bir değerin yeterli uygunluğu belirtmek için kâfi olduğunu belirtmektedir(Hu & Bentler, 1999; Kline, 2011; Kwon & Marzec, 2016,Karaman,2023:54). RMSEA değeri 0.10'un üzerinde olduğu için modelin uyumu zayıf olarak değerlendirilebilir. RMSEA'nın düşük değerleri (ör.  $\leq 0.08$ ) daha iyi uyumu ifade eder, dolayısıyla bu sonuç modelin uyumunun geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. GFI, modelin veri ile uyumunun iyi olmadığını göstermektedir. Bu indeksin 0.80'in üzerinde olması beklenir ve ideal durumda 0.90 veya üzeri olmalıdır. Bu durumda modelin uyumu oldukça zayıftır. CFI değeri referans değeri olan 0.85'in hemen altında kalmaktadır. Bu, modelin kabul edilebilir bir uyuma yaklaştığını, ancak tam olarak sağlayamadığını göstermektedir. Modelde bazı iyileştirmeler yapılırsa bu indeks yeterli düzeye çıkabilir. NFI değeri, önerilen sınırın oldukça altındadır. Bu, modelin veriyle olan uyumunun yeterli olmadığını ve iyileştirilmesi gerektiğini işaret eder. TLI, 0.85'e oldukça yakın bir değerdedir, ancak bu sınırın altındadır. Model, iyi uyum kriterlerini karşılamaya yakındır, ancak yine de yeterli düzeyde değildir. Tablodaki uyum indeksleri modelin veriyle uyumunu tam olarak sağlayamadığını göstermektedir. Özetle ifade etmek gerekirse;  $X^2/sd$  makul bir uyum göstermektedir. RMSEA, GFI, NFI ve CFI indeksleri ise model uyumunun zayıf olduğunu belirtmektedir. TLI ve CFI biraz daha iyi durumdadır ancak referans değerlerin hemen altında kalmaktadır. Modelde uyumu artırmak için; hatalı veya uyumsuz maddeler çıkarılabilir ya da yeniden düzenlenebilir. Daha fazla veri toplanarak modelin istatistiksel gücü artırılabilir. Faktör yapısında veya bağlantılarda iyileştirmeler yapılabilir. Dolayısıyla pilot çalışma elde edilen bulgular değerlendirilerek ana çalışma safhasında daha güçlü bir örneklem sayısıyla çalışma tekrar edilmiştir.

#### **4.2.Ana Çalışma Bulguları**

Aşağıdaki Tablo 4.5'de 300 kişilik örneklem grubuyla gerçekleştirilen ana çalışmaya ait katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır.

**Tablo 4. 5: Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

<b>Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler</b>		<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	202	67.3
	Erkek	98	32.7
<b>Yaş</b>	34 yaş ve altı	197	65.7
	35 yaş ve üzere	103	34.3
<b>Medeni Durum</b>	Bekâr	130	43.3
	Evli	170	56.7
<b>Eğitim Durumu</b>	Ön lisans	57	19.0
	Lisans	152	50.7
	Lisansüstü	91	30.3
<b>Meslek</b>	Doktor	59	19.7
	Hemşire	151	50.3
	Sağlık Teknikeri	30	10.0
	Tıbbi Sekreter	60	20.0
<b>Meslekte Çalışma Yılı</b>	1-5 yıl	122	40.7
	6-10 yıl	62	20.7
	11-15 yıl	50	16.7
	16-20 yıl	66	22.0
<b>Kurumda Çalışma Yılı</b>	1-5 yıl	205	68.5
	6-10 yıl	47	15.7
	11-15 yıl	48	16.0
<b>Hastane Türü</b>	Eğitim ve Araştırma H.	160	53.3
	Şehir Hastanesi	100	33.3
	Devlet Hastanesi	40	13.3
<b>Çalışılan Birim</b>	Acil Servis	30	10.0
	Cerrahi Servis	32	10.7
	Eğitim Birimi	35	11.7
	İdari Birimi	45	15.0
	KVC	55	18.3
	Poliklinik Hizmetleri	43	14.3
	Radyoloji	30	10.0
Yoğun bakım ve Anestezi	30	10.0	
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Eğitimi Alıp Almadığı Durumu</b>	Evet	229	76.3
	Hayır	71	23.7
<b>İstenmeyen Olay Bildiriminin Nasıl ve Ne Şekilde Yapılacağını Bilme Durumu</b>	Evet	234	78.0
	Hayır	66	22.0
<b>Daha Önce İstenmeyen</b>	Evet	93	31.0

<b>Olay Bildirimi Yaptım</b>	Hayır	207	69.0
<b>TOPLAM</b>		300	100.0

Tablo 4.5’de katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. 300 kişinin demografik, mesleki ve eğitim durumları incelenmiştir. Katılımcıların %67,3’ü kadın, %32,7’si erkektir. Yaş dağılımı incelendiğinde, %65,7’sinin 34 yaş ve altı, %34,3’ünün ise 35 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından katılımcıların %56,7’si evli, %43,3’ü ise bekârdır. Eğitim durumlarına bakıldığında, %50,7’si lisans mezunu, %30,3’ü lisansüstü eğitim almış ve %19,0’ı ön lisans mezunudur. Mesleki dağılımda ise katılımcıların %50,3’ü hemşire, %20,0’si tıbbi sekreter, %19,7’si doktor ve %10,0’ı sağlık teknikeridir. Çalışma yılı verilerine göre, %40,7’si meslekte 1-5 yıl, %22,0’si 16-20 yıl aralığında çalışmıştır. Kurumda çalışma yılı açısından, %68,5 ile 1-5 yıl arasında çalışanlar çoğunluktadır. Katılımcıların %53,3’ü eğitim ve araştırma hastanelerinde, %33,3’ü şehir hastanelerinde ve %13,3’ü devlet hastanelerinde çalışmaktadır. Çalışılan birimler arasında en yüksek oran %18,3 ile Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) birimindedir. İdari birimde çalışanlar %15,0, poliklinik hizmetlerinde çalışanlar ise %14,3 oranındadır. İstenmeyen olay bildirimini ile ilgili olarak, katılımcıların %76,3’ü bu konuda eğitim almış, %78,0’i istenmeyen olayların nasıl bildirileceğini bilmektedir. Ancak, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapanların oranı yalnızca %31,0 olup, %69,0’ı herhangi bir bildirimde bulunmamıştır. Aşağıdaki Tablo 4.6’da Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır.

**Tablo 4. 6: Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

	<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam</b>	<b>Motive Eden Faktörler</b>	<b>Engelleyen Faktörler</b>	<b>İfşa Ölçeği Toplam</b>
<b>N</b>	300	300	300	300
<b>Ortalama</b>	104.20	58.44	45.76	23.27
<b>Standart Sapma</b>	17.35	7.37	14.27	3.94
<b>Minimum</b>	26.00	13.00	13.00	8.00
<b>Maksimum</b>	130.00	65.00	65.00	40.00
<b>Skewness</b>	1.02	-1.63	-0.690	-0.167
<b>Std. error skewness</b>	0.141	0.141	0.141	0.141
<b>Kurtosis</b>	1.70	1.58	-0.272	1.89
<b>Std. error kurtosis</b>	0.281	0.281	0.281	0.281

Tablo 4.6'da sunulan tanımlayıcı istatistikler, İOBTÖ ve alt boyutları ile İfşa Ölçeğinin genel dağılım özelliklerini göstermektedir. Ortalama değerler incelendiğinde, İstenmeyen Olay Bildirim Ölçeği ortalama değeri ve standart sapması  $104.20 \pm 17,35$ 'dir. Yüksek düzeyde bir İOBT algısı olduğu ifade edilebilir. Alt boyutlar incelendiğinde ise Motive Eden Faktörler alt boyutunun 58.44, Engelleyen Faktörler alt boyutunun ise 45.76 olduğu görülmektedir. İfşa Ölçeği ortalama puanı ise 23,27'dir. Minimum ve maksimum değerler, tüm boyutlarda ölçek aralığının (1.00-5.00) tamamının kullanıldığını işaret etmektedir. Gerek İstenmeyen Olay Bildirim Ölçeği gerek İfşa Ölçeğinin normal dağılıp dağılmadığına yönelik çarpıklık (skewness) değerlerine bakıldığında, ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir (kimi kaynaklarda -1,5 ve +1,5 kimi kaynaklarda ise -2 ve +2 aralığı normal kabul edilmektedir). Bu bulgular, ölçek ve alt boyutların genel dağılım özelliklerini anlamak ve katılımcıların bu boyutlardaki değerlendirmelerini analiz etmek açısından önemli bir çerçeve sunmaktadır. Özellikle Motive Eden Faktörlerin yüksek ortalama ve yoğun dağılımı, bu boyutun diğerlerine göre daha belirgin şekilde algılandığını göstermektedir.

### **4.3.Ölçeklerin Geçerlik Ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular**

#### **4.3.1.İOBTÖ'nün Geçerlilik Bulguları**

Geçerlilik, bir test ile ölçülmek istenen özelliğin ölçülebilmesi ile ilgili bir ifadedir. Bu kapsamda, bir test ile ölçülmek istenen özelliğin doğru, aynı zamanda başka özellikler ile karıştırmadan ölçülebiliyor olması, bu testin geçerli olduğu anlamına gelir(Alpar, 2016). Yapısal geçerlik çerçevesinde yapılan faktör analizi, açıklama ve doğrulama amaçları doğrultusunda kullanılmaktadır. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) geliştirilen bir ölçeğin boyutlarının ortaya çıkarılmasında kullanılan bir çalışmadır. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), değişkenlerin arasındaki yapının daha önceden belirlenmiş kuramlar veya önceki çalışmalara dayalı hipotezleri içeren ve bunların denenmesi gibi durumların değerlendirilmesi için uygundur. Değişkenlerin arasındaki ilişkiler ile ilgili daha öncesinde ortaya çıkan bir yapıya uygunluğun testinin yapılması için geçerlilik analizi yapılıyorsa DFA kullanılmaktadır(Can, 2019). Çalışmada kullanılmış olan ölçeklerin yapısal geçerliği testi amacıyla gereken analizler yapılmıştır. Bu bağlamda; ölçeklerin geçerliğinin testinde, Açımlayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır.

### 4.3.2.AFA Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Aşağıdaki Tablo 4.7’de İOBTÖ’nün KMO ve Barlett testi sonuçları gösterilmektedir.

**Tablo 4.7: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği KMO ve Barlett Testi Sonuçları**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		
		.943
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7947.073
	df	325
	Sig.	.000

Tablo 4.7’de istenmeyen olay bildirim tutum ölçeği için yapı geçerliliğinden önce örneklem büyüklüğünün yeterliliğini gösteren Kaiser-Meyer Olkin katsayısına bakıldı. KaiserMeyer Olkin (KMO) katsayısı 0,943 ve Barlett testi sonucu  $X^2=7947.073$ ;  $p=0,000$  olarak bulundu ( $p<0,001$ ). KMO değerinin 0,50’nin üzerinde çıkması yeterli olduğu bilinmekle birlikte(Çınar, 2015:19),verilerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğe ait yapısal geçerliliği test etmek için AFA yapılmıştır. Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Döndürme Yöntemi (Varimax Rotation) faktör analizinin yapılması için kullanılmıştır. Öncelikle 26 madde ile varimax dik döndürme yapılmadan faktör analizi yapıldı ve maddelerin 2 alt boyuttan oluştuğu saptandı. Tablo 4.8’de döndürme yöntemi kullanıldıktan sonra elde edilen faktör yükleri gösterilmektedir. Literatür incelendiğinde, madde faktör yüklerinin örneklem sayısına göre, 350 kişide 0,3 üzerindeki yüklerin anlamlı olduğu kabul görürken, kişi sayısı 200 iken 0.4’e, 120 iken 0,5’e ve 85’e gerilediğinde ise 0,6 değeri olması gerektiği ifade edilmektedir(Yaşlıoğlu, 2017:78). Yapılan analizlerin sonucunda 26 madde, 2 boyut içeren ve toplam varyans değeri %69,804 olan ölçek elde edildi. Ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu toplam varyansın yüksek olmasıyla kendini göstermektedir.

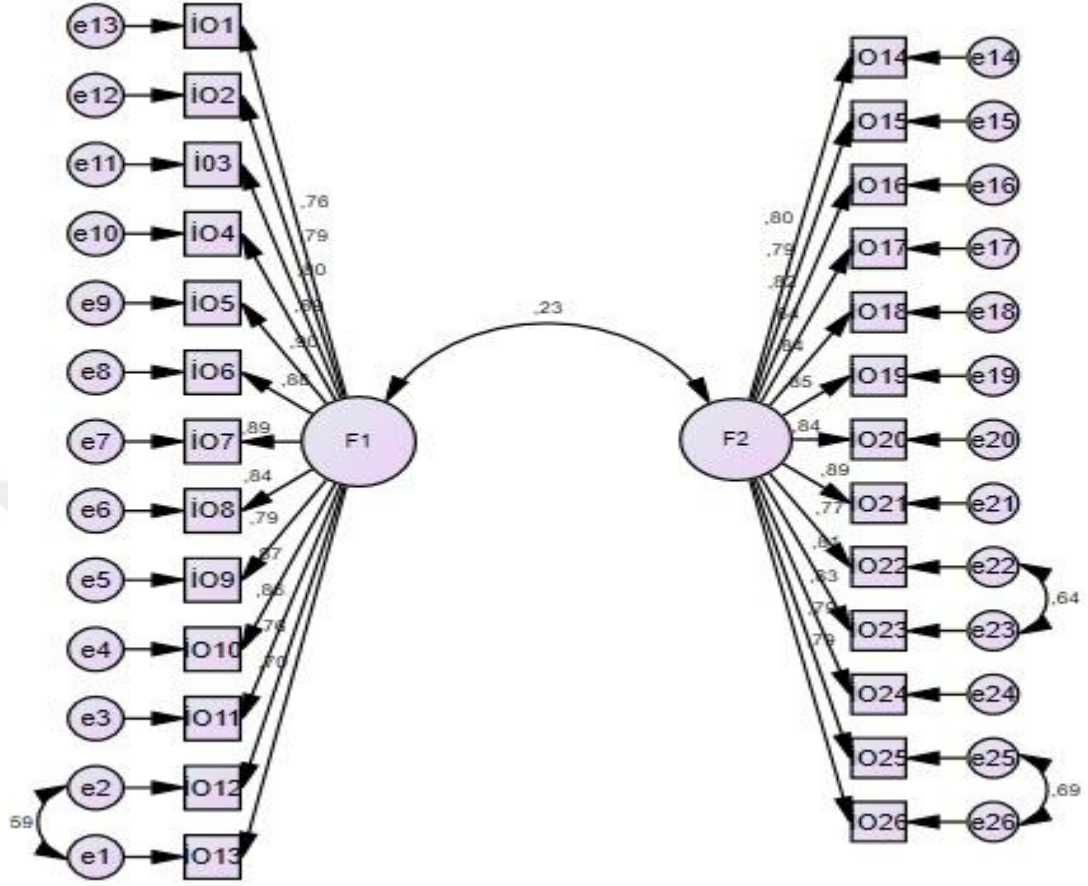
**Tablo 4. 8: Rotasyon Sonrası Bileşiklere İlişkin Matrix**

	Motive Edici Faktörler	Engelleyen Faktörler
İO1	.779	
İO2	.815	
İO3	.806	
İO4	.883	
İO5	.903	
İO6	.881	
İO7	.876	
İO8	.842	
İO9	.821	
İO10	.862	
İO11	.868	
İO12	.803	
İO13	.747	
İO14		.808
İO15		.805
İO16		.817
İO17		.691
İO18		.831
İO19		.836
İO20		.845
İO21		.878
İO22		.815
İO23		.847
İO24		.842
İO25		.827
İO26		.825

#### 4.3.3.DFA Analizi Sonucunda Elde Edilen Bulgular

Öncelikle, yapılmış olan DFA analizinin sonuçlarına bakıldığında ölçek modelinin bazı uyum indeksi değerlerinde kabul edilebilir eşiklerin altında kalmış olduğu tespit edilmiştir. Sınır değerlerinin altında olan uyum indeksinin kabul edilebilecek seviyelere çekilebilmesi amacıyla model ile ilgili modifikasyon indeksleri değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda; Şekil 4.2 'de gösterildiği gibi motive edici faktörler boyutunda e1 <--> e2, engelleyen faktörler boyutunda yer alan e22 <--> e23, e25 <--> e26 ve hata terimleri arasında gerekli modifikasyon çalışmaları yapılmıştır. Yapılan modifikasyonlar ile ortaya çıkan modele ile ilgili uyum iyiliği değerleri Tablo 4.9 'da gösterilmektedir. Tablo 4.9'da yer alan uyum iyiliği değerleri, kabul edilebilir eşik değerleri içerisindedir. Bu bağlamda,

geliştirilen ölçeğin 26 soru ve 2 temel boyuttan oluştuğu bununla birlikte geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4. 2: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

F1: Motive Edici Faktörler Boyutu, F2: Engelleyen Faktörler Boyutu

Tablo 4. 9: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeğine Ait Modele İlişkin Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	İndeks Değerleri	Referans Değerleri
$\chi^2/sd$	2.913	$\leq 5$
Hata Tahminlerinin Kareköklerinin Ortalaması (RMSEA)	0.080	$\leq 0.10$
Uyum İyiliği İndeksi (GFI)	0.816	$\geq 0.80$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)	0.928	$\geq 0.85$
Normlanmış Uyum İndeksi (NFI)	0.895	$\geq 0.85$
Tucker-Lewis İndeksi (TLI)	0.921	$\geq 0.85$

Tablo 4.9’da  $\chi^2$  değerinin makul olduğu ( $\chi^2/sd=2,913$ ;  $p<0,001$ ) belirlenmiştir. Ki-kare / serbestlik derecesindeki oranın ki-kare istatistiği örneklem büyüklüğü ile

ilişkilidir. Örneklem büyüklüğü ile olan ilişkinin sonucunda, çeşitli araştırmalarda 2 ve 5 arasındaki olan bir değeriniyi bir uyumu ortaya koymak için kafi olduğu ifade edilmektedir(Hu & Bentler, 1999; Kline, 2011; Kwon & Marzec, 2016,Karaman,2023:54). Dolayısıyla ortaya çıkan sonuç ile modelin yeterli bir uyuma sahip olduğu söylenebilir. RMESA değeri 0,05-0,08 arasında ise iyi uyumdan bahsedilebileceği kabul görmektedir(Çokluk vd., 2014). Bu araştırmada ortaya çıkan RMESA değeri kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu için bu ölçüt çerçevesinde de uyumun yakalandığı söylenebilir. Diğer uyum iyiliği indekslerinden CFI, NFI, TLI ve GFI gibi değerlerde RMSEA ile gibi 0-1 arasında olmalıdır. Fakat bu indekslerde RMSEA'dan ayrı bir şekilde 0=Uyum yok, 1=Mükemmel uyum demektir. Literatürde, çoğunlukla kullanıldığı bilinen uyum indekslerinin (GFI, NFI, NNFI (TLI), CFI)  $\geq 0,85$  değeri üstünde olması istenmektedir(Kline, 2011). Fakat GFI uyum indeksinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğunu söyleyebilmek için 0,80 ve üstündeki değerlerin de kabul edildiği literatürde ifade edilmektedir(Byrne ve Campbell, 1999; Uğurlu, 2014:97). Bu bağlamda, bu araştırma da ortaya çıkan indeks değerleri ile geliştirilen modelin iyi uyum gösterdiği ifade edilebilir.

Ölçek geliştirmede kullanılan bir diğer geçerlilik türü yakınsak geçerlilik türüdür. Yakınsak geçerlilik değişkenlerdeki ifadelerin kendi arasında ve bu ifadelerin oluşturduğu faktör ile ilişki içinde olmasıdır. Yakınsak geçerliliğin sağlanması için, ölçek ile ilgili CR değerlerinin hepsinin AVE değerlerine göre büyük olması, ayrıca AVE değerinin ise 0,5'ten büyük olması istenmektedir(Yaşlıoğlu,2017:82). Çalışmamızdaki İOBTÖ'ye ait AVE değeri 0,68, CR değeri ise 0,98 olarak bulunmuştur. Bu bağlamda İOBTÖ'nün elde edilen değerler ile yakınsak geçerliliği sağladığı ifade edilebilir.

#### **4.4.İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği ve İfşa Ölçeğine İlişkin Güvenirlik Analizleri**

Bir testin, aynı kişilere birden daha fazla uygulanması durumunda uygulama neticelerinin benzerlik göstermesi güvenilirlik anlamını taşır. Bu kapsamda, bir ölçüm süreci içinde, ölçüm işleminin tekrarı durumunda sonuçların benzerlik göstermesi ya da tekrarlanma sonucundaki tutarlılık, güvenilirlik demektir(Alpar, 2016). Çalışmada; uzman görüşleri alındıktan sonra KGO ölçütünü karşılayan 29 madde ile ana çalışma öncesi İOBTÖ'nün zamana göre değişmezliğinin değerlendirilmesi amacıyla; araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan 31 sağlık

çalışanına, birinci uygulama sonrasında üç hafta arayla ölçek ikinci defa uygulanmıştır. İOBTÖ'nün uygulama sonrasında ortaya çıkan tekrar test puanlarının karşılaştırılması, aşağıdaki Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

**Tablo 4. 10: Bağımlı Örneklem T Testi Analizine Dair Bulgular**

Örneklem	Ort.	(n)	(SS)	R	df	t	p
Ön Test (TEST1)	3.7800	31	.36443	0.051	30	0.549	0.587
Son Test (TEST2)	3.7274	31	.40782				

Tablo 4.10 incelendiğinde; bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre, TEST1 ve TEST2 ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t(30) = 0.549$ ,  $p > 0.05$ ). Bu, iki testin ortalamaları arasındaki farkın tesadüfi olabileceğini ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilemeyeceğini göstermektedir. Korelasyon analizine bakıldığında da TEST1 ve TEST2 arasındaki ilişki oldukça zayıftır ve anlamlı değildir ( $r = 0.051$ ,  $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, yapılan ölçümlerin birbirine paralel olmadığını ya da herhangi bir değişim etkisinin olmadığını işaret etmektedir. Aynı ölçme aracı, farklı zamanlarda aynı kişilere uygulandığında, kişilerin ölçme aracı maddelerine benzer cevaplar vermesi, ölçme aracının değişmezliğini belirtir. Verilen yanıtların, tekrarlanan sonuçlarla benzer olması sebebiyle, İOBTÖ'nün güvenilir olduğu ifade edilebilir.

Ayrıca 300 kişilik örneklem grubu ile gerçekleştirilen ana çalışmada; ölçeklerin güvenilirliğinin değerlendirilmesi için verilen cevaplar üzerinden, ölçeklerin her biri ve her alt boyutuna ilişkin Cronbach Alfa katsayılarına bakılmıştır. Ölçek güvenilirliğinin tespiti için kullanılan Cronbach Alpha katsayısının değeri; 0-0,40 aralığında olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı, 0,40-0,60 aralığında olduğunda güvenilirliğin düşük olduğu, 0,60-0,80 aralığında olduğunda güvenilirliğin oldukça iyi olduğu ve 0,80-1,00 aralığında olduğunda da güvenilirliğin yüksek olduğu kabul görmektedir(Uzunsakal ve Yıldız, 2018:19-20). Sosyal bilimlerde Alpha değerinin 0,70 ve üstü olmasının istendiği bilinmektedir(Altunışık ve diğerleri, 2005).

İOBTÖ'nin geneli ve 26 soru ile iki alt boyut için güvenilirlik analizleri değerlendirilmiştir. İfşa Ölçeği ise 8 sorudan oluşmaktadır. Ölçekler ve alt

boyutlarına ilişkin gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonuçları aşağıda Tablo 4.11’de sunulmuştur.

**Tablo 4. 11: Ölçklere İlişkin Güvenirlik Analizler**

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach Alpha Katsayısı
Motive Edici Faktörler	0.965
Engelleyen Faktörler	0.961
İstenmeyen Olay Bildirimi Toplam Ölçek Skoru	0.940
İfşa Ölçeği Toplam Ölçek Skoru	0.601

Yapılan analizler sonucuna İOBTÖ’nün güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca ölçeğin genel puanının hesaplanmasında engelleyici faktörler boyutunda yer alan soruların ters çevrilerek toplam puana dahil edilmesi gerekmektedir.

#### 4.5.Madde Analizlerine İlişkin Bulgular

Aşağıdaki Tablo 4.12’de İOBTÖ maddeler arası ortalama, std. sapma, düzeltilmiş madde toplam puanı korelasyonu ve madde çıkartıldığında cronbach alpha değeri gösterilmektedir.

**Tablo 4. 12: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Maddeler Arası Ortalama, Std. Sapma, Düzeltilmiş Madde Toplam Puanı Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alpha Değeri**

	Maddeler	Ort.	Std. Sapma	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıkartıldığında Alfa Değeri
<b>Motive Edici FaktörlerAlt Boyutu</b>	İO1	4.44	.699	.438	.939
	İO2	4.53	.609	.467	.939
	İO3	4.56	.679	.473	.939
	İO4	4.45	.680	.485	.939
	İO5	4.54	.676	.521	.939
	İO6	4.52	.646	.476	.939
	İO7	4.50	.662	.516	.939
	İO8	4.45	.728	.494	.939
	İO9	4.35	.760	.417	.939
	İO10	4.56	.639	.523	.939
	İO11	4.50	.672	.477	.939
	İO12	4.56	.606	.411	.940
	İO13	4.48	.710	.404	.940
<b>Engelleyen Faktörler</b>	İO14	3.55	1.417	.707	.936
	İO15	3.35	1.395	.677	.937

Alt Boyutu	İO16	3.58	1.384	.720	.936
	İO17	2.88	1.313	.533	.939
	İO18	3.70	1.357	.750	.935
	İO19	3.84	1.273	.715	.936
	İO20	3.63	1.316	.728	.936
	İO21	3.74	1.338	.793	.935
	İO22	3.32	1.377	.687	.936
	İO23	3.43	1.348	.738	.936
	İO24	3.70	1.276	.768	.935
	İO25	3.51	1.244	.731	.936
	İO26	3.54	1.263	.735	.936

Tablo 4.12’de İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinin "Motive Edici" ve "Engelleyen Faktörler" alt boyutlarına ilişkin yüksek güvenilirlikte (Cronbach's Alpha  $\geq 0,93$ ) sonuçlar sunmaktadır. Motive edici faktörlerin ortalama puanları yüksek (4,35-4,56) ve dağılımları homojen olup, bu faktörlerin olumlu etkiler yarattığı görülmektedir. Engelleyen faktörlerin ortalamaları ise daha düşük (2,88-3,84) ve varyansı daha yüksektir, bu da bireyler arası farklılıkları işaret etmektedir. Her iki alt boyutta da maddelerin ölçekle uyumu güçlüdür(düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu  $> 0,40$ ). Elde edilen sonuçlar, ölçeğin genel olarak güvenilir ve geçerli olduğunu göstermekte; motive edici faktörlerin olumlu etkilerinin artırılması ve engelleyici unsurların azaltılmasına yönelik çalışmaların önemini vurgulamaktadır.

Aşağıdaki Tablo 4.13’de İfşa Ölçeği maddeler arası ortalama, std. sapma, düzeltilmiş madde toplam puanı korelasyonu ve madde çıkartıldığında cronbach alpha değerini göstermektedir.

**Tablo 4. 13: İfşa Ölçeği Maddeler Arası Ortalama, Std. Sapma, Düzeltilmiş Madde Toplam Puanı Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alpha Değeri**

Maddeler	Ort.	Std. Sapma	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıkartıldığında Alfa Değeri
İF1	2.22	1.126	.369	.515
İF2	3.72	.997	.296	.542
İF3	2.26	1.075	.441	.489
İF4	4.09	.925	.403	.510
İF5	3.73	1.086	.410	.500
İF6	3.97	.910	.199	.571
İF7	1.65	.826	.071	.601
İF8	1.64	.837	.048	.607

Tablo 4.13 İfşa Ölçeği maddelerinin istatistiksel özelliklerini göstermektedir ve ölçeğin genel güvenilirliğinin orta düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır (Cronbach's Alpha = 0,601). Maddelerin ortalamalarının ise geniş bir aralıkta değişmekte (1,64-4,09) olduğu görülmektedir. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu bazı maddelerde yeterli düzeyde ( $\geq 0,40$ ) iken, özellikle **İF6**, **İF7** ve **İF8** maddelerinde çok düşük ( $< 0,20$ ) değerler dikkat çekmektedir.

Aşağıdaki Tablo 4.14’de ölçekler ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkisine yer verilmektedir.

**Tablo 4. 14: Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasında Korelasyon İlişkisi**

		<b>İOBTÖ</b>	<b>Motive Eden Faktörler</b>	<b>Engelleyen Faktörler</b>	<b>İfşa Ölçeği</b>
<b>İOBTÖ</b>	Pearson's r	—			
	p-value	—			
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Pearson's r	0.304	—		
	p-value	< .001	—		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Pearson's r	-0.870	0.204	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
<b>İfşa Ölçeği</b>	Pearson's r	0.116	0.119	-0.058	—
	p-value	0.044	0.040	0.315	—

Tablo 4.14’de, ölçek ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerini göstermektedir. Korelasyonlar Pearson's r ile belirtilmiş ve anlamlılık düzeyleri (p-value) verilmiştir. İOBTÖ ile Motive Eden Faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde; pozitif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon ( $r = 0.304$ ) bulunmaktadır. Bu, motive eden faktörlerin artmasının olay bildirim davranışı ile bir miktar ilişkili olduğunu gösterir ( $p < 0.001$ ). İOBTÖ ile Engelleyen Faktörler arasında güçlü ve negatif yönlü bir korelasyon ( $r = -0.870$ ) bulunmaktadır. Bu, engelleyici faktörlerin artmasının olay bildirim davranışını belirgin şekilde azalttığını gösterir ( $p < 0.001$ ). İOBTÖ ile İfşa Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde çok düşük düzeyde pozitif bir korelasyon ( $r = 0.116$ ) bulunmaktadır. İlişki istatistiksel olarak anlamlı ( $p = 0.044$ ), ancak pratik anlamda çok zayıftır. Genel olarak değerlendirildiğinde; en güçlü ilişki, İOBTÖ ile Engelleyen Faktörler arasında olup, bu ilişkinin negatif olması dikkat çekicidir. Engelleyen faktörlerin, olay bildirim davranışını oldukça güçlü bir şekilde azalttığı

söylenbilir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmakla birlikte, korelasyon katsayılarının düşük olduğu durumlarda bu ilişkiler uygulamada göz ardı edilebilir düzeyde olabilir.

#### 4.6.Hipotezlere İlişkin Testler (t-Testi- ANOVA)

Bu başlık altında İOBTÖ katılımcılarının demografik özelliklerine göre fark testlerine yer verilmiştir. Tablo 4.15 cinsiyete göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi yer almaktadır.

**Tablo 4. 15: Cinsiyete Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Kadın	202	4.50	0.596	0.324	0.746
	Erkek	98	4.48	0.504		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Kadın	202	3.57	1.107	1.224	0.222
	Erkek	98	3.41	1.075		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Kadın	202	3.46	0.583	-1.027	0.305
	Erkek	98	3.54	0.523		

Tablo 4.15 incelendiğinde, cinsiyete göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizine göre, kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda kadınların (Ortalama = 4.50, Std. Sapma = 0.596) ve erkeklerin (Ortalama = 4.48, Std. Sapma = 0.504) puan ortalamaları arasında t-testi sonucu ( $t = 0.324$ ;  $p = 0.746$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da kadınların (Ortalama = 3.57, Std. Sapma = 1.107) ve erkeklerin (Ortalama = 3.41, Std. Sapma = 1.075) puan ortalamaları arasında ( $t = 1.224$ ;  $p = 0.222$ ) anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Son olarak, İOBTÖ toplam puanında kadınlar (Ortalama = 3.46, Std. Sapma = 0.583) ve erkekler (Ortalama = 3.54, Std. Sapma = 0.523) arasında ( $t = -1.027$ ;  $p = 0.305$ ) olarak hesaplanmış ve burada da anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Genel olarak, cinsiyete göre olay İOBTÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu durum, kadın ve

erkek katılımcıların İOBTÖ kapsamındaki faktörlere benzer düzeyde yaklaştığını göstermektedir.

Tablo 4.16'da yaşa göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi yer almaktadır.

**Tablo 4. 16: Yaşa Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	34 yaş altı	197	4.47	0.597	-1.1271	0.261
	35 yaş ve üzeri	103	4.55	0.505		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	34 yaş altı	197	3.52	1.092	-0.0542	0.957
	35 yaş ve üzeri	103	3.53	1.115		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	34 yaş altı	197	3.48	0.568	-0.5130	0.608
	35 yaş ve üzeri	103	3.51	0.560		

Tablo 4.16 incelendiğinde; yaşa göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, 34 yaş altı ve 35 yaş ve üzeri katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda 34 yaş altı katılımcılar (Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.597) ile 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 4.55, Std. Sapma = 0.505) arasında ( $t = -1.127$ ;  $p = 0.261$ ) olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da 34 yaş altı (Ortalama = 3.52, Std. Sapma = 1.092) ve 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 1.115) arasında ( $t = -0.054$ ;  $p = 0.957$ ) ile farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise 34 yaş altı katılımcılar (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.568) ile 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 3.51, Std. Sapma = 0.560) arasında ( $t = -0.513$ ;  $p = 0.608$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, yaş gruplarının İOBTÖ ve alt boyutlarına benzer düzeyde yaklaştığını göstermektedir.

Tablo 4.17'de medeni duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi gösterilmiştir.

**Tablo 4. 17: Medeni Duruma Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Evli	170	4.47	0.613	-0.732	0.465
	Bekar	130	4.52	0.503		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Evli	170	3.51	1.100	-0.226	0.821
	Bekar	130	3.54	1.099		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Evli	170	3.48	0.575	-0.147	0.883
	Bekar	130	3.49	0.552		

Tablo 4.17 incelendiğinde; medeni duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizinde, evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda evli katılımcıların (Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.613) ve bekar katılımcıların (Ortalama = 4.52, Std. Sapma = 0.503) puanları arasında ( $t = -0.732$ ;  $p = 0.465$ ) olarak hesaplanmış ve farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da evli (Ortalama = 3.51, Std. Sapma = 1.100) ve bekar katılımcılar (Ortalama = 3.54, Std. Sapma = 1.099) arasında ( $t = -0.226$ ;  $p = 0.821$ ) ile anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise evli katılımcılar (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.575) ve bekar katılımcılar (Ortalama = 3.49, Std. Sapma = 0.552) arasında ( $t = -0.147$ ;  $p = 0.883$ ) ile anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, medeni duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin benzer olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.18 istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi yer almaktadır.

**Tablo 4. 18: İstenmeyen Olay Bildirimi Hakkında Eğitim Alma Duruma Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Evet	229	4.53	0.555	1.877	0.062
	Hayır	71	4.39	0.596		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Evet	229	3.58	1.113	1.557	0.121
	Hayır	71	3.34	1.036		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Evet	229	3.48	0.581	-0.571	0.568
	Hayır	71	3.52	0.507		

Tablo 4.18 incelendiğinde, istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, eğitim alan ve almayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda, eğitim alanların (Ortalama = 4.53, Std. Sapma = 0.555) ve eğitim almayanların (Ortalama = 4.39, Std. Sapma = 0.596) puanları arasında ( $t = 1.877$ ;  $p = 0.062$ ) olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da eğitim alanların (Ortalama = 3.58, Std. Sapma = 1.113) ve almayanların (Ortalama = 3.34, Std. Sapma = 1.036) puanları arasında ( $t = 1.557$ ;  $p = 0.121$ ) ile anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise eğitim alanların (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.581) ve almayanların (Ortalama = 3.52, Std. Sapma = 0.507) puanları arasında ( $t = -0.571$ ;  $p = 0.568$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Sonuçlar, istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alanın, İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik değerlendirmelerde anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 4.19'da istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde gerçekleştirileceği durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi yer almaktadır.

**Tablo 4. 19: İstenmeyen Olay Bildiriminin Nasıl Ve Ne Şekilde Gerçekleştirileceğini Bilme Durumuna Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Evet	234	4.52	0.564	1.272	0.204
	Hayır	66	4.42	0.576		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Evet	234	3.56	1.120	1.294	0.197
	Hayır	66	3.37	1.007		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Evet	234	3.48	0.589	-0.618	0.537
	Hayır	66	3.53	0.469		

Tablo 4.19 incelendiğinde, istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde gerçekleştirileceğini bilme durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, bu konuda bilgi sahibi olma durumuna göre katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. “Motive Eden Faktörler” alt boyutunda, bilgi sahibi olanların (Ortalama = 4.52, Std. Sapma = 0.564) ve olmayanların (Ortalama = 4.42, Std. Sapma = 0.576) puanları arasında ( $t = 1.272$ ;  $p = 0.204$ ) olarak hesaplanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da bilgi sahibi olanların (Ortalama = 3.56, Std. Sapma = 1.120) ve olmayanların (Ortalama = 3.37, Std. Sapma = 1.007) puanları arasında ( $t = 1.294$ ;  $p = 0.197$ ) ile anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise bilgi sahibi olanların (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.589) ve olmayanların (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 0.469) puanları arasında ( $t = -0.618$ ;  $p = 0.537$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde yapılacağını bilmenin, İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik değerlendirmelerde önemli bir fark oluşturmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.20’de daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik t-testi analizi yer almaktadır.

**Tablo 4. 20: Daha Önce İstenmeyen Olay Bildirimi Yapma Durumuna Göre İOBTÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik T-Testi Analizi**

	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	T testi	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Evet	93	4.55	0.623	1.03	0.304
	Hayır	207	4.47	0.540		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Evet	93	3.76	1.121	2.60	<b>0.010</b>
	Hayır	207	3.41	1.072		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Evet	93	3.39	0.601	-2.00	<b>0.046</b>
	Hayır	207	3.53	0.543		

Tablo 4.20 incelendiğinde; daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, bu iki grup arasında bazı alt boyutlarda anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda, daha önce olay bildirimini yapanlar (Ortalama = 4.55, Std. Sapma = 0.623) ve yapmayanlar (Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.540) arasında ( $t = 1.03$ ;  $p = 0.304$ ) olarak hesaplanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda ise, daha önce olay bildirimini yapanların (Ortalama = 3.76, Std. Sapma = 1.121) ve yapmayanların (Ortalama = 3.41, Std. Sapma = 1.072) puanları arasında ( $t = 2.60$ ;  $p = 0.010$ ) ile anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu durum, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapanların engelleyen faktörlere daha yüksek puan verdiklerini, dolayısıyla engelleyen faktörlere dair daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermektedir. İOBTÖ toplam puanında ise daha önce olay bildirimini yapanların (Ortalama = 3.39, Std. Sapma = 0.601) ve yapmayanların (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 0.543) arasında ( $t = -2.00$ ;  $p = 0.046$ ) olarak hesaplanmış ve bu fark da anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu sonuç, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapmayanların, genel olarak olay bildirimine daha fazla eğilim gösterdiklerini ve ölçekten daha yüksek puan aldıklarını ortaya koymaktadır. Genel olarak, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumunun, engelleyen faktörler ve toplam puan açısından anlamlı bir fark oluşturduğu, ancak motive eden faktörlerde bir fark oluşturmadığı söylenebilir.

Tablo 4.21'de katılımcıların eğitim düzeylerine göre anova testi analizi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 21: Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre ANOVA Testi Analizi Sonuçları**

	<b>Eğitim</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Önlisans	57	4.42	0.616	0.7111	0.493
	Lisans	152	4.50	0.595		
	Lisansüstü	91	4.53	0.484		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Önlisans	57	3.49	1.052	0.0293	0.971
	Lisans	152	3.53	1.151		
	Lisansüstü	91	3.53	1.045		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Önlisans	57	3.46	0.508	0.0916	0.913
	Lisans	152	3.49	0.604		
	Lisansüstü	91	3.50	0.533		

Tablo 4.21'de, katılımcıların eğitim düzeylerine göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTO toplam puanı açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Motive eden faktörler açısından grupların ortalama puanları birbirine oldukça yakın olup, önlisans mezunları için 4.42, lisans mezunları için 4.50 ve lisansüstü mezunları için 4.53 olarak tespit edilmiştir. ANOVA testi sonucunda, motive eden faktörler arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $F = 0.711$ ,  $p = 0.493$ ). Engelleyen faktörlere bakıldığında da grupların ortalama puanları oldukça benzerdir. Önlisans mezunlarının ortalama puanı 3.49, lisans mezunlarının 3.53 ve lisansüstü mezunlarının 3.53 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi, bu faktör açısından da eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ( $F = 0.029$ ,  $p = 0.971$ ). İOBTO toplam puanları da gruplar arasında oldukça benzer değerler göstermiştir. Ön lisans mezunlarının ortalama puanı 3.46, lisans mezunlarının 3.49 ve lisansüstü mezunlarının 3.50 olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda bu değişken açısından da eğitim düzeyine açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $F = 0.091$ ,  $p = 0.913$ ). Elde edilen bulgular, katılımcıların eğitim düzeyi farklılıklarının bu değişkenlerle ilişkili olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.22'de katılımcıların mesleklerine göre anova testi analizi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 22: Katılımcıların Mesleklerine Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları**

	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Doktor	59	4.46	0.516	2.481	0.065
	Hemşire	151	4.58	0.558		
	Sağlık Teknikeri	30	4.46	0.448		
	Tıbbi Sekreter	60	4.33	0.656		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Doktor	59	3.51	0.929	0.400	0.753
	Hemşire	151	3.58	1.197		
	Sağlık Teknikeri	30	3.41	1.033		
	Tıbbi Sekreter	60	3.43	1.033		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Doktor	59	3.48	0.503	0.181	0.909
	Hemşire	151	3.50	0.615		
	Sağlık Teknikeri	30	3.53	0.566		
	Tıbbi Sekreter	60	3.45	0.494		

Tablo 4.22'de, katılımcıların mesleklerine göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Meslek gruplarının ortalama puanları incelendiğinde, hemşirelerin ortalaması 4.58 ile en yüksek değeri alırken, bunu doktorlar ve sağlık teknikerleri (4.46) ve tıbbi sekreterler (4.33) takip etmektedir. Ancak ANOVA testi sonuçlarına göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F = 2.481$ ,  $p = 0.065$ ). Bu durum, meslek grupları arasında motive eden faktörlere ilişkin algılar açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar, meslek grupları arasında birbirine oldukça benzerdir. Doktorların ortalaması 3.51, hemşirelerin 3.58, sağlık teknikerlerinin 3.41 ve tıbbi sekreterlerin 3.43 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi sonuçları, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ( $F = 0.400$ ,  $p = 0.753$ ). Bu, meslek gruplarının engelleyen faktörlere dair algılarının birbirine yakın olduğunu ortaya koymaktadır. İOBTÖ toplam puanları açısından da meslek gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.181$ ,  $p = 0.909$ ). Doktorlar için ortalama 3.48, hemşireler için 3.50, sağlık teknikerleri için 3.53 ve tıbbi sekreterler için 3.45 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, meslek gruplarının İOBTÖ toplam puanları açısından birbirine oldukça benzer bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

Meslek grupları arasında motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İÖBTÖ toplam puanlarının istatistiksel anlamda bir fark tespit edilmemiştir. Bu durum, mesleki rollerin bu değişkenlere dair algılar üzerinde belirgin bir fark oluşturmadığını düşündürmektedir.

Tablo 4.23'de katılımcıların meslekte çalışma yılına göre ANOVA testi analizi sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 23: Katılımcıların Meslekte Çalışma Yılına Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları**

	Meslekte Çalışma Yılı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	1-5 yıl	122	4.44	0.637	0.705	0.551
	6-10 yıl	62	4.53	0.567		
	11-15 yıl	50	4.53	0.475		
	16-20 yıl	66	4.55	0.493		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	1-5 yıl	122	3.40	1.098	1.622	0.187
	6-10 yıl	62	3.77	1.057		
	11-15 yıl	50	3.53	1.136		
	16-20 yıl	66	3.49	1.092		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	1-5 yıl	122	3.52	0.607	1.182	0.319
	6-10 yıl	62	3.38	0.475		
	11-15 yıl	50	3.50	0.569		
	16-20 yıl	66	3.53	0.555		

Tablo 4.23'de, katılımcıların meslekte çalışma yıllarına göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İÖBTÖ toplam puanları açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Meslekte çalışma yılı gruplarının motive eden faktörlere yönelik ortalama puanları birbirine yakın bulunmuştur. 1-5 yıl çalışanların ortalaması 4.44, 6-10 yıl çalışanların 4.53, 11-15 yıl çalışanların 4.53 ve 16-20 yıl çalışanların ortalaması 4.55 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.705$ ,  $p = 0.551$ ). Bu durum, meslekte geçirilen yılların, bireylerin motive eden faktörlere yönelik algılarında belirgin bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlarda da benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 1.622$ ,  $p = 0.187$ ). 1-5 yıl çalışanlar için ortalama 3.40, 6-10 yıl çalışanlar için 3.77, 11-15 yıl çalışanlar için 3.53 ve 16-20 yıl çalışanlar için 3.49 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İÖBTÖ toplam puanları açısından da meslekte çalışma yılı grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 1.182$ ,  $p = 0.319$ ). Ortalama puanlar, 1-5 yıl çalışanlarda 3.52, 6-10 yıl

çalışanlarda 3.38, 11-15 yıl çalışanlarda 3.50 ve 16-20 yıl çalışanlarda 3.53 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, meslekte çalışma yılına göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanlarının arasında anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum, meslekte geçirilen yılların bu değişkenler üzerinde belirgin bir fark oluşturmadığını düşündürmektedir.

Tablo 4.24'de katılımcıların kurumda çalışma süresine göre anova testi analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 24: Katılımcıların Kurumda Çalışma Süresine Göre ANOVA Testi Analiz Sonuçları**

	Kurumda Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
<b>Motive Eden Faktörler</b>	1-5 yıl	205	4.47q1	0.596	1.074	0.346
	6-10 yıl	47	4.52	0.522		
	11-15 yıl	48	4.59	0.476		
	16-20 yıl	205	3.48	1.063		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	1-5 yıl	47	3.62	1.154	0.473	0.625
	6-10 yıl	48	3.61	1.198		
	11-15 yıl	205	3.50	0.566		
	16-20 yıl	47	3.45	0.546		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	1-5 yıl	48	3.49	0.586	0.145	0.865
	6-10 yıl	205	4.47	0.596		
	11-15 yıl	47	4.52	0.522		
	16-20 yıl	48	4.59	0.476		

Tablo 4.24'de, katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Kurumda çalışma süresine göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, gruplar arasında yakın değerler görülmektedir. 1-5 yıl çalışanların ortalama puanı 4.47, 6-10 yıl çalışanların 4.52 ve 11-15 yıl çalışanların 4.59 olarak hesaplanmıştır. Ancak ANOVA testi sonuçları, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ( $F = 1.074$ ,  $p = 0.346$ ). Bu, kurumda çalışma süresinin motive eden faktörlere yönelik algılar üzerinde önemli bir fark oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar da benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ( $F = 0.473$ ,  $p = 0.625$ ). 1-5 yıl çalışanlar için ortalama puan 3.62, 6-10 yıl çalışanlar için 3.61, 11-15 yıl çalışanlar için 3.50 ve 16-20 yıl çalışanlar için 3.45 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İOBTÖ toplam puanları açısından da kurumda çalışma süresine

göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.145$ ,  $p = 0.865$ ). Ortalama puanlar, 1-5 yıl çalışanlar için 3.49, 6-10 yıl çalışanlar için 4.47, 11-15 yıl çalışanlar için 4.52 ve 16-20 yıl çalışanlar için 4.59 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, kurumda çalışma süresinin motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir. Katılımcıların bu değişkenlere yönelik algıları, kurumda çalışma süresine bağlı olarak değişiklik göstermemektedir.

Tablo 4.25'de katılımcıların çalıştıkları hastane türüne göre anova testi analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 25: Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türüne Göre ANOVA Testi Analizi Sonuçları**

	<b>Çalışılan Hastane Türü</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Motive Eden Faktörler</b>	EAH	160	4.51	0.539	0.360	0.699
	Şehir Hastanesi	100	4.51	0.621		
	Devlet Hastanesi	40	4.43	0.547		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	EAH	160	3.50	1.140	0.276	0.760
	Şehir Hastanesi	100	3.58	1.059		
	Devlet Hastanesi	40	3.45	1.039		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	EAH	160	3.50	0.562	0.145	0.865
	Şehir Hastanesi	100	3.46	0.579		
	Devlet Hastanesi	40	3.49	0.548		

Tablo 4.25'de, katılımcıların çalıştıkları hastane türüne göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Hastane türüne göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) ile Şehir Hastanesi çalışanlarının ortalama puanları 4.51, Devlet Hastanesi çalışanlarının ise 4.43 olarak hesaplanmıştır. Ancak ANOVA testi sonuçlarına göre bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $F = 0.360$ ,  $p = 0.699$ ). Bu durum, hastane türünün motive eden faktörlere yönelik algılarda önemli bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar arasında da anlamlı bir fark

bulunmamıştır ( $F = 0.276$ ,  $p = 0.760$ ). EAH çalışanlarının ortalama puanı 3.50, Şehir Hastanesi çalışanlarının 3.58 ve Devlet Hastanesi çalışanlarının 3.45 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İOBTÖ toplam puanları açısından hastane türleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $F = 0.145$ ,  $p = 0.865$ ). Ortalama puanlar, EAH çalışanları için 3.50, Şehir Hastanesi çalışanları için 3.46 ve Devlet Hastanesi çalışanları için 3.49 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, çalışılan hastane türünün motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir. Çalışılan hastane türü, katılımcıların bu değişkenlere yönelik algılarında belirgin bir fark oluşturmamıştır.

Tablo 4.26’da katılımcıların çalıştıkları birim türüne göre anova testi analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4. 26: Katılımcıların Çalıştıkları Birim Türüne Göre ANOVA testi Analizi Sonuçları**

	<b>Çalışılan Birim Türü</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Motive Eden Faktörler</b>	Acil servis	30	4.51	0.467	0.986	0.445
	Cerrahi servisi	32	4.57	0.501		
	Eğitim birimi	35	4.39	0.677		
	İdari birim	45	4.36	0.632		
	KVC	55	4.47	0.505		
	Poliklinik hizmetleri	43	4.61	0.413		
	Radyoloji	30	4.49	0.510		
	Yoğun bakım ve anestezi	30	4.59	0.792		
<b>Engelleyen Faktörler</b>	Acil servis	30	3.77	1.048	2.038	0.056
	Cerrahi servis	32	3.04	1.212		
	Eğitim birimi	35	3.51	1.093		
	İdari birimi	45	3.20	1.182		
	KVC	55	3.69	1.032		
	Poliklinik hizmetleri	43	3.73	0.941		
	Radyoloji	30	3.44	0.984		
	Yoğun bakım ve anestezi	30	3.75	1.165		
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Toplam Puan</b>	Acil servis	30	3.37	0.556	1.557	0.155
	Cerrahi servis	32	3.77	0.659		
	Eğitim Birim	35	3.44	0.510		
	İdari birim	45	3.58	0.585		
	KVC	55	3.39	0.476		
Poliklinik	43	3.44	0.467			

hizmetleri			
Radyoloji	30	3.53	0.552
Yoğun bakım ve anestezi	30	3.42	0.706

Tablo 4.26’da, katılımcıların çalıştıkları birim türüne göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları açısından yapılan ANOVA testi sonuçları yer almaktadır. Çalışılan birim türüne göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, Poliklinik hizmetleri biriminde çalışanların ortalama puanı 4.61 ile en yüksek değere sahipken, İdari birim çalışanları 4.36 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak ANOVA testi sonuçlarına göre, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F = 0.986$ ,  $p = 0.445$ ). Bu, çalışılan birim türünün motive eden faktörlere yönelik algılar üzerinde önemli bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere ilişkin ortalama puanlar birim türüne göre farklılık gösterse de, bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ( $F = 2.038$ ,  $p = 0.056$ ). Cerrahi servis çalışanları 3.04 ile en düşük ortalamaya sahipken, Acil servis çalışanları 3.77 ile en yüksek ortalamayı almıştır. Bu sonuç, birim türlerinin engelleyen faktörlerde anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermektedir. İOBTÖ toplam puanları açısından da çalışılan birim türüne göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $F = 1.557$ ,  $p = 0.155$ ). Ortalama puanlar Cerrahi servis çalışanlarında 3.77 ile en yüksek, Acil servis çalışanlarında ise 3.37 ile en düşük olarak hesaplanmıştır. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Analiz sonuçlarına göre, çalışılan birim türünün motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını göstermektedir. Çalışanların bu değişkenlere yönelik algıları, görev yaptıkları birim türüne bağlı olarak değişiklik göstermemektedir.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmada; istenmeyen olay bildiriminde sağlık çalışanlarını motive eden ve engelleyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilecek bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeği İstanbul'da görev yapan sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleriyle birlikte değerlendirmek amaçlanarak; 26 madde ve 2 alt boyut içeren bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek maddelerinin belirlenme aşamasında, uluslararası alanda kabul edilen ölçek geliştirme aşamaları göz önünde bulundurularak istenmeyen olay bildirimini ile ilgili geniş çerçevede bir literatür taraması yapılmıştır. Mevcut çalışma sonucunda geliştirilen İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinin(İOBTÖ), iç tutarlılığı ve yüksek kapsam geçerliliği olan bir ölçüm aracı olduğu ifade edilebilir.

İstenmeyen olay bildiriminin günümüz sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması hususunda önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Yapılacak bildirimlerin sağlık çalışanlarının insiyatifinde olması sebebiyle, çalışanları bildirim yapma konusunda motive eden veya engelleyen faktörlerin değerlendirilmesinin, bildirimleri arttıracak adımların atılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Yapılan bildirimler sonrası olayların kaynağı araştırılarak iyileştirici çalışmalar yapılması ve ilerleyen zamanlarda aynı hataların tekrarlanmaması için önlemler alınması gerekmektedir. Yapılan literatür taramalarında, sağlık hizmetlerinde olay bildirimini(Keleş ve Aloglu,2022), sağlık çalışanlarının olay bildirimine karşı tutumları(Şahin vd.,2024), olay bildirimini yapma konusunda engel algıları(Soydemir,2015), istenmeyen olay bildirimini yapmasını motive eden ve engelleyen faktörler(Naome vd.,2020) gibi konularda çalışmalar yapıldığı görüldüğü de, konu hakkında yapılan herhangi bir ölçek geliştirme çalışmasına rastlanmamıştır.

Yapılan çalışmada, katılımcıların demografik bilgileri değerlendirildiğinde; cinsiyet açısından, %67,3'ünün kadın, %32,7'sinin erkek olduğu; yaş dağılımı incelendiğinde, %65,7'sinin 34 yaş ve altı, %34,3'ünün ise 35 yaş ve üzeri olduğu; medeni durum açısından katılımcıların %56,7'sinin evli, %43,3'ünün ise bekâr

olduğu; eğitim durumlarına bakıldığında, %50,7'si lisans mezunu, %30,3'ü lisansüstü eğitim almış ve %19,0'ın ön lisans mezunu olduğu; mesleki dağılımda ise katılımcıların %50,3'ü hemşire, %20,0'si tıbbi sekreter, %19,7'si doktor ve %10,0'ı sağlık teknikeri olduğu görülmektedir. Çalışma yılı verilerine göre ise %40,7'si meslekte 1-5 yıl, %22,0'si 16-20 yıl aralığında çalıştığı; kurumda çalışma yılı açısından, %68,5 ile 1-5 yıl arasında çalışanlar çoğunlukta olduğu; katılımcıların %53,3'ü eğitim ve araştırma hastanelerinde, %33,3'ü şehir hastanelerinde ve %13,3'ü devlet hastanelerinde çalıştığı; çalışılan birimler arasında en yüksek oran %18,3 ile Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) birimi, idari birimde çalışanlar %15,0, poliklinik hizmetlerinde çalışanlar ise %14,3 oranında olduğu görülmektedir. İstenmeyen olay bildirimini ile ilgili olarak, katılımcıların %76,3'ünün bu konuda eğitim aldığı, %78,0'ının istenmeyen olayların nasıl bildirileceğini bildiği görülmektedir. İstenmeyen olay bildirimini yapanların oranı ise yalnızca %31,0 olup, %69,0'ının herhangi bir bildirimde bulunmadığı görülmektedir.

Demografik bilgilere göre, katılımcı sağlık çalışanlarından çoğunluğun(%40,7) genç yaşta ve kısa mesleki deneyime sahip oldukları, hemşirelerin ise büyük bir çoğunluğu oluşturduğu(%50,3) gözlemlenmiştir. İstenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alanlar(%76,3) ve istenmeyen olay bildirimini nasıl yapılacağını bilenlerin(%78,0) oranlarının birbirine yakın olduğu görülürken daha önce bildirim yapanların oranının(%31) oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini hakkında bilgisi olmasına rağmen çeşitli engel algıları sebebiyle bildirim yapmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca SKS'de(Hastane Sürüm 6.1)(SHGM,2020a:103) belirtildiği üzere ülkemizdeki hastanelerde istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim verilmesi zorunludur. Buna rağmen, konu hakkında eğitim almadığını belirtenlerin oranı %23,7, nasıl bildirim yapılacağını bilmeyenlerin oranının %22,0 olduğu görülürken, oranlar düşük de olsa hastaneler tarafından düzenlenen eğitimlerin tüm çalışanlara ulaşmadığı ya da benimsenmediği ve hala olay bildirimini nasıl yapılacağı konusunda bilgisi olmayanların olduğu düşünülmektedir.

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Somyürek ve Uğur'un(2016:5-6) çalışmasında; hemşirelerin hata bildirimini konusundaki yaklaşımlarına bakıldığında, katılımcıların yarısından fazlası hata yapıldığında ve henüz hastayı etkilemeden anlaşılıp düzeltildiğinde olay bildirimini yapılmadığını, hastanın zarar görme olasılığı

olan ancak zarar vermeyen bir hata yapıldığında olayın bildirilmediğini, büyük bir çoğunluğun ise son bir sene içerisinde hiç olay bildirimini yapmadıkları tespit edilmiştir. Filiz'in (2009:56) 489 sağlık personeli ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %83,9'ünün son bir yılda hiç olay bildirimini yapmadığı; Hisar ve ark.(2015:55) çalışmada, katılımcı sağlık çalışanlarının %30'unun çevresi ile olan ilişkileri bozmamak için ve %20'sinin cezalandırılma konusunda endişe duyması sebebiyle yapılan hataları bildirmediği saptanmıştır. Oksay ve ark.(2019:468) tarafından 281 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %79'unun daha önce olay bildiriminde bulunmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarında da görüldüğü üzere; sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini yapma oranlarının oldukça düşük olduğu ve sonuçların çalışmamızda ki sonuçlarla paralellik gösterdiği ifade edilebilir.

### **5.1. İOBTÖ'nün Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarının Değerlendirilmesi**

Araştırmada İOBTÖ'nün yapısal geçerliğinin testi için gereken analizler yapılmıştır. İOBTÖ'nin faktör yapısının değerlendirilmesi amacıyla AFA kullanılmıştır. AFA öncesinde örneklem büyüklüğünün uygunluğu değerlendirilerek, KaiserMeyer Olkin (KMO) katsayısı 0,943 ve Barlett testi sonucu  $X^2=7947.073$ ;  $p=0,000$  olarak bulundu( $p<0,001$ ). KMO değerinin 0,50'nin üzerinde çıkması yeterli olduğu bilinmekle birlikte(Çınar, 2015:19), bu sonuçlar ile veri setinin faktör analizi gerçekleştirilmesine uygun olduğu görülmektedir.

Ölçeğe ait yapısal geçerliliği test etmek için AFA yapılarak İOBTÖ'nin 26 madde 2 alt boyuttan oluştuğu ve toplam varyans değeri %69,804 olarak belirlendi. Bu değer %40 ve %60 arasında ise yeterli olduğu kabul görmektedir(Tavşancıl, 2019). Literatür incelendiğinde, madde faktör yüklerinin örneklem sayısına göre, 350 kişide 0,3 üzerindeki yüklerin anlamlı olduğu kabul görürken, kişi sayısı 200 iken 0,4'e, 120 iken 0,5'e ve 85'e gerilediğinde ise 0,6 değeri olması gerektiği ifade edilmektedir(Yaşlıoğlu, 2017:78). İOBTÖ'de tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,691 ile 0,903 arasında olduğu görülmektedir. Ayrıca, toplam varyansın yüksekliği ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Bir ölçekten ortaya çıkan verilere DFA yapılmadan önce maddelerin arasında bulunan ilişkilerin belirlenmesi gerekmektedir. Yapılan madde analizleri neticesinde İOBTÖ maddeleri için düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayılarının 0.44 ile

0.79 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir. Ölçek maddeleri için madde-toplam korelasyon katsayılarının genel olarak 0.30 ve/veya üzeri değerler olması ve negatif olmaması beklendiği ifade edilir(Huck, 2012:168-173). İOBTÖ maddeleri için, düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayılarının kaynaklarda önerilen değerler doğrultusunda uygun olduğu görülmektedir.

AFA sonrası ortaya çıkan faktör yapısını, farklı bir örneklem grubundaki veri seti ile doğrulama yapılması için DFA kullanılmaktadır. DFA ile amaçlanan, AFA sonrası ortaya çıkan faktörler ve bu faktörlerin altında bulunan maddelerin ilişkilerini test ederek, ölçekteki maddelerin faktörleri ve genel kapsamda teorik yapının açıklanmasındaki yeterliliklerini ölçmektir(Özdamar, 2013). İOBTÖ'nün faktör yapısını başka bir örnekleme ölçmek amacıyla DFA yapılmıştır. Yapısal eşitlik modeli çerçevesinde DFA'da uyum indekslerinin nitelendirildiği belli kurallar bulunmaktadır. Bu doğrultuda; uyum indeksinin kabul edilebilir düzey olarak belirlenmesi için;  $\chi^2/sd$ 'nin 2 ila 5 arasında bir değer olması gerektiği(Karaman,2023:54), literatürde(Kline, 2011) en çok kullanılan uyum indekslerinin (GFI, NFI, NNFI (TLI), CFI)  $\geq 0,85$  değerine eşit veya üzerinde olması gerektiği ancak GFI uyum indeksi için 0,80 ve üzerindeki değerlerin de kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu(Byrne ve Campbell, 1999; Uğurlu, 2014:97) ifade edilmektedir. RMSEA değerinin ise 0,05-0,08 arasında olması gerektiği ifade edilir(Çokluk vd.,2014). Kabul edilebilir uyum değerlerinin, birinci düzey DFA yapılması sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu da geliştirilen modelin iyi bir uyum içerisinde olduğuna kanıt oluşturmaktadır.

DFA sonrası İOBTÖ'nün 26 madde ve 2 faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Faktör yüklerinin DFA'da 0.30 ve üstünde olması tercih edilir(Çokluk et al., 2018). Model-veri uyumunu olumsuz etkileyeceği için 0.30 altında olan yüklerin ölçekten çıkarılması yararlı olacaktır. DFA sonrası ortaya çıkan faktör yükleri, 0.64 ile 0.90 arasındadır. Bu değerler tavsiye edilen değerin üzerindedir. İOBTÖ birinci faktör 13 madde içermektedir ve faktör yükleri 0.70 ile 0.90 arasındadır. Birinci faktör 1-13 arasındaki soruları içermektedir. Bu maddeler motive eden faktörleri temsil etmektedir. İkinci faktörde 13 madde içermektedir ve faktör yükleri 0.64 ve 0.89 arasındadır. İkinci faktör 14-26 arasındaki soruları içermektedir. Bu maddeler engelleyen faktörleri temsil etmektedir.

Çalışmada test-tekrar test yöntemi ile ölçeğin farklı zamanlarda test edilmesi ile güvenilirliği değerlendirilmiştir. Bir ölçme aracında güvenilirlik için bulunması gereken iki temel ölçütün “değişik zamanlarda elde edilen yanıtlar (puanlar) arasında tutarlılık” ve “aynı zamanda elde edilen yanıtlar arasında tutarlılık” olduğu ifade edilmektedir(Büyüköztürk, 2019). Kararlılık ya da devamlılık katsayısı şeklinde de bilinen bu yöntemde iki farklı zamanda aynı gruba, aynı ölçek uygulanarak aralarındaki ilişki değerlendirilir(Tavşancıl, 2019). Böylelikle bir ölçekten ortaya çıkan sonuçların farklı zamanlarda ne derece genellenebileceğine ait bilgiler ortaya çıkar. Yapılan iki uygulamanın arasındaki sürenin çok kısa veya çok uzun olmaması gerekmektedir. Bu süre çok kısa olduğunda maddelerin anımsanma ihtimali, uzun olduğunda ise ölçülmek istenen özelliğin değişmesi gibi sonuçlar ortaya çıkar. Araştırılan kavrama göre değişmekle birlikte bu zamanın 3 ile 6 hafta aralığında olması tavsiye edilmektedir(Tavşancıl, 2019). İOBTÖ ana çalışmaya başlanmadan önce 31 kişilik bir örneklem grubuna tavsiye edilen 3 hafta ara ile uygulanmıştır ve test-tekrar test güvenilirliği için ortaya çıkan eşleştirilmiş puanların korelasyon katsayıları 0,051 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar yapılan ölçümlerin birbirine paralel olmadığını ya da herhangi bir değişim etkisinin olmadığına işaret etmektedir. Testin aynı kişilere farklı zamanlarda uygulanarak benzer sonuçlar vermesi İOBTÖ'nün güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.

İOBTÖ'nün iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach's  $\alpha$  katsayıları değerlendirilmiştir. İOBTÖ'nün alt boyutları için Cronbach's  $\alpha$  katsayılarının 0.961 ile 0.965 arasında olduğu görülmüştür. Bir ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi amacıyla Cronbach's  $\alpha$  katsayısını araştırmacıların yaygın olarak kullandığı bilinmektedir. Araştırmacılar Cronbach's  $\alpha$  katsayısını kullanabilmenin, maddelerin faktör yüklerinin denk olması düşüncesinin sağlanmasına bağlı olduğunu ifade etmektedir. Fakat ölçek geliştirme çalışması yapan araştırmacıların, tüm maddelerin faktör yüklerinin denk olduğu bir durumun oluşması çok da olası değildir(Bulut vd.,2023:783). Literatüre bakıldığında 0.80 ile 1 arasındaki puanlar, ölçeğin yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir(Tavşancıl, 2019). Bu doğrultuda İOBTÖ'nün iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir. Güvenirlik, geçerlik için üst sınır koyabilse de geçerliği garantileyemez. Bu sebeple İOBTÖ'nün, konu hakkındaki uzman kişiler tarafından incelenmesi ile kapsam geçerliği de denetlenmiştir.

İOBTÖ ve alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkileri değerlendirildiğinde; İOBTÖ ile “Motive Eden Faktörler” arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyonu ( $r = 0.304$ ) bulunmaktadır. Bu, motive eden faktörlerin artmasının olay bildirim davranışı ile bir miktar ilişkili olduğunu gösterir ( $p < 0.001$ ). İOBTÖ ile “Engelleyen Faktörler” arasında güçlü ve negatif yönlü bir korelasyon ( $r = -0.870$ ) bulunmaktadır. Bu, engelleyici faktörlerin artmasının olay bildirim davranışını belirgin şekilde azalttığını gösterir ( $p < 0.001$ ). İOBTÖ ile İfşa Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde çok düşük düzeyde pozitif bir korelasyon ( $r = 0.116$ ) bulunmaktadır. İlişki istatistiksel olarak anlamlı ( $p = 0.044$ ), ancak pratik anlamda çok zayıftır. Genel olarak değerlendirildiğinde; en güçlü ilişki, İOBTÖ ile Engelleyen Faktörler arasında olup, bu ilişkinin negatif olması dikkat çekicidir. Engelleyen faktörlerin, olay bildirim davranışını oldukça güçlü bir şekilde azalttığı söylenebilir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmakla birlikte, korelasyon katsayılarının düşük olduğu durumlarda bu ilişkiler uygulamada göz ardı edilebilir düzeyde olabilir.

## **5.2.Hipotezlere İlişkin Testlerin (T-Testi- ANOVA) Değerlendirilmesi**

Sağlık kurumlarında istenmeyen olay bildirimini yapılmasında motive eden ve engelleyen faktörlerin belirlenmesinin, yapılacak bildirimlerin artırılmasına dolayısıyla kurumda olay bildirim kültürünün oluşması ile birlikte hasta ve çalışan güvenliğine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, yapılan çalışmada istenmeyen olay bildirimini yapmayı motive eden ve engelleyen faktörler üzerinde sağlık çalışanlarının demografik özelliklerinin herhangi bir fark oluşturup oluşturmadığı değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda kadınların (Ortalama = 4.50, Std. Sapma = 0.596) ve erkeklerin (Ortalama = 4.48, Std. Sapma = 0.504) puan ortalamaları arasında t-testi sonucunda ( $t = 0.324$ ;  $p = 0.746$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da kadınların (Ortalama = 3.57, Std. Sapma = 1.107) ve erkeklerin (Ortalama = 3.41, Std. Sapma = 1.075) puan ortalamaları arasında ( $t = 1.224$ ;  $p = 0.222$ ) anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Son olarak, İOBTÖ toplam puanında kadınlar (Ortalama = 3.46, Std. Sapma = 0.583) ve erkekler (Ortalama = 3.54, Std. Sapma = 0.523) arasında ( $t = -1.027$ ;  $p = 0.305$ )

olarak hesaplanmış ve burada da anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir( $p > 0.05$ ). Genel olarak, cinsiyete göre İOBTÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, kadın ve erkek katılımcıların İOBTÖ kapsamındaki faktörlere benzer düzeyde yaklaştığını göstermektedir. Jember ve ark.(2018) tarafından hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmeleri ile ilişkili faktörler hakkında yapılan bir çalışmada; kadın hemşireler arasında ilaç hatası bildirme oranının erkek hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu, kadın hemşirelerin ilaç hatası bildirme olasılığının erkek hemşirelere göre %72,7 daha fazla olduğu, dolayısıyla olay bildiriminde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Oksay ve ark.(2019:469) yapmış olduğu çalışmada ise; içerisinde “Olay Bildirimi Sıklığı”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” gibi alt boyutların bulunduğu “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” puanları ve katılımcıların cinsiyeti arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Oweidat ve ark.(2023:4) tarafından “Olay Bildirimi Ölçeği” kullanılarak yapılan bir çalışmada da; hemşirelerin olay bildirim farkındalığına cinsiyet açısından bakıldığında, ölçekten kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek puanlar aldığı fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Aksan(2017:69-74) tarafından yapılan bir çalışma incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirim hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının yaşına göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; yaşa göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, 34 yaş altı ve 35 yaş ve üzeri katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda 34 yaş altı katılımcılar (Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.597) ile 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 4.55, Std. Sapma = 0.505) arasında ( $t = -1.127$ ;  $p = 0.261$ ) olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da 34 yaş altı (Ortalama = 3.52, Std. Sapma =

1.092) ve 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 1.115) arasında ( $t = -0.054$ ;  $p = 0.957$ ) ile farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise 34 yaş altı katılımcılar (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.568) ile 35 yaş ve üzeri katılımcılar (Ortalama = 3.51, Std. Sapma = 0.560) arasında ( $t = -0.513$ ;  $p = 0.608$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, yaş gruplarının İOBTÖ ve alt boyutlarına benzer düzeyde yaklaştığını göstermektedir. Oksay ve ark.(2019:470) yapmış olduğu çalışma incelendiğinde; "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği" 18-25 yaş aralığında olan çalışanların puanlarının, 26-35, 36-45 ile 46 ve üzeri yaş kategorisindeki çalışanların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmış, bu analiz sonucunda, diğer yaş kategorilerinden daha genç olduğu bilinen 18-25 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının hasta güvenliği hakkında daha duyarlı oldukları ifade edilmiştir. Aksan(2017:70-75) tarafından yapılan çalışma incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimi hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanlar ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; medeni duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizinde, evli ve bekar katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda evli katılımcıların (Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.613) ve bekar katılımcıların (Ortalama = 4.52, Std. Sapma = 0.503) puanları arasında ( $t = -0.732$ ;  $p = 0.465$ ) olarak hesaplanmış ve farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da evli (Ortalama = 3.51, Std. Sapma = 1.100) ve bekar katılımcılar (Ortalama = 3.54, Std. Sapma = 1.099) arasında ( $t = -0.226$ ;  $p = 0.821$ ) ile anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise evli katılımcılar (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.575) ve bekar katılımcılar (Ortalama = 3.49, Std. Sapma = 0.552) arasında ( $t = -0.147$ ;  $p = 0.883$ ) ile anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, medeni duruma göre İOBTÖ ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin benzer olduğunu göstermektedir. Oksay ve

ark.(2019:469) yapmış olduğu çalışmada da; “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” puanlarında katılımcıların medeni durumunun herhangi bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Jember ve ark. (2018:6) tarafından hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmeleri ile ilişkili faktörler konusu hakkında yapılan bir çalışmada; medeni durumun ilaç hatası bildirimine önemli bir belirleyicisi olduğu, evli olan hemşirelerin ilaç hatalarını bildirme olasılığının bekar olanlara kıyasla %54,6 daha az olduğu, dolayısıyla olay bildiriminde medeni duruma göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumuna göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, eğitim alan ve almayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda, eğitim alanların (Ortalama = 4.53, Std. Sapma = 0.555) ve eğitim almayanların (Ortalama = 4.39, Std. Sapma = 0.596) puanları arasında ( $t = 1.877$ ;  $p = 0.062$ ) olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da eğitim alanların (Ortalama = 3.58, Std. Sapma = 1.113) ve almayanların (Ortalama = 3.34, Std. Sapma = 1.036) puanları arasında ( $t = 1.557$ ;  $p = 0.121$ ) ile anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise eğitim alanların (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.581) ve almayanların (Ortalama = 3.52, Std. Sapma = 0.507) puanları arasında ( $t = -0.571$ ;  $p = 0.568$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Sonuçlar, istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alanların, İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik değerlendirmelerde anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Ertürk ve ark.(2016:28) hasta güvenliğinin değerlendirilmesi amacıyla Manisa’da farklı hastanelerde görev yapan hemşirelerle yapmış olduğu bir çalışmada “Beklenmedik Olay Ve Hata Raporlama”, “Çalışanların Eğitimi” gibi alt boyutları bulunan "Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılmış olup; hemşirelerin hasta güvenliği hakkında eğitim alma durumuna göre ölçeğin puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim alanların puanının ölçeğin tüm alt boyutlarında ve toplam puanda yüksek olmasına rağmen grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Salih ve ark.(2021:3) Mansoura'daki hemşireler arasında hasta güvenliği tutumu ve

ilişkili faktörler konusunda yaptığı çalışmada ise, hataların raporlanması ile ilgili “Güvenlik İklimi” alt boyutunu içeren “Hasta Güvenliği Tutum Anketi” kullanılmış olup, hasta güvenliği hakkında eğitimlere katılım sağlayanların ölçekten aldığı toplam puanların daha yüksek olduğu görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde gerçekleştirileceğini bilme durumuna göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde gerçekleştirileceğini bilme durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, bu konuda bilgi sahibi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda, bilgi sahibi olanların (Ortalama = 4.52, Std. Sapma = 0.564) ve olmayanların (Ortalama = 4.42, Std. Sapma = 0.576) puanları arasında ( $t = 1.272$ ;  $p = 0.204$ ) olarak hesaplanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda da bilgi sahibi olanların (Ortalama = 3.56, Std. Sapma = 1.120) ve olmayanların (Ortalama = 3.37, Std. Sapma = 1.007) puanları arasında ( $t = 1.294$ ;  $p = 0.197$ ) ile anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). İOBTÖ toplam puanında ise bilgi sahibi olanların (Ortalama = 3.48, Std. Sapma = 0.589) ve olmayanların (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 0.469) puanları arasında ( $t = -0.618$ ;  $p = 0.537$ ) ile anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde yapılacağını bilmenin, İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik değerlendirmelerde önemli bir fark oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Oweidat ve ark.(2023:5) tarafından “Olay Bildirimi Ölçeği” kullanılarak yapılan bir çalışma incelendiğinde; katılımcıların olay raporlama sisteminin varlığından haberdar olduğu, ancak formun nasıl bulunacağı veya forma nasıl erişileceği konusunda bazı belirsizliklerin olduğu; katılımcıların sadece %69,3'ünün olay formunun nasıl bulunacağını veya forma nasıl erişileceğini bildiği tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, hemşirelerin olay bildirim uygulamalarını 4 üzerinden ortalama 2,23 puanla orta düzeyde algıladıkları belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının daha önce istenmeyen olay bildirim yapma durumuna göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde de;

daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumuna göre İOBTÖ ve alt boyutlarına yönelik yapılan t-testi analizi, bu iki grup arasında bazı alt boyutlarda anlamlı farklar olduğunu göstermektedir. "Motive Eden Faktörler" alt boyutunda, daha önce olay bildirimini yapanlar(Ortalama = 4.55, Std. Sapma = 0.623) ve yapmayanlar(Ortalama = 4.47, Std. Sapma = 0.540) arasında ( $t = 1.03$ ;  $p = 0.304$ ) olarak hesaplanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır( $p > 0.05$ ). "Engelleyen Faktörler" alt boyutunda ise, daha önce olay bildirimini yapanların (Ortalama = 3.76, Std. Sapma = 1.121) ve yapmayanların (Ortalama = 3.41, Std. Sapma = 1.072) puanları arasında( $t = 2.60$ ;  $p = 0.010$  \) ile anlamlı bir fark bulunmuştur( $p < 0.05$ ). Bu durum, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapanların, engelleyen faktörlere daha yüksek puan verdiklerini, dolayısıyla engelleyen faktörlere dair daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Bu bağlamda, katılımcıların daha önce yaptıkları bildirim sonrası olumsuz bir tecrübe(suçlanma, bilgisiz olarak nitelendirilme gibi) edinmiş olabilecekleri ve engelleyen faktörlere daha fazla yatkın olduğunu düşündürmektedir. İOBTÖ toplam puanında ise daha önce olay bildirimini yapanların(Ortalama = 3.39, Std. Sapma = 0.601) ve yapmayanların (Ortalama = 3.53, Std. Sapma = 0.543) arasında ( $t = -2.00$ ;  $p = 0.046$  \) olarak hesaplanmış ve bu fark da anlamlı bulunmuştur( $p < 0.05$ ). Bu sonuç, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapmayanların, genel olarak olay bildirimine daha fazla eğilim gösterdiklerini ve ölçekten daha yüksek puan aldıklarını ortaya koymaktadır. Genel olarak, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumunun, engelleyen faktörler ve toplam puan açısından anlamlı bir fark yarattığı, ancak motive eden faktörlerde bir fark oluşturmadığı söylenebilir. Aksan(2017:70-75) tarafından yapılan çalışmada ise; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimini hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanların da daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği

düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde; motive eden faktörler açısından grupların ortalama puanları birbirine oldukça yakın olup, önlisans mezunları için 4.42, lisans mezunları için 4.50 ve lisansüstü mezunları için 4.53 olarak tespit edilmiştir. ANOVA testi sonucunda, “Motive Eden Faktörler” arasında eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $F = 0.711, p = 0.493$ ). “Engelleyen Faktörlere” bakıldığında da grupların ortalama puanları oldukça benzerdir. Önlisans mezunlarının ortalama puanı 3.49, lisans mezunlarının 3.53 ve lisansüstü mezunlarının 3.53 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi, bu faktör açısından da eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ( $F = 0.029, p = 0.971$ ). İOBTÖ toplam puanları da gruplar arasında oldukça benzer değerler göstermiştir. Ön lisans mezunlarının ortalama puanı 3.46, lisans mezunlarının 3.49 ve lisansüstü mezunlarının 3.50 olarak bulunmuştur. ANOVA testi sonucunda bu değişken açısından eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.091, p = 0.913$ ). Elde edilen bulgular, katılımcıların eğitim düzeylerinin motive eden ve engelleyen faktörlerin değerlendirilmesinde herhangi bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Oksay ve ark.(2019:470) yapmış olduğu çalışmada da; içerisinde “Olay Bildirimi Sıklığı” “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim”, “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” gibi alt boyutların bulunduğu “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” puanları ve katılımcıların eğitim düzeyleri arasında herhangi bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Aksan(2017:69-74) tarafından yapılan çalışmada ise; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimi hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanların da eğitim düzeyleri ile arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Oweidat ve ark.(2023:4) tarafından “Olay Bildirimi Ölçeği” kullanılarak yapılan çalışmada ise; hemşirelerin olay bildirimi farkındalığına eğitim düzeyi açısından bakıldığında; yüksek lisans derecesine sahip katılımcıların diğer gruplara göre daha yüksek farkındalık gösterdiği, diğer gruplara göre daha yüksek algılanan raporlama eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının mesleklerine göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği

düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde; meslek gruplarının ortalama puanlarında, hemşirelerin ortalaması 4.58 ile en yüksek değeri alırken, bunu doktorlar ve sağlık teknikerleri 4.46 ve tıbbi sekreterler 4.33 takip etmektedir. Ancak ANOVA testi sonuçlarına göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F = 2.481, p = 0.065$ ). Bu durum, meslek grupları arasında motive eden faktörlere ilişkin algılar açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar, meslek grupları arasında birbirine oldukça benzerdir. Doktorların ortalaması 3.51, hemşirelerin 3.58, sağlık teknikerlerinin 3.41 ve tıbbi sekreterlerin 3.43 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi sonuçları, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ( $F = 0.400, p = 0.753$ ). Bu, meslek gruplarının engelleyen faktörlere dair algılarının birbirine yakın olduğunu ortaya koymaktadır. İOBTÖ toplam puanları açısından da meslek gruplarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.181, p = 0.909$ ). Doktorlar için ortalama 3.48, hemşireler için 3.50, sağlık teknikerleri için 3.53 ve tıbbi sekreterler için 3.45 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, meslek gruplarının İOBTÖ toplam puanları açısından birbirine oldukça benzer bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir. Meslek grupları arasında motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, mesleki rollerin bu değişkenlere dair algılar üzerinde belirgin bir fark oluşturmadığını düşündürmektedir. Aksan(2017:69-74) tarafından yapılan çalışmada da; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanların mesleklere göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimi hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanların da mesleklere göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir. Oksay ve ark.(2019:471) yapmış olduğu çalışmada ise; “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” puanlarının mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiği, doktorların puanlarının, hemşirelerin, tıbbi sekreterlerin ve teknisyen/teknikerlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu, hemşirelerin ve tıbbi sekreterlerin ise ölçek puanlarının teknisyen/teknikerlerin puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılına göre ölçekten alınacak puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde ise; meslekte çalışma yılı gruplarının motive eden faktörlere yönelik ortalama puanları birbirine yakın bulunmuştur. 1-5 yıl çalışanların ortalaması 4.44, 6-10 yıl çalışanların 4.53, 11-15 yıl çalışanların 4.53 ve 16-20 yıl çalışanların ortalaması 4.55 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi sonuçlarına göre, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.705$ ,  $p = 0.551$ ). Bu durum, meslekte geçirilen yılların, bireylerin motive eden faktörlere yönelik algılarında belirgin bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlarda da benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 1.622$ ,  $p = 0.187$ ). 1-5 yıl çalışanlar için ortalama 3.40, 6-10 yıl çalışanlar için 3.77, 11-15 yıl çalışanlar için 3.53 ve 16-20 yıl çalışanlar için 3.49 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İOBTÖ toplam puanları açısından da meslekte çalışma yılı grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 1.182$ ,  $p = 0.319$ ). Ortalama puanlar, 1-5 yıl çalışanlarda 3.52, 6-10 yıl çalışanlarda 3.38, 11-15 yıl çalışanlarda 3.50 ve 16-20 yıl çalışanlarda 3.53 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, meslekte çalışma yılına göre motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Bu durum, meslekte geçirilen yılların bu değişkenler üzerinde belirgin bir fark oluşturmadığını düşündürmektedir. Oksay ve ark.(2019:470-471) yapmış olduğu çalışmada ise; “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” puanlarının meslekte çalışma yılına göre anlamlı farklılık gösterdiği, çalışma yılı 1-5 yıl arasında bulunan çalışanların ölçek puanlarının, 16 yıl ve üzeri ve 1 yıldan az çalışma yılı bulunan çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, 6-10 yıl arasında ve 11-15 yıl arasında görev yılı bulunan çalışanların puanlarının ise 16 yıl ve üzeri görev yılı bulunan çalışanların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aksan(2017:69-74) tarafından yapılan çalışmada da; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile meslekte çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Fakat aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimi hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanların, meslekte çalışma yılları ile düşük derecede ve negatif düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde; kurumda çalışma süresine göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, gruplar arasında yakın değerler görülmektedir. 1-5 yıl çalışanların ortalama puanı 4.47, 6-10 yıl çalışanların 4.52 ve 11-15 yıl çalışanların 4.59 olarak hesaplanmıştır. Ancak ANOVA testi sonuçları, bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ( $F = 1.074$ ,  $p = 0.346$ ). Bu, kurumda çalışma süresinin motive eden faktörlere yönelik algılar üzerinde önemli bir fark oluşturmadığını ortaya koymaktadır. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar da benzer şekilde gruplar arasında anlamlı bir fark göstermemektedir ( $F = 0.473$ ,  $p = 0.625$ ). 1-5 yıl çalışanlar için ortalama puan 3.62, 6-10 yıl çalışanlar için 3.61, 11-15 yıl çalışanlar için 3.50 ve 16-20 yıl çalışanlar için 3.45 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İOBTÖ toplam puanları açısından da kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.145$ ,  $p = 0.865$ ). Ortalama puanlar, 1-5 yıl çalışanlar için 3.49, 6-10 yıl çalışanlar için 4.47, 11-15 yıl çalışanlar için 4.52 ve 16-20 yıl çalışanlar için 4.59 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, kurumda çalışma süresinin motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir. Katılımcıların bu değişkenlere yönelik algıları, kurumda çalışma süresine bağlı olarak değişiklik göstermemektedir. Karaca ve Arslan(2014:15-16) çalışmasında; “Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” alt boyutunun bulunduğu “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği” kullanılmış olup; hemşirelerin en düşük puanı bu alt boyutta aldığı ve HGKÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Gökdoğan ve Yorgun’un(2010:58) hemşirelerin hasta güvenliğini tutumlarını değerlendirdiği çalışma sonuçları incelendiğinde ise; kurumda çalışma süresi daha uzun olan çalışanların tıbbi hataların rapor edilmesi konusunda daha istekli olduğu ifade edilmektedir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının görev yaptığı hastane türüne göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde; hastane türüne göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

(EAH) ile Şehir Hastanesi(ŞH) çalışanlarının ortalama puanları 4.51, Devlet Hastanesi(DH) çalışanlarının ise 4.43 olarak hesaplanmıştır. Ancak ANOVA testi sonuçlarına göre bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir( $F = 0.360$ ,  $p = 0.699$ ). Bu durum, hastane türünün motive eden faktörlere yönelik algılarda önemli bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere yönelik ortalama puanlar arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır( $F = 0.276$ ,  $p = 0.760$ ). EAH çalışanlarının ortalama puanı 3.50, ŞH çalışanlarının 3.58 ve DH çalışanlarının 3.45 olarak hesaplanmıştır. Gruplar arasında gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. İOBTÖ toplam puanları açısından hastane türleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir( $F = 0.145$ ,  $p = 0.865$ ). Ortalama puanlar, EAH çalışanları için 3.50, ŞH çalışanları için 3.46 ve DH çalışanları için 3.49 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, çalışılan hastane türünün motive eden faktörler, engelleyen faktörler ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir. Çalışılan hastane türü, katılımcıların bu değişkenlere yönelik algılarında belirgin bir fark oluşturmamıştır. Aksan(2017:69-74) tarafından yapılan çalışmada da; sağlık çalışanlarının yapılan hataları bildirmelerindeki engel algılarına yönelik faktörlere ilişkin aldıkları toplam puanlar ile görev yapılan hastane türüne göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının olay bildirimi hakkında iyileştirici düzenlemeler yapılması sonucunda algılarında değişiklik olup olmayacağı ile ilgili ifadelerden elde edilen toplam puanlar ile görev yapılan hastane türüne göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Oweidat ve ark.(2023:4) tarafından “Olay Bildirimi Ölçeği” kullanılarak yapılan çalışmada ise; hemşirelerin olay bildirimi farkındalığı görev yapılan hastane türüne göre değerlendirildiğinde puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışan katılımcıların diğer gruplara göre ölçekten daha yüksek puanlar alarak farkındalıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının görev yaptığı birim türüne göre ölçekten alınacak puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olabileceği düşünülmüştür. Analiz sonuçları incelendiğinde; çalışılan birim türüne göre motive eden faktörlere ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, “Poliklinik Hizmetleri” biriminde çalışanların ortalama puanı 4.61 ile en yüksek değere sahipken, “İdari Birim” çalışanları 4.36 ile en düşük ortalamaya sahiptir. Ancak ANOVA testi

sonuçlarına göre, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F = 0.986$ ,  $p = 0.445$ ). Bu, çalışılan birim türünün motive eden faktörlere yönelik algılar üzerinde önemli bir fark oluşturmadığını göstermektedir. Engelleyen faktörlere ilişkin ortalama puanlar birim türüne göre farklılık gösterse de, bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ( $F = 2.038$ ,  $p = 0.056$ ). “Cerrahi Servis” çalışanları 3.04 ile en düşük ortalamaya sahipken, Acil servis çalışanları “3.77” ile en yüksek ortalamayı almıştır. Bu sonuç, birim türlerinin engelleyen faktörler üzerinde olduğu farkın istatistiksel olarak belirgin olmadığını göstermektedir. İOBTÖ toplam puanları açısından da çalışılan birim türüne göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 1.557$ ,  $p = 0.155$ ). Ortalama puanlar “Cerrahi Servis” çalışanlarında 3.77 ile en yüksek, “Acil Servis” çalışanlarında ise 3.37 ile en düşük olarak hesaplanmıştır. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Analiz sonuçlarına göre, çalışılan birim türünün “Motive Eden Faktörler”, “Engelleyen Faktörler” ve İOBTÖ toplam puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını göstermektedir. Çalışanların bu değişkenlere yönelik algıları, görev yaptıkları birim türüne bağlı olarak değişiklik göstermemektedir. Salih ve ark.(2021:3) Mansoura'daki hemşireler arasında hasta güvenliği tutumu ve ilişkili faktörler konusunda yaptığı çalışmada ise, hataların raporlanması ile ilgili “Güvenlik İklimi” alt boyutunu içeren “Hasta Güvenliği Tutum Anketi” kullanılmış olup, ölçekten alınan puanların çalışılan birime göre herhangi bir fark göstermediği tespit edilmiştir. Oksay ve ark.(2019:472) yapmış olduğu çalışmada ise; içerisinde “Olay Bildirimi Sıklığı”, “Hatalar Hakkında Geri Bildirim ve İletişim” “Hataya Karşı Cezalandırıcı Olmayan Yanıt” gibi alt boyutların bulunduğu “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinin” puanlarında, katılımcıların çalıştıkları birimin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu farka göre; yoğun bakımda çalışanların, klinik ve diğer bölümlerde çalışanlara göre ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ameliyathanede çalışanların puanlarının ise acil, klinik ve diğer birimlerin puanlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir.

## SONUÇ

Bu çalışmada; sağlık çalışanlarını istenmeyen olay bildiriminde motive eden ve engelleyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeği katılımcı sağlık çalışanlarının psikometrik özellikleri ile değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda; geliştirilen İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeğinin yapılmış olan geçerlik ve güvenilirlik analizleri ile geçerli aynı zamanda da güvenilir, iç tutarlılığı yüksek bir ölçek olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. Ülkemizde sağlık kurumlarında yapılan istenmeyen olay bildirimlerinin gönüllülük esasına dayandığı bilinmektedir. Bu sebeple; sağlık çalışanlarını bildirim yapma konusunda motive eden ve engelleyen faktörlerin değerlendirilerek bildirimleri arttıracak adımların atılması önem arz etmektedir. Literatürde; olay bildirimini hakkında farklı çalışmalar yapıldığı görülmekle birlikte herhangi bir ölçek geliştirme çalışmasına rastlanmamıştır. Bu sebeple, İOBTÖ'nün, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimini yapmalarını motive eden ve engelleyen faktörlerin değerlendirilmesine katkı sağlayacağı ve literatürdeki boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Oluşturulan ölçeğin son hali 26 madde ve “Motive Eden Faktörler” ile “Engelleyen Faktörler” olmak üzere 2 alt boyutlu yapısı ile kabul edilebilir uyum indeks değerleri içinde olduğu değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmada hipotezlere ilişkin testlerin değerlendirilmesi sonucunda; cinsiyet, yaş, meslek, medeni durum, çalışılan birim, meslekte çalışılan yıl, kurum türü, eğitim durumu, kurumda çalışılan yıl, , istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim alma durumu, istenmeyen olay bildirimini nasıl ve ne şekilde gerçekleştirileceğini bilme durumu özelliklerinin İOBTÖ ve alt boyutlarının değerlendirilmesinde herhangi bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Literatür taralamalarında bu özelliklerin fark oluşturup oluşturmadığı konusunda farklı çalışmalar görülmüştür. Bu sebeple; bu özelliklerin fark oluşturma durumunun, çalışmadaki örneklem grubuna bağlı değişim gösterdiği düşünülmektedir.

Katılımcıların daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumunun ölçekten alınan puanlarda; motive eden faktörler boyutunda herhangi bir fark oluşturmadığı görülmüştür. Fakat engelleyen faktörlere, daha önce olay bildirimini yapanların daha

yüksek puan vermiş olmaları bu kişilerin engelleyen faktörlere dair daha fazla zorluk yaşadıkları ve katılımcıların daha önce yaptıkları bildirim sonrası olumsuz bir tecrübe(suçlanma, bilgisiz olarak nitelendirilme vb.) edinmiş olabilecekleri, engelleyen faktörlere daha fazla yatkın olduğunu düşündürmektedir. İOBTÖ toplam puanında da daha önce bildirim yapmayanların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Genel olarak, daha önce istenmeyen olay bildirimini yapma durumunun, engelleyen faktörler ve toplam puan açısından anlamlı bir fark oluşturduğu ancak motive eden faktörlerde bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, “Engelleyen Faktörlerin” olay bildirimini davranışını belirgin bir şekilde olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda; sağlık tesislerinde “Engelleyen Faktörlerin” tek tek değerlendirilerek tespit edilmesi ve sonrasında kök neden analizi yapılması ile etkilerinin azaltılması yönünde çalışmalar yapılmasının olay bildirimlerini arttırabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında çalışmada, istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim almadığını ve istenmeyen olay bildirimini nasıl gerçekleştirileceğini bilmediğini ifade eden sağlık çalışanlarının olduğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında istenmeyen olay bildirimini hakkında eğitim verilmesinin zorunlu olduğunu göz önüne aldığımızda, verilen eğitimlerin sağlık çalışanlarının tümüne ulaşmadığı ya da çalışanların eğitimleri kavrayıp benimsemediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında bu konu hakkında verilen eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilerek çalışmalar yapılmasının olay bildirimlerinin artmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma sonrasında, araştırmacılara özel hastaneler evreninde bu araştırmayı yapmalarını önerebiliriz. Ya da bu konuda özel hastane ve kamu hastanesi arasında kıyaslama yapılabilir. Ayrıca engelleyen faktörler ile ilgili daha derinlemesine bilgi elde edebilmek için niteliksel çalışmalar yapılabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- 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.
- Akar, Y., Erduran, S., Uğurlu, D., Özyurt, E., Aydın, İ., & Aykutluğ, M. (2019). Güvenlik Raporlama Sistem Bildirimlerinin Yıllara Göre Değerlendirilmesi (2016-2017-2018). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 81-86.
- Akgün, S. (2014). Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar-Sentinel Olaylar-Sentinel Events In Healthcare. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 75-82.
- Akins RB., Cole BR. Barriers To Implementation Of Patient Safety Systems In Health Care Institutions: Leadership And Policy Implications. *Journal of Patient Safety*, 2005;1(1):9-16.
- Alpar, R.(2016). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*.(Genişletilmiş 4. Baskı).Ankara:Detay Yayıncılık.
- Altındış, S.(2010). Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama Ve Hasta Güvenliğine Etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 17-32.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Aslan, Y. (2019). Hasta güvenliği kültürü: olay/hata raporlama. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 73-83
- Barach P. The End Of The Beginning: Lessons Learned From The Patient Safety Movement. *Journal Legal Medicine*, 2003;24: 7–27.

- Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K. Medication Error Reporting Rate And Its Barriers And Facilitators Among Nurses. *Journal of Caring Sciences*, 2012;1(4): 231-236.
- Bulut, A., Şengül, H., & Özyaral, O. (2023). Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(Özel Sayı), 772-786.
- Byrne, B. M. & Campbell, T. L. (1999). Cross-Cultural Comparisons And The Presumption Of Equivalent Measurement And Theoretical Structure: A Look Beneath The Surface. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30, 557 - 576.
- Can, A. (2019). SPSS ile Bilimsel Araştırma Surecinde Nicel Veri Analizi (8. Bs). Ankara: *Pegem Akademi*.
- Coyle, Y. M. ,S Q Mercer, S.Q., Murphy-Cullen, C.L., Schneider, G.W., Hynan, L.S. (2005). Effectiveness of a Graduate Medical Education Program for Improving Medical Event Reporting Attitude and Behavior. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:383-388
- Çakmak, C.,& 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.
- 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
- Çakmakçı, M. (2014). Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 33, 6-11.
- Çınar, F. Hesap Verilebilirlik İlkesi İle Kurumsal Performans İlişkisinde Paydaş Katılımının Rolü; Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi*. 2015;6(13):12-30.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları (3. Baskı). *Pegem Akademi*.
- Dekker, S. (2016). Just Culture: Balancing Safety And Accountability. *Crc Press*,1-200.

- Dursun, S., Bayram, N., & Aytaç, S. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Elder N, Graham D, Brandt E, Hickner J. Barriers And Motivators For Making Error Reports From Family Medicine Offices: A Report From The American Academy Of Family Physicians National Research Network (AAFP NRN). *Journal of The American Board of Family Medicine*, 2007; 20(2):115-123.
- Eroğlu, E.K. (2011). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara
- Ertürk, C., Dönmez, P., & Özmen, D. (2016). Manisa İl Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 19-33.
- EU Commission. (2014). Key Findings And Recommendations On Reporting And Learning Systems For Patient Safety Incidents Across Europe. *Patient Safety And Quality Of Care Working Group* ,1-55
- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A. (2006) Attitudes And Barriers To Incident Reporting: A Collaborative Hospital Study. *Qual Saf Health Care*,; 39-43
- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R. et al. (2018). Hospital Survey On Patient Safety Culture 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, Rockville, MD: *Agency for Healthcare Research and Quality*; AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
- Farmakovijilans Derneği. (2020). Farmakovijilans İle İlgili Kavramlar.<http://www.farmakovijilansdernegi.org/icerik.php?id=108>[29 Ekim]
- Filiz, E. (2009). *Sağlık Çalışanları İle Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N., & Misset, B. (2012). Overview Of Medical Errors And Adverse Events. *Annals Of Intensive Care*, 2, 1-9.
- Giles, S., Fletcher, M., Baker, M., & Thomson, R. (2005). Incident Reporting And Analysis. *Patient Safety: Research Into Practice OUP*, 108-7.
- Goodman, J. C., Villarreal, P., & Jones, B. (2011). The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Affairs*, 30(4), 590-595.
- Gökdoğan F, Yorgun S.(2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Ve Hemşireler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2): 53-59
- Gürer, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliği. *Sağlık Hizmetleri Ve Eğitimi Dergisi*, 2(1), 9-14.
- Handler SM, Perera S, Olshansky EF, Studenski SA ve ark.(2007). Identifying Modifiable Barriers To Medication Error Reporting İn The Nursing Home Setting. *J Am Med Dir Assoc*, 8(9) : 568–574.
- Hashemi F, Nasrabadi AN, Asghari F. (2012) Factors Associated With Reporting Nursing Errors İn Iran: A Qualitative Study. *BMC Nursing*. 11:20.
- Haşiloğlu, S. B., Baran, T., & Aydın, O. (2015). Pazarlama Araştırmalarındaki Potansiyel Problemlere Yönelik Bir Araştırma: Kolayda Örneklem Ve Sıklık İfadeli Ölçek Maddeleri. *Pamukkale İşletme Ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, (1), 19-28.
- Hayran, O. (2019). Hasta Güvenliğinde Risk Yönetimi. H. Sur, T. Palteki, & G. Yazıcı,(Eds.). *Hasta Güvenliği*, 57-67.
- Hisar, K. M., Arslan, C. B., Kısa, S., & Hisar, F. (2015). Bir devlet hastanesinde çalışan personelin hasta güvenliğine ilişkin algı ve görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 148-161.
- Hu LT, Bentler PM (1999) Cutoff Criteria For Fit Indexes İn Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Struct Equ Modeling* 6(1), 1-55.
- Huck, SW. (2012). Reading Statistics and Research. New York, NY: Pearson.

- Institute Of Medicine. (1999) To Err Is Human: Building A Safer Health System, *The National Academies Press*, 1-8.
- Institute of Medicine. (2004). Keeping Patient Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. *The National Academy Press*, Washington, D.C, 1-23
- İlknur Gül, (2010). *Kalite Yönetim Sistemi Çerçevesinde Hasta Güvenliği Kültürünün Çalışma Ortamı Açısından Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- İncesu, E., & Orhan, F. (2018). Bir Kamu Hastanesi Güvenlik Raporlama Sistemi Verilerinin İncelenmesi: Retrospektif Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(2), 79-86.
- Jafree SR, Zakar R, Zakar MZ, et al. (2016) Nurse Perceptions Of Organizational Culture And Its Association With The Culture Of Error Reporting: A Case Of Public Sector Hospitals İn Pakistan. *BMC Health Serv Res*. 16 (3), 1-13.
- Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Johnson, J., & Lawton, R. (2021). The Association Between Health Care Staff Engagement And Patient Safety Outcomes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 207-216.
- Jember, A., Hailu, M., Messele, A., Demeke, T., & Hassen, M. (2018). Proportion Of Medication Error Reporting And Associated Factors Among Nurses: A Cross Sectional Study. *BMC Nursing*, 17, 1-8.
- Kagan I, Barnoy S. (2013) Organizational Safety Culture And Medical Error Reporting By Israeli Nurses. *J Nurs Scholars*. 45 (3): 273-280.
- Karaca, A., & Arslan, H. (2014). Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18.
- Karaman, M. (2023). Keşfedici Ve Doğrulayıcı Faktör Analizi: Kavramsal Bir Çalışma. *Uluslararası İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(1), 47-63.
- Karataş, M., & Yakıncı, C. (2010). Tıbbi Hata Nedenleri Ve Çözüm Yolları. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center*, 17(3), 233-236.

- Karsh, B. T., Escoto, K. H., Beasley, J. W., & Holden, R. J. (2006). Toward A Theoretical Approach To Medical Error Reporting System Research And Design. *Applied Ergonomics*, 37(3), 283-295.
- Keleş, B., & Aloglu, E. (2022). Hastanelerde Olay Bildirimi. Ankara. *İksad Yayınevi*. 1-160
- Kilbridge, M. P., Classen, D. C., (2008). The Informatics Opportunities at the Intersection of Patient Safety and Clinical Informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Vol.15 (4), 397-407
- Kim, K.J., Yoo, M.S., Seo ,E.J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*. 12;121-126.
- 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.
- Kline, R. B. (2011). *Principles And Practice Of Structural Equation Modeling (C. 1-3rd Edition)*. Newyork: The Guilford Press.
- Kwon, Y. ve Marzec, M. L. (2016). Does Worksite Culture Of Health (Coh) Matter To Employees? Empirical Evidence Using Job-Related Metrics. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(5), 448-454.
- Leape, L. L. (1994). Error İn Medicine. *Jama*, 272(23), 1851-1857.
- Mahajan RP.(2010).Critical Incident Reporting And Learning. *Br Journal Anaest* 105 (1): 69-75.
- Mallory S. U., Weller J., Bloch M. and Maze M. (2003) The Individual, The System, and Medical Error. *BJA CEPD Reviews* 3(6):179–182.
- Mekhjian, H., MD, Bentley T.D., Ahmad A., Marsh, G., (2004), Development of a Web-based Event Reporting System in an Academic Environment, *Journey of the American Medical Informatics Association*, Vol. 11, No 1,11-18.
- Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. (1997) Learning from errors in nursing practices. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1):111-119.

- Moy, E. B., Akkor, A., Aydın, Ö., Çelik, N., Cankuş, B., Mamur, S. C., & Karagülle, M. (2018). Önemszenmiyor Mu, Bilgi Eksikliği Mi?: Ramak Kala Olaylar. *Online Turkish Journal Of Health Sciences*, 3(2), 70-86.
- Naome, T., James, M., Christine, A. Ve Mugisha, TI (2020). Tıbbi Olay Raporlamada Uygulama, Algılanan Engeller Ve Motive Edici Faktörler: Güneybatı Uganda'daki Mbarara Bölgesel Sevk Hastanesindeki Sağlık Hizmeti Sağlayıcıları Arasında Kesitsel Bir Araştırma. *BMC Sağlık Hizmetleri Araştırması*, 20 (1), 1-9.
- National Patient Safety Foundation (NPSF). (2015). Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human. Boston: NPSF. [http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free\\_from\\_Harm.pdf](http://www.npsf.org/resource/resmgr/PDF/Free_from_Harm.pdf). [1 Kasım]
- Oksay, A., Kılınç, M., & Sayhan, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Hasta Güvenliği Kültürü Algısının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(2), 455-475.
- Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Alsenany, S. A., Abdelaliem, S. M. F., & Alzoubi, M. M. (2023). Awareness Of Reporting Practices And Barriers To Incident Reporting Among Nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 231.
- Polat, O., & Pakış, I. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 119-125.
- R Core Team. (2013). R: A Language And Environment For Statistical Computing. *Foundation For Statistical Computing, Vienna, Austria*.
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2018). *Medical Error Reduction And Prevention*. U.S.A: Statpearls
- Salih, S. A., Reshia, F. A. A., Bashir, W. A. H., Omar, A. M., & Elwasefy, S. A. (2021). Patient Safety Attitude And Associated Factors Among Nurses At Mansoura University Hospital: A Cross Sectional Study. *International Journal Of Africa Nursing Sciences*, 14, 1-5.
- Sammer, C.E., Lykens, Singh, K.P., Mains, D.A., Lackan, N.A. (2010). What Is Patient Safety Culture? A Review Of The Literature. *Journal Of Nursing Scholarship*. 42(2); 156-165.

- Sağlık Bakanlığı (2012) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, *SKS Işığında Sağlıkta Kalite*, Cilt: 2, Ankara.
- (2017a). Güvenlik Raporlama Sistemi. 2016 Yılı İstatistik Ve Analiz Raporu. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- .(2017b).Güvenlik Raporlama Sistemi. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html>. [05 Kasım].
- (2018). Güvenlik Raporlama Sistemi. 2017 Yılı İstatistik Ve Analiz Raporu. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- .(2019).Güvenlik Raporlama Sistemi. <Http://OBS.Saglik.Gov.Tr/BM/UOBS.AspX>. [5 Kasım]
- (2021a). Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi. <https://hgbs.saglik.gov.tr/,2021>. [10 Kasım]
- .(2021b).Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi. <https://cgbs.saglik.gov.tr/,2021>. [11 Kasım]
- SHGM (2020a). SKS-6.1Sağlıkta Kalite Standartları (Hastane). Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. *Sağlık Bakanlığı Yayın No:1156*. Ankara
- (2020b). SKS-6 Sağlıkta Kalite Standartları (Hastane). Sağlıkta Kalite, Akreditasyon Ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. *Sağlık Bakanlığı Yayın No:1156*. Ankara
- Somyürek, N.,&Uğur, E. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma: Hemşire Gözüyle Tıbbi Hatalar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*,1-7,
- Soydemir, D. (2015). *Hekim Ve Hemşirelerin Hata Raporlama Engelleri* (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Şahin, H., Çelebi, M., & Taslak, S. Sağlık Çalışanlarının İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine İlişkin Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 25(54), 14-32.

- Şahin, M. G.,&Öztürk, N. B. (2018). Eğitim Alanında Ölçek Geliştirme Süreci: Bir İçerik Analizi Çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26(1), 191-199.
- Şencan, H., (2005). Sosyal Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1.Baskı, Ankara: *Seçkin Yayıncılık*.
- Tavşancıl, E. (2019). Tutumların Ölçülmesi Ve SPSS İle Veri Analizi. (6. Baskı). Ankara: *Nobel Yayın Dağıtım*.
- The Jamovi Project (2023). Jamovi. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved From <https://www.jamovi.org>. [7 Kasım]
- Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S, Tarcan M.(2009). Hekimlerin Tıbbi Hataların NedenlerineYaklaşımları: Kocaeli İli Örneği. Kırılmaz H, editör. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. 1. Baskı*. Ankara: Turunç Matbaacılık, .205-223.
- Turasan, Altuntaş, B. (2010). *Bir Psikiyatri Hastanesinde Hasta Güvenliği Kültürü Düzeyi ve Güvenlik Raporlamanın İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Tütüncü Ö., D.Küçükusta, K.Yağcı (2007). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. Dokuz Eylül Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.7 (1):519-533.
- Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Uğurlu, C. T. (2014). A Study Of Reliability And Validity Of İnformal Communication Scale. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(3), 83-100.
- Uribe, C., Schweikhart, S., Pathak, D., vd.(2002). Perceived Barriers to Medical-Error Reporting: An Exploratory Investigation. *J Health Manag* , 47 (4), 263–80.
- Uzunsakal, E.,& Yıldız, D. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 14-28

- Van Baarle, E., Hartman, L., Rooijackers, S., Wallenburg, I., Weenink, J. W., Bal, R., & Widdershoven, G. (2022). Fostering A Just Culture In Healthcare Organizations: Experiences In Practice. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1035.
- Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A. Ve Vural, B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları Ve Tıbbi Hataların Raporlanması. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 152-157.
- Wachter, R. M. ve Gupta, K. (2018). *Understanding Patient Safety* (3. Baskı). China: McGraw-Hill
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme* (Vol. NLM classification: W 84.7). France.
- (2005). *Draft Guidelines For Adverse Event Reporting And Learning Systems* (Vol. WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). Switzerland
- (2017). Medication without harm - *Global Patient Safety Challenge On Medication Safety* (Vol. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.). Geneva.
- Williams SD, Ashcroft DM. Medication Errors: How Reliable Are The Severity Ratings Reported To The National Reporting And Learning System? *International Journal For Quality In Health Care*, 2009; 21(5); 316–320.
- Wolf, Z. R., & Hughes, R. G. (2008). Error Reporting And Disclosure. *Patient Safety And Quality: An Evidence-Based Handbook For Nurses*.
- Wu, A. W. (2000). Medical Error: The Second Victim: The Doctor Who Makes The Mistake Needs Help Too. *Bmj*, 320(7237), 726-727.
- Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi Ve Geçerlilik: Keşfedici Ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;(46):74
- Yıldız, İ., (2015). Hekim ve Hemşirelerin Güvenlik Raporlama Sistemine Katılımının Değerlendirilmesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Yılmaz, A. (2020). Hasta Güvenliği Kùltürü Kavramının Boyutları İle İncelenmesi Boyutların Hasta Güvenliği Uygulamalarına Etkisinin Araştırılması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 223-230.
- Yılmaz, N. (2015). Kadın Girişimciliğinde Yönetmel Etik Değerler Ve İşa (Whistleblowing): Mersin İlinde Uygulamalı Bir Araştırma. *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*,1-212.
- Yurdugöl, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İcin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. *Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771-774.



## EKLER

### EK 1:Etik Kurul İzni



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400041782  
Konu : Etik Kurul Kararı (Çeçenya İremnur  
MUMCU)

13.11.2024

Sayın Çeçenya İremnur MUMCU  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildiriminde Motive Edici ve Engelleyici Faktörler: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması ve Psikometrik Özellikleri" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 31.10.2024 tarihli ve 2024/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.  
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ali Haydar ŞAR  
Kurul Başkanı

Ek: Çeçenya İremnur MUMCU

Belge Doğrulama Kodu: D9FFUAF

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/izu-ebys>

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul

Telefon No: 444 97 98

e-Posta:

Kep Adresi: [izu@hs01.kep.tr](mailto:izu@hs01.kep.tr)

Faks No: (0 212) 6938229

İnternet Adresi: [www.izu.edu.tr](http://www.izu.edu.tr)

Bilgi için :

Telefon No:

Direkt Hat:

Selda Şenol  
Yemimli Sekreter  
444 97 98  
(0 212) 6929617



	<b>ETİK ONAY BELGESİ</b>	Doküman No	ET-FR-675
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	22.12.2023
		Revizyon No	01
		Sayfa	1/1

Tarih	31.10.2024
Sayı	2024/08
Araştırmanın Niteliği	Bilimsel Araştırma
Araştırmanın Adı	<i>Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildiriminde Motive Edici ve Engelleme Faktörleri: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması ve Psikometrik Özellikleri</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Çeçenya İremnur MUMCU
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Halil ŞENGÜL
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Ali Haydar ŞAR  
**Başkan**

(Katıldı)

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK  
**Başkan V.**

(Katıldı)

Prof. Dr. Tarık ÖZKUL  
**Üye/Raportör**

(Katıldı)

Prof. Dr. Beytullah KAYA  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ  
**Üye**

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ  
**Üye**

(Katıldı)

Av. Bilal ŞAMAT  
**Üye**

Etik Kurulu Yeminli Sekreter Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Temsili

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: U9AAACHA Belge Takip Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/izu-ebys>



## Ek 2 :Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Çeçenya İremnur MUMCU ve danışman hocası Doç. Dr. Halil ŞENGÜL tarafından yürütülen "**Sağlık Kurumlarında İstenmeyen Olay Bildirimlerinde Motive Edici ve Engelleyici Faktörler; Bir Ölçek Geliştirme Çalışması ve Psikometrik Özellikleri**" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı sağlık kurumlarında 'İstenmeyen Olay Bildirimi' yapma konusunda sağlık çalışanlarını motive eden ve engelleyen faktörlerin psikometrik özellikler ile birlikte değerlendirilmesi konusundadır. Araştırmada sizden tahminen 5 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [REDACTED] e-posta adresi ve [REDACTED] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

#### Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

#### Araştırmacının

Adı-Soyadı: Çeçenya İremnur MUMCU

İmzası:

### EK 3: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
Cinsiyet	( ) Kadın ( ) Erkek
Yaş (lütfen yazı ile belirtiniz)	.....
Medeni Durum	( ) Evli ( ) Bekar
Eğitim Durumu	( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisansüstü
Mesleğiniz	( ) Doktor ( ) Hemşire ( ) Sağlık Teknikeri (fizyoterapi teknikeri,anestezi teknikeri vb.) ( ) Tıbbi Sekreter ( ) Diğer(fizyoterapist,sosyal çalışmacı vb.)
Meslekte Çalışma Yılı	( )1-5 yıl ( )6-10 yıl ( )11-15 yıl ( )16-20 yıl ( ) 21 yıl ve üstü
Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?	( )1-5 yıl ( )6-10 yıl ( )11-15 yıl ( )16-20 yıl ( ) 21 yıl ve üstü
Çalıştığınız kurumun türü nedir?	( ) Üniversite Hastanesi ( ) Eğitim ve Araştırma Hastanesi ( ) Şehir Hastanesi ( ) Özel Hastane ( ) Hizmet(Devlet) Hastanesi
Çalışılan Birim (lütfen yazı ile belirtiniz)	.....
İstenmeyen Olay Bildirimi hakkında eğitim aldım.	( ) Evet ( ) Hayır
İstenmeyen Olay Bildirimini nasıl ve ne şekilde yapacağımı biliyorum.	( ) Evet ( ) Hayır
Daha önce İstenmeyen Olay Bildirimi yaptım.	( ) Evet ( ) Hayır

## EK 4: İstenmeyen Olay Bildirim Tutum Ölçeği Madde Havuzu İlk Hali

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	<b>LÜTFEN!</b> Aşağıdaki ifadelere ne derecede katıldığınızı, her ifadenin karşısındaki seçeneklerden uygun gördüğünüz bölümü işaretleyerek belirtiniz.					
	<b>MOTİVE EDEN FAKTÖRLER</b>					
1	İstenmeyen olay bildirimlerinin kime, ne şekilde bildirileceğinin yazılı bir prosedürle belli olması.					
2	Hangi olayların istenmeyen olay olarak bildirilmesi gerektiğine dair eğitim verilmesi.					
3	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra olayların kısa süre içerisinde analiz edilerek, interaktif bir şekilde düzeltici/önleyici faaliyet yapılması					
4	Yönetim tarafından suçlayıcı ve yargılayıcı tutum sergilenmeden destekleyici olunması					
5	İstenmeyen olay bildirim sonrasında izlenecek yolların hastane prosedürlerinde belli olması					
6	İstenmeyen olay bildirim yapılırken kullanılan sistemin kolay ve anlaşılır şekilde kullanıcı dostu olması					
7	Yönetim ekibinin ve kurum kültürünün, ekip çalışması ve açık iletişime uygun olması					
8	İstenmeyen olay bildiriminde yönetimin gizlilik konusunda güven vermesi					
9	İstenmeyen olay bildirimleri sonrası uygunsuzlukların giderilerek hataların azaltıldığı bilgisinin personel ile paylaşılması					
10	İstenmeyen olay bildirim yapılması ve sonrasında uygulanan prosedürün basit, kolay anlaşılır olması ve fazla zaman almaması.					
11	Hastane yönetiminin uygunsuzluklarda kişi değil sorun ve çözüm odaklı olması.					
12	İstenmeyen olay bildirimlerinin önemine yönelik personeli bilinçlendirme ve hatırlatma amaçlı araçların kullanılması					
13	İstenmeyen olay bildirim yapma işleminin fazla zaman almaması.					
14	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra yapılan çalışmalar hakkında kişiye geri bildirim sağlanması.					
15	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra düzeltici faaliyetlere bildirim yapan kişinin de dahil edilmesi.					
16	Yönetim tarafından istenmeyen olay bildirim yapanların ödüllendirilmesi.					
	<b>ENGELLEYEN FAKTÖRLER</b>					
17	İstenmeyen olay bildirim yaparken kullanılan sistemin zor, karmaşık olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
18	İstenmeyen olay bildirim sonrası olaydan sorumlu tutulma ihtimalinin var olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
19	İstenmeyen olay bildirim sonrasında uzun ve karmaşık prosedürler bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
20	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra kurum itibarının sarsılacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
21	Yönetimin istenmeyen olay bildirimlerinde sorun ve çözüm odaklı olmak yerine kişi odaklı tutum sergilemesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
22	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra herhangi bir düzeltici/önleyici faaliyet yapılmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					

23	İstenmeyen olay bildirimimin sorunların çözülmesine ve hizmet kalitesine herhangi bir katkıda bulunmayacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
24	Kurumda suçlama ve korku kültürünün baskın olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
25	İstenmeyen olay bildirimini yaptıktan sonra diğer personeller tarafından dışlanma korkusu, bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
26	İstenmeyen olay bildirim yapılması sonrasında cezalandırılma korkusu bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
27	Hastanede bildirilen olayları değerlendirecek bir ekip bulunmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
28	İstenmeyen olay bildirimini yapılması gereken konularla ilgili bilgi eksikliğimin olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
29	İstenmeyen olay bildirimimin nasıl ve ne şekilde yapılacağına bilmemek bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
30	Yönetimsel sorunlar ile ilgili çözüm üretilemeyeceğini düşündüğüm için bildirim yapmam.						
31	Bazı istenmeyen olayların hastanedeki süreçlerin doğal bir parçası olduğunu düşündüğüm için bildirimde bulunma gereği duymuyorum.						
32	İstenmeyen olayların ciddiyeti az ise bildirim yapmam.						
33	Yönetim ekibinin istenmeyen olay bildirimini yapan kişilerin gizliliğini korumaması						
34	Çalışma ortamının çok yoğun olması						
35	Yapılan bildirim herhangi bir disiplin soruşturmasına konu olma ihtimali						
36	Olay Bildirimi yapılmasının iş yükünü arttırdığı düşüncesi						
37	Vardiyalı sitemde çalışmak						
38	İstenmeyen Olay Bildirimi yaptıktan sonra kişiye geri bildirimde bulunulmaması						

## EK 5: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Uzman Görüşleri Sonrasındaki Hali

	LÜTFEN! Aşağıdaki ifadelere ne derecede katıldığınızı, her ifadenin karşısındaki seçeneklerden uygun gördüğünüz bölümü işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
<b>MOTİVE EDEN FAKTÖRLER</b>						
1	İstenmeyen olay bildirimlerinin kime, ne şekilde bildirileceğinin yazılı bir prosedürle belli olması.					
2	Hangi olayların istenmeyen olay olarak bildirilmesi gerektiğine dair eğitim verilmesi.					
3	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra olayların kısa süre içerisinde analiz edilerek, interaktif bir şekilde düzeltici/önleyici faaliyet yapılması					
4	Yönetim tarafından suçlayıcı ve yargılayıcı tutum sergilenmeden destekleyici olunması					
5	İstenmeyen olay bildirim sonrasında izlenecek yolların hastane prosedürlerinde belli olması					
6	İstenmeyen olay bildirim yapıırken kullanılan sistemin kolay ve anlaşılır şekilde kullanıcı dostu olması					
7	Yönetim ekibinin ve kurum kültürünün, ekip çalışması ve açık iletişime uygun olması					
8	İstenmeyen olay bildiriminde yönetimin gizlilik konusunda güven vermesi					
9	İstenmeyen olay bildirimleri sonrası uygunsuzlukların giderilerek hataların azaltıldığı bilgisinin personel ile paylaşılması					
10	İstenmeyen olay bildirim yapılması ve sonrasında uygulanan prosedürün basit, kolay anlaşılır olması ve fazla zaman almaması.					
11	Hastane yönetiminin uygunsuzluklarda kişi değil sorun ve çözüm odaklı olması.					
12	İstenmeyen olay bildirimine önemine yönelik personeli bilinçlendirme ve hatırlatma amaçlı araçların kullanılması					
13	İstenmeyen olay bildirim yapma işleminin fazla zaman almaması.					
<b>ENGELLEYEN FAKTÖRLER</b>						
14	İstenmeyen olay bildirim yaparken kullanılan sistemin zor, karmaşık olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
15	İstenmeyen olay bildirim sonrası olaydan sorumlu tutulma ihtimalimin var olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					

16	İstenmeyen olay bildirim sonrasında uzun ve karmaşık prosedürler bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
17	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra kurum itibarının sarsılacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
18	Yönetimin istenmeyen olay bildirimlerinde sorun ve çözüm odaklı olmak yerine kişi odaklı tutum sergilemesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
19	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra herhangi bir düzeltici/önleyici faaliyet yapılmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
20	İstenmeyen olay bildirim sorununun çözülmesine ve hizmet kalitesine herhangi bir katkıda bulunmayacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
21	Kurumda suçlama ve korku kültürünün baskın olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
22	İstenmeyen olay bildirim yapıldıktan sonra diğer personeller tarafından dışlanma korkusu, bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
23	İstenmeyen olay bildirim yapılması sonrasında cezalandırılma korkusu bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
24	Hastanede bildirilen olayları değerlendirecek bir ekip bulunmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
25	İstenmeyen olay bildirim yapılması gereken konularla ilgili bilgi eksikliğimin olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
26	İstenmeyen olay bildirim nasıl ve ne şekilde yapılacağı bilmemek bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
27	Yönetimsel sorunlar ile ilgili çözüm üretilmeyeceğini düşündüğüm için bildirim yapmam.					
28	Bazı istenmeyen olayların hastanedeki süreçlerin doğal bir parçası olduğunu düşündüğüm için bildirimde bulunma gereği duymuyorum.					
29	İstenmeyen olayların ciddiyeti az ise bildirim yapmam.					

## EK 6: İstenmeyen Olay Bildirimi Tutum Ölçeği Ön Çalışma Sonrası Son Hali

	LÜTFEN! Aşağıdaki ifadelere ne derecede katıldığınızı, her ifadenin karşısındaki seçeneklerden uygun gördüğünüz bölümü işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	<b>MOTİVE EDEN FAKTÖRLER</b>					
1	İstenmeyen olay bildirimlerinin kime, ne şekilde bildirileceğinin yazılı bir prosedürle belli olması bildirim yapmamı kolaylaştırır.					
2	Hangi olayların istenmeyen olay olarak bildirilmesi gerektiğine dair eğitim verilmesi doğru bildirim yapmamı kolaylaştırır.					
3	Yönetim tarafından suçlayıcı ve yargılayıcı tutum sergilenmeden destekleyici olunması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
4	İstenmeyen Olay Bildirimi sonrasında izlenecek yolların hastane prosedürlerinde belli olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
5	İstenmeyen Olay Bildirimi yapılırken kullanılan sistemin kolay ve anlaşılır şekilde kullanıcı dostu olması bildirim yapmamı kolaylaştırır.					
6	Yönetim ekibinin ve kurum kültürünün, ekip çalışması ve açık iletişime uygun olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
7	İstenmeyen Olay Bildiriminde yönetimin gizlilik konusunda güven vermesi bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
8	İstenmeyen Olay Bildirimleri sonrası uygunsuzlukların giderilerek hataların azaltıldığı bilgisinin çalışanlar ile paylaşılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
9	İstenmeyen Olay Bildiriminin önemine yönelik bilinçlendirme ve hatırlatma amaçlı araçların kullanılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
10	Hastane yönetiminin uygunsuzluklarda kişi değil sorun ve çözüm odaklı olması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
11	İstenmeyen Olay Bildirimi yapıldıktan sonra olayların kısa süre içerisinde analiz edilerek, interaktif bir şekilde düzeltici/önleyici faaliyet yapılması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
12	İstenmeyen Olay Bildirimi yapılması ve sonrasında uygulanan prosedürün basit, kolay anlaşılır olması ve fazla zaman almaması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
13	İstenmeyen Olay Bildirimi yapma işleminin fazla zaman almaması bildirim yapma konusunda beni motive eder.					
	<b>ENGELLEYEN FAKTÖRLER</b>					
14	İstenmeyen Olay Bildirimi yaparken kullanılan sistemin zor, karmaşık olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
15	İstenmeyen Olay Bildirimi sonrası olaydan sorumlu tutulma ihtimalimin var olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					
16	İstenmeyen Olay Bildirimi sonrasında uzun ve karmaşık prosedürler bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.					

17	İstenmeyen Olay Bildirimi yapıldıktan sonra kurum itibarının sarsılacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
18	Yönetimin İstenmeyen Olay Bildirimlerinde sorun ve çözüm odaklı olmak yerine kişi odaklı tutum sergilemesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
19	İstenmeyen Olay Bildirimi yapıldıktan sonra herhangi bir düzeltici/önleyici faaliyet yapılmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
20	İstenmeyen Olay Bildiriminin sorunların çözülmesine ve hizmet kalitesine herhangi bir katkıda bulunmayacağı düşüncesi bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
21	Kurumda suçlama ve korku kültürünün baskın olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
22	İstenmeyen Olay Bildirimi yapıldıktan sonra diğer personeller tarafından dışlanma korkusu, bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
23	İstenmeyen Olay Bildirim yapılması sonrasında cezalandırılma korkusu bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
24	Hastanede bildirilen olayları değerlendirecek bir ekip bulunmaması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
25	İstenmeyen Olay Bildirimi yapılması gereken konularla ilgili bilgi eksikliğimin olması bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						
26	İstenmeyen Olay Bildiriminin nasıl ve ne şekilde yapılacağını bilmemek bildirim yapma konusunda motivasyonumu azaltır.						

## EK 7: İfşa Ölçeği

İFŞA(WHISTLEBLOWİNG)EĞİLİMİ					
Girişimcilik faaliyetlerinizi yürütürken, ilgili kurum ve kuruluşlarda ahlaki değerlere uygun olmayan davranış ve eylemlerle karşılaştığınızda ne yaptınız?	Kesinlikle Katlıyorum	Katlıyorum	Kısmen Katlıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	1 Olayı kurum dışındaki kişilerle paylaşıyorum.				
2 Olayı ilgili yasal mercilere bildiririm.					
3 Olayı kamuoyuna açıklarım.					
4 Olayı üst yönetime iletirim.					
5 Olayı tepe yöneticisine bildiririm.					
6 Olayı kurum içerisinde bu gibi durumlarla ilgilenen kişiler vasıtasıyla bildiririm.					
7 Olayı görmezden gelirim.					
8 Sessiz kalırım.					

## ÖZGEÇMİŞ

Çeçenya İremnur MUMCU

### A. EĞİTİM

Lisans:Atatürk Üniversitesi Sosyal Hizmetler, 2018, Erzurum

Yüksek Lisans:İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim  
Sağlık Yönetimi Programı 2023

### B. MESLEKİ DENEYİM

2017-2020 Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi -  
Hemşire

2020-2022İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü - Uzman

2022-2024 İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi-Hemşire

### D. YAYINLARI

Physician-Nurse Collaboration İn The Relationship Between Professional Autonomy  
And Practice Behaviors, Nursing Ethics,2024