

**HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM SİSTEMLERİNİ
KULLANIMININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

ZEYCAN ARAT

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYŞE DEMİRAY**

DÜZCE, 2023

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM SİSTEMLERİNİ KULLANIMININ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Zeycan ARAT tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Ayla KEÇECİ

Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Nurten TAŞDEMİR

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27 Temmuz 2023

Zeycan ARAT



TEŞEKKÜR

Tezimin tüm aŐamalarında desteğini esirgemeyen ve deneyimleriyle rehberlik sağlayan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY' a ve bugünlere gelmemde emeği olan tüm hocalarıma,

Her konuda bana destek olup, zorlandığım her anımda yanımda olan Elif CÜNBEK'e ve arkadaşlarıma,

Hayatımın her alanında yanımda oldukları için varlıklarına Őükrettiğim, yardımlarını ve desteklerini eksik etmeyen, beni bugünlere getiren sevgili babam Ahmet ARAT ve sevgili annem Tülay ARAT'a, yaşamımı paylaŐtığım kardeşlerime,

Araştırmaya katılan ve bu ęalıŐmanın geręekleŐmesine destek veren değerli hemşirelere,

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim.

27 Temmuz 2023

Zeycan ARAT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
KISALTMALAR.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İSTENMEYEN OLAY.....	4
2.1.1. İstenemeyen Olay Tanımı.....	4
2.1.2. İstenmeyen Olayların Nedenleri	7
2.1.3. İstenmeyen Olay Sınıflaması.....	11
2.1.4. İstenmeyen Olay Etkileri ve Sıklığı	14
2.1.5. İstenmeyen Olay Önlenmesi	17
2.2. OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ.....	21
2.2.1. Olay Bildirim Kavramı.....	21
2.2.2. Olay Bildirim Sistemi Tarihçesi.....	22
2.2.3. Olay Bildirim Sistemi Amacı.....	23
2.2.4. Olay Bildirim Sistemi Bileşenleri.....	25
2.2.4.1. Olay Bildirim Sistem Türleri.....	26
2.2.4.2. Olay Bildirim Sistem Süreci.....	28
2.2.4.3. Olay Bildirim Sistem Sınıflandırılması	29
2.2.4.4. Olay Bildirim Sistem Analizi.....	31
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Olay Bildirim Sistemleri	32
2.2.5.1. Dünyada Olay Bildirim Sistemleri.....	32
2.2.5.2. Türkiye 'de Olay Bildirim Sistemleri	35
2.2.6. Olay Bildirim Sistem Engelleri	35
2.2.7. Olay Bildirim Sistem Teşvik Stratejileri.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	41
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	41
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMANI.....	41
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	41
3.4.1. Pilot Çalışma	42
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriteri.....	42
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriteri.....	42
3.5. ARAŞTIRMA SORULARI.....	43
3.6. VERİ LAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI.....	43
3.6.1. Demografik Özellikler.....	43
3.6.2. Olay Bildirim Farkındalığı ve Kullanım Bilgisi.....	44
3.6.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ).....	44
3.6.4. Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ).....	45

3.6.5. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ)	46
3.7. VERİLERİN ANALİZİ	46
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	47
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	47
4. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	48
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
6. KAYNAKLAR.....	98
7. EKLER.....	114
7.1. EK:1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU.....	114
7.2. EK:2 OLAY BİLDİRİM FARKINDALIĞI VE KULLANIMI BİLGİSİ FORMU.....	115
7.3. EK:3 OLAY BİLDİRİM TUTUM ÖLÇEĞİ (OBTÖ).....	116
7.4. EK:4 GÜVENLİK TUTUM ÖLÇEĞİ (GTÖ).....	117
7.5. EK:5 OLAY BİLDİRİM ENGEL ÖLÇEĞİ(OBEÖ).....	118
7.6. EK:6 BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU.....	119
7.7. EK:7 BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ.....	120
7.8. EK:8 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	121
7.9. EK:9 ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ.....	122

ÖZGEÇMİŞ

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1.İsveç Peynir Modeli.....20



TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1. İstenmeyen olay ana/kök nedenleri.....	9
Tablo 2.2. Hasta güvenliği olayı tanımlanan olay nedenleri.....	10
Tablo 2.3. Hata sınıflaması.....	12
Tablo 2.4. NCC MERP-İlaç hataları sınıflandırması.....	13
Tablo 2.5. Olay türü sınıflandırması.....	14
Tablo 2.6. Kritik başarı faktörleri.....	19
Tablo 2.7. AB üye devletlerinde kullanılan bildirim sistemleri.....	33
Tablo 2.8. Üye devletlerin olayları bildirim yetkisi ve bildirim gereksinimleri.....	34
Tablo 3.1. Olay bildirim tutum ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.....	45
Tablo 3.2. Güvenlik tutum ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.....	45
Tablo 3.3. Olay bildirim engelleri ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.....	46
Tablo 4.1. Demografik özelliklerin incelenmesi	48
Tablo 4.2. Olay bildirim farkındalığı ve kullanım bilgisine ilişkin dağılımlar.....	49
Tablo 4.3. Olay bildirim tutum ölçeğine ilişkin bulgular.....	52
Tablo 4.4. Güvenlik tutum ölçeğine ilişkin bulgular.....	55
Tablo 4.5. Olay bildirim engelleri ölçeğine ilişkin bulgular.....	58
Tablo 4.6. Olay bildirim engel ölçeği açık uçlu sorulara ilişkin bulgular.....	59
Tablo 4.7. Ölçekler arasındaki ilişkisinin incelenmesi.....	62
Tablo 4.8. Olay bildirim tutum ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	65
Tablo 4.9. Olay bildirim tutum ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	68
Tablo 4.10. Güvenlik tutum ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	71
Tablo 4.11. Güvenlik tutum ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	75
Tablo 4.12. Olay bildirim engelleri ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	78
Tablo 4.13. Olay bildirim engelleri ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	80
Tablo 4.14. Olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	83
Tablo 4.15. Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık ya da dahil olma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	85

Tablo 4.16. Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	86
Tablo 4.17. Hastanede olay bildirim sistemi varlığı ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	87
Tablo 4.18. Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.....	89
Tablo 4.19. Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	90
Tablo 4.20. Olay bildirimini ile ilgili eğitim alma durumu ile hastanede olay bildirim sistemi varlığı ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	91
Tablo 4.21. Hastanede olay bildirim sistemi varlığı ile olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	92



KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devleti
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)
FDA	ABD Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Administration)
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
GTÖ	Güvenlik Tutum Ölçeği
HGBS	Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi
JCAHO	Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)
JCI	Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commission International)
NAM	Tıp Enstitüsü-ABD Ulusal Tıp Akademisi (National Academy of Medicine)
NCCMERP	Birleşik Devletler İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention)
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service)
NRLS	Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (National Reporting and Learning System)
OB	Olay Bildirimi
OBEÖ	Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği
OBS	Olay Bildirim Sistemi
OBTÖ	Olay Bildirimi Tutum Ölçeği
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development)
SB	Sağlık Bakanlığı

ÖZET

HEMŞİRELERİN OLAY BİLDİRİM SİSTEMLERİNİ KULLANIMININ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Zeycan ARAT

Düzce Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

Temuz 2023, 122 sayfa

Araştırma, hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bir kamu hastanesinde çalışan 348 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri, Nisan 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında, araştırmaya katılmayı kabul eden 264 hemşire ile “Demografik Bilgi Formu”, “Olay Bildirim Farkındalık ve Kullanım Bilgi Formu”, “Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ)”, “Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ)”, “Olay Bildirim Engelleri Ölçeği (OBEÖ)” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon katsayısı, bağımsız t testleri, tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, hemşirelerin %44,7'nin herhangi bir olay bildirim eğitimi almadığı, %39'unun meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dâhil olduğu bununla birlikte sadece %37,9'nun hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunduğu, hemşirelerin %81,8'nin olay bildirim sistemi farkındalığı ve %55,3'ünün olay bildirim kullanım bilgisi olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin OBTÖ puan ortalaması 2,24±0,34 olarak bulunmuş ve olay bildirimine ilişkin tutumlarının kısmen olumsuz olduğu, GTÖ puan ortalaması 3,44±0,50 olarak bulunmuş ve güvenlik tutumlarının olumlu olduğu, OBEÖ puan ortalaması 2,70±0,72 olarak bulunmuş ve olay bildirim engel algıları kısmen yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin olay bildirme durumları ile olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları, olay bildirim engelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmuştur (p<0,05). Araştırma sonucunda hemşirelerin istenmeyen olaylar karşılaşma durumlarının yarıdan az olduğu fakat karşılaşmaların bildirim oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin olay bildirim eğitimi almaları, olay bildirim sistemi farkındalıkları ve kullanım bilgileri, olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engellerinin hasta güvenliğine yönelik istenmeyen olayları bildirme durumları üzerinde etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin bildirim sistemi kullanımını etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulması, olay bildirim sonrasında yapılan iyileştirme faaliyetlerinde hemşirelerin sürece dâhil edilmesi ve geri bildirim yapılması, hemşirelerin olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engellerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hasta güvenliği, İstenmeyen olay, Olay bildirim engelleri, Olay bildirim sistemi, Olay bildirim tutum

ABSTRACT

INVESTIGATION OF NURSES' USE OF EVENT REPORTING SYSTEMS AND AFFECTING FACTORS

Zeycan ARAT

Düzce University

Graduate School, Department of Nursing

Master Thesis

Supervisor: Doç. Dr. Ayşe Demiray

July 2023, 122 pages

The research was conducted as a descriptive study in order to examine the nurses' use of event reporting systems and the factors affecting them. The population of the study consisted of 348 nurses working in a public hospital. The research data were collected between April 2022 and June 2022, with 264 nurses who agreed to participate in the study, "Demographic Information Form", "Incident Reporting Awareness and Usage Information Form", "Reporting of Clinical Adverse Events Scale (RoCAES)", "Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)" was collected by face-to-face interview technique using the "Incident Reporting Barriers Scale". Descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, independent t tests, one-way analysis of variance (One-Way ANOVA) were used in the data analysis of the research. According to the results of the analysis, 44.7% of the nurses did not receive any incident reporting training, 39% of them witnessed or participated in an event related to patient safety that should be reported in the profession, however, only 37.9% reported an incident regarding patient safety. It was determined that 81.8% of the nurses had incident reporting system awareness and 55.3% had incident reporting usage knowledge. The RoCAES score of the nurses included in the study the mean was found to be 2.24 ± 0.34 and their attitudes towards incident reporting were partially negative, the mean score of SAQ was found to be 3.44 ± 0.50 and their safety attitudes were positive, the mean score of Incident Reporting Barriers Scale was found to be 2.70 ± 0.72 and incident reporting obstacle perceptions were determined to be partially high. A statistically significant difference was found between the nurses' event reporting status and incident reporting attitudes, safety attitudes, and incident reporting barriers ($p < 0.05$). As a result of the research, it was determined that the rate of encountering undesirable events was less than half of the nurses, but the reporting rate of those who encountered it was low. It has been determined that nurses receiving incident reporting training, incident reporting system awareness and usage information, incident reporting attitudes, safety attitudes and incident reporting barriers have an effect on reporting undesirable events for patient safety. It can be recommended to include nurses in the improvement activities or to provide feedback, and to evaluate the incident reporting attitudes, safety attitudes and incident reporting barriers of nurses at regular intervals.

Keywords: Patient safety, Adverse event, Incident reporting barriers, Incident reporting system, Incident reporting attitude

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri gelişme sağladıkça ve hastalar haklarını öğrendikçe, sağlık hizmeti sunumunda kalite unsuru ve çeşitlilik giderek ön plana çıkmaktadır. Bu öne çıkan unsurlardan en önemlilerinden biriside hasta güvenliğidir [1]. Hasta güvenliği, sağlık bakım sisteminde gelişen karmaşıklık ve bunun neticesinde sağlık kurumlarında hasta zararının artması ile ortaya çıkan bir sağlık hizmeti disiplini. Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların karşılaşılabileceği riskleri, zararları veya istenmeyen olayları önlemeyi ve azaltmayı amaçlamaktadır. Disiplinin temel taşlarından biri, hatalardan ve istenmeyen olaylardan öğrenmeye dayalı sürekli iyileştirmedir [2]. Bu açıdan dünya çapında bütün politika yapıcıları ve karar vericiler için, hasta güvenliğini geliştirmek öncelikli konu olmayı sürdürmektedir [3]. Hastaların tedavisinde sağlık profesyonellerine öğretilen temel ilke önce zarar vermemektir fakat sağlık hizmetlerinin karmaşık bir durum alması, sağlık teknolojilerinin hızla gelişmesi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının artması hasta güvenliği sorunlarına ve istenmeyen olayların meydana gelmesine neden olabilmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sağlık hizmeti süreçlerinin her aşamasında istenmeyen olayların önlenmesi temeldir [2], [3].

Sağlık kurumlarında istenmeyen olayların önlenebilir olduğuna dair inancın her geçen gün artmasıyla hasta güvenliği uygulamalarına yönelik hataları düzeltici ve önleyici faaliyetler hızla devam etmektedir [4]. Hasta güvenliğini riske eden gerçek ve potansiyel olayların bildirim, kaydedilmesi ve gruplandırarak istatistiksel verilere çevrilmesini sağlayacak bir bildirim sisteminin oluşturulması, hasta güvenliğinin sağlanmasında en önemli yollardan biridir. Bildirim sistemi, raporlayan ve verileri bir araya getiren teknik bir sistem olmasının yanı sıra hasta güvenliği kültürünün oluşturulması açısından çok kritik bir işleve sahiptir [5].

Yapılan çalışmalara göre her yıl milyonlarca hasta, bakımın güvenli olmamasına bağlı istenmeyen olayların meydana gelmesiyle yaralanmakta veya ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO), hastaneler tarafından sağlanan güvenli olmayan tıbbi ortamlar nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl yaklaşık 134 milyon yan etki ve 2,6 milyon ilişkili ölümün meydana geldiğini bildirmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde her

10 hastadan birinin hastanede sağlık bakımı alıdıkları sırada, zarar gördüğü tahmin edilmektedir [2]. British Medical Journal'da Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl 250 binden fazla hastanın önlenebilir istenmeyen olaylar nedeniyle yaşamını kaybettiğini belirterek, tüm dünyanın ilgisini hastanelerdeki önlenebilir istenmeyen olaylara çekmiştir [6]. Kanada'da yapılan bir çalışmada, her 18 yatıştan bir hastanın zarar gördüğü tespit edilmiştir. Her yıl, İngiltere'de 40 bin, Kanada'da 5 bin-10 bin arasında kişi olumsuz olaylar sonucunda yaşamını yitirmektedir. Her yıl Almanya'da 100 bin olumsuz olayın meydana geldiği ve bu olaylar sonrasında 25 bin kişinin öldüğü tespit edilmiştir [7]. Ülkemizde yatan hastaların istatistik verilerine göre özel ve kamu hastanelerinde toplam 13.8 milyon hastanın yatarak tedavi edildiği, bu veriye istinaden tıbbi hata oranının ortalama %3,3 baz alındığında 455 bin hastanın tıbbi hata ile maruziyet yaşadığı, bu hastaların tıbbi hata oranının ortalama %10,1 baz alındığında ise yaklaşık 46 bin hastanın da tıbbi hata kaynaklı sebeplerden dolayı hayatlarını kaybettiklerini ön görülmüştür [8], [9].

Sağlık bakımıyla ilgili birçok tıbbi uygulamaya bağlı riskler, hasta güvenliği için büyük zorluklar çıkarmakta ve güvenli olmayan bakımdan kaynaklanan ek maliyet yükünün artmasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır [2]. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ülkeleri arasında birinci seviye sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi kapsamında hasta güvenliği problemleri nedeniyle yansıyan total maliyetin, tüm sağlık harcamalarının hemen hemen %2,5'ini oluşturduğu öngörülmektedir. Hastanede her yıl yatışla sonuçlanan hasta güvenliği ihlallerinin, hastanede yatma günlerinin %6'sından ve 7 milyondan fazla kabulden sorumlu olduğu raporlanmıştır [10]. OECD ülkelerinde, bütün hastane faaliyeti ve harcamalarının %15'i istenmeyen olayların doğrudan bir sonucudur. Hasta zararını indirmeye yönelik yatırımlar, önemli finansal tasarruflara ve daha iyi hasta güvenliği sonuçlarını oluşturmaktadır [2]. Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı için hazırlanan bir rapor da hastane başvurularının %10'unun bir advers olayla ilişkili olduğu ve yılda 850 binden fazla olayla, doğrudan sağlık bakımı maliyetlerinde 2 milyar sterlinden fazla maliyet oluşturduğunu belirlenmiştir [11]. Avustralya'da yapılan bir çalışmada istenmeyen olayların önlenebilir maliyetinin, yılda 2 milyar dolar kadar veya her yıl sağlık hizmetlerine harcanan 40 milyar doların %5'i kadar olduğu raporlanmıştır. Ek olarak, yasal harcamalardan ve tıbbi hata tazminatından kaynaklanan maliyetlerin yılda toplam 400 milyon dolar olduğu bu durumda sağlık bütçesini %1'i oranında

arttırdığı tespit edilmiştir [12].

Hasta güvenliği, istenmeyen olayların yaygınlığı ve dünyadaki varlığı sebebiyle sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkında uluslararası tartışmalar günden güne artmıştır. İstenmeyen olayların önlenmesine yönelik çözüm yolları için çalışmalar yapılmış ve olay bildirim sistemleri (OBS) geliştirilmiştir [2], [8].

DSÖ ve ABD Ulusal Tıp Akademisi (National Academy of Medicine, NAM) daha önceki adı Amerika Tıp Enstitüsü (Insitute Of Medicine) gibi uluslararası kuruluşların yaptıkları çalışmalara benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da istenmeyen olay bildiriminin gerekli olması ve faydaları vurgulanmış olsa da, yine birçok çalışmada sağlık çalışanlarının farklı engel alguları sebebiyle olay bildirimi (OB)'nde isteksiz davrandıklarını saptamıştır. [13]-[16]. DSÖ, cezalandırılma korkusu ve hasta güvenliği kültürünün zayıflığının, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen istenmeyen olayların önlenmesini ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin engellediği dile getirilmiş aynı zamanda OB'nin yanında diğer klinik verilerin toplanması, gizlenmesi, kategorize edilmesi, analiz edilmesi ve değerlendirilmesinde evrensel olarak uygulanabilir ve ortak standartların azlığının, etkin OB ve öğrenmenin önünde önemli engeller oluşturduğunu belirtmektedir [14], [17].

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımının ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir

Sağlık kurumlarında OBS kullanımının ve farkındalığını arttırmasına aynı zamanda hastanelerdeki hemşirelerin olay bildirimlerini etkileyen faktörlerinin incelenmesi kurumlarda hasta güvenliği kültürü oluşturulması ve sağlık hizmetleri sunumuna yönelik politikaların üretilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca tezin yürütüldüğü hastanedeki hemşirelerin olay bildirim sistemi kullanımının ve etkileyen faktörleri belirlemek literatüre yeni bir kaynak oluşturacaktır. Geliştirilen politikalar sayesinde olay bildirim farkındalığının yükselmesine ve etkileyen faktörlerin olumlu yöne eğilim göstermesiyle bildirim yapılan istenmeyen olay sayısının artırılarak gerekli tedbirlerin alınması, istenmeyen olayların önlenmesi, iyileştirici faaliyetlerde bulunulması hasta güvenliği ile ilgili iyileştirme yapılmasına ve sağlık hizmet verimliliğinin yükselmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İSTENMEYEN OLAY

2.1.1. İstenmeyen Olay Tanımı

Son yıllarda hasta güvenliği sıklıkla gündeme gelmekte ve tartışılmakla beraber eski dönemlerden beri önemsenen ve var olan bir konudur. Milattan önce 1760'larda Babil Kralı Hammurabi tarafından oluşturulan Hammurabi Kanunları'nda rastlanan olumsuz olaylarda verilecek cezalara değinildiği, daha sonra eski Roma ve Mısır'da da ele alındığı görülmüştür [18]. İngiliz kanunlarında 14. yüzyılın başlangıcında tıbbi uygulama hatasına yönelik kayıtların bulunduğu, 1883'ler de ilk bilinen tıbbi ihmal tanımlamasının yapıldığı görülmektedir. Ancak günümüzdeki haliyle istenmeyen olayların gündeme gelmesi oldukça uzun bir süre almış ve 1970'li yılların sonuna doğru, başta ABD'de olmak üzere Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde gündeme gelmiştir [19].

Sağlık bakım hizmetleri ve hasta güvenliği kapsamında oluşan istenmeyen olaylar ile ilgili farklı birçok tanım yapıldığı görülmektedir.

İstenmeyen olay (olumsuz olay, adverse event) DSÖ'ne göre "Altta yatan hastalıktan daha çok tıbbi tedavi veya komplikasyonun neden olduğu ve tıbbi bakımdan taburcu edildiğinde hastanede uzun süre yatışa, sakatlığa veya her ikisine birden neden olan bir yaralanma" olarak tanımlanmaktadır [20]. ABD'de Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (The Department of Health and Human Services), istenmeyen olayı "Hastanın bakımında yatış süresini uzatan, hastanın kalıcı olarak zarar görmesine neden olan, hayat kurtarıcı müdahaleyi gerektiren veya ölmesine katkıda bulunan, istenmeyen bir klinik sonuca (altta yatan bir hastalıktan kaynaklanmayan) yol açtığı bir olay" olarak belirtmektedir [21].

Sağlık Bakanlığı (SB) istenmeyen olayları "Çalışanlar, hasta, refakatçi veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki diğer kişilerin güvenliğini olumsuz yönde etkileyen veya etkili olabilcek olaylardır" şeklinde tanımlanmaktadır [22].

Brennan ve Leape (1993) istenmeyen olayı, “Bir hastalığın komplikasyon durumlarının aksine, hastaya verilen sağlık hizmetleri sürecinde oluşan tıbbi yönetimin neden olduğu, sakatlığa yol açan veya hastanede yatma süresini uzatan bir sakatlanma” olarak tanımlamaktadır [23]. Bu tanımda kullanılan tıbbi yönetim kavramı, tedavi, teşhis ve sağlık bakımında yaralanılan ekipman veya sistemlerin tümünü içermektedir. İstenmeyen bir olay kavramı sadece hastaya tedavi ve teşhis için kullanılan prosedür sebebiyle meydana geldiğinin anlaşılmasında, hastanın sağlık kurumuna gitmesi ile başlayan ve kurumdan ayrılmasına kadar devam eden bütün bir sürecin dikkat edilmesi gerekmektedir [13], [23].

Ulusal İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Administration, FDA)’sine göre, “Hastada uygulanan medikal bir ürün ile ilgili olarak meydana gelen istenmeyen olay”, olarak tanımlanmaktadır [24]. Farmakovijilans Derneği tarafından istenmeyen olay, “Bir tıbbi ürünün uygulanmasını takiben meydana gelen istenmeyen bir durumdur. İstenmeyen durumun, tedavi ile nedensel bir ilişkisinin bulunması şart değildir”. İstenmeyen etki, derneğin tanımına göre, “Bir beşerî tıbbi ürünün hastalık durumundan korunma, bir hastalığın teşhisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi veya tedavisi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacı ile kabul görünen normal dozlarda kullanımında meydana gelen amaçlanmamış ve zararlı bir etki” tanımlanmaktadır [25].

Rodziwicz ve ark. (2023) olumsuz olayı, çoğunlukla hastanın alta yatan tıbbi durumundan ziyade tıbbi veya cerrahi tedavideki bir hatadan kaynaklanan bir yaralanma türü olarak ifade etmiştir. Olumsuz olaylar, sistem veya bireysel düzeyde kabul edilen uygulamaya uyulmadığında önlenemez.

- Olumsuz sonuçların tümü bir hatanın sonucu değildir; bu nedenle, yalnızca önlenemez olumsuz olaylar tıbbi hataya atfedilir.
- Olumsuz olaylar, tıbbi veya cerrahi hasta yönetiminden kaynaklanan istenmeyen yaralanma, uzun süreli hastanede yatış veya fiziksel sakatlığı içerebilir.
- Olumsuz olaylar, uzun süreli hastanede yatıştan veya sağlık sisteminin doğasında var olan faktörlerden kaynaklanan komplikasyonları da içerebilir [26].

Literatürde, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayları anlatabilmek için birçok terim kullanılmaktadır. İlgili kavramlar içinde tıbbi hata, hata, olay, beklenmedik olay, ramak kala olay, hasta güvenliği olayı, vb. gibi kavramların bulunduğu ve istenmeyen olay yerine kullanıldığı görülmektedir [27]. Bu nedenle DSÖ ve SB’nın

çerçevesinde kapsayıcı bir tanımlama olduğundan araştırma içerisinde genellikle “İstenmeyen olay” terimi kullanılması tercih edilmiştir.

İstenmeyen olayları ifade edebilmek için literatür de sıklıkla kullanılan kavramlara ilişkin tanımlamalar kısaca aşağıda açıklanmıştır.

Tıbbi hata (medical error): NAM, tıbbi hatayı “Planlanan bir eylemin istendiği gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması” olarak tanımlamaktadır [11]. Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) tıbbi hata kavramını “Sağlık hizmeti veren bir profesyenelin uygunsuz ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranışı nedeniyle hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır [28].

- Amaçlanan eylem planının tamamlanamaması veya bir amaca varmak için yanlış planın uygulanması,
- İstenmeyen bir eylem veya amaçlanan sonuca ulaşamayan bir eylem.
- Bakım sürecinden zararlı sonuçlanabilecek veya sonuçlanmayacak sapmalar,
- Bir prosedürü oluştururken veya yürütürken, istenmeyen bir sonuca neden olabilecek veya bulunmuş olan ihmal veya komisyon eylemi olarak sıralanabilir [28].

Hata (error): Planlanan bir eylemin istendiği gibi gerçekleştirilememesi veya yanlış bir planın yapılması hata olarak tanımlanmaktadır. Hatalar, yanlış bir durum yaparak ya da planlama ve yürütme seviyede doğru durumu ihmal ederek ortaya çıkabilmektedir.

Olay (event): Bir hastanın başına gelen kişinin yaralanmasına neden olan veya zarar verme riski taşıyan durumdur [13].

Olumsuz tepki (adverse reaction): Olayın meydana geldiği içerik için doğru sürecin izlendiği fakat gerekçeli bir eylemden kaynaklanan beklenmeyen zarar olarak ifade edilmektedir [27].

Ramak kala (near-miss, close –call): İstenmeyen bir etkiye sebep olma potansiyeline sahip, ancak şans eseri veya başarısız bulunduğu için hastaya herhangi bir zarar oluşturmamış olması olarak da tanımlanan ramak kala olay, sağlık hizmeti sunumu sırasında oluşan bir sapma nedeniyle, sağlık kurumuna ya da hastaya istenmeyen zararlar oluşturabilecek bir eylemin, planlı veya plansız bir şekilde engellenmesi olarakta tanımlanmaktadır [13], [27].

İhmal (negligence): Benzer koşullarda sözü edilen bir hastaya bakım veren ortalama, nitelikli bir sağlık personelinin makul olarak istenen bakım standardını karşılayamamasıdır [26].

Neredeyse hata (almost error): Hastaya zarar oluşturma potansiyeline sahip bir olayın veya prosedürün, herhangi bir şekilde başarılı olmaması ya da uygulanamamasıyla hastaya herhangi bir zarar verilmemiş olması şeklinde ifade edilmektedir [13].

Hasta güvenliği olayı (patient safety incident): Bir hastaya zarar veren veya verecek bir olay veya durum başka bir şekilde tehlikeli sağlık koşulları ve/veya hastaya istenmeyen zararlar sonuçlanan herhangi bir süreç, ihmal eylemi veya komisyon olarak ifade edilmektedir. Bir olay rapor edilebilir bir durum, ramak kala, hasarsız olay veya zararlı olay olabilmektedir [13]

Tıbbi yanlış (medical mistake): Herhangi bir olumsuz sonuç olup olmadığından bağımsız olarak mevzunun uzmanı olan kişiye göre yanlış görülen, hasta için olumsuz sonuçlanma olasılığı bulunan eylem veya ihmaller olarak tanımlanmaktadır [27]

Malpraktis (malpractice): Sağlık personelinin ihmalkâr bir davranışı, deneyimsizlik, bilgisizlik ya da ilgisizlik sebebiyle bir hastanın zarar görmesidir.

Tehlikeli durum (hazardous condition): JCAHO'göre “Ciddi bir olumsuz sonuç olasılığını önemli ölçüde artıran herhangi bir dizi durumlar” (hastanın tedavi edilmekte olduğu hastalık veya durumu hariç) olarak tanımlamaktadır. [13], [27].

Beklenmeyen olay, vahim olay (sentinel event): Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission International, JCI) “Ciddi fiziki, psikolojik travma veya ölümlle sonuçlanan olay” şeklinde tanımlanmaktadır. Harvard Tıbbi Uygulama Araştırması tarafından beklenmedik olay “Hastalık sürecinde bulunmayan, tıbbi yönetim tarafından hazırlanmış veya hospitalizasyon zamanını uzatan ya da süresinin bitiminde bir sakatlığa sebep olan ya da her ikisine birden neden olan yaralanmalar” şeklinde tanımlanmaktadır [28].

2.1.2. İstenmeyen Olayların Nedenleri

Günümüze kadar istenmeyen olay nedenlerine yönelik çeşitli birçok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda istenmeyen olay nedenlerinin farklı boyutlarla ele alındığı görülmektedir.

Reason (2000), insan hatalarından meydana gelen sorunları, sistem yaklaşım ve bireysel yaklaşımı olarak iki şekilde incelemektedir. Her birinin kendi hata nedensellik modeli olduğunu ve her modelin oldukça farklı hata yönetimi felsefelerine yol açtığını, aynı zamanda bu farklılıkları anlamının klinik uygulamada her zaman mevcut olan aksilik riskiyle başa çıkmak için önemli pratik çıkarımlara sahip olduğunu belirttiği görülmektedir. Bireysel yaklaşımda, uzun süredir devam eden ve yaygınlaşmış kişilerin güvenli olmayan davranışlarına (hatalar ve usul ihlalleri) odaklanır; hemşireler, doktorlar, eczacılar ve diğer sağlık çalışanlarının zayıf motivasyon, unutkanlık, ihmal ve aldırma gibi sapkın zihinsel süreçlerden kaynaklandığını düşünür. Sistem yaklaşımında temel öncü en iyi organizasyonlarda bile hataların beklenebileceği ve insanların yanılabilirdir. Çalışma ortamlarına odaklanılarak, hataların engellenmesi ya da hatanın sonuçlarını azaltması için süreç ve sistem düzeyinde bariyerler oluşturulması vurgulanmaktadır. Bu nedenle hataların, kişisel hatalar olarak kabullenilerek kişilerin cezalandırılması yerine, sistemin iyileştirilmesi daha doğru bir ele alış olarak kabul edilmektedir [29].

Amerika'daki Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) istenmeyen olayları ihmal ve dikkatli olmama, fazla çalışma, yeterli sayıda personelin bulunmaması, iletişim yetersizliği ve eksikliği, stres, yeterli eğitim olmaması, insan hatası (tükenmişlik, yorgunluk, isteksizlik vs), reçete ve tanı hataları gibi temel nedenlerden kaynaklandığını belirtmektedir [30].

Genel olarak bakıldığında çalışmalarda, istenmeyen olay kurumsal faktörler, insan faktörü, teknik faktörler olarak, üç ana sebepten gerçekleşmektedir. Üç ana neden Tablo 2.1.'de gösterilmiştir [31].

Tablo 2.1. İstenmeyen olay ana/kök nedenleri.

İnsan Faktörü	<ul style="list-style-type: none">• Yetersiz eğitim• İletişim yetersizliği• Güç/kontrol• Zamansızlık• Yanlış karar• Mantık hatası• Tartışmacı kişilik
Kurumsal faktörler	<ul style="list-style-type: none">• İş yeri yapısı• Politikalar• İdari/finansal yapı• Liderlik• Geri dönüş• Konularda yetersizlik• Personelin yanlış dağıtımı
Teknik faktörler	<ul style="list-style-type: none">• Yetersiz cihazlar• Eksik cihazlar• Karar verme destek eksikliği• Entegrasyon eksikliği

Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality) istenmeyen olayların sekiz yaygın kök nedeni olduğunu ifade etmektedir.

- **İletişim problemi:** İletişim kesintileri, istenmeyen olayların en yaygın nedenleridir. Tıbbi uygulamalarda bu sorunlar ister sözlü ister yazılı olsun sağlık sisteminde; doktor, hemşire, sağlık ekibi üyesi veya hasta arasında ortaya çıkabilir.
- **Yetersiz bilgi akışı:** Bilgi akışı, herhangi bir sağlık hizmeti ortamında, özellikle farklı hizmet alanlarında kritik öneme sahiptir. Yetersiz bilgi akışı, hasta başka bir yere nakledildiğinde veya bir kuruluştan diğerine taburcu edildiğinde gerekli bilgilerin hastayı takip etmemesi durumunda gerçekleşebilmektedir. Yetersiz bilgi akışı; reçete oluşturmada önemli bilgilerin eksikliği, test sonuçlarının uygun şekilde iletilmemesi, bakımın devri için ilaç siparişlerinin zayıf koordinasyonu gibi sorunlara neden olabilmektedir.
- **İnsan sorunları:** Bakım standartları, politikalar, süreçler veya prosedürler düzgün veya verimli bir şekilde takip edilmediğinde ortaya çıkabilmektedir
- **Hastayla ilgili sorunlar:** Bu sorunlar uygunsuz hasta tanımlama, yetersiz hasta değerlendirmesi, onay almama ve yetersiz hasta eğitimini içermektedir.
- **Organizasyonel bilgi transferi:** Bu sorunlar, eğitimdeki eksiklikleri ve bakım verenler için tutarsız veya yetersiz eğitimi içermektedir. Bilgi aktarımı, özellikle yeni çalışanların veya geçici yardımın kullanıldığı çoğu alanda kritik öneme sahiptir.

- **Kadro modelleri/iş akışı:** Yetersiz personel, sağlık çalışanlarını hata yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu durumlara sokabilmektedir.
- **Teknik arızalar:** Tıbbi cihazlar, implantlar, greftler veya ekipman parçalarındaki komplikasyonları veya arızaları içermektedir.
- **Yetersiz politikalar/prosedürler:** Çoğu zaman, bakım sürecindeki başarısızlıkların izi, zayıf dokümantasyona ve var olmayan/yetersiz prosedürlere kadar izlenebilir [32].

İngiltere ve Galler'deki genel uygulamalarında 13.699 hasta güvenliği olaylarının rapor analizi sonucunda beş üst düzey olay tipi kategorisi raporlarda açıklanan güvenlik olaylarının çoğunu özetlemektedir. Beş düzey aşağıdaki Tablo 2.2.'de belirtilmiştir [33].

Tablo 2.2. Hasta güvenliği olayı tanımlanan olay nedenleri.

Hasta güvenliği olayları	Olay nedenleri
Hastalar ile iletişim	<ul style="list-style-type: none"> • Yanlış iletişim, örn. yetersiz güvenlik ağı önerisi • Klinik erişiminde yaşanan zorluklar, örn. telefon triajı, mesaj yönetimi, randevular • Ebeveyn tarafından tutulan kayıtlar mevcut bulunmaması
Profesyoneller arası iletişim	<ul style="list-style-type: none"> • Mevcut olmayan veya hatalı tıbbi kayıtlar, örn. önceki uygulamadan notlar • Gecikmeli yönlendirmeler, örn. yanlışlıkla tamamlanmış sevk veya sevk kararında gecikme • Bakım sağlayıcılar arasında bilgi aktarımı, örn. gecikmiş taburcu özeti veya klinik mektubu
Teşhis ve değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Gözden kaçan veya geciken teşhis • Bakımın gecikmeli değerlendirmesi • Ciddi ruh sağlığı sorunları olan hastaların geç değerlendirilmesi • Kötüleşme riski taşıyan hastaların belirlenmemesi
İlaç ve aşı	<ul style="list-style-type: none"> • İlaçların ve aşıların reçetelenmesi, dağıtılması ve uygulanması sırasındaki hatalar • Tedavi edici ilaç izleme süreçleriyle ilgili komplikasyonlar
Araştırmalar	<ul style="list-style-type: none"> • Ayırıcı tanıya bilgi sağlamak için uygunsuz araştırmaların yapılmasını istemek • Numunelerin yanlış toplanması veya transferi • Gecikmelere, yanlış sonuçlara veya sonuçların alınamamasına yol açan yönetsel hatalar • Yanlış yorumlanmış sonuçlar, örn. kan testleri, görüntüleme, diğer incelemeler
Tedavi ve ekipman	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedürlerin komplikasyonları • Bakım ekipmanının arızalanması ve mevcut olmaması, örn. basınçlı yataklar, oksijen, yürüme yardımcıları

Ülkemizde ise istenmeyen olayların nedenlerine bakıldığında eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık çalışanlarının sayıca az olması, vardiyalı çalışma sistemi, aşırı çalışma saatleri, yorgunluk, stres, meslekten memnuniyetsizlik,

hasta sayısının fazla olması, cihazların yetersiz olması ve bakımlarının yapılmaması, fiziki alanlardan kaynaklanan sorunlar, sağlık hizmetlerine verilen kaynakların yeterli olmaması ve bilgi teknolojilerinden yeteri kadar yararlanılamaması gibi birçok faktörün istenmeyen olaylara neden olduğu anlaşılmaktadır [34].

2.1.3. İstenmeyen Olay Sınıflaması

Sağlık hizmetinde meydana gelen istenmeyen olay durumlarının, risklerin ve nedenlerin sınıflandırılması, hataların nasıl oluştuğu ve gerekli tedbirlerin nasıl alınması konusunda katkı sağlayacak hususların başında gelmektedir [35]. Sağlık hizmeti sunucuları arasında ortak bir sınıflandırma sistemi verileri karşılaştırmayı kolaylaştırmak için kullanılmalıdır. İstenmeyen olaylarla ilgili literatürde çeşitli sınıflandırmalar bulunmaktadır.

Hasta güvenliğinde risk oluşturan olayları sınıflandırmak ve uluslararası sistemli bir yaklaşım geliştirmek için DSÖ “Uluslararası Hasta Güvenliği Olay Taksonomisi” geliştirmiştir. Olay sınıflandırılmasında;

- Hata türleri
- Hastayı etkileyen sonuç,
- Hatanın nedeni,
- Sağlık meslek üyeleri,
- Etkileyen faktör,
- Sağlık hizmeti sürecinin aşamaları,
- Sağlık hizmetinin işleyiş süreçlerine göre çeşitli hata sınıflama yöntemleri bulunmaktadır [36].

Reason (2000) hataları, kurala dayalı hatalar ve bilgiye dayalı hatalar olarak iki kategori altında incelemektedir. Hatalar (bilgi işleme sorunları) ve ihlalleri (isteklendirme sorunları); gizli ve aktif hatalar olmak üzere sınıflandırmaktadır. Aktif hatalar, hastayla doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanları tarafından gerçekleşen ve sonuçları anında fark edilen hatalar; gizli hatalar, sağlık çalışanlarının denetimi dışında oluşan organizasyonel ve yönetsel alanlarda yetersizlik gibi sorunları içeren hatalar olarak tanımlanmakta olup olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasının uzun zaman alabileceğini belirtmektedir. Sağlık kurumlarında meydana gelen hataların Leape ve ark. dört başlık altında belirlemiş, Tablo 2.3.’de gösterilmiştir. Bu sınıflandırma NAM tarafından kabul görerek kullanılmaya başlanmıştır [11], [23].

Tablo 2.3. Hata sınıflaması.

Tanı	<ul style="list-style-type: none">• Teşhiste hata veya gecikme• Belirtilen testlerin kullanılmaması• Güncel olmayan testlerin veya tedavinin kullanılması• İzleme veya test sonuçlarına göre hareket etmeme
Tedavi	<ul style="list-style-type: none">• Bir operasyonun, prosedürün veya testin gerçekleştirilmesinde hata• Tedavinin uygulanma sürecinde hata• Bir ilacın miktarında veya kullanım yönteminde hata• Normal olmayan bir teste cevap vermede veya tedavide kaçınılmaz gecikme• Uygun bulunmayan (endikasyonu olmayan) bakım
Önleyici	<ul style="list-style-type: none">• Profilaktik tedavi sağlanamaması• Tedavi takibi ve izleme Yetersizliği
Diğer	<ul style="list-style-type: none">• İletişim hatası• Ekipman arızası• Diğer sistem hatası

Hatalar diğer araştırmalarda kök neden ya da hata türü bakımından iki farklı şekilde sınıflandırılmıştır.

Kök nedene bağlı hatalar;

- İşleme bağlı hatalar,
- İhmale bağlı hatalar,
- Uygulamaya bağlı hatalarıdır.

Hata türü açısından yapılan hatalar;

- Cerrahi hatalar,
- İlaç hataları,
- Tanı koymada yapılan hatalar,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar,
- Diğer hatalar (kan transfüzyonu, düşmeler vb.)'dır [37].

Birleşik Devletler İlaç Hata Raporlama ve Önleme Ulusal Koordinasyon Konseyi (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP) 1996 yılında ilaç uygulamada olumsuz olaylar hastanın zarar görme durumuna ve boyutuna göre kategorize ettiği görülmektedir. 2022 yılında NCC – MERP hata sonucunun ciddiyetine göre sınıflandıran İlaç hata indeksini revize etmiştir. Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi (The National Reporting and Learning System, NRLS) hata derecesini beş kategoride; zarar yok, düşük zarar, orta derecede zarar, ciddi zarar, ölüm şeklinde sınıflandırmıştır [38], [39]. NCC MERP'tin ilaç hata sınıflandırılması Tablo 2.4.'te gösterilmiştir [34].

Tablo 2.4. NCC MERP-İlaç hataları sınıflandırması.

Hata derecesi	Kategori	Tanım
Hata yok	Kategori A	Hataya sebep olabilecek kapasiteye sahip olaylar veya durumlardır.
Hata var, Zarar yok	Kategori B	Bir hata oluştu fakat hata hastaya ulaşmamamasıdır.
	Kategori C	Hastaya ulaşan fakat hastaya zarar vermeyen bir hata oluşmasıdır.
	Kategori D	Hatanın fark edilmesi ve doğrulanması, sonrasında hastanın izlenmesi fakat müdahale edilmesi gereken bir zarara sebep olmadığı bir hata oluşmasıdır.
Hata var, Zarar var	Kategori E	Müdahale ihtiyacı ya da tedavi ile neticelenen ve geçici hasta zararına sebep olan bir hata oluşmasıdır.
	Kategori F	Hastanın kısa ya da uzun süreli hastaneye yatışını gerektiren, geçici olarak zarar görmesine neden olan bir hata oluşmasıdır..
	Kategori G	Hastada kalıcı hasara sebep olan bir hata oluşmasıdır.
	Kategori H	Hastanın hayatını sürdürebilmesi için müdahaleyi gerektiren, ölüme yakın bir olayla sonuçlanan bir hata oluşmasıdır.
Hata var, Ölüm	Kategori I	Hastanın ölümü ile sonuçlanan bir hatanın oluşmasıdır.

Habraken ve ark. (2010) tarafından sağlık kurumlarında meydana gelen vakalar üç ayrı grupta incelenmiştir.

- Hastaya ulaşmayan,
- Hastaya ulaşan fakat hastaya zarar vermeyen,
- Hastaya ulaşan ve hasta için zarar oluşturan vakalardır [40].

Thomas ve ark.'nın (2023) çalışmasında iki ana hata türü belirlemiştir. Bunlar:

- İhmal hataları alınmayan önlemler sonucunda oluşur. Örn. tekerlekli sandalyedeki bir hastanın kemerini bağlamamak,
- Yapılan yanlış işlem sonucunda komisyon hataları oluşur. Örn. Bir hastaya alerjisi bulunduğu bir ilacın verilmesidir [26].

Feijter ve ark.'nın (2012) çalışmasında “Olay türü” sınıflandırılmasındaki her bir kategoriyi netleştirmek için örnekler verilerek açıklamıştır. Olay türü sınıflandırması Tablo 2.5.'de gösterilmiştir [41].

Tablo 2.5. Olay türü sınıflandırması.

Kategori	Örneği
Davranış	Personel tarafından hastaya yapılan düşüncesiz ve kaba muamelesidir.
Kan/Kan ürünleri	Talep edilen kan ürününün yanlış hastaya takılması veya bir hastaya yanlış kan grubuna sahip kanın verilmesidir.
Klinik uygulama	Yatış kabul için yanlış belgelerin doldurulmasıdır.
Klinik süreç/ Prosedür	Ameliyatın ertelenmesi nedeniyle tedavide gecikme veya bir teşhisin atlanmasıdır.
Dokümantasyon	Hasta çizelgesi veya hasta çizelgesindeki bilgilerin yanlışlığı, eksikliğidir.
Sağlık hizmetleri Enfeksiyonları	Hastanın, yarasında kalan gazlı bez nedeniyle ameliyat bölgesinin yakınında enfeksiyon gelişmesidir.
Altyapı	Tekerlekli sandalyenin asansöre sığmaması veya sağlık çalışanın ıslak zeminde kaymasıdır.
Tıbbi cihaz/Ekipman	Bilgisayar arızası veya kırılan, steril olmayan cerrahi aletlerdir.
İlaç/ IV sıvıları	Hastaya yanlış ilaç verilmesi veya hastanın ilacını almamasıdır.
Beslenme	Yanlış miktarda veya yanlış türde besleme uygulanmasıdır.
Oksijen/Gaz/Buhar	Bakım sırasında hastaya oksijenin bağlamasının unutulmasıdır.
Hasta kazaları	Yataktan veya banyodan düşen hastadır.
Kaynaklar/Organizasyon yönetimi	Yetersiz personelin olması veya boş yatağın olmamasıdır.

2.1.4. İstenmeyen Olay Etkileri ve Sıklığı

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin etkisi ile bireylerin sağlıkta bilinç durumları artmış ve bu alanda kaliteli bakım arzusu yaygınlaşmıştır [42]. Son yıllarda sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi kapsamında hasta güvenliği önemli konuların başında gelmektedir. Sağlık hizmetleri toplumun faydasına olmakla beraber, hizmete yönelik süreçler, insan faktörü ve teknolojilerin karmaşık birleşimi sebebiyle istenmeyen olaylar ve hataların oluşma riski bulunmaktadır [43]. Sağlık hizmetleri hasta bireyin çıkarlarını ve güvenliğini korumaya odaklanmaktadır. Fakat sağlık kurumlarında tıbbi süreçler, ekip çalışması, malzeme ve cihazlar, teknoloji, iletişim, kurumun fiziksel özellikleri, sağlık personellerinin nitelik ve niceliğindeki farklılıklar, çeşitlilik ve iş adımlarının birlikte yürütülmesi gerekliliği gibi birçok unsura bağlı olarak istenmeyen olay ve hatalarla karşılaşmakta; kurumlar, çalışanlar ve hastalar bu durumdan hasar görebilmektedir. Kişilerin yaşadığı zararlar ciddi yaralanmalara, sakatlığa, hastanede kalış süresinin uzamasına, hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir [4].

NAM tarafından biri Colorado ve Utah'da, diğeri New York'ta yürütülen çalışma yayınladığı bir raporda, hastaneye yatışların sırasıyla %2,9'unda ve %3,7'sinde advers

olayların meydana geldiğini saptamıştır. Colorado ve Utah hastanelerinde advers olayların %6,6'sı, New York hastanelerinde ise %13,6'sının ölüme yol açtığı ve bu olayların %58'i ve %53'ü önlenemez olduğu belirtilmiştir. Johns Hopkins Tıp Fakültesi hasta güvenliği uzmanları, sekiz yıllık bir döneme ilişkin tıbbi ölüm oranı verilerini incelemeleri sonucunda ABD'de tıbbi hataların görülme sıklığının %13,5'i olduğu ve yılda yaklaşık 35 milyon civarında hastane yatışında yaklaşık 251 bin kadar ölüme sebep olduğu bu açıdan bakıldığında tıbbi hataların üçüncü önde gelen ölüm nedeni haline getirdiğini ortaya koymuştur [11]. ABD'de, hastaneye yatırılan çocuklarda hastane tarafından bildirilen tıbbi hataların ulusal oranının her 100 taburculukta 1,81-2,96 arasında değiştiği tahmin edilmiştir [44].

Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre hastaneye başvuran her 100 hastadan %7,5'i istenmeyen olaya maruz kaldığı, bu olayların %36,9'u önlenemez olduğu ve %20,8'i ölüme sonuçlandığı ortaya çıkmıştır [45]. Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü'ne (Canadian Institute of Health Information) göre 2021–2022'de Kanada'da 17 hastanede kalıktan 1'i en az bir zararlı olaya maruz kaldığı ve yaklaşık 2.4 milyon hastanede kalıktan yaklaşık 140 binin olumsuz olaylarla ilgili olduğu belirlenmiş olup bu zararlı olayların %47'si sağlık hizmetleri ve ilaçlarla (yatak yaraları veya yanlış ilaç almak gibi), %31'i enfeksiyonlarla; %18'i prosedürler (ameliyat sonrası kanama gibi) ve %4 hasta kazaları (düşme gibi) olarak tespit edilmiştir [46].

1995'te New South Wales ve Güney Avusturya'daki 28 hastaneye yapılan 14.179 başvurunun tıbbi kayıtları gözden geçirilmesine yönelik bir araştırmada, bu başvuruların %16,6'sının advers olay ile karşılaştığı, %13,7 kalıcı sakatlık ve %4,9'unda ölüme sonuçlandığı ve de %51'inin önlenemez hatalardan kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Avustralya'da her yıl 50 binden fazla hastanın tıbbi hatalar nedeniyle sakat kaldığı ve 18 bin önlenemez hatalardan öldüğü tespit edilmiştir. [47].

Alman Hasta Güvenliği Koalisyonu'nun (The German Coalition for Patient Safety) 151 uluslararası çalışmanın sistematik bir incelemesinde, %0,1-%10 önlenemez yan etkinin gerçekleştiği, advers olaya bağlı ölüm oranının %0,1 olduğu tahmin edilmiştir. Almanya'da 17 milyon hastane hatasında, yılda 17 bin ölüme eşit olduğu belirtilmiştir [48].

İspanya'da advers olayların görülme sıklığının %8,4 olduğu belirtilmiştir. Kıbrıs, Fas, Sudan, Kenya, Tunus, Yemen Güney Afrika ve Ürdün'ü içeren sekiz Afrika ülkesinde tıbbi kayıtların geçmişe dönük yapılan incelemesinde, advers olayların prevalansının

%8,2 olduğu, bu olayların yaklaşık %30'unun ölüm ile ilişkilendirildiği ve %83'ünün önlenbilir olduğu tespit edilmiştir [49].

İran'daki bir çalışmada hastanede yatan hastaların yaklaşık %3-17'si tıbbi hatalardan kaynaklanan istenmeyen yan etkilere maruz kaldığı ve bunların yaklaşık %30-70'i önlenbilir olduğu tespit edilmiştir [50]. Diğer ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda örneğin Fransa'da 1000 hasta'da %6,6, Yeni Zelandada %2 oranında tıbbi hataların meydana geldiği belirtilmiştir [51].

Yeni rakamlar, her yıl İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service, NHS) ilaç uygulamasında 237 milyondan fazla hata olduğunu göstermiştir. Sağlık ve Sosyal Bakım Bakanlığı tarafından yaptırılan araştırma, ilaç hatalarının yılda yaklaşık 1.700 ölümden sorumlu olabileceğini göstermiştir. Ayrıca, hataların yılda 22 bin ölüme katkıda bulunabileceği konusunda da uyarıda bulunmuştur. Hata oranlarının Orta Doğu'da ilaç reçetesi için %7,1 ila %90,5 ve ilaç uygulaması için %9,4 ila %80 oranında değiştiği ifade edilmiştir [52].

Avrupa Birliği (European Union, AB) vatandaşlarının katılım sağladığı bir çalışmada, katılımcıların %23'ü doğrudan tıbbi hatadan etkilendiğini, %18'i hastanede ciddi bir tıbbi hata yaşadığını ve %11'i yanlış ilaç uygulandığını belirtmiştir. Tıbbi hatalara yönelik kanıtlar, bu tür hasta zararlarının %50 ile %70,22'sinin hasta güvenliğine kapsamlı sistemli yaklaşımlarla önlenebileceğini, bunun sonucunda yılda 95 binden daha az ölümün yaşanacağını göstermiştir [53].

İstenmeyen olaylara bağlı ailenin ve bireyin yaşadığı sorunlar toplumun sağlık personellerine karşı güveninin eksilmesine, hatayı yapan kişinin ruhsal açıdan olumsuz etkilenmesine, kendine güvenmeme, suçluluk, depresyon, tükenme ve moral düşüklüğü gibi duygulara neden olabilmekte ve sağlık çalışanlarının verimliliğini, etkinliğini ve performansını azaltabilmektedir. [52].

İstenmeyen olaylarda hatayı yapan ve maruz kalan kişilerin yanında ülke ekonomisi açısından da olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu olaya maruz kalan kişilerin tedavisinin uzaması, komplikasyonların veya yeni sakatlıkların tedavisi, ilaç harcamalarının artması gibi durumlar ekstra maliyet oluşturduğu için bireyin sağlığıyla ilgili toplam maliyetlerin yükselmesine ve birey iş yapamadığı için de işgücü kayıplarına neden olmaktadır. Bununla beraber son yıllarda bu olaylarla ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarının artması neticesinde oldukça yüklü tazminatlar ödenmekte,

bu da hem hatayı yapan kişi ile çalıştığı kuruluşu hem de ülke ekonomisini olumsuz olarak etkilemektedir [11], [52]. Olumsuz olaylar maliyet açısından da büyük kayıplara neden olmaktadır. Bu tür zararlı olaylar İngiltere’de maliyetinin yıllık olarak 6 milyar dolar olduğu tahmin edilmiş aynı zamandan ilaç hatalarının NHS’ye göre tahmini 1.6 milyar sterlin kaybına sebep olduğu ifade edilmiştir [52]. NAM’a göre, ABD’de olumsuz olaylardan kaynaklı olarak meydana gelen finansal, fiziksel ve sosyal maliyetlerin maliyetinin 37,6- 50 milyar dolar civarında değiştiği, önlenebilir hataların maliyetinin ise 17-29 milyar dolar civarında olduğu bildirilmiştir [11]. Zhan ve Miller ise, on sekiz hasta güvenliği göstergesinin yıllık ABD’de 9,3 milyar dolar, fazla harcamaya neden olduğunu bildirmiştir [54]. Kanada’da olumsuz olayların maliyetinin hastane harcamalarının toplam (2014’te 63,6 milyar dolar) %1’ini meydana getirdiği tahmin edilmektedir [7].

Gelişmekte olan ülkelerde, güvenli olmayan bakımın maliyeti konusunda çok az kanıt olmakla birlikte, teknoloji, altyapı ve insan kaynaklarındaki kısıtlamalar sonucunda hastalar daha çok maddi zarar görmektedir. İstenmeyen olayların çoğu, daha iyi politika ve uygulamalarla sistematik olarak önlenmektedir. ABD’de 2010-2015 yıllarında sistematik iyileştirme çalışmaları ile 28 milyar dolar tasarruf sağlandığı tahmin edilmektedir. Birçok açıdan maddi ve manevi kayıplara neden olan ve sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları ile yöneticileri olumsuz olarak etkileyen tıbbi hataların önlenmesi veya en aza indirilmesi gerekmektedir [10].

2.1.5. İstenmeyen Olay Önlenmesi

Hasta güvenliği ve kuruluşların gelecek performanslarını iyileştirmek için maddi veya manevi kayıplara neden olan istenmeyen olayların önlenmesi ve en aza indirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. İstenmeyen olayların kaynakları anlaşılıp tanımlandıktan sonra hataların olumsuz etkilerini azaltmak veya önlemek için farklı yöntemler izlemek mümkündür. Sağlık kurumlarında oluşan istenmeyen olayların, önlenmesinde etkili yöntemlerden biri olayların bildirilmesidir. Etkili bir olay bildirim sistemi’nin (OBS), hasta güvenliği uygulamaların temel taşı olduğuna, başka bir sağlık kuruluşu ya da bir hastane içinde güvenlik kültürü sağlamanın yolundaki gelişimin bir ölçüsü olduğuna inanılmaktadır [13], [14].

Avrupa ülkelerinde istenmeyen olayların önlenmesi hususunda dört ana konuda stratejik önlemler belirlemiştir. Bunlar;

- **Hasta ve personel güvenliğinin birinci öncelik haline getirilmesi:** Güvenlik, yöneticilerin ve personellerin davranışlarıyla oluşan kuruluşun kültürüne bağlıdır. Ekip üyelerin sorunlar hakkında konuşmaktan caydırıcı bir yönetim yaklaşımı zayıf güvenlik sonuçlarına yol açabilmektedir. Yönetimin sorunları çözmeye yardımcı olması, çalışanları desteklemesi, çalışanlar ve hastalar için güvenli bir ortamın oluşmasını sağlanmalıdır. Buna göre, hastane veya sağlık sisteminin yönetim kurulu ve yönetici liderleri, güvenliğin sağlanmasını bir zorunluluk haline getirmeli ve güvenlik kültürünü güçlendiren güvenlik uygulamalarını günlük olarak iyileştirilmesini desteklemelidir.
- **Ulusal bir güvenlik merkezi/organizasyonu oluşturulması:** Bu merkezde oluşturulan güvenlik ekipleri, güvenlik sistemleri ve kültürünün gözden geçirilmesi ve de istenmeyen olayların incelenmesi, değerlendirilmesi ve ardından gelecekteki olayları önlemek için çalışmaları sürdürmelidir. Güvenlik merkezi, istenmeyen olayların veya hataların meydana gelmesini en başta önlemeye ve potansiyel sorunları tahmin etme yeteneklerini geliştirmeye, sağlık hizmeti sağlayıcılarını teşvik etmek için tüm kişilerin hevesli katıldığı bir kamu-özel sürekli öğrenme sisteminin oluşturulmasını desteklemelidir.
- **Ulusal bir bildirim mekanizması oluşturulması:** Gerçekleşen hataların bildirilmesi desteklemeli ve güçlü bildirim mekanizması oluşturulmalıdır. Yöneticiler, güvenlik olaylarını ortaya çıkarmak ve takip etmek için elektronik sağlık kayıtlarından elde edilen verilerden yararlanabilmelidir.
- **Elektronik kayıt sistemleri (Electronic Health Record) makine öğrenme sistemlerinin kullanılması:** Sağlık görevlilerinin müdahale edebilmesi ve zararı önleyebilmesi için istenmeyen olay veya hatalara yol açabilecek riskli durumları önceden işaret eden bu sistemler yerleştirilmelidir. Yönetici ekipleri, hastanelerinde meydana gelen zararın derecesini anlamak için bu yazılım programlarını kullanmalıdır [13], [27].

McFadden ve ark.'ları (2018) hastanede istenemeyen olayları başarılı bir şekilde yönetmek ve kontrol etmek hususunda literatürlerden derlediği yedi faktör Tablo 2. 6.'da belirtilmiştir [55].

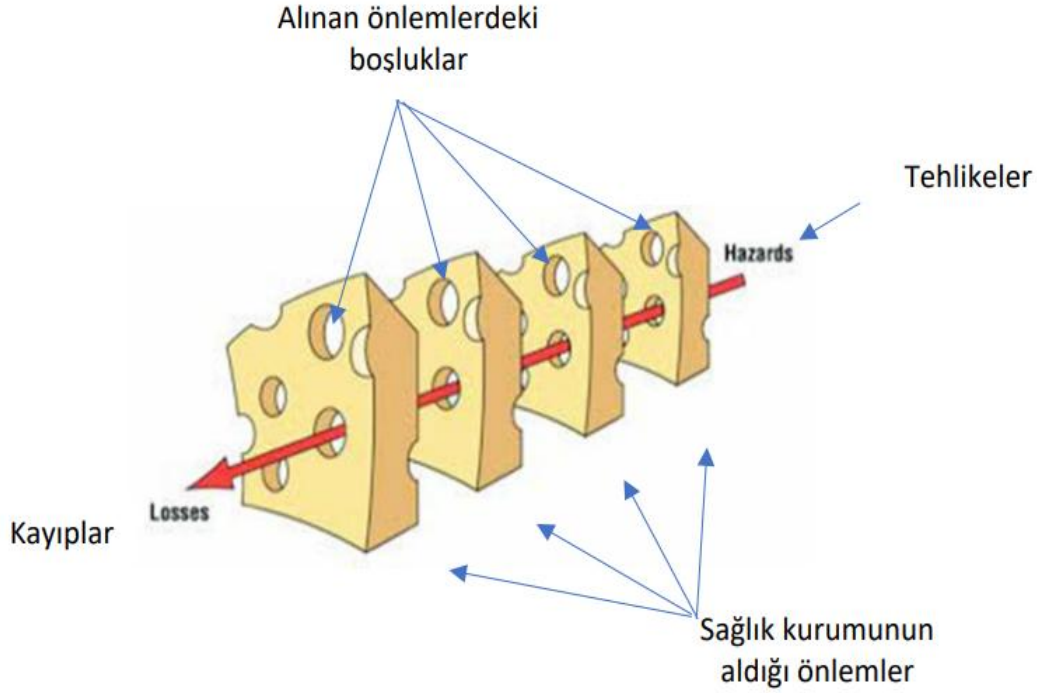
Tablo 2.6. Kritik başarı faktörleri.

		Kritik başarı faktörleri
P	Tüm paydaşların ortaklığı (Partnership of all stakeholders)	İstenmeyen olayları azalmamak için, hastaneler tüm paydaşlardan veri toplamalı ve geliştirmelidir. Çeşitli bakış açılarından bilgi toplamak verileri en üst düzeye çıkaracak ve daha iyi çözümler üretecektir. Sürecin etkili olabilmesi için destek ve bağlılık da kritik öneme sahiptir. Stratejilerin niteliği ve kapsamı, tüm tarafların görüş ve uzmanlıklarının bir sentezine dayanmalı ve kapsamlı bir iyileştirme planı oluşturulmalıdır.
R	Hataları suçlamadan raporlama (Reporting errors without blame)	Hastane yöneticileri, istenmeyen olayları cezalandıran hastane prosedürlerini, bu olayları bildirmek için teşvikler sunanlarla değiştirmenin yollarını aramalıdır. OB'yi teşvik eden ve tüm sürecin önündeki engelleri ortadan kaldıran OBS'ler geliştirilmelidir.
O	Açık uçlu odak grupları (Open-ended focus groups)	Hastaneler, istenmeyen olayları tartışmak ve onlardan ders almak için tasarlanmış açık uçlu odak gruplarını teşvik etmelidir. Bu gruplar yüz yüze görüşmeli ve iletişimi teşvik etmek için haber bültenleri, dergiler, bülten panoları ve internet gibi kanalları kullanmalıdır. Bu olayları çözümleyerek, odak gruplarının açık uçlu çalışmalarıyla, olaylardan ders çıkarılmasını sağlayacak bir ortamın bulunması gereklidir. Diyalog, sistem tasarımı, araştırma tahsisi, eğitim, denetim prosedürlerindeki olayların belirlenmesine odaklanmalıdır.
C	Kültürel değişim Cultural shift	Tüm paydaşlar istenemeyen olaylar ve bunlara neyin sebep olduğu hakkında düşünme biçimlerini değiştirmelidir. Hastane personeli, geleneksel "utandırma ve suçlama" yaklaşımından, bilginin paylaşıldığı ve bilginin cezasız bir açık ortamda özgürce aktığı bir yaklaşıma geçmelidir. Gerekli değişiklikler muhtemelen kültürel bir değişim gerektirecektir. Halk, hastanelerdeki istenemeyen olayların doğası hakkında eğitilmeli ve tedavilerini akıllıca sorgulamayı öğrenmelidir..
E	Eğitim ve öğretim programları Education and training programs	Güvenlik eğitimi, istenemeyen olayların nedenleri , önlenmesi ve insanlardan ziyade sistemlerin yeniden tasarlanmasına odaklanmayı içermelidir. Bildirim programları aracılığıyla belirlenen güvenlik kaygılarına ilişkin bilgiler daha etkili eğitime dönüştürülmelidir. Eğitim oturumları sırasında, potansiyel olarak güvenli olmayan durumlarla başa çıkmak için uygun teknikler öğretilmelidir.
S	Hata verilerinin istatistiksel analizi (Statistical analysis of error data)	Sadece hastane istenemeyen olaylar hakkında veri toplamak yeterli değildir. Verileri sistematik olarak analiz etmek için nicel teknikler kullanılmalıdır. İstenmeyen olaylar hakkında daha kapsamlı veriler toplandıktan sonra çeşitli faktörler arasında meydana gelen karmaşık ilişkilere ve etkileşimlere bakmak için istatistiksel araçlar ve teknikler kullanılabilirler.
S	Sistem yeniden tasarımı (System design)	Sistem tasarımı ekipmanı, teknolojinin işleyişi veya hastaların ihtiyaçlarına göre prosedürleri içermektedir. Sistemin yeniden tasarımı, kapsamın azaltılmasını (basit prosedürün kullanılması gibi), yeni teknolojinin eklenmesi veya standardizasyonu içermektedir.

İsviçre Peyniri Modeli

Sağlık sistemlerinde engellerin (korunma duvarı sensör sistemleri vb.) ve savunma katmanların kurulması, istenmeyen olayların engellenmesinde veya hastaya zarar vermesinin önüne geçilmesinde kilit konumdadır.

Sağlık kurumlarının temel hedefi çalışanlar, hasta ve kurumların varlıklarını tehlikelerden korumak olan bu sistemlerin eksikliklerini bulabilmektedir. Bu sistemelerin savunma kademelerinin uygun şekilde yapılandırıldığı düşünülse de, gerçekte sistemler delikli İsviçre peynir Şekil 2.1’deki modelde dilimlere benzemektedir [29], [56].



Şekil 2.1. İsviç peynir modeli

İsviç peynir modeli (Swiss cheese model), her biri bir dilim peynirle temsil edilen çok sayı da sistem engelini veya güvenlik önleminin istenmeyen olayları engellemedeki başarısızlığını açıklamaktadır. Bu işlemlerdeki kusurlar, peynir dilimlerinde istenmeyen olayların geçmesine ve hastaya zarar vermesine izin veren deliklerle belirtilmektedir. Bir kurumda bulunan savunma katmanları veya koruma önlemleri ile korumalardaki bir istenmeyen olayın geçmesine izin veren delikler veya kusurlar arasındaki ilişkiyi tanımlamada yardımcı olmaktadır [29], [56], [57].

2.2. OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

2.2.1. Olay Bildirim Kavramı

Olay bir sistemi, ortamın, sürecin, iş akışının veya kişinin normal davranışında gözlemlenen bir değişiklik; bildirim ise sistemi iyileştirme amacıyla bilgilerin uygun sorumlu kişi veya kuruluşlar ile paylaşım yapıldığı bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır [58], [59]. OB, ayrıntılı bilgi sağlamak için istenmeyen olaylara dâhil olanlara dayanan tüm OBS'ler için sıklıkla kullanılan genel bir terimdir [60]. Hasta güvenliği bildirim sistemi (HGBS), rapor edilen olayların standartlaştırılması, biçimlendirilmesi, iletilmesi, geri bildirim verilmesi, analiz edilmesi, öğrenilmesi ve bunlara yanıt verilmesinin yanı sıra bu tür olaylardan öğrenilen derslerin bilinmesini içeren süreçler ve teknoloji olarak da tanımlanmıştır [61]. Sağlık Bakanlığı HGBS'ni, "Sağlık tesislerinin ve meslek mensuplarının tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataların, bildirilmesi için oluşturulmuş bir platform" şeklinde ifade etmiştir [62]. Diğer kaynaklarda "Hasta güvenliği bildirim/raporlama sistemi" atıfta bulunmak için "Olay bildirim sistemi" veya "rapor edilebilir olaylar sistemi" kullanılmaktadır [61]. Araştırma içerisinde yerine göre sistemlerle ilgili diğer tabirlere yer verilsede çalışma genelinde "Olay bildirim sistemi" terimi tercih edilmiştir.

Olay bildirimi, genellikle hasta güvenliğini iyileştirmeye yönelik temel bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki istenmeyen olaylardan ve ramak kalılardan ders alma ve böylece benzer olayların tekrarlanma olasılığını en aza indirmek için hastane sistemlerini düzeltme fırsatı sağlayan bildirimlerdir. Yüksek olay bildirim oranlarına sahip kurumlarda, personelin güvenlik kültürü algısının daha iyi olduğu tespit edilen çalışmalara rastlanmıştır [63].

Reason (1997) OB ve bildirim kültürünü, güvenlik kültürünün dört özelliğinden biri olarak listelemiştir. Diğer nitelikler öğrenme, esneklik kültürü ve adil bir kültürdür. Örgütsel öğrenme kültürünü Reason "Güvenlik bilgi sisteminden doğru sonuçları çıkarma isteği, yeterliliği ve ihtiyaç oluştuğunda büyük reformları uygulama isteği" olarak tanımlamıştır. Ayrıca, en iyi güvenlik bilgilerinin istenmeyen olay ve ramak kala olay bildirimlerinin analizinden ve sistemin hayati belirtileri üzerindeki proaktif kontrollerden elde edildiğini öne sürmüştür. Örgütsel öğrenme kültürü, bilgileri nasıl işlenerek geliştirilmesi, suçlama ve cezalandırmanın üstesinden nasıl geldiği ile ilişkilendirmiştir [64].

2.2.2. Olay Bildirim Sistemi Tarihçesi

Kritik olayların soruşturulması ilk kez 1940'larda Flanagan tarafından askeri pilotlar arasında güvenliği ve performansı artırmak için bir teknik olarak kullanılmıştır [65]. 1954 yılında Dünya Savaşı sırasında uçak kazalarının nedenlerini araştırmıştır [66]. Ulusal Ulaştırma Güvenlik Kurulu (National Transportation Safety Board), 1967'de havacılık kazalarını araştırmaya başlamıştır. ABD Federal Havacılık Kurulu (Federal Aviation Administration)'na göre 1975 yılında pilotların olumsuz olayları bildirim yapabilecekleri, Havacılık Emniyeti Raporlama Sistemi'ni (Air Safety Reporting System) kurarak OB'nin kurumsal bir yapıya ulaşmasını sağlamıştır. Bu sistem, tehlikeleri ve gizli sistem eksikliklerini ortadan kaldırmak veya azaltmak amacıyla tanımlamak için kullanılan gönüllü, cezai olmayan, gizli bir OB olarak kurulmuştur [23], [67].

Olay bildirim mekanizması, güvenliği artırmak ve organizasyonel hatalardan öğrenmeyi geliştirmek için ilk olarak nükleer enerji teknolojisi, petrokimya işleme, askeri operasyonlar veya hava taşımacılığı gibi yüksek riskli endüstrilerin bazı bölümlerinde iyi bir şekilde kullanılmış ve bu alanlarda insanlar kritik olaylarla başa çıkma pratiği geliştirmiştir. Mekanizma daha sonra anonim raporlama, anlamlı geri bildirim, raporlama kolaylığı gibi ek özelliklerle sağlık sistemlerine genişletilmiştir [65], [66].

Havacılıkta kullanılan bildirim sistemini, anestezi ve diğer tıbbi uygulama alanlarında bildirim sisteminin gelişimi takip etmiştir [68]. Bildirim sistemleri, yüksek riskli endüstrilerin ulaştığı dayanıklılık ve hataya tepki düzeyine ulaşmak için sağlık hizmetlerine dahil edilmiştir [61].

Cooper ve meslektaşları 1978'de anestezi uzmanlarıyla görüştikleri ve önlenemez olayların açıklamalarında aldıkları "Değiştirilmiş kritik olay tekniği" kullanılmıştır. Anestezi birimleri, artık bu olaylardan öğrenerek hasta güvenliğini artırmak amacıyla olumsuz olayları ve ramak kala olayları kaydetmek ve tartışmak için yürürlükte olan sistemleri aktif kullanmaya başlamıştır. Hasta güvenliğini artırmak için OB'nin ana nedeni, güvenliğin, yaşanmamış gibi davranmak yerine olaylardan ve ramak kaladan öğrenilerek iyileştirilebileceğine inanılmıştır. Sonra ki süreçlerde, sağlık hizmetlerindeki hataları en aza indirmek için hastane sistemlerini iyileştirmek için kullanılacak bilgi toplama ihtiyacının altı çizilmiş ve hataları azaltmak için birçok strateji ve araçlar geliştirilmiştir [65]. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin iyileştirilmesi için dünya çapında birçok kuruluş çeşitli araştırmalar yapmıştır [69].

Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü tarafından 1975 yılında hastanelerin ilaç hatalarını bildirmeleri için internet tabanlı, anonim, gönüllü bir sistem programı başlatmıştır [69]. Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (The Joint Commision International, JCI) ciddi olumsuz olaylarla karşılaşan hastanelerin güvenliği artırmasına ve bu istemeyen olaylardan ders almasına yardımcı olmak için 1996 yılında resmi bir politika kabul etmiştir. Bu politika ile JCI hastayı korumak, sistemleri iyileştirmek ve daha fazla zarar görmesini önlemek için ciddi bir hasta güvenliği olayı yaşayan sağlık hizmeti kuruluşlarıyla ortak süreç yürütmüş ve istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamıştır [70].

1999'da NAM'da dönüm noktası niteliğindeki raporu "To err is human", hastaların güvenliğini artırmak için sağlık sisteminde kapsamlı değişiklikler önermiştir. Havacılık ve diğer yüksek riskli sektörlerin çalışmalarından yararlanan rapor, "hükümetler tarafından ölüm veya ciddi zararlar sonuçlanan olumsuz olaylar konusunda standartlaştırılmış verilerin toplanmasına" olanak sağlayan ülke çapında zorunlu bildirim sistemlerinin benimsenmesini özellikle tavsiye etmiştir. 2000 yılında Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı, olumsuz sağlık olaylarını bildirmek ve analiz etmek amacıyla ulusal bir sistem oluşturulmasını da tavsiye eden Hafızası Olan Bir Kuruluş (An Organisation with a Memory) adlı kendi çağırıcı raporunu yayınlamıştır [61]. Türkiye'de SB, 2011 yılında OBS'ni aktive etmiştir [62]. Kalite -Güvenlik kuruluşları ve Sağlık Bakım Sistem yöneticileri tarafından, hataları ve katkıda bulunan faktörleri daha iyi anlamak için olay bildirim çağruları yapılmıştır. Sağlık hizmetleri sunumu sırasında oluşan istenmeyen olayların, bildirilmesi ve öğrenme sistemlerinin farklı zamanlarda farklı şekillerde yapıldığı görülmüştür. Uluslararası olarak DSÖ'nün etkili bildirim sistemlerini uygulamaya yönelik kılavuzlar geliştirmek için çalışmalar devam etmektedir [65].

2.2.3. Olay Bildirim Sistemi Amacı

Olay bildirim sistemleri, kurumsal düzeyde hasta zararları hakkında içgörü sağlamakta ve riskleri önlemek veya azaltmak için kuruluşlar içinde ve arasında paylaşılan öğrenmeyi teşvik etmektedir. İstenmeyen olayların bildirilmesine ek olarak, ramak kalaların bildirilmesi, kuruluşların olayların meydana gelmesini önlemek için stratejiler geliştirmesine olanak tanımaktadır. İstenmeyen olayların bildirimini, daha sonra güvenlik olaylarını araştırmak ve hafifletmek için kullanılan diğer hasta güvenliği araçlarının kullanımına zemin hazırlamaktadır [71].

DSÖ'ü 2020 yılında yayınladığı kılavuzda hasta güvenliği olay bildirimde yer alan veya bu bildirimlerden çıkarılan bilgilerin bazen daha fazla bilgi toplama veya araştırmalar için kullanabileceğini ifade etmiştir. Bu klavuzda OB için yedi ana amaç belirlenmiştir. Bunlar;

- Meydana geldiği bakım ortamında benzer bir olayı önlemek için eylem formüle etme,
- Bir ülkenin sağlık sisteminde, benzer bir olayın önlenmesine yol açabilecek bilgileri iletme,
- Sistemde zarar veren veya zarar verme riskine yol açan problemlerin mümkün olan en üst düzeyde anlaşılmasını sağlayabilen daha büyük hacimli veriler üretmek için diğer raporlarla birleştirme,
- Eğitim ve öğretim,
- Araştırma, geliştirme ve iyileştirme,
- Kamu raporlaması ve hesap verebilirlik,
- Hastalara ve ailelere açıklama için kullanılabilir [72].

Pham ve ark.'ları (2013) olay bildirim sistemlerinin bazı husularda kullanılmasının önemini aşağıdaki başlıklarla belirtmiştir. Bunlar;

- **Yerel sistem tehlikelerini belirlemek:** OBS'de sağlanan bilgiler, tehlikeleri daha iyi tanımlayabilmeyi, sağlık sistemimizin karmaşık iç işleyişini anlayabilmeyi ve gelecekteki hastaların risklerini azaltmak için müdahaleler tasarlanabilmeyi sağlamaktadır. Örneğin, Johns Hopkins Hastanesi'ndeki bir hemşire, hastasına eczaneden yanlış ilaç gönderildiğini bildirmiştir. Etiket doğru olmasına rağmen, hapın normalde verdiği formdan farklı görüldüğünü fark etmiştir. Görünüşe göre eczane etiket üreticisi bir yazılım güncellemesi sonrası varsayılan olarak yanlış ayarlara geri dönmüştür. Böyle bir ramak kala raporu, muhtemelen yüzlerce ilaç hatasını önlemiştir.
- **Alışılmadık koşullar için deneyimleri bir araya getirmek:** OBS 'den en değerli dersler tek bir vakadan alınırken nadir vakaların bir araya toplanması, başarısızlık modları ve riskler hakkında fikir saülayabilmektedir.
- **Organizasyonlar içinde ve kurumlar arasında dersleri paylaşmak:** OBS'den öğrenilen dersler eğitmek, bilgilendirmek ve diğer kuruluşların aynı istenmeyen olayları yaşamasını önlemektir. Böyle bir paylaşım sistemi yerel, bölgesel,

ulusal veya uluslararası düzeyde gerçekleşebilmektedir. Örneğin, Kanada Küresel Hasta Güvenliği Uyarıları (Canada Global Patient Safety Alerts) sistemi, vaka ayrıntıları ve istenmeyen olaylardan çıkarılan derslerin bir deposudur. Sağlık kuruluşları istenmeyen olayları, bunların bilinen başarısızlık mekanizmalarını ve bunların oluşmasını önlemek için uygulanabilecek müdahaleleri belirlemek için sistemde arama yapabilmektedir.

- **Hasta güvenliği kültürünü artırmak:** Sağlık kurumunda bir bildirim sisteminin gerçek uygulaması ve kullanımının (kalite yönetiminin planla-uygula-çalış-önlem al döngüsüne benzer şekilde sistem değişikliklerinin raporlanması, analizi ve uygulanması ile tam raporlama döngüsü) nasıl yapılacağı hakkında çok şey anlatır. Böyle bir sistemin uygulanması ve personele iletilmesi, hasta güvenliği kültürünü değiştirmek için bir yöntem olabilmektedir [73].

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı OBS amacını, hasta güvenliğini tehdit edebilecek, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, olayları izlemek, bildirimler sonrasında olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak olarak belirlemiştir [22]. Sağlık Bakanlığı 2017 yılında yayınladığı raporda OBS’ki amaç hedefini;

- Tıbbi süreçlerde yapılan istenmeyen olay bildirimlerini ulusal boyutta toplamak,
- Toplanan olay bildirimleri kullanılarak, yeni kalite standartlarının geliştirilmesini sağlamak ve sistemsel boyutta iyileştirmek,
- Bildirim raporlarını analiz ederek ve değerlendirerek istenmeyen olayları önlemeye yönelik ulusal stratejileri ve kurumsal seviyedeki iyileştirme faaliyetlerini belirlemek
- İstenmeyen olay ve bildirim hususunda sağlık çalışanlarının farkındalığını yükseltmek,
- Elde edilen raporlar aracılığıyla sağlık tesislerine yönelik iyileştirme fırsatları açısından yol göstermek,
- Bilgi merkezi aracılığıyla sağlık tesislerine iç OBS’nin nasıl yapılandırabilecekleri hakkında rehberlik etmek olarak belirlemiştir [74].

2.2.4. Olay Bildirim Sistemi Bileşenleri

Mevcut OBS’ler, hem öğrenme hem de hesap verebilirlik hususlarını içeren hedeflerdir. Bir OBS’nin birincil hedefleri, örneğin OB’nin isteğe bağlı ve gizli olup olmadığı gibi

tasarımı belirlemektir. OBS'i kimin rapor ettiği, neyin raporlandığı ve raporların nasıl yapıldığı konusunda net olması gerekmektedir. Toplanan veriler analiz edilmedikçe ve tavsiyeler yaygınlaştırılmadıkça olayların bildirilmesinin çok az değeri vardır. Bildirilen olayları analiz etmek için istatistiksel yöntemleri, uygulama endişelerini, klinik önemi, sistem sorunlarını ve potansiyel önleyici tedbirler önemlidir. Sınıflandırma ve basit analitik şemalar, verileri kategorize etme ve genelleştirilebilecek çözümler geliştirme sürecini başlatılmalıdır. [13].

2.2.4.1. Olay Bildirim Sistem Türleri

Hasta güvenliği veya OBS'ler bugün, sağlık hizmetlerinde güvenliği iyileştirmek için en yaygın kullanılan stratejilerden biridir. Uluslararası ve ulusal merkezler tarafından hasta güvenliğine yönelik tehditler ve bunların nasıl iyileştirileceği konusunda daha fazla bilgi sağlamanın önemli bir yöntemi olarak tavsiye edilen OBS'ler, dünya çapında sağlık bakım sistemlerinin bir parçasıdır. Bu sistem bölgesel, ulusal, kurumsal seviyede ve kamu veya özeldir bulunabilir. Bildirim sistemleri çeşitli formatlarda kullanılabilir [61].

Mevcut bildirim sistemleri belirli amaçlar yelpazesini kapsamaktadır. Yelpazenin bir ucunda öğrenmeye odaklanan ve yeniden sistemin tasarlanmasına katkıda bulunan sistemler yer almaktadır. Diğer ucunda, öncelikle kamu hesap verebilirliğini sağlayabilmek için dış düzenleyici veya yasal kurumlarca geliştirilen sistemler bulunmaktadır [13]. Bildirim sistemleri birden çok hedefi ele almaya çalışabilir. Kamuya hesap verebilirliğin amaçlarıyla iyileştirme sağlamak için öğrenme arasında tek bir sistem ile denge kurmak mümkündür, ancak çoğu OBS'ler birine veya diğerine odaklanır. Bu amaçlar birbiriyle uyumsuz olmasa da, bildirimelerin zorunlu mu yoksa isteğe bağlı mı olduğu, tamamen gizli tutulup tutulmadığı, kamuya veya düzenleyici kurumlara bildirilip bildirilmediği de dahil olmak üzere, sistemin birincil hedefleri çeşitli tasarım özelliklerini belirleyecektir. [13]. [17].

NAM tarafından OBS'ler gönüllü ve zorunlu sistemler olarak iki tür başlık altında açıklanmıştır. Bunlar;

- **Zorunlu OBS:** ciddi yaralanmalar veya ölümle ilgili hatalara odaklanır. Zorunlu OBS'lerin çoğu, belirli vakaları soruşturma ve yanlış davranış için ceza veya para cezası verme yetkinliğine sahip devlet düzenleyici programlarıyla işletilmektedir. Bu sistemler üç amaca hizmet etmektedir. İlk olarak, en ciddi hataların bildirilmesini, araştırılmasını ve uygun takip önlemlerinin alınmasını

sağlayarak halka asgari düzeyde koruma sağlamaktadır. İkinci olarak, potansiyel cezalardan ve halkın maruz kalmasından kaçınmak için sağlık hizmeti kuruluşlarına hasta güvenliğini iyileştirme konusunda bir teşvik sağlamaktadır. Üçüncüsü, tüm sağlık hizmeti kuruluşlarının hasta güvenliğine bir miktar para yatırımı yapmasını şart koşarak eşit bir alan yaratmaktadır.

- **Gönüllü OBS:** Emniyet iyileştirmesine odaklanmaktadır. Gönüllü sistemlerin odak noktası genellikle ramak kalalar veya çok az hasta zararıyla sonuçlanan hatalardır. Bildirimler genellikle kamuya açık alan dışında gizli olarak sunulur ve belirli bir vaka etrafında hiçbir ceza veya para cezası verilmez. Gönüllü sistemler ramak kalaların analizine odaklandıklarında, amaçları sistemlerdeki güvenlik açıklarını hasar meydana gelmeden önce tespit etmek ve gidermektir. Gönüllü bildirim sistemleri, bir sağlık kuruluşunun kendi verilerine dayanarak kolayca tespit edemeyeceği kadar seyrek meydana gelen hata türlerini ve tüm sağlık kuruluşlarını etkileyen sistemik sorunlara işaret eden hata modellerini belirlemek için özellikle yararlanılmaktadır [11].

DSÖ, mevcut bildirim sistemlerinde benimsenen dört genel yaklaşım olduğunu ifade etmiştir.

- **Öğrenme sistemleri:** Öğrenim sistemlerine bildirim genellikle isteğe bağlıdır ve tipik olarak zorunlu bir sistemin gerektirdiği tanımlı olaylar dizisinden daha geniş bir raporlanabilir olayları kapsamaktadır. Asgari bir bakım standardı sağlamak yerine, öğrenme sistemleri temaları belirleyerek, çeşitliliği azaltarak, en iyi uygulamaların paylaşımını kolaylık sağlayarak ve sistem çapında iyileştirmeleri sağlayarak, bakım sunumunda sürekli iyileştirmeleri teşvik etmek için tasarlanmıştır. Altta yatan nedenlere ilişkin dikkatli uzman analizinin ardından, performansı iyileştirmek, hataları ve yaralanmaları azaltmak için sistemin yeniden tasarlanması için önerilerde bulunmaktadır. Örneğin. Japonya Kaliteli Sağlık Bakımı Konseyi, Japonya'daki sağlık hizmeti kuruluşlarından gönüllü olarak bildirilen olumsuz olayları, özellikle kök neden analizi ile beklenmeyen olayları toplamaktadır.
- **Hesap verebilirlik sistemleri:** Sorumluluk sistemlerinde bildirimler çoğunlukla zorunludur ve beklenmeyen ölüm, transfüzyon sonrası reaksiyon ve yanlış vücut bölümünde ameliyat gibi tanımlanmış ciddi olayların bir listesi ile sınırlıdır. Hesap verebilirlik sistemleri, tipik olarak bir soruşturma ve sistem analizi gerektirerek iyileştirmeler talep etmektedir. Çok az sayıda düzenleyici kurum,

rapor edilen olayların küçük bir kısmından daha fazlasının dış araştırmalarını yapacak kaynaklara sahiptir, bu durum kurumların öğrenme kapasitelerini sınırlamaktadır. Hesap verebilirlik sistemlerinin çoğu, ciddi aksiliklerin rapor edilmesini zorunlu kılarak sağlık kuruluşlarını sorumlu tutmakla kalmaz, aynı zamanda alıntılar, cezalar veya yaptırımlar yoluyla güvenli olmayan bakım için caydırıcılar sağlamaktadır. Bu sistemlerin etkinliği, kurumun sağlık kuruluşlarını ciddi olayları bildirmeye ve kapsamlı soruşturmalar yürütmeye ikna etme yeteneğine bağlıdır

- **Gizlilik ve verilere kamu erişimi:** Deneyimler, öğrenme sistemlerinin bildirimlerin gizli olduğu ve bildirim verenlerin hatalarla ilgili bilgileri paylaşma konusunda kendilerini risk altında hissetmedikleri durumlarda en başarılı olduğunu göstermiştir. Pragmatik bir bakış açısıyla, birçok kişi sağlık hizmeti kuruluşlarının gizliliğini korumanın olay bildirimine katılımı önemli ölçüde artırır .
- **Dahili (iç) Raporlama:** Bir hastaneden veya başka bir sağlık kuruluşundan, bir kuruma veya başka bir ulusal kuruluşa gönderilen bildirimler, genellikle kurum içindeki bir rapordan kaynaklanmaktadır. Bu tür bildirimler yalnızca yasal gereklilikleri yansıtırsa da, hasta güvenliğine değer veren bir kurum bundan çok daha fazlasını kapsayan bir iç raporlama sistemine sahip olacaktır. Öğrenmeye yönelik bir dahili OBS'nin amaçları, önce hataları ve tehlikeleri belirlemek ve ardından, hasta yaralanması olasılığını azaltmak için sistemleri yeniden tasarlama hedefiyle, altta yatan sistem arızalarını ortaya çıkarmak için araştırma yapmaktır. Buradaki anahtar kavramsal nokta ve olay bildirimine yönelik cezai olmayan bir yaklaşımın kalbi, olumsuz olayların ve hataların, kusurların kendilerinin değil, kusurlu sistemlerin belirtileri olduğunun kabul edilmesidir. [11]. [13].

2.2.4.2. Olay Bildirim Sistem Süreci

Bildirim sistemleri açık uçlu olabilmektedir. Tüm bakım sunumu boyunca istemeyen olay ve ramak kalaları yakalamaya çalışabilir veya önceden tanımlanmış belirli olay tipine odaklanabilmektedir. Bazı kılavuzlar, istemeyen olay ve ramak kalalarla ilgili OBS'lere odaklanırken, sağlıkla ilgili diğer bildirim sistemleri tıbbi makinelere, antimikrobiyal direncin meydana gelmesi gibi epidemiyolojik durumlara, pazarlama sonrası kan nakli ve ilaç gözetimi gibi belirli yerlere odaklanmaktadır [74].

OBS, bildiriminin kim tarafından yapması gerektiğini belirtmelidir. ABD'deki eyalet

sağlık departmanı sistemleri ve JCAHO gibi hesap verebilirlik sistemlerinde bildirimler kuruluş tarafından yapılmaktadır. Ayrıca sistemelerin genellikle bakım verenlerden bildirim istemekte ve almaktadır. Bazı OBS'ler hastaların, ailelerin ve tüketici savunucularının olayları bildirmesine izin vermektedir. Genel olarak, öğrenme sistemleri bakım verenlerden veya kuruluşlardan OB'yi istemektedir. Önemli ölçüde kullanılmayan potansiyel bir bildirim kaynağı, istenmeyen olay yaşayan hastalar ve ailelerdir. Hastalar genellikle başkalarına gelecekte zarar gelmesini önlemek için iyileştirici önlemlerin alınmasını için sorunları bildirebilmektedir [13].

OB yöntemleri teknoloji ve yerel altyapıya göre değişmektedir. Yazılı bildirimlerin merkezi bir adrese göndermek, birden çok bildirim merkezileştiren ve yüksek düzeyde yapılandırılmış bir veritabanında toplayan web tabanlı sistemlere kadar değişebilmektedir. Posta, faks ve telefon görüşmeleri, bu mekanizmalar yaygın olarak bulunduğu en yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bildirimleri internet veya e-posta üzerinden almak için kolaylaştırılmış süreçler ayarlanabilmektedir. Bu teknolojilere erişim sağlayan kullanıcılar için çok kolay ve hızlı olabilmektedir. (ancak teknik altyapıyı kurmak maliyetli olabilir). E-posta veya internet kullanılan sistem kullanıcılara teknik destek verebilmelidir. Günümüz ihtiyaçları ve farklı sağlık verilerinin birlikte değerlendirilmesi durumu göz önüne alındığında telefon, mektup, fax vb. iletişim araçlarından daha çok akıllı cihazların ya da web tabanlı sistemlerin kullanılmasının, çok sayıda bildirim hızlı bir biçimde alınarak, analiz edilebileceği düşünülmektedir.[13], [76].

2.2.4.3. Olay Bildirim Sistem Sınıflandırılması

OBS'nin amacı yeni veya daha önce şüphelenilmeyen tehlikeleri belirlemek, eğilimleri keşfetmek, iyileştirme için alanları önceliklendirmek, katkıda bulunan ortak faktörleri ortaya çıkarmak ve hasta zararını azaltmak için stratejiler geliştirmek olmalıdır. Olayın sınıflandırılması, analizin ilk adımdır. Sınıflandırma, genelleşme sağlayacak çözümler oluşturma sürecini başlatmaktadır [13], [75].

Hasta güvenliği olaylarını sınıflandırmak için oldukça farklı birkaç sistem kullanılmaktadır. Taksonomilerdeki farklılıklar nedeniyle, veriler genellikle sistemler arasında paylaşılmamaktadır. DSÖ, 2005 yılındaki programında olayların uluslararası kabul görmüş bir taksonomisinin geliştirilmesine odaklanan bir eylem alanı dahil etmiştir [27], [77].

Olayları sınıflandırmak için kullanılan faktörlerden bazıları şunları içerir;

- Olay türü (yanlış doz, yanlış teşhis, vb.),
- Hasta sonuçları (zarar düzeyi vb.),
- Hasta özellikleri
- Olay özellikleri
- Etkileyen faktörler/riskler/tehlikeler
- Örgütsel çıktıları
- Keşfetme
- Azaltıcı etkenler
- Düzeltici eylemler
- Riski hafifletmek için eylemlerdir [77].

Bir sınıflandırma sisteminin oluşturulması için en az üç ana faktörün dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bunlar,

- OBS'nin amacı; beklenen ürün nedir? Sınıflandırma şeması, beklenen sonucu üretecek analizi nasıl kolaylaştıracaktır,
- Kullanılabilir veri türleri; bildirimde bulunanların olayla ilgili bir araştırma ve analiz yapmış olmaları bekleniyor mu? Aksi takdirde, altta yatan sistemlerin nedenleriyle ilgili yararlı bilgiler sağlamaları olası değildir ve olaylar bu düzeyde sınıflandırılmayacaktır.
- Kaynaklar; sınıflandırma sistemi ne kadar detaylı olursa, o kadar fazla uzmanlık gerekir ve sistemin bakımı o kadar maliyetli olmaktadır [13].

DSÖ tarafından yaptırılan ve JCAHO tarafından hazırlanan bir rapor, ideal bir sınıflandırma şemasında aşağıdaki özelliklerin istendiğini belirtmektedir:

- Birden fazla sağlık hizmeti ortamında çeşitli ve geniş hasta güvenliği hususları ve endişeleri ele almalı,
- Sağlık hizmetleri sistemleri için önemli olan öncelikli hasta güvenliği veri unsurlarını tanımlamalı,
- Tıbbi yönetimin nerede, neyi ve nasıl yanlış yaptığına, istenmeyen olayların meydana gelme nedenlerine ve bunların meydana gelmesini önlemek veya sağlık hizmetlerindeki sonuçlarını iyileştirmek için hangi düzeltici ve önleyici stratejilerin geliştirilebileceğine ilişkin bilgileri sınıflandırmalı,

- Katkı sağlayan faktörler ile istenmeyen olaylara yol açan hatalar ve sistem arızaları arasında kapsamlı ve anlamlı bir bağlantı sağlamalı,.
- İstenmeyen olayların ve ramak kala olayların halk sağlığı seviyesinde izlenmesini, raporlanmasını ve soruşturulmasını kolaylaştırmalı, toplu verilerin birleştirilip izlenmesine olanak sağlamalıdır [13], [2].

Taksonomi ve analitik geliştirme araçları için gereken kaynaklar önemli olduğundan, sınıflandırma şemalarının geliştirilmesi bireysel sağlık hizmetleri sistemlerinden ziyade ulusal veya uluslararası kuruluşlara bırakılmalıdır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı HGBS’i sınıflandırmayı dört ana başlık altında toplamıştır. Bunlar;

- İlaç güvenliği
- Laboratuvar güvenliği
- Cerrahi güvenlik
- Diğer hasta güvenliği [62].

2.2.4.4. Olay Bildirim Sistem Analizi

OBS’den toplanan verilerin analizi sağlanmadıkça elde edilen verilerin bir anlamı olmayacaktır. OB’de en son amaç, hiç zarar görmemesini sağlayabilmek veya hastanın zarar görmesini azaltmak için elde edilen verileri analiz edilerek, istenmeyen olayların engellenmesine yardımcı olacak sistemin geliştirilmesine kılavuzluk etmektedir. Ulusal sistemler, ülkenin genelinde meydana gelen ve kendini tekrarlayan sistem arızalarının çözümlenmesi için çok önemli olan, kurumsal seviyede verileri toplayacak ve analiz edilecek şekilde tasarlanmış olmalıdır [13], [14].

Bu bildirimler analiz edilmeli ve bu analiz sonuçları sonrası iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay türünde kök-neden analizi yapılmalıdır. Bu analizler düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve yorumlanmalıdır. Tespit edilen olumsuzluklar için gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler uygulanmalı ve sonuçları izlenmelidir. Gerçekleştirilen düzenleyici ve önleyici faaliyetler konusunda ilgili çalışanlara bilgi verilmelidir [22]. Türkiye’de bu yöntemler, “Hata türü ve etkileri analizi (Failure mode and effect analysis)”, “BOW TIE”, “Pareto analizi”, “Kök neden analizi (Root cause analysis)”, “Altı Sigma”, “Balık kılıcı” vb. sorun belirleme yaklaşımları şeklinde sıralanabilmektedir [22].

2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Olay Bildirim Sistemleri

Sağlık ve diğer sektörlerde bir dizi bildirim sistemi vardır. Mevcut sistemler bir takım tasarım niteliklerine göre değişiklik göstermektedir. Bazı OBS'ler raporlamayı zorunlu tutarken, diğerleri isteğe bağlıdır. Bazı sistemler bireylerden raporlar alırken, diğerleri kuruluşlardan raporlar almaktadır bu durum OBS'nin kapsamlarına göre değişebilmektedir [11].

2.2.5.1. Dünyada Olay Bildirim Sistemleri

Dünyada faaliyet gösteren sağlık sistemlerinde mevcut ulusal bildirim sistemleri, sponsorluk, destek, katılım ve işlev açısından büyük farklılıklar göstermektedir. OBS'ler bazı ülkelerde devlet kurumları veya sivil toplum kuruluşları tarafından, bazı ülkelerde ise ulusal bildirim sistemleriyle yapılmaktadır. Örneğin, İngiltere ve Galler'deki NRLS ve Danimarka, Çek Cumhuriyeti ve İsveç'tekiler gibi bazıları, hasta güvenliğini artırmak için bilgi sağlamak üzere devlet kurumları tarafından geliştirilmiştir [13].

Hasta güvenliği, çoğu hükümet için nispeten yeni bir endişe kaynağıdır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, birçoğunun hala yaptıkları planları gerçekleştirmek için güvenlik veya kaynakları geliştirmeye adanmış geniş bir kadrosu yoktur. Bazı AB Üye Devletlerin güvenlik konusunda mevcut hükümet girişimleri ve bildirim sistemleri yoktur. Bildirim sistemi bazı ülkelerde devlet tarafından, bazı ülkelerde sivil toplum kuruluşları, özel sektör bazı ülkelerde ise ulusal raporlama sistemi ile yapılmaktadır. Çoğu ulusal sistemde raporlama isteğe bağlıdır. Örneğin, Çek Cumhuriyeti ve Slovenya'daki sistemler hastanelerin rapor vermesini zorunlu kılmaktadır [13], [72].

AB Üye Devletlerdeki bildirim sistemlerini ve hangi düzeyde çalıştıklarını Tablo 2.7'de sıralanmıştır. Bu tabloda birçok farklı işlem seviyesi olduğunu göstermektedir. Örneğin, Avusturya'nın yalnızca ulusal bir sistemi değil, aynı zamanda diğer sistemlerle bağlantısı olmadan bağımsız olarak çalışan bölgesel ve lokal bildirim sistemleri de bulunmaktadır [11].

Tablo 2.7. AB üye devletlerinde kullanılan bildirim sistemleri.

AB Üye Devlet	Olaylar için Bildirim Sisteminin Adı	Seviye
AVUSTURYA	CIRS medical. at. Regional CIRS Network. Local RLS	Bölgesel (bağımsız) Lokal (bağımsız)
BELÇİKA	Reporting and learning system for incidents and near-incidents. (Olaylar ve ramak kala olaylar için bildirim ve öğrenme sistemi)	Lokal (bağımsız)
KIBRIS	Reporting systems for adverse events and near incidents in public hospitals (Devlet hastanelerindeki istenmeyen olaylar ve ramak kala olaylar için bildirim ve öğrenme sistemi)	Lokal (bağımsız)
ÇEK CUMHURİYETİ	Nationwide incident reporting system. (Ulusal düzey olay bildirim sistemi)	Ulusal
DANİMARKA	Danish patient safety database. (Danimarka hasta güvenliği veri tabanı)	Ulusal
ESTONYA	Bölgesel hastanelerde farklı isimler-yerel bağımsız sistemler	Ulusal Lokal (bağımsız)
FRANSA*	Bölgesel ve yerel düzeyde Raporlama ve Öğrenme sistemleri farklı isimlere sahiptir.	Bölgesel (bağımsız) Lokal (bağımsız)
ALMANYA**	CIRS medical'de. Hospital CIRS Network. Error reporting and learning system for primary care in Germany. (Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri için hata raporlama ve öğrenme sistemi) Network CIRS Berlin.	Ulusal Bölgesel
MACARİSTAN	National reporting and learning system (NEVES). (Ulusal bildirim ve öğrenme sistemi)	Ulusal
İRLANDA	National adverse event management system (NAEMS). (Ulusal istenmeyen olay yönetim sistemi)	Ulusal
İTALYA	Sentinel events monitoring system. (Sentinel olayları izleme sistemi)	Ulusal Bölgesel
LETONYA	Bazı hastaneler kendi raporlama ve öğrenme sistemlerini kurmuştur.	Lokal (bağımsız)
LÜKSEMBURG	Hastaneler yerel düzeyde kendi raporlama ve öğrenme sistemlerini oluşturmuştur.	Lokal (bağımsız)
HOLLANDA	Ulusal raporlama ve öğrenme sistemi: Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR) artık tüm sağlık olaylarına yönelik kapsamı genişletilmiş. Hastanelerde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yerel bildirim sistemleri	Ulusal Lokal (Bir merkezi sistem)
NORVEÇ	Incident reporting system. (Olay bildirim sistemi)	Ulusal
SLOVAKYA	Hastane sağlık hizmetlerinin sağlanmasında olayların zorunlu olarak raporlanması ve hataların gönüllü olarak raporlanması.	Ulusal
SLOVENYA	Nationwide incident reporting system. (Ulusal düzey olay bildirim sistemi)	Ulusal
İSPANYA	Sistema de Notificación Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), (Hasta Bakımı için Bildirim Sistemi)	Ulusal Bölgesel Lokal (Bir merkezi sistem)
İSVEÇ	Lex Maria. National IT support for RCA of adverse events (NITHA) and national database for learning from RCA. The National Quality Registries Annual national medical record reviews (modified IHI Global Trigger Tool) to detect adverse events which are reported to the local and the national database. The RLS of the Patient Insurance LÖF. The RLS of Patients Advisory Committees. Further regional and local RLS	Ulusal Bölgesel Lokal
BİRLEŞİK KRALLIK	National reporting and learning system. (Ulusal bildirim ve öğrenme sistemi)	Ulusal Lokal (Bir merkezi sistem)

AB üye devletlerin hasta güvenliği raporlama sistemlerinin düzenlenmesine ilişkin farklı yaklaşımları bulunmaktadır. Tablo 2.7.'de görüldüğü gibi, zorunlu bildirim sistemlerine sahip AB üye devletlerin, bildirim düzenini, gizliliği ve anonimliği düzenlemek için kanunların veya yönergelerinin olduğu açıktır. Gönüllü bildirim yapan AB üye devletlerin benzer düzenlemeleri olması gerekmemektedir [78].

Olayların bildirilmesini düzenleyen AB üye devletlerin, aşağıdakileri düzenlemek için yasalar veya yönergeler uygulamıştır:

- Bildirim sistemlerinin çalıştığı seviye,
- Bir olayı bildirmenin ne zaman zorunlu ve ne zaman gönüllü olduğunu belirlemek için ve bildirimden kimin sorumlu olduğu,
- Bildirilecek olay türleri,
- Bildirimlere göre hareket etmekten kimin sorumlu olduğu,
- Bildirimde bulunan kişinin ve (diğer) sağlık profesyonellerinin kimlik bilgilerine ilişkin anonimleştirme ve gizlilik düzeyleri,
- Bildirimde bulunan kişinin yaptırımlardan muaf olmasının sağlanmasıdır [78].

Avrupa genelinde hasta güvenliği olayları için raporlama ve öğrenme sistemleri Tablo 2.8.'de gösterilmiştir [78].

Tablo 2.8. Üye devletlerin olayları bildirmeye yetkisi ve bildirim gereksinimleri.

Üye Devlet	Sağlık Profesyoneli	Sağlık Kuruluşu	Hastalar	Hasta Yakınları	Kamu	Kanunla Düzenleme
AVUSTURYA	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
BELÇİKA	Gönüllü	Hayır	Gönüllü	Hayır	Hayır	Kısmen
HIRVATİSTAN	Zorunlu	Hayır	Gönüllü	Hayır	Hayır	Kısmen
KIBRIS	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
ÇEK	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
DANİMARKA	Zorunlu	Hayır	Gönüllü	Gönüllü	Hayır	Evet
ESTONYA	Zorunlu	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Kısmen
FRANSA	Zorunlu	Hayır	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen
ALMANYA	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü
MACARİSTAN	Gönüllü	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
İRLANDA	Zorunlu	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Kısmen
İTALYA	Zorunlu	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Kısmen
LETONYA	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Kısmen
LUKSEMBURG	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
HOLLANDA	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Kısmen
NORVEÇ	Zorunlu	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet
SLOVAKYA	Gönüllü	Zorunlu	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
SLOVENYA	Gönüllü	Zorunlu	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
İSPANYA	Gönüllü	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
İSVEÇ	Zorunlu	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Evet
BİRLEŞİK KRALLIK	Gönüllü	Zorunlu	Gönüllü	Gönüllü	Gönüllü	Kısmen

2.2.5.2. Türkiye 'de Olay Bildirim Sistemleri

Türkiye'de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Sistemi kapsamında istenmeyen olayların bildirilmesi ve olaylardan öğrenme kültürünün iyileştirilmesi için çalışmalara önem verilmiş, kurum düzeyinde Güvenlik Raporlama Sisteminin (GRS) oluşturulmasına ilişkin kalite standartlarının yanında, "Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi" 2014 yılında oluşturulmuştur. SB 2020 yılında değiştirdiği kalite standartları hastane rehberi sonrasında GRS'yi, "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" olarak güncellemiştir. 2021 yılında GRS sistemi hasta ve çalışanlar için ayrılmış ve HGBS olarak revize edilmiştir. Bu nedenle, bu çalışmada ulusal ve uluslararası olarak kullanılan OBS isminin kullanılması tercih edilmiştir [62].

Türkiye HGBS'i Sağlık kurumlarında oluşan istenmeyen olayları hasta güvenliği, laboratuvar güvenliği, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik kategorilerinde hataları ele alarak bir kodlama sistematığı ile sınıflandırmayı hedefleyen ülkemize özgü olarak geliştirilmiş bir sistemdir [62], [79]. Bildirimler bireysel ve kurumsal olarak yapılabilmektedir [62].

Türkiye'de OBS web tabanlı, intranet-elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir. Bildirim de kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçenekli kutucuklar halinde ya da her iki yöntemi de barındıracak şekilde oluşturulabilmektedir. Ana modüllerin içerisinde ilaç güvenliği, hasta düşmesi, radyasyon güvenliği gibi alt modüller yer almaktadır [22]. Ülkemizde OBS gönüllük esasına dayanmaktadır. İlgili kullanıcıların bildirim sürecinde gizlilik yönünde talepte bulunması durumunda, özellikle bildirim paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmaktadır. HGBS kapsamında, hasta güvenliğini tehdit eden veya risk oluşturabilecek hataların sistematik bir şekilde analiz edilebilmesi hususunda "hata sınıflandırma sistemi" oluşturulmuştur. Bu sistematik kullanılarak oluşan istenmeyen olaylar ile ilgili hem kurumlar bazında hem de kuruluşlar arası değerlendirmeler ve kıyaslamalarda standart bir dil bütünlüğü sağlanmıştır [62].

2.2.6. Olay Bildirim Sistem Engelleri

Birçok istenmeyen olay sağlık çalışanları tarafından bildirilmemektedir. Sahip oldukları en büyük endişe, kendi kendine bildirimde bulunmanın tepkilere yol açacağıdır. Çalışanların istenmeyen olaylara verdiği duygusal tepkiler bildirimini engellemekte,

ancak bazıları olumsuz olayları hastalarla paylaştıklarında rahatlamaktadır. Sağlık çalışanları, ciddi olayların ardından endişeli, suçlu ve depresif hissettiklerini, ayrıca hasta güvenliğinden endişe duyduklarını ve disiplin cezalarından korktuklarını bildirmektedir [80].

Sağlık çalışanları OB yapmaları hususunda çeşitli faktörler tarafından engellenebilmektedir. Bunlar,

- İlk olarak, sağlık çalışanları kariyerlerini tehdit eden disiplin cezalarından ve olası hatalı tedavi davalarından ve sorumluluktan korkmaktadır. İstenmeyen olayları bildirenleri olumsuz sonuçlardan korumayan sağlık hizmeti yöneticileri, ölümcül sağlık hizmeti hatalarının suç sayılması gibi bu korkuları pekiştirmektedir. Bu olumsuz sonuçlardan duyulan korku, yalnızca bir hasta zarar gördüğünde veya hata gizlenemediğinde bildirim yapılmasına, gizlenebilecek olaylarda bildirim yapılmasına neden olabilmektedir.
- İkincisi, suçlamalardan korktukları için tüm hataları bildirmemektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında, özellikle hemşireler, bireysel suçlama, hatalara yönelik baskın tepki oluşturabilmektedir.
- Üçüncüsü, hataların nasıl tanımlandığı, hangi bilgilerin raporlandığı ve hataların etkilerinin raporlanması ve hafifletilmesinde kimlerin yer alması gerektiği konusunda önemli farklılıklar vardır. İstenmeyen olayların ve ramak kalaların farklı tanımları ve raporlamadaki önemli farklılıklar aynı kurumda ve sağlık hizmetleri sistemlerinde çalışan sağlık hizmeti sunucuları arasında harekete geçmeyi ve benzer hataları önlemeyi zorlaştırmaktadır [80], [81].

Çeşitli araştırmalar, sağlık hizmeti ortamlarında OB'nin önündeki engelleri araştırmıştır. Bu engellerin, örgütsel ve bireysel düzeylerde çeşitli özelliklerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. [82]. Örneğin yapılan çalışmalarda Evans ve ark.'ları (2006) geri bildirim eksikliğini olay raporlamasının önündeki en sık belirtilen engel olarak bildirmiştir [83]. Kreckler ve ark. (2009) olay raporlamayı olumsuz etkileyen birincil faktörlerin, bir hasta güvenliği olayının nelerden oluştuğunun anlaşılmasında, geri bildirim eksikliği, zaman eksikliği ve suçlama korkusu olduğunu öne sürmüştür. [84]. Kousgaard ve ark. (2012) düşük bildirim oranlarının ana nedenlerinin, algılanan pratik fayda eksikliği, meşgul durumlarda zaman ve çaba sorunları ve dahil olan diğer profesyonellerin dikkate alınmasıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir. [85].

Yapılan bir başka çalışmada istenmeyen olayların eksik bildirilmesinin önünde birkaç yaygın engelden kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Bunlar;

- Yasal sonuçlar konusunda endişelenmek,
- Suçlama ve utandırma kültürü, suçluluk duygusu, ceza korkusu,
- Bildirim için zaman eksikliği,
- Kolay bildirim sisteminin olmaması,
- Takipli/takipsiz tekrarlanan bildirimlere güvenin olmaması,
- Geçmişte aynı olayı zaten bildirmiş olması,
- Ayrıntılar zamanla kaybolur düşüncesi,
- Yönetimden ve/veya meslektaşlarından teşvik eksikliğidir [86].

Aljabari ve ark. (2021) çalışmasında literatürdeki araştırmalarda bildirilen engellerle ilgili yedi ortak tema belirlemiştir.

- **Sonuçtan korkma:** İstenmeyen olaylar için suçlanma korkusu açık ara en çok bildirilen korkma sebebidir. Ancak buna ek olarak, çalışanların işini kaybetme korkusu, hastanın veya ailesinin OBS' ye tepkisi korkusu, yetersiz olarak tanınma korkusu, yasal sonuçlar korkusu, ceza korkusu ve iş arkadaşlarının saygısını kaybetme korkusu da yaygın sebeplerdir.
- **Geri bildirim eksikliği:** Bazı kurumlar uygun olmayan geri bildirim olumsuz etkisini bildirirken, bazıları uygun geri bildirim olumlu etkisini bildirmektedir.
- **Çalışma iklimi/kültür:** İdarenin OBS'ye ve çalışma ortamına karşı tutumu OBS'yi etkileyen önemli faktörlerdir. Hastane yöneticilerinin OBS'ye tepkileri sistem yerine bireylere odaklandığında OBS'yi bildirme oranlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Ek olarak, güvenlik kültürü ve hata önleme programlarının eksikliği eksik bildirim ile ilişkilendirilmiştir. Öte yandan, çalışanlar arasında güçlü bir ekip çalışması algısına ve psikolojik güvene sahip çalışma ortamları, OBS'nin daha iyi raporlanmasıyla ilişkilidir.
- **OBS'nin yetersiz anlaşılması veya rapor etmenin önemini anlaşılması:** Sağlık çalışanlarının, OB'ye engel teşkil ettiği konusunda OBS konusunda yetersiz bir anlayışa sahip olduğunu tespit etmiştir.
- **Zaman kaybı, yoğun iş programı ve yüksek iş yükü:** eksik bildirim için önemli faktörler olarak bildirilmiştir. Ek olarak, olay bildirimi zaman kaybı ve

külfetli bulunmaktadır. Her iki OBS biçimi de (kâğıt ve elektronik) zaman alıcıdır

- **OBS'nin eksikliği:** Bir OBS'nin olmamasının bir engel olması şaşırtıcı değildir. Literatürdeki birçok çalışma, bir bildirim sisteminin olmamasının raporlamaya engel olduğu bildirilmiş ve kağıt bildirmeye kıyasla elektronik sistemlerle daha iyi olay bildiriminin yapıldığı tespit edilmiştir.
- **Kişisel faktörler:** İstihdam süresi ne kadar uzunsa, bir çalışanın OBS'yi bildirme olasılığı o kadar yüksek olduğu görülmüştür. Ek olarak, OBS ile kişisel deneyim, istenmeyen olayların bildirilme oranlarını etkilemektedir [81].

OBS'nin önündeki engellerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi, OBS'nin etkili olarak kullanımına katkı sağlayacaktır.

2.2.7. Olay Bildirim Sistem Teşvik Stratejileri

Yöneticilerin istenmeyen olayların meydana gelmesini ortadan kaldıracak sistemleri oluşturmaları, stratejiler geliştirmeleri ve çözüm önerileri tasarlama için bildirimlerden faydalanması önemlidir [87].

En üst düzeyde etkili olmak için, olay bildirim sistemleri, bildirim yapan çalışanların gizliliğini sağlamak için hasta güvenliğine, politikalarına ve prosedürlerine değer veren destekleyici kurumsal kültürlerle birleştirilmelidir. Bildirimlerin gözden geçirilmesi ve eylem planları geliştirilerek ve bildirimleri sunan kişiler ile paylaşılmalıdır. OBS bir tür pasif sürveyanstır ve bu nedenle hasta güvenliği endişelerinin kapsamlı bir değerlendirmesini sağlama yeteneklerinde sınırlamalar bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde istenmeyen olaylar ve ramak kalalar eksik bildirilmektedir. OB'nin önündeki engeller arasında örgütsel bir suçlama kültürü, sağlık personelinin olası sonuçlardan korkması ve bildirimlerin elektronik sağlık kayıtlarına yetersiz entegrasyonu yer almaktadır. Kuruluşlar, hasta güvenliği tehlikelerini bildiren çalışanları destekleyerek ve bildirim edilen olayların sayısından sistem seviyesindeki değişikliklere odaklanarak, ceza yerine öğrenmeye ve psikolojik güvenliğe odaklanan adil bir kültürü teşvik etmelidir [71].

DSÖ, başarılı olay bildirim sisteminin özelliklerini yedi maddede tarif etmiştir. Bu maddeler;

- **Cezalandırıcı olmayan:** Bildirim yapanlar, kendilerine karşı aynı davranışın yapılmasından veya diğerlerinin cezalandırılmasından korkmazlardır.
- **Gizlilik:** Hastanın, bildirim yapanın ve kurumun kimlikleri ortaya çıkmazdır.
- **Bağımsızlık:** OBS bildirim yapanı veya örgütü cezalandırma yetkisine sahip herhangi bir otoriteden bağımsızdır.
- **Uzman analizi:** Klinik koşulları anlayan ve altta yatan sistemi tanımak için eğitilen uzmanlar bildirimleri değerlendirir.
- **Zamanlılık:** Bildirimler derhal analiz edilir ve özellikle ciddi tehlikeler tespit edildiğinde, bilmesi gerekenlere hızlı bir şekilde öneriler iletilir.
- **Sistem odaklılık:** Öneriler, bireysel performansa hedef almaktan çok, sistemlerde, süreçlerde veya ürünlerde yapılan değişikliklere odaklanır.
- **Duyarlılık:** Bildirim alan kurum, önerileri geniş kitlelere iletebilir [13].

Her şeyden önce, yöneticiler için koruyucu bir ortamın ihtiyaçlarını bildirmek, aşırı suçlama ve misillemeden kaçınarak, uygun yasal çerçeve sağlayarak ve aynı zamanda bireylerin hesap verebilirliğini uygun şekilde koruyarak sağlık hizmetlerindeki başarısızlıkları anlamaya yönelik bir sistem yaklaşımında bulunmalıdır [88]. Havacılık, petrol ve gaz ve nükleer enerji gibi diğer yüksek riskli endüstriler, büyük ölçüde bireysel suçlama yaklaşımından uzaklaştıkları için oldukça güvenilir ve emniyetli hale gelmiştir [32].

Sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından, bir suçlama, utanç ve ceza kültürü barındırmadan güvenlik zorluklarını tanımaya ve uygulanabilir çözümler uygulamaya yönelik etkili, cezalandırıcı olmayan istenmeyen olayları bildirimini teşvik edici OBS oluşturulması güvenli hasta bakımının sağlanmasında sürekli iyileştirme güvenlik kültürünün gelişmesinde ve kurumsal bir bağlılık sağlanmasında önemlidir [22].

OBS kolay ulaşılabilir ve kullanımın herkes tarafından alışılabilirliği çalışanların bildirim yapmasını artırması hususunda önemlidir. Gerekli olan analizin doğası gereği, açık uçlu ve öyküleyici metinler ortaya çıkararak sistemlerin kullanılması, veri analizi ve yorumlaması için ek kaynaklar gerektirebilmektedir. Bunun aksine, standartlaştırılmış bir formata, sabit alanlara ve önceden tanımlanmış seçeneklere sahip sistemlere yönelik bildirimler hızlıca girilerek ve kolayca sınıflandırılarak, düşük maliyetle toplu analiz

yapılmasına olanak sağlamaktadır [13].

Hem hasta güvenliğinin sağlanması hem de sağlık hizmet yöneticileri için OB konusunda eğitimi en başında planlanması önemlidir. AB üyesi bazı ülkeler, hataları bildiren tüm potansiyel kişiler için bir OB eğitim programının başlangıçtan beri kurulmuş olması gerektiğini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çeşitli eğitim düzenlemeleri mevcuttur. Tüm eğitim materyallerinin ve rehberliğin, kullanıcı geri bildirimlerine dayalı olarak ve sistemler geliştikçe güncellenmesi önemlidir [78]. Sağlık çalışanlarının işe başlamalarıyla uyum eğitimi verilerek bilgilendirilmelidir. İstenmeyen olayların, toplantı veya hizmet içi eğitimde gündeme getirilmesi ve hangi tür hataların bildirilmesine yönelik çalışanların bilgilendirilmesi gerekmektedir. OB ve bunun sonucunda düzenleme ve alınan önlemlerle ilgili geri bildirim verilmesi ile çalışanların bu süreçlerden haberdar ve dahil edilmesi önemlidir. OB eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması yönetimin planlaması gereken konulardandır [14].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma tanımlayıcı analitik tipte yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımının ve etkileyen faktörlerin incelenmesiyle hasta güvenliği, sağlık hizmet verimliliğinin artırılmasına katkı sağlamaktır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 375 yatak kapasitesine sahip Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde çalışan tüm hemşirelerin katılımı ile yapılmıştır. Araştırma verileri Nisan 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü kurum, Kadın Doğum ve Çocuk Ünitesi (1943 yılı), Merkez Ünite (1994 yılı) ve Köroğlu Ünitesi (2006 yılı) olmak üzere Sağlık Bakanlığı çalışmaları ile 23.03.2011 tarihi ile tek bi idari yapı altında Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi çatısı altında birleştirilmiş olup üç ünite olarak hizmet vermeye devam etmektedir.

- Köroğlu Ünitesi: Acil Servis, Poliklinik, Ameliyathane, Anestezi-Genel Yoğun Bakım, Cerrahi Birimler, Dahili Birimler, Palyatif,
- Kadın Doğum ve Çocuk Ünitesi: Acil servis, Poliklinik, Ameliyathane, Yenidoğan-Çocuk Yoğun Bakım, Doğumhane, Kadın Hastalıkları-Doğum, Çocuk Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi,
- Merkez Ünite: Acil Servis, Poliklinikler, Genel Yoğun Bakım, Palyatif Birimi, Diyaliz Birimi, Dahili Birim bulunmaktadır

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Bolu İzzet Baysal Hastanesi'nin tüm alanlarında çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Hastanede toplam 348 hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırmaya katılmayı kabul eden ve sürece dahil edilme şartlarına uyan gönüllü olan hemşireler çalışmaya dahil olmuştur. Hastanede çalışan hemşirelerin tümüne ulaşılması hedeflenmiş olup; yıllık izinde (18), doğum izninde (8), ücretsiz izin (3), raporlu olan (8) ve anketi yarında bırakan (22) katılmayı kabul etmeyen hemşireler (25) dışında geriye kalan 264 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü evrendeki kişi sayısı bilindiğinden ise aşağıdaki formülden yararlanılarak hesaplanmıştır.

$$n = [N \times Z^2 \times p \times q] / [t^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q]$$

Söz konusu formülde;

N = Evren sayısı,

n = Örneklem sayısı (örneklem hacmi),

p = Evren içinde incelenen özelliğin oluş sıklığını (gerçekleşme olasılığı),

q = Evren içinde incelenen özelliğin olmayış sıklığını (gerçekleşmeme olasılığı),

Z = Belirli bir güven düzeyinde, t tablosundan bulunan teorik değeri,

t = Kabul edilebilir (Göz Yumulabilir) hata oranını göstermektedir.

Örneklem Hesabı;

N=348, Z=1.96, p=0,5, q=0,5, t=0,05

$$n = (348 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5) / ((0,05)^2 \times (348-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5) = 183$$

Bu formüle göre, toplam 348 hemşire için %95 güvenirlilik ve 0,05 örneklem hatası ile örneklem büyüklüğü 183 olarak belirlenmiştir.

3.4.1. Pilot Çalışma

Veri toplama sürecinde anketteki olası algılama ve yorumlama problemlerinin ortadan kaldırılması, katılımcıların zorluk yaşadığı ve anlaşılmayan noktaların belirlenmesi amacıyla 15 kişi ile pilot çalışma yapılmıştır.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya izinde olmayan ve katılmayı kabul eden hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.3. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Veri toplama sürecinde izinli veya raporlu olan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen

hemşireler araştırma dışında bırakılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMA SORULARI

- Hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımını etkileyen faktörler nelerdir?
- Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dâhil olma ile ilgili olayları bildirme durumu nedir?
- Hemşirelerin olay bildirme durumları ile olay bildirim tutumları arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin olay bildirme durumları ile güvenlik tutumları arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin olay bildirme durumları ile olay bildirim engelleri arasında ilişki var mıdır?

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Araştırma verileri kapsamlı literatür incelenmesi sonrasında hazırlanan Demografik Özellikleri Formu, Olay Bildirim Farkındalığı ve Kullanım Bilgisi Formu, Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ), Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ), Olay Bildirim Engelleri Ölçeği (OBEÖ) ile beş bölümden oluşan anketle toplanmıştır. Araştırma verileri için katılımcılarla yüz yüze görüşülmüştür. Veri toplama formlarının yanıtlanması ortalama 10-15 dakika sürmektedir. Formlar, hemşirelere verilen süre sonunda toplanmıştır. Katılımcıların araştırmacı tarafından dağıtılan ankette yer alan soruları cevaplamaları istenmiştir. Anketleri doldurma süre ve zamanlarının hastane işleyişini etkilememesine dikkat edilmiştir. Yanıtlardan elde edilen verilerin tamamının bilimsel çalışma amacıyla kullanılacağı açıklanmıştır.

3.6.1. Demografik Özellikler

Anketin birinci bölümünde hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin soruları içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgiler Formu (Ek-1) kullanılmıştır. Bu kısımda yaş, medeni durumu, cinsiyet, eğitim, mesleki çalışma süresi, çalıştığı bölüm, bölümde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, mesleği isteyerek seçme olarak 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Olay Bildirim Farkındalığı ve Kullanım Bilgisi

Anketin ikinci bölümünde hemşirelerin OBS ve OB farkındalık ve kullanımına ilişkin soruları içeren Olay Bildirim Farkındalığı ve Kullanım Bilgisi Formu (Ek - 2) kullanılmıştır. Bu kısımda;

1a.Bugüne kadar Olay Bildirim ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?	() Evet () Hayır
1b.Cevabınız Evet ise, eğitimi nereden aldığınızı belirtiniz)	Evet ise :
2a.Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olduğunuz mu ya da böyle bir olaya karıştınız mı?	() Evet () Hayır
2b.Cevabınız Evet ise hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulduğunuz mu?	() Evet () Hayır
2c. Cevabınız Evet ise, hangi hasta güvenliği olay bildirimde bulduğunuz mu?	() İlaç Güvenliği () Laboratuvar Güvenliği () Cerrahi Güvenlik () Hasta Güvenliği () Diğer.....
3.Hastanede bir Olay Bildirim Sistemi var.	() Evet () Hayır
4.Olay bildirimini nasıl yapılacağını biliyorum.	() Evet () Hayır

3.6.3. Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ)

Anketin üçüncü bölümünde hemşirelerin istenmeyen olay bildirim tutumlarını belirlemek amacıyla Olay Bildirimi Tutum Ölçeği (OBTÖ) (Ek-3) kullanılmıştır. OBTÖ, Wilson ve ark. (2008) tarafından geliştirilmiş [89], Sun vd. (2014) tarafından Çince'ye [90], Litke ve ark. (2020) tarafından da Almanca'ya [91] , Dimcea ve ark. (2021) tarafından Romence'ye [92] uyarlaması yapılmıştır. Keleş (2021) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Keleş tarafından OBTÖ orijinal ölçeğin aksi istikametinde kodlayarak tasarlanmıştır [14].

OBTÖ suçlama/ayıplama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildirimini faydası, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ölçek boyutları ve ifadelerini içeren 25 sorudan oluşmakta olup cevapları 4'li likert (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3= Katılıyorum, 4=Tamamen katılıyorum) şeklindedir.

OBTÖ'den elde edilecek yüksek skor, olumsuz olay bildirim tutumuna işaret etmektedir. Keleş (2021)'in yaptığı çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,779 olarak belirlenmiştir [14]. Bu araştırmada cronbach's alfa katsayısı

0,815 bulunmuştur. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir [93].

Tablo 3.1. Olay bildirim tutum ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.

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

3.6.4. Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ)

Anketin dördüncü bölümünde hemşirelerin güvenlik tutumlarını belirleme yönelik Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ) (Ek-3) kullanılmıştır. GTÖ Sexton ve ark.'ı (2006) tarafından geliştirilmiştir [94]. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Kaya ve ark.'ı (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir [95]. Birçok dilde çevirisi yapılarak kullanılan ölçek 5'li likert şeklindedir.

GTÖ ekip çalışma iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumunu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar, çalışma koşulları ölçek boyutları ve ifadelerini içeren 30 sorudan oluşmakta olup cevapları 5'li likert (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) şeklindedir.

GTÖ'den alınacak yüksek skor, katılımcıların yüksek güvenlik tutumuna işaret etmektedir. Kaya ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada cronbach's alfa katsayısı 0,905 bulunmuştur. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir [93].

Tablo 3.2. Güvenlik tutum ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.

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

3.6.5. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ)

Anketin beşinci bölümünde hemşirelerin olay bildirimde karşılaştıkları engellere yönelik Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği (OBEÖ) (Ek-4) kullanılmıştır. Bu ölçek, literatür araştırması sonucunda araştırmalardan elde edilen ifadeler kullanılarak Keleş (2021) tarafından geliştirilmiştir [14].

Ölçek bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olarak 2 boyut ve 9 ifadelerini içeren 10 sorudan oluşmakta olup cevapları 10. Soru hariç, 5’li likert (1=Hiç katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) şeklindedir. 10. Soru ölçek ve anketin tek açık uçlu sorusudur.

OBEÖ’den alınacak yüksek skor, katılımcıların yüksek olay bildirim engel algısına sahip olduğuna işaret etmektedir. Keleş (2021) yaptığı çalışmada ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,86 olarak belirlenmiştir [14]. Bu araştırmada Cronbach’s alfa katsayısı 0,848 bulunmuştur. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700’den (Nunnally, 1978: 245-6) yüksektir [93].

Tablo 3.3. Olay Bildirimi Engelleri Ölçeği boyut ve bölüm ifade numaraları.

Boyutlar	Bölüm İfade Numaraları
Örgütsel Faktörler	1,3,7,8,9
Bireysel Faktörler	2,4,5,6

Anket formunda kullanılan ölçeklere yönelik gerekli izinler, ilgili kişilerle iletişim kurularak e-mail yolu ile alınmıştır.

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma 264 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans

homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyonanalizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları $\pm 0,00 - \pm 0,25$ çok zayıf düzeyde ilişki, $\pm 0,26 - \pm 0,49$ zayıf düzeyde ilişki, $\pm 0,50 - \pm 0,69$ orta düzeyde ilişki, $\pm 0,70 - \pm 0,89$ yüksek düzeyde ilişki, $\pm 0,90 - \pm 1,00$ çok yüksek düzeyde ilişki değerleri dikkate alınarak yorumlanmıştır [96]. Ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise ki kare analizinden faydalanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmamızda kullanılacak olan anket formunun hazırlamasından sonra, çalışmanın etik açıdan incelenmesi ve izni için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Etik Kurulu'na başvurulmuş çalışma için etik izni alınmıştır (Ek-6). Çalışmanın Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde (İBDH) çalışan hemşireler ile yürütülebilmesi için Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Yönetimine ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğüne (Ek-7) başvuruda bulunulmuş ve çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılacak olan ölçeklere ilişkin gerekli izinler, ilgili kişilerle iletişime geçilerek e-mail yolu ile alınmıştır (Ek-9). Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerden veri toplama öncesi araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, harcanacak zaman konusunda açıklamalar yapılarak gönüllü bilgilendirilmiş onamları yazılı ve sözlü olarak alınmıştır. (Ek-8).

3.9. ARAŞTIRMA SINIRLILIKLARI

Araştırma sürecinde yoğun vardiya saatleri ve servis birimlerinde yer değişikliği yapılması nedeni ile ulaşmakta zorluklar yaşanmış ve anketi yarıda bırakanlar olmuştur.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelerin olay bildirim farkındalığı ve kullanım bilgileri, hemşirelerin OBTO ve alt boyut, GTO ve alt boyut, OBEÖ ve alt boyut puan ortalamalarına ve tüm bu verilerin birbirleri ile aralarındaki ilişkiden elde edilen bulgular sunulmuş ve literatür doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1 Demografik özelliklerin incelenmesi (N=264).

Özellikler	n	%	
Yaş	20-29 Arası	80	30,3
	30-39 Arası	64	24,2
	40-49 Arası	105	39,8
	50-59 Arası	15	5,7
Cinsiyet	Kadın	214	81,1
	Erkek	50	18,9
Medeni Durumu	Evli	161	61,0
	Bekar	103	39,0
Eğitim Durumu	Lise	8	3,0
	Ön lisans	58	22,0
	Lisans	184	69,7
	Lisansüstü	14	5,3
Mesleki Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	12	4,5
	1-5 Yıl	56	21,2
	6-10 Yıl	36	13,6
	11-15 Yıl	48	18,2
	16-20 Yıl	22	8,3
	20 Yıl Üstü	90	34,1
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	40	15,2
	Dahili Birimler	58	22,0
	Acil Servis	29	11,0
	Ameliyathane	25	9,5
	Poliklinikler	33	12,5
	Yoğun bakım	48	18,2
Bölümde Çalışma Süresi	Diğer Birimler	31	11,7
	1 Yıldan Az	51	19,3
	1-5 Yıl	103	39,0
	6-10 Yıl	60	22,7
	11-15 Yıl	28	10,6
Çalışma Şekli	16 yıl ve üstü	22	8,3
	Gündüz	57	21,6
	Gece	10	3,8
	Gündüz/Gece	187	70,8
Haftalık Çalışma süresi	Diğer	10	3,8
	40 ve altı	82	31,1
	41-60	116	43,9
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	60 ve üzeri	66	25,0
	Evet	185	70,1
	Hayır	79	29,9

Çalışmaya katılan hemşirelerin, %39,8'nin (n:105) 40-49 yaş, %81,1'inin (n=214) kadın, % 61,0'nın (n:161) evli, % 69,7'sinin (n:184) lisans mezunu,%34,1'in (n:90) mesleki çalışma süresi 20 yıl üstü, %22'nin (n:58) dahili birimlerde çalıştığı, %39,0'nun (n:103) bölümde çalışma süresi 1-5 yıl, %70,8'nin (n:187) çalışma şekli gündüz/gece,

%43,9'unun (n:116) 41-60 haftalık çalışma süresi, %70,1'i (n:185) mesleği isteyerek seçmiş olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Olay bildirim farkındalığı ve kullanım bilgisine ilişkin dağılımlar.

		n	%
Bugüne kadar olay bildirim ile ilgili eğitim alma	Evet	118	44,7
	Hayır	146	55,3
Evet cevabı verenlerin eğitimi nereden aldığı	Hastane	113	95,8
	Okul	7	5,9
	Kongre	3	2,5
Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dahil olma	Evet	103	39,0
	Hayır	161	61,0
Evet cevabını verenlerin hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma	Evet	39	37,9
	Hayır	64	62,1
Evet cevabını verenlerin hangi hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma	İlaç güvenliği	8	20,
	Laboratuvar güvenliği	4	10,3
	Cerrahi güvenliği	0	0,0
	Hasta güvenliği	23	59,0
	Diğer	4	10,
Hastanede olay bildirim sistemi var	Evet	216	81,8
	Hayır	48	18,2
Olay bildirimini nasıl yapılacağını biliyorum	Evet	146	55,3
	Hayır	118	44,7

Hemşirelerin %55,3'nün (n=146) olay bildirim eğitimi almadığı, eğitim alanlarının %95,8'nin (n:113) hastaneden eğitim aldığı, %61,0'nin (n:161) meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dahil olmadığı, hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dahil olanların (n:103) %62,1'nin (n:64) olay bildiriminde bulunmadığı, olay bildiriminde bulunanların (n:39) %59' nun (n:23) hasta güvenliğine yönelik bildirimde bulunduğu, %81,8'nin (n:216) OBS varlığının olduğunu, %55,3'nün (n:146) OB'i nasıl yapılacağını bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Araştırmada hemşirelerin %55,3'ün OB eğitimi almadığı, eğitim alanların büyük çoğunluğunun hastaneden eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Hemşirelerin OB eğitimi alma durumları incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Endega (2016) Gondar Üniversite hastanesinde çalışan 378 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %84,12'sinin olay bildirim ve hasta güvenliği konularına ilişkin eğitim almadığı [97], Yalew ve Yitayew'in (2021) çalışmasında katılımcıların %92,4'ü [98], Karagözoğlu ve ark. (2019) ilaç hatası bildiriminde bulunma ile ilgili çalışmasında hemşirelerin %63,7'sinin herhangi bir OB eğitimi almadığı [99], Biçer ve ark.'nın

(2013) iç hastalıkları servisinde çalışan 90 hemşire ile yaptıkları çalışma da hemşirelerin yalnızca %15'inin hasta güvenliği ve OB ile ilgili eğitim aldığını belirtilmiştir [100]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Alaman ve ark. 'nın (2018) çalışmasında hemşirelerin %66,4'ünün istenmeyen olaylarla ilgili hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir [101]. Buna göre, sağlık kurumunda hemşirelere OB'e yönelik eğitimlerin verildiği fakat katılımın yeterli olmadığı söylenebilir. Dolayısıyla, hizmet içi eğitimlerin tüm hemşirelerin katılımının sağlayacak şekilde genişletilmesi ve sistemin hastane genelinde yerleştirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dâhil olma durumuna bakıldığında %39 (n:103) tanık veya olaya dâhil olduğu, hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dâhil olanların %62,1 (n:64) olay bildirimde bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Bozkurt (2019) çalışmasında ramak kala olaylarla karşılaşanların oranının %37 olmasına rağmen OB oranının %7.8 olarak bulmuştur [102]. Karagözoğlu ve ark. (2019) bir üniversite hastanesinde 204 hemşireyle yaptıkları çalışmada %62,3'ü ilaç hatası ile karşılaşmasına karşın %80,4'ü hata bildiriminde bulunmadığını [99], İran'da yedi hastane de 251 hemşire ile yapılan bir çalışmada %49'unun bir önceki yıl bir hata/istenmeyen olay yaşadığı bunların %70,9 olayı bildirmediği görülmüştür [103]. Karaca ve Arslan'nın (2014) çalışmasında hasta güvenliği uygulamalarına yönelik bildirme oranlarının oldukça düşük olduğunu (%8,6) vurgulamıştır [104]. Ülkü'nün (2017) çalışmasında ise hemşirelerin %81,8'i hatalarla karşılaştıklarını ve hemşirelerin hataların %66,1'i bildirdiğini [105], Farag ve ark.'nın (2017) çalışmasında katılımcıların %71,8'nin OB'de bulduklarını ifade etmiştir [106]. Araştırmaya göre meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dâhil olma oranının yarıdan az olması sevindiren bir bulgu olup, hemşirelerin istenmeyen olaylarla karşılaştıkları, buna rağmen bildirim oranının düşük olduğu söylenebilir. İstenmeyen olayların bildirilmemesi ile ilgili kültürel farklılıklar, geri bildirim eksikliği, zaman yetersizliği vb. gibi engel algılarının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Hasta güvenliğine yönelik bildirimde buldukları istenmeyen olay türleri incelendiğinde %20 ilaç güvenliği, %10.3 laboratuvar güvenliği, %0 cerrahi güvenliği, %59 hasta güvenliği, %10 diğer olarak dağıldığı görülmektedir. İstenmeyen olay türleri arasında en sık bildirim yapılan hasta güvenliği ve en düşük bildirim cerrahi güvenliği olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Araştırma sonuçlarına benzer şekilde

literatürde hemşirelerin en fazla düşme konusunda bildirim yapıldığı çalışmalara rastlanmıştır [104], [106]. McFarlan ve Doucette (2018) hemşirelerle yaptıkları çalışmada düşme ve ilaç kategorilerden çok bildirilen olumsuz olay türleri olduğu belirtilmiştir [108]. Bu sonuçlardan farklı olarak literatür de hasta güvenliği ile ilgili olaylar arasında hemşirelerin sıklıkla ilaç güvenliği olaylarıyla karşılaştıklarını belirten araştırmalara rastlanmıştır [105], [109]. Sağlık Bakanlığı GRS'e göre 2017 yılı içinde toplam 101.841 istenmeyen olay bildirimini gerçekleştirmiş olup %84,60'ını (86155) laboratuvar hatalarından oluşturduğunu tespit etmiştir [74]. Hasta güvenliği olayları hasta düşmesi, iletişim hatası, transfüzyon, hasta/refakatçi kaynaklı hatalar, cihaz/ekipman/bina kaynaklı hatalar vb. olayları içermektedir [62]. Literatüre paralel olarak hasta güvenliği hata bildirimlerinin yüksek olduğunu ortaya koyan araştırma bulgusu, bu hataların nedenlerini belirlemeye ve önlemeye yönelik sistemsel ve kurumsal düzenlemelerin yapılmasının ve mevcut düzenlemelerin gözden geçirilmesinin gerekliliği söylenebilir. Raporlama ve hasta güvenliği eğitimi sonrasında düşme hata oranlarının düştüğünü ortaya koyan literatür bilgisi de farkındalık oluşturmanın ve bu farkındalığın devamlılığının sağlanmasının önemini vurgulamıştır [108].

Araştırmada %81,8'nin (n:216) OBS varlığının olduğunu , %55,3'nün (n:146) olay bildirimini nasıl yapılacağını bildiğini belirtmiştir (Tablo 4.2). Bu sonuçlara benzer şekilde AbuAlRub ve ark.'nın (2015) 305 hemşire ile yaptıkları çalışmada %98,7'sinin OBS varlığından haberdar olduğu %80,8'inin olay bildiriminde nasıl bulunacağını veya forma nasıl erişileceğini bildiğini [110], Kaya ve ark. (2020) çalışmasında %98, OBS varlığını bildiği % 96.6 olay bildirim formuna nereden veya nasıl erişileceğini bildiğini ifade ettiğini belirtmiştir [107]. Yıldız'ın (2015) çalışmasında % 79,1'i kurumda GRS'nin olduğunu [111], Ülkü'nün (2017) çalışmasında hemşirelerin %68.24'nün meydana gelen hata sonrasında bildirebileceği sistemin bulunduğunu ifade etmiştir [105]. Ward ve ark.'nın (2023) çalışmasında katılımcıların %71,8'nin olay bildirim formunu nasıl bulacağı veya ona nasıl ulaşacağını bildiğini belirtmiştir [112]. Araştırmaya göre az sayıda da olsa hala OBS'den habersiz veya kullanım bilgisi olmayan hemşirelerin olduğu söylenebilir. Bu durumun hastanede çalışan hemşirelerin bazılarının OB konusunda bilgi eksiklikleri ve bilgi sahibi olmadıklarına bağlanabilir aynı zamanda hizmet içi eğitimine katılımın eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla OBS konusunda eğitim ve kullanım bilgisinin

artırılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Olay bildirim tutum ölçeğine ilişkin bulgular.

	ort±ss
Suçlama	2,11±0,56
RT5 5. İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar	2,18±0,81
RT7 7. İstenmeyen olay bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	1,86±0,74
RT12 12. İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.	2,06±0,75
RT18 18. İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	2,23±0,84
RT21 21. İstenmeyen olay raporlama bir tür suçlu bulunma yoludur.	2,04±0,73
RT23 23. Olay raporlama, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımdan dedikodular yapmasına sebep olur.	2,30±0,82
Olay bildirim kriterleri	2,22±0,49
RT2 2. Meydana gelen istenmeyen olaylardan haberdar olan kişi az ise olayın rapor edilmesine gerek yoktur.	1,95±0,91
RT3 3. Meslektaşlarımla karıştığım istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	2,63±0,91
RT10 10. Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	2,25±0,73
RT14 14. Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	1,94±0,67
RT15 15. Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay raporlama kadar iyidir.	2,25±0,88
RT20 20. Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	2,27±0,91
Meslektaş beklentisi	2,34±0,48
RT6 6. Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece raporlamaya gerek yoktur.	2,16±0,92
RT9 9. İstenmeyen olayları bildirmedığım zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum.	2,61±0,83
RT11 11. Meslektaşlarımla istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	2,86±0,84
RT19 19. İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	1,74±0,64
RT22 22. İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları rapor etmenin bir anlamı yoktur.	2,18±0,99
RT25 25. İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarımla bunu raporlamada ilgisiz davranıyor.	2,48±0,83
Olay bildirim faydası	2,29±0,31
RT1 1. İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliğinin belirlenmesine yardımcı olur	2,11±0,74
RT4 4. İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur	3,03±0,71
RT16 16. Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, istenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	1,98±0,71
RT17 17. Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildiriminde teşvik edici olur.	1,90±0,66
RT24 24. İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	2,42±0,77
Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	2,25±0,68
RT8 8. İstenmeyen olayların nasıl rapor edileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	2,26±0,77
RT13 13. Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	2,24±0,75
Olay bildirim tutum ölçeği	2,24±0,34

Araştırma kapsamında hemşirelerin olay bildirim tutumları 5 boyut altında (suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklenti, olay bildirim faydası, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği) incelenmiştir.

OBTÖ kapsamında ortalamasının en yüksek ortalama boyutun meslektaş beklenti

boyutu 2,34 ($\pm 0,48$) olduğu, ölçekte en düşük olduğu boyutun ortalamaya ise suçlama boyutunun 2,11 ($\pm 0,56$) sahip olduğu belirlenmiştir. OBTÖ genel ortalaması 2,24 ($\pm 0,34$) bulunmuştur (Tablo 4.3). Araştırma sonuçları hemşirelerin olay bildirimine ilişkin tutumlarının kısmen olumsuz olduğunu göstermektedir.

OBTÖ verilen ifadelerine bakıldığında en yüksek ortalamalara “İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur” 3,03 ($\pm 0,71$), “Meslektaşlarım istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor,” 2,86 ($\pm 0,84$) ifadelerinin, en düşük ortalamalara “İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok,” 1,74 ($\pm 0,64$), “İstenmeyen olay bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar,” 1,86 ($\pm 0,74$) ifadelerinin sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Literatür incelendiğinde, OBTÖ kullanılarak araştırma yapılmış 6 çalışmaya ulaşılabildiği görülmüştür. Bunlardan ilki, ölçeği geliştirerek literatüre dahil ettiren Wilson ve ark. (2008) , diğeri ölçeğin Çince uyarlamasını yapan Sun ve ark. (2014), bir diğeri ölçeğin Almanca uyarlamasını yapan Litke ve ark. (2020) , bir diğeri Kusumawati ve ark.(2019) tarafından Endonezya’da 187 hemşirenin, hasta güvenliği kültürü konusunda OB tutumlarının incelendiği, bir diğeri Romence uyarlamasını yapan Dimcea ve ark. (2021), son olarak ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan ve ölçeği çalışmasında kullanan Keleş’in (2021) çalışmasıdır [14], [89]-[92].

Araştırmada hemşirelerin, OBTÖ’ye verdikleri yanıtlara bakıldığında en yüksek ortalama ile “Meslektaş beklenti” boyutunun en olumsuz olay bildirim tutumuna sahip olduğu belirlenmiştir. En düşük ortalamaya ise “Suçlama/ayıplama” boyutunun en olumlu OB tutumu sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürdeki çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle araştırma sonuçlarına benzer çalışmalar bulunamamıştır. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak Wilson ve ark. (2008) çalışmasında olay bildirim tutumunda en olumlu“Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği” boyutu ve en olumsuz “Suçlama/ayıplama” boyutu [89], Kusumawati ve ark. (2019) çalışmasında hemşirelerin olay bildirim tutumunda en olumlu, “Olay bildiriminin faydası” boyutu ve en olumsuz “Olay bildirim kriterleri” boyutu [113], Keleş (2021) çalışmasında çalışanların olay bildirim tutumunda en olumlu “Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği” boyutu, en olumsuz “Suçlama/ayıplama” boyutunun olduğu belirtilmiştir [14]. Karagözoğlu (2019) çalışmasında hemşirelerin meslektaşları ya da diğeri sağlık personelinin hatalı uygulamasına tanık olduğunda bildirme durumu incelendiğinde hemen hemen her zaman bu durumu bildirebileceklerini dile getirdikleri, meslektaşlarına yönelik ayırım

yapmadan bildirim yapmaları gerektiği düşüncesinin hâkim olduğunu tespit etmiştir [99]. Araştırmamızda mesleki dayanışmanın OB tutumları açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin “İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur” ortalama puanı yüksek, “İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok” ortalama puanı düşük belirlenmiştir (Tablo 4.3). Araştırma sonuçlarına farklı şekilde Ülkü'nün (2017) çalışmasında hemşirelerin daha çok, hataları bildirdiklerinde bunun hastaya bir faydası olmadığını ifade etmiştir [105]. Araştırma sonuçlarına benzer olarak Karagözoğlu ve ark.'nın (2014) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu ilaç hatalarının raporlanmasının hastaları koruyacağını düşündüğünü belirtmiştir [99]. Yung ve ark.'nın (2016) ilaç uygulama hatalarını bildirmeye yönelik tutumları incelediği çalışmasında hemşirelerin çoğunun hastaya zarar gelmediği için bildirimde bulunmamayı tercih etmediklerini ifade etmiştir [114]. Araştırmaya göre hemşireler istenmeyen olayları bildirmede yetkinliklerinin farkında oldukları ve olayları bildirmenin hastaları koruma açısından yeterince faydalı buldukları söylenebilir.

Tablo 4.4. Güvenlik tutum ölçeğine ilişkin bulgular.

	ort±ss
Ekip çalışması iklimi	3,58±0,65
GT1 1. Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	3,50±0,92
GT2 2. Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım.	3,49±0,89
GT3 3. Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, <i>kimin</i> haklı olduğuna göre değil, hasta için <i>neyin</i> en iyi olduğuna göre).	3,52±1,00
GT4 4. Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	3,60±0,86
GT5 5. Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	3,72±0,89
GT6 6. Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	3,64±0,97
Güvenlik iklimi	3,47±0,66
GT7 7. Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	3,64±0,95
GT8 8. Bu serviste tıbbi hatalar * uygun şekilde ele alınır.	3,42±0,94
GT9 9. Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	3,50±0,93
GT10 10. Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	3,25±1,07
GT11 11. Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	3,42±0,97
GT12 12. Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	3,32±0,87
GT13 13. Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	3,73±0,90
İş doyumu	3,43±0,85
GT14 14. İşimi severim.	3,63±0,99
GT15 15. Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	3,24±1,11
GT16 16. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	3,38±0,97
GT17 17. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	3,38±1,00
GT18 18. Bu serviste / birimde moral yüksektir.	3,53±1,02
Stresin kabulü	3,54±0,63
GT19 19. Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	3,30±1,04
GT20 20. İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	3,88±0,94
GT21 21. Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	3,77±0,94
GT22 22. Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	3,64±1,02
Yönetime ilişkin algılar	3,40±0,74
GT23 23. Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	3,12±1,00
GT24 24. Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	3,82±0,86
GT25 25. Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	3,10±1,19
GT26 26. Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	3,29±1,00
Çalışma koşulları	3,11±0,74
GT27 27. Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	3,11±1,01
GT28 28. Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	3,43±0,86
GT29 29. Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	2,92±1,01
GT30 30. Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	2,98±0,96
Güvenlik tutum ölçeği	3,44±0,50

Araştırma kapsamında hemşirelerin güvenlik tutumları, 6 boyut altında (ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, stresin kabulü, yönetime ilişkin algılar ve çalışma koşulları) incelenmiştir.

Güvenlik Tutumu Ölçeği (GTÖ) kapsamında en yüksek ortalama boyutun ekip

çalışması iklimi boyutu 3,58 ($\pm 0,65$) olduğu, ölçekte en düşük ortalama boyutun çalışma koşulları boyutu 3,11 ($\pm 0,74$) sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlara ilişkin ortalamalar, güvenlik iklimi boyutu için 3,47 ($\pm 0,66$), iş doyumu boyutu için 3,43 ($\pm 0,85$), stresin kabulü için 3,54 ($\pm 0,63$), yönetime ilişkin algılar boyutu için ise 3,40 ($\pm 0,74$) olarak gerçekleşmiştir (Tablo 4.4). GTÖ genel ortalaması 3,44 ($\pm 0,50$) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin güvenlik tutumlarının olumlu olduğu göstermektedir.

GTÖ'e verilen ifadelerine bakıldığında en yüksek üç ortalama "İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer." (3,88 \pm 0,94), Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz." (3,82 \pm 0,86), "Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum." (3,77 \pm 0,94) ifadelerinin sahip olduğu, en düşük üç ortalama "Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir." (2,92 \pm 1,01), "Benim mesleğimdeki asistanlar /stajyerler yeterince denetlenir." (2,98 \pm 0,96), "Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir." (3,10 \pm 1,19) ifadelerinin sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Literatür incelendiğinde, GTÖ'nün çok sayıda ülkeye uyarlanmasına yönelik çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Bununla birlikte, çeşitli meslek gruplarının dahil olduğu birçok araştırmada GTÖ'nün kullanıldığına rastlanmış olup, bu araştırmada hemşire grubunun yer aldığı araştırmalara ağırlık verilmiştir.

Hemşirelerin GTÖ'ye verdikleri cevaplar incelendiğinde, en yüksek ortalama "Ekip çalışması iklimi", en düşük ortalama "Çalışma koşulları" güvenlik tutumu alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.4). Literatürde araştırma sonucunu destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır [115]-[119]. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde farklı araştırmalarda "Ekip çalışması iklimi" boyutu en yüksek ortalama olarak bulunmuştur [117], [120]-[125]. Bu sonuçlarından farklı olarak diğer araştırmalarda stres algısı [126], [127], iş doyumu [128], [129], çalışma koşulları [129]-[132], yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi [133] boyutları en yüksek ortalama olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara benzer şekilde farklı araştırmalarda "Çalışma koşulları" boyutu en düşük ortalama olarak bulunmuştur [117], [134]-[135]. Araştırma sonuçlarından farklı olarak diğer araştırmalarda stres algısı [124],[130],[133], ekip çalışması [126], güvenlik iklimi [129],[131], yönetime ilişkin [132], iş doyumu [123], [136], [137] boyutların ortalamalarının en düşük bulunmuştur. Araştırmaya göre çalışanlar arasındaki iletişimin, işbirliğinin kalitesinin iyi olduğu, koordine edilmiş iyi bir ekip olarak birlikte çalıştıkları söylenebilir. Araştırmada çalışma koşulları puanının düşük olması hemşirelerin çalışma

ortamının ve lojistik desteğin (personel ve ekipman gibi) algılanan kalitesinden yeterince memnun olmadıkları söylenebilir. Bahar'ın (2018) çalışmasında hemşirelerin iş doyumunun yükseltilebilmesi için, iyi bir ekip çalışmasının olması ve çalışma koşullarının düzeltilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır [129]. Dolayısıyla çalışma koşullarının düzenleme yapılması hemşireleri tatmin düzeylerini de olumlu yönde etkileyeceği öngörülebilir. Olumlu çalışma ortamı, hemşirelerin moral ve motivasyonlarının iyi olmasına buna bağlı olarak hasta bakımında kaliteli ve en üst seviyede performans göstermesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GTÖ ifadelerine bakıldığında çalışmamızda en yüksek ortalamaya sahip üç ifadenin “İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer”(3,88±0,94) “Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz” (3,82±0,86) ,“Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.” (3,77±0,94) ifadelerinin olduğu bulunmuştur. Literatürde araştırma sonuçlarına benzer çalışmalara rastlanmıştır [127], [128], [131], [135]. Araştırmaya göre çalışma performanslarının stres faktörlerinden etkilendiğinin kabul edildiği söylenebilir.

GTÖ'de en düşük ortalamaya sahip üç ifadenin, “Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir” (2,92±1,01) “Benim mesleğimdeki asistanlar/stajyerler yeterince denetlenir.” (2,98±0,96) ve “Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.” (3,10±1,19) ifadelerinin olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Literatürde araştırma sonuçlarına benzer çalışmalarla karşılaşılmıştır [120], [135], [138]. Bu sonuçlarından farklı olarak Gabrani ve ark.'nın (2015) çalışmasında en yüksek ortalama “İşimi severim” ve “Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır” ifadeleri; en düşük ortalama “Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım” ve “Hastane yönetimi günlük çabalarımı destekliyor” ifadeleri görülmüştür [115]. Alqahtani ve ark.'nın (2020) çalışmasında en yüksek ortalama “İşimi severim”, “Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.” ve “Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar” ifadeleri; en düşük ortalama “Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algılasam, onu söylemekte zorlanırım.”, “Bu serviste, hataları tartışmak zordur.” “Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır” ifadeleri belirtilmiştir [139]. Literatürde araştırma sonuçlarından farklı çalışmalara rastlanmıştır [14], [131]. Araştırmaya göre hemşire sayılarından ve kaynakların

yeterince memnun olmadıkları söylenebilir. Dolayısıyla bu durumunun hemşireler üzerindeki stres düzeyini arttırabileceği öngörülebilir. Araştırmada bir diğer bulguya göre, ekip üyelerin sorunlar hakkında konuşmaktan caydırıcı bir yönetim yaklaşımı zayıf güvenlik sonuçlarına yol açabileceği söylenebilir. Yönetimin sorunları çözmeye yardımcı olması ve çalışanları desteklemesi çalışanlar ve hastalar için güvenli bir ortamın oluşmasını sağlayacağı beklenmektedir.

Tablo 4.5. Olay bildirim engelleri ölçeğine ilişkin bulgular.

	ort±ss
Örgütsel faktörler	2,82±0,74
RE1 1. Olay bildirimini yapmak ekstra zaman gerektiriyor.	3,23±1,11
RE3 3. Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	2,78±1,13
RE7 7. Olay bildirim sistemleri yetersiz.	2,52±0,92
RE8 8. Olay bildirim formu doldurmakta zorluklar var.	2,60±0,97
RE9 9. Olay bildirim faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	2,97±1,13
Bireysel faktörler	2,55±0,85
RE2 2. Olay bildirim kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	2,63±1,17
RE4 4. Olay bildirimde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	2,59±0,99
RE5 5. Ayıplanmaktan korkuyorum.	2,54±1,16
RE6 6. Cezalandırılmaktan korkuyorum.	2,45±1,11
Olay bildirim engelleri ölçeği	2,70±0,72

Araştırma kapsamında hemşirelerin olay bildirim engel algıları, olay bildirim engel ölçeği (OBEÖ) kullanılarak iki boyut (örgütsel faktörler, bireysel faktörler) altında incelenmiştir.

OBEÖ kapsamında örgütsel faktörler boyutu 2,82 ($\pm 0,74$), bireysel faktörler boyutu 2,55 ($\pm 0,85$) olduğu belirlenmiştir. OBEÖ genel ortalaması 2,70 ($\pm 0,72$) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin olay bildirim engel algıları kısmen yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5).

OBEÖ verilen ifadelerine bakıldığında en yüksek ortalamaya “Olay bildirimini yapmak ekstra zaman gerektiriyor.” 3,23 ($\pm 1,11$), ikinci en yüksek ortalama “Olay bildirim faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.” 2,97 ($\pm 1,13$) sahip olduğu, en düşük ortalamaya “Cezalandırılmaktan korkuyorum.” 2,45 ($\pm 1,11$), ikinci en düşük ortalama “Olay bildirim sistemleri yetersiz.” 2,52 ($\pm 0,92$) ifadesinin sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Olay bildirim engel ölçeği açık uçlu sorulara ilişkin bulgular.

	n	%
Çözüm bulunabileceğini düşünmüyorum	1	0,4
Dikkat çekebilirim	1	0,4
Dikkatleri üzerime çekebilir	1	0,4
Gerekli olduğunu düşünmüyorum.	1	0,4
Gereksiz olduğunu düşünüyorum	1	0,4
Gereksiz olduğunu düşünüyorum. Faydalı bulmuyorum.	1	0,4
Hesap vermek gerekebilir	1	0,4
İşe yaradığı konusunda tereddütlüyüm	1	0,4
İşe Yarayacağına inanmıyorum	1	0,4
Olay raporlamada oluşabilecek hataların önlenmesi hususunda şüphelerim var	1	0,4
Önemli olmadığını tahmin ediyorum	1	0,4
Yararlı olacağını düşünmüyorum	1	0,4

Literatür incelendiğinde olay bildirim engel algıları açısından çeşitli meslek gruplarını içeren sağlık çalışanının yer aldığı çok fazla sayıda araştırmaya ulaşılmış olup karşılaştırmalarda hemşire grubunun yer aldığı çalışmalara ağırlık verilmiştir.

Araştırmada hemşirelerin OBEÖ’de vermiş olduğu yanıtlara göre, örgütsel faktörler boyutunun bireysel faktörler boyutundan daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, hemşirelerin örgütsel engel (ekstra zaman, meslektaş desteği, sistem yetersizliği, form doldurma zorluğu, geri bildirim vb.) olarak algıladığı faktörlerin, OB’de bireysel faktörlere (gizlilik, cezalandırma, ayıplama, kimin yapması gerektiği) göre daha olumsuz olarak algılandığı söylenebilir.

Araştırma ölçek ifadeleri değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamaya “Olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor.” ifadesinin sahip olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.5). Literatürde bu sonuçlarımızı destekler nitelikte araştırmalar bulunmaktadır. [140], [141]. Yung ve ark.’nın (2016) çalışmasında hemşirelerin en çok olay bildiriminin zaman aldığı ve bu sürecin iş yükünü artırdığı nedeniyle bildirim yapmadıklarını [114], Kaya ve ark.’nın (2020) çalışmasında hemşirelerin çoğu olay formunun doldurulmasının çok uzun sürdüğü ve hiç zamanı olmadığını belirtmiştir [107]. Literatürde zaman kısıtlamaları ve eksikliğinin OB konusunda engelleyici olduğu araştırmalara rastlanmıştır [107], [142]-[146]. Bu sonuçlarından farklı olarak Ülkü’nün (2017) çalışmasında % 81,76 olay bildirim yapmanın çok zaman almadığını, %68,92 iş yoğunluğu olmasına karşın olay bildirimine zaman ayırabildiklerini [105], Qedan ve ark.’nın (2022) 200 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %41,5’i acil servis için olay bildirim formunun doldurmanın uzun

sürdüğünü düşünmezken, %21 karasız kaldığı, %42,5'i bir hatayla ilgili olarak hekimle iletişime geçmenin uzun sürdüğünü ve olay bildirmeme nedeni olduğunu ifade ettiğini belirtmiştir[147]. Literatürde hemşirelerin klinik iş yükü ile meşguliyet ve yorgunluk aynı zamanda OB'de dâhil olan evrak işleri arasındaki zaman çatışması, bildirme konusunda engel oluşturduğu, bu durumun personel, form doldurma (olay raporları dahil) ile hasta bakımı arasında öncelik verme konusunda günlük ikileme karşı karşıya kalabileceğini belirtilmiştir [114], [148], [149]. Araştırmada hemşirelerin çalışma saatlerinin uzun olması iş yoğunluğunun bulunması, personel yetersizliği gibi nedenlerle OB'ye zaman ayırma konusunda endişe duydukları söylenebilir. Buna göre OBS'nin ulaşılması ve kullanımı kolay tasarlanması formların doldurma sürecindeki ekstra zaman alması konusundaki engel algısı için olumlu etki oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmada “Olay bildirimimin yararları konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.” ifadesi ikinci en yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Literatürde bu sonuçlarımızı destekler nitelikte araştırmalar bulunmaktadır [95], [150]-[155]. Yung ve ark.'nın (2016) hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını bildirme engellerinin sorulduğu çalışmasında, hemşirelerin yaklaşık yarısının hasta zarar görmediğinde bildirmenin gerekli olmadığı ve duruma bağlı olması gerektiğini düşünmektedir [114]. Kusumawati ve ark.'nın (2019) çalışmasında OB bulunan hemşirelere yönelik geri bildirimde bulunulmaması durumunda, tekrardan OB yapmayı istemeyeceklerini belirlemiştir [113]. Whitaker ve ark.'nın (2016) çalışmasında bildirim formunun doldurulmasının gözle görülür bir değişiklik veya eyleme yol açmaması ve zamanında geri bildirim olmaması en önemli engeller olarak bulunmuştur. İstenmeyen olay bildirimi hakkındaki geri bildirimlerin OB üzerinde olumlu bir etki oluşturabileceği varsayılmaktadır [156]. Hemşirelerin OB faydaları konusunda geri bildirim almaması rapor edilenler hakkında işlem yapılmadığı veya sonuçta meydana gelen değişikliklerin olmaması algısı nedeniyle, kayıtsız ve olayları bildirmek konusunda isteksiz hale gelebilecekleri ön görülmektedir. Hemşireler ayrıca, hasta güvenliğini artırma konusunda yapıcı geri bildirim almaya değer verdikleri algısı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada en düşük ortalamaya ise “Cezalandırılmaktan korkuyorum.” ifadesinin sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu sonuçlarından farklı olarak literatürde olay bildirim engel olarak cezalandırılmaktan ve sonuçlardan korkmanın ana faktör olduğunu

belirten araştırmalara rastlanmıştır [15], [103], [157]-[164]. Gök ve Sarı'nın (2015) alışmasında hemşirelerin bildirim yapmama nedenleri arasında %75,4 ile yasal olarak ceza almanın en yüksek neden olduğunu ifade etmiştir [189]. Araştırmada diğer çalışma sonuçlarından farklı olarak kurumda cezalandırıcı bir kültürün olmadığını ve hasta güvenliğini teşvik etmede destekleyici bir çalışma ortamını sağlandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin OB engelleyici olarak algıladıkları faktörler kapsamında literatürde birçok çalışmada, hemşirelerin en fazla engel olarak algıladıkları ifadelere yer vererek ortak temalar belirlemiştir [165]-[168]. Hwang ve ark.'nın (2012) alışmasında Kore'deki niteliksel bir araştırmanın katılımcıları, hastanelerinde OB'ye yönelik doksan altı engel önermiş, bu engeller bireysel ve örgütsel düzeylerde kategorize edilmiştir [169]. Literatür araştırmasına göre, hemşirelerin OB nedeniyle suçlanma ve utanma korkusu, cezalandırma korkusu, yönetim veya kurum destek eksikliği, bildirim sistem ve süreçlerin elverişli olmaması, olay bildirim takibinin olmaması, OB hakkında bilgi eksikliği, ağır iş yükü gerekliliği, zaman kısıtlaması ve ekstra zaman gerekliliği, olay bildirimi sonucu geri bildirim eksikliği, bildiriminde gizlilik eksikliği şeklinde çalışma sorularını destekler nitelikte OB engel algılarına sahip ifadelerin ve temaların yer aldığı çalışmalara rastlanmıştır [15],[113],[114],[165]-[167] .

Tablo 4.7. Ölçekler arasındaki ilişkisinin incelenmesi.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Suçlama/ayıplama	1															
2.Olay bildirim kriterleri	0,511**	1														
3.Meslektaş beklentisi	0,499**	0,708**	1													
4.Olay bildirim faydası	0,041	0,024	-0,002	1												
5.Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	0,421**	0,315**	0,352**	0,004	1											
6.Olay bildirim tutum ölçeği	0,807**	0,832**	0,827**	0,204**	0,549**	1										
7.Ekip çalışması iklimi	-0,377**	-0,290**	-0,284**	-0,041	-0,377**	-0,409**	1									
8.Güvenlik iklimi	-0,469**	-0,361**	-0,420**	-0,051	-0,484**	-0,533**	0,740**	1								
9.İş doyumu	-0,399**	-0,151*	-0,116	-0,067	-0,301**	-0,307**	0,606**	0,562**	1							
10.Stresin kabulü	0,154*	-0,050	-0,001	-0,153*	0,056	0,024	0,061	0,074	0,093	1						
11.Yönetime ilişkin algılar	-0,194**	-0,053	-0,008	-0,071	-0,308**	-0,159**	0,426**	0,502**	0,490**	0,070	1					
12.Çalışma koşulları	-0,226**	-0,056	-0,028	-0,150*	-0,241**	-0,182**	0,491**	0,428**	0,616**	0,058	0,484**	1				
13.Güvenlik tutum ölçeği	-0,395**	-0,258**	-0,242**	-0,117	-0,412**	-0,410**	0,829**	0,829**	0,824**	0,296**	0,659**	0,712**	1			
14.Örgütsel faktörler	0,544**	0,254**	0,290**	-0,048	0,493**	0,466**	-0,453**	-0,520**	-0,449**	0,101	-0,372**	-0,365**	-0,509**	1		
15.Bireysel faktörler	0,605**	0,250**	0,237**	-0,043	0,480**	0,470**	-0,394**	-0,451**	-0,433**	0,046	-0,329**	-0,271**	-0,455**	0,690**	1	
16.Olay bildirim engelleri ölçeği	0,624**	0,275**	0,288**	-0,050	0,529**	0,509**	-0,462**	-0,530**	-0,480**	0,081	-0,382**	-0,348**	-0,525**	0,926**	0,912**	1

*:p<0,05, **:p<0,0

r: Korelasyon analizi ile hesaplanan katsayı ve -1 ile +1 arasında değer alır.

Olay bildirim tutum ölçeği (OBTÖ) ile güvenlik tutum ölçeği (GTÖ) (r=0,410; p<0,01) arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ve olay bildirim engelleri ölçeği (OBEÖ) (r=0,509; p<0,01) arasında orta düzeyde pozitif anlamlı derecede bir ilişki bulunmakta iken güvenlik tutum ölçeği (GTÖ) ile olay bildirim engelleri ölçeği (OBEÖ) (r=0,525; p<0,01) arasında orta düzeyde negatif anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.7).

OBTÖ ile GTÖ ekip çalışma iklimi (r=0,409; p<0,01), güvenlik iklimi (r=0,533; p<0,01), iş doyumu (r=0,307; p<0,01) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif ve yönetime ilişkin algılar (r=0,159; p<0,01), çalışmak koşulları (r=0,182; p<0,01) boyutları arasında çok zayıf düzeyde negatif; OBEÖ örgütsel faktörler (r=0,466; p<0,01), bireysel faktörler (r=0,470; p<0,01) arasında zayıf düzeyde pozitif anlamlı derecede bir ilişki

vardır. GTÖ ile OBEÖ örgütsel faktör ($r=0,307$; $p<0,01$), bireysel faktör ($r=0,307$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı derecede bir ilişki vardır. OBTÖ suçlama/ayıplama alt boyutu ile olay bildirim kriteri ($r=0,511$; $p<0,01$) boyutu arasında orta düzeyde pozitif; meslektaş beklentisi ($r=0,499$; $p<0,01$), olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=0,421$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif; GTÖ ekip çalışması iklimi ($r=0,377$; $p<0,01$), güvenlik iklimi ($r=0,469$; $p<0,01$), iş doyumunu ($r=0,399$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif; stresin kabulü ($r=0,154$; $p<0,05$) boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif; yönetime ilişkin algılar ($r=0,194$; $p<0,01$), çalışma koşulları ($r=0,226$; $p<0,01$) boyutları arasında çok zayıf düzeyde negatif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,544$; $p<0,01$), bireysel faktörler ($r=0,605$; $p<0,01$) boyutları arasında orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki vardır. OBTÖ olay bildirim kriteri alt boyutu ile meslektaş beklentisi ($r=0,708$; $p<0,01$) boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=0,315$; $p<0,01$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif; GTÖ ekip çalışması iklimi ($r=0,290$; $p<0,01$), güvenlik iklimi ($r=0,361$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif; iş doyumunu ($r=0,151$; $p<0,05$) boyutu arasında çok zayıf düzeyde negatif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,254$; $p<0,01$), bireysel faktörler ($r=0,250$; $p<0,01$) boyutları arasında çok zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki vardır. OBTÖ meslektaş beklentisi alt boyutu ile olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği ($r=0,352$; $p<0,01$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif; GTÖ ekip çalışması iklimi ($r=0,284$; $p<0,01$), güvenlik iklimi ($r=0,420$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,290$; $p<0,01$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif; bireysel faktörler ($r=0,237$; $p<0,01$) boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki vardır. OBTÖ olay bildirimiminin faydası alt boyutu ile stresin kabulü ($r=0,153$; $p<0,01$), çalışma koşulları boyutu ($r=0,150$; $p<0,01$) arasında çok zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır (Tablo 4.7).

GTÖ ekip çalışması iklimi alt boyutu ile güvenlik iklimi ($r=0,740$; $p<0,01$) boyutu arasında yüksek düzeyde pozitif; iş doyumunu ($r=0,606$; $p<0,01$) boyutu arasında orta düzeyde pozitif ve yönetime ilişkin algılar ($r=0,426$; $p<0,01$), çalışma koşulları ($r=0,491$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,453$; $p<0,01$), bireysel faktörler ($r=0,394$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. GTÖ güvenlik iklimi alt boyutu ile iş doyumunu ($r=0,562$; $p<0,01$), yönetime ilişkin algılar ($r=0,502$; $p<0,01$) boyutları arasında orta düzeyde pozitif; çalışma koşulları ($r=0,428$; $p<0,01$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif;

OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,520$; $p<0,01$) boyutu arasında orta düzeyde negatif ve bireysel faktörler ($r=0,451$; $p<0,01$) arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. GTÖ iş doyumunu alt boyutu ile yönetime ilişkin algılar ($r=0,490$; $p<0,01$) boyutu arasında zayıf düzeyde pozitif ve çalışma koşulları ($r=0,616$; $p<0,01$) boyutu arasında orta düzeyde pozitif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,449$; $p<0,01$), bireysel faktörler ($r=0,433$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. GTÖ yönetime ilişkin alt boyutu ile çalışma koşulları ($r=0,484$; $p<0,01$) boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif; OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,372$; $p<0,01$), bireysel faktörler boyutları ($r=0,329$; $p<0,01$) arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. GTÖ çalışma koşulları boyut ile OBEÖ örgütsel faktörler ($r=0,365$; $p<0,01$), bireysel faktörler ($r=0,271$; $p<0,01$) boyutları arasında orta düzeyde negatif anlamlı ilişki vardır. OBEÖ örgütsel faktörler ile bireysel faktörler ($r=0,690$; $p<0,01$) arasında orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki vardır (Tablo 4.7).

Keleş'in (2021) çalışmasında, katılımcıların OB engel algıları ile OB tutumları pozitif bir ilişki ve güvenlik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir [14]. Kusumawati ve ark.'nın (2019) çalışmasında hasta güvenliği kültürü ile hemşirelerin OB'ye yönelik tutumları arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki saptamıştır [113]. Zhao ve ark.'nın (2022) çalışmasında istenmeyen olaylara karşı engellerin olduğunun bildirilmesi, hemşirelerin olumsuz olayları bildirme niyetiyle pozitif olarak ilişkili belirtilmiştir [170]. Altındiş'in (2010) çalışmasında hasta güvenliği ile hemşirelerin OB durumları arasında yüksek seviyede pozitif ilişki olduğunu belirlemiştir [142]. Yoo ve ark.'nın (2017) çalışmasında OB'ye yönelik tutumlar ve hasta güvenliği kültürü ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptamıştır [172]. Bu araştırmanın sonuçları, hemşirelerin nispeten olumsuz bir OB tutumu ve kısmen yüksek OB engel algısına sahip olduğunu ve iki ölçek arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Hemşirelerin güvenlik tutumlarının ise daha olumlu olduğu görülmektedir. Hasta güvenliği kültürü, hemşirelerin OB'ye yönelik tutumları ve OB engel algılarında önemli bir role sahiptir. İstenmeyen olayların bildirim sıklığını artırmak için hemşirelerin hem bildirim yöneltik tutumlarını hem de engel olarak algıladıklarını anlamak için önemli olduğu söylenebilir

Tablo 4.8. Olay bildirim tutum ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Suçlama	Olay bildirim kriterleri	Meslektaş beklentisi	Olay bildirim faydası	Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	Olay bildirim tutum ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş						
20-29 Arası	2,12±0,55	2,22±0,50	2,37±0,45	2,25±0,33	2,29±0,73	2,24±0,34
30-39 Arası	2,08±0,60	2,16±0,52	2,31±0,50	2,31±0,31	2,13±0,70	2,21±0,34
40-49 Arası	2,10±0,55	2,23±0,47	2,31±0,47	2,29±0,29	2,26±0,61	2,23±0,35
50-59 Arası	2,28±0,53	2,34±0,35	2,50±0,50	2,40±0,27	2,47±0,79	2,39±0,33
F/p	0,521/0,668	0,628/0,597	0,873/0,456	1,096/0,351	1,232/0,298	1,159/0,326
Cinsiyet						
Kadın	2,09±0,56	2,18±0,47	2,31±0,47	2,30±0,31	2,28±0,65	2,22±0,34
Erkek	2,20±0,57	2,35±0,55	2,48±0,50	2,25±0,28	2,14±0,80	2,31±0,35
t/p	-1,720/0,205	-2,036/0,046*	-2,286/0,023*	0,917/0,360	1,114/0,269	-1,653/0,100
Medeni Durumu						
Evli	2,12±0,56	2,25±0,47	2,36±0,47	2,34±0,30	2,23±0,62	2,26±0,34
Bekar	2,09±0,56	2,16±0,51	2,30±0,49	2,21±0,30	2,29±0,76	2,20±0,34
t/p	0,447/0,655	1,517/0,130	1,038/0,300	3,457/0,001*	-0,665/0,507	1,540/0,125
Eğitim Durumu						
Lise/Ön lisans	2,18±0,49a	2,21±0,48	2,43±0,43	2,23±0,30	2,27±0,72	2,27±0,31a
Lisans	2,12±0,57a	2,23±0,49	2,31±0,49	2,32±0,30a	2,26±0,66	2,24±0,35a
Lisansüstü	1,69±0,60b	1,99±0,48	2,25±0,46	2,07±0,36b	1,96±0,72	1,99±0,37b
F/p	4,672/0,010*	1,651/0,194	1,791/0,169	5,996/0,003*	1,308/0,272	3,913/0,021*
Meslek Çalışma Süresi						
1 Yıdan Az	2,18±0,40	2,14±0,45	2,36±0,41	2,38±0,32	2,42±0,82	2,27±0,28
1-5 Yıl	2,20±0,54	2,29±0,49	2,39±0,46	2,25±0,33	2,32±0,68	2,29±0,32
6-10 Yıl	1,89±0,53	2,16±0,56	2,37±0,49	2,28±0,30	2,07±0,71	2,16±0,36
11-15 Yıl	2,12±0,60	2,18±0,49	2,26±0,49	2,32±0,32	2,20±0,67	2,21±0,34
16-20 Yıl	2,18±0,65	2,15±0,43	2,33±0,53	2,32±0,28	2,27±0,75	2,25±0,40
20 Yıl Üstü	2,11±0,54	2,24±0,47	2,34±0,48	2,28±0,29	2,28±0,64	2,24±0,34
F/p	1,526/0,182	0,556/0,734	0,445/0,817	0,556/0,734	0,862/0,507	0,659/0,655
Çalıştığı Bölüm						
Cerrahi	2,09±0,53	2,07±0,49b	2,23±0,40b	2,27±0,24	2,28±0,76	2,17±0,29b
Dahili	2,03±0,67	2,17±0,50b	2,16±0,50b	2,41±0,26a	2,22±0,61	2,19±0,39b
Acil Servis	1,98±0,53	2,14±0,50b	2,32±0,50b	2,32±0,29	2,16±0,67	2,18±0,33b
Ameliyathane	2,29±0,46	2,61±0,46a	2,74±0,35a	2,38±0,25a	2,38±0,79	2,50±0,33a
Poliklinikler	2,16±0,43	2,18±0,36b	2,36±0,35b	2,26±0,26	2,29±0,63	2,24±0,25
YBÜ	2,19±0,51	2,35±0,44	2,46±0,50	2,16±0,34b	2,24±0,65	2,29±0,32
Diğer	2,09±0,64	2,07±0,48b	2,28±0,47b	2,21±0,41	2,24±0,75	2,17±0,35b
F/p	1,090/0,369	5,033/0,000*	5,731/0,000*	4,061/0,001*	0,294/0,939	3,642/0,002*
Bölümde Çalışma Süresi						
1 yıldan az	2,12±0,54	2,19±0,46	2,28±0,47	2,23±0,33	2,29±0,65	2,21±0,30
1-5 yıl	2,13±0,58	2,25±0,51	2,39±0,48	2,28±0,33	2,26±0,72	2,26±0,35
6-10 yıl	2,12±0,47	2,25±0,46	2,36±0,41	2,34±0,30	2,19±0,62	2,26±0,31
11-15 yıl	2,10±0,6	2,12±0,48	2,20±0,46	2,29±0,24	2,11±0,71	2,17±0,37
16 yıl ve üstü	1,99±0,69	2,12±0,51	2,38±0,64	2,33±0,25	2,43±0,70	2,22±0,43
F/p	0,281/0,890	0,774/0,543	1,111/0,352	0,995/0,411	0,870/0,482	0,564/0,689
Çalışma Şekli						
Gündüz	2,10±0,54	2,18±0,45	2,34±0,43	2,31±0,30	2,25±0,63	2,23±0,32
Gece	2,33±0,61	2,38±0,62	2,57±0,63	2,16±0,39	2,50±0,85	2,38±0,44
Gündüz/Gece	2,10±0,57	2,22±0,50	2,33±0,49	2,29±0,31	2,24±0,68	2,23±0,35
Diğer	2,18±0,43	2,17±0,37	2,35±0,38	2,28±0,14	2,20±0,89	2,24±0,27
F/p	0,628/0,597	0,524/0,666	0,800/0,495	0,640/0,590	0,477/0,699	0,605/0,612
Haftalık Çalışma süresi						
40 ve altı	2,08±0,59	2,11±0,46b	2,22±0,47b	2,36±0,32a	2,27±0,65	2,19±0,34
41-60	2,12±0,52	2,25±0,48	2,39±0,44a	2,27±0,29	2,27±0,65	2,26±0,34
60 ve üzeri	2,13±0,59	2,29±0,51a	2,40±0,53	2,24±0,31b	2,18±0,76	2,26±0,35
F/p	0,239/0,787	3,183/0,043*	3,822/0,023*	3,154/0,044*	0,439/0,645	1,156/0,316
Mesleği isteyerek seçme durumu						
Evet	2,05±0,57	2,21±0,48	2,32±0,48	2,30±0,30	2,19±0,68	2,21±0,35
Hayır	2,24±0,52	2,23±0,50	2,38±0,48	2,26±0,32	2,40±0,67	2,29±0,32
t/p	-2,551/0,011*	-0,366/0,715	-0,860/0,391	0,937/0,350	-2,338/0,020*	-1,606/0,109

a, b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: $p < 0,05$

Araştırmada yaş, meslekte çalışma süresi, çalışma şekli durumları arasında OBTÖ ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Cinsiyet, medeni durum, bölümde çalışma süresi, çalışma şekli, mesleği isteyerek seçme arasında OBTÖ ile anlamlı bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) olup alt boyutlarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Yoo ve ark.'nın (2017) Güney Kore'de hastanesinde çalışan 191 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, klinik çalışma süresi, medeni durumu, eğitim durumu, pozisyonu çalıştığı bölüm ile OB tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [171]. Kapil ve Anoopjit'nin (2020) çalışmasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş deneyimi ve eğitim kurumu ile bildirim tutum arasında ilişki bulunmamıştır [146]. Bu sonuçlarından farklı olarak Kusumawati ve ark.'nın (2019) çalışmasında yaş, öz yeterlik, çalışma süresi ve OB tutumu anlamlı olduğunu tespit etmiştir. Chen ve ark.'nın (2018) çalışmasında hemşirelerin OB niyetleri ile yaş değişkeni arasında pozitif bir korelasyon olduğunu vurgulamıştır [172].

Araştırmada cinsiyetler arasında OB kriterleri, meslektaş beklentisi alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Buna göre, erkeklerde olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksek yani daha olumsuzdur. Bu sonuçlara benzer olarak Keleş'in (2021) çalışmasında meslektaş beklentisi boyutu, erkek çalışanların kadınlara göre daha olumsuz ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir [14]. Carandang ve ark.'nın (2015) çalışmasında katılımcılardan kadınların OB tutumlarının anlamlı olmasa da erkeklere göre daha olumlu olduğunu ifade etmiştir [173]. Araştırma sonuçlarına göre kadın hemşirelerin OB'de meslektaş beklentileri ve olay bildirim kriterlerini bilme durumları erkek hemşirelere göre yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada medeni durumlar arasında OB faydası alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Buna göre, evlilerde olay bildiriminin faydası alt boyut puanı bekarlara göre daha yüksek yani daha olumsuzdur.

Araştırmada eğitim durumları arasında OBTÖ ve suçlama, olay bildiriminin faydası alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, lisans ve altı mezunu olanlarda OBTÖ ve suçlama alt boyut puanı lisansüstü mezunu olanlara göre daha yüksek iken lisans mezunu olanlarda OB faydası alt boyut puanı lisansüstü mezunu olanlara göre daha yüksektir yani olumsuzdur. Bu

sonuçlarından farklı olarak Keleş'in (2021) çalışmasından katılımcıların eğitim düzeylerine göre OB kriterleri boyutunda lisans mezunu çalışanların ön lisans, yüksek lisans mezunlarına olanlara göre; OB prosedürlerinin anlaşılabilirliğinde ise ön lisans mezunlarına göre lisans, yüksek lisans mezunlarının daha olumsuz bir tutum ortalamaya sahip olduğu bildirmiştir [14]. Chen ve ark.'nın (2018) çalışmasında lisansüstü eğitimi bulunan hemşirelerin OB yapma niyetinin lisans derecesine olan hemşirelere göre daha fazla olduğunu ve yüksek eğitim düzeyine sahip yöneticilerin ve personelin tıbbi olayları bildirmeye daha istekli olduğunu belirtmiştir [172]. Araştırma sonuçları literatüre paralel olarak hemşirelerin eğitim düzeyinin artması OB tutumlarını olumlu düzeyde etkilediğini düşündürmektedir

Araştırmada çalışılan bölümler arasında OBTO ve olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, OB faydası alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). (Tablo 4.8). Buna göre, ameliyathanede çalışanların OBTO ve OB kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildiriminin faydası alt boyut puanı genellikle diğer bölümlere göre yüksek yani daha olumsuzdur. Araştırmaya göre bu durum ameliyathanede çalışanların OB eğitimi alma ve istenmeyen olaylara tanık/dahil olma durumlarının diğer birimlere göre daha düşük olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada haftalık çalışma süreleri arasında OB kriterleri, meslektaş beklentisi, OB faydası alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Buna göre, haftada 40 saat ve üzeri çalışanların olay bildirim kriterleri alt boyut puanı 40 ve altı olanlara göre daha yüksek iken haftada 40-60 saat çalışanların meslektaş beklentisi alt boyut puanı 40 ve altı olanlara göre ve 40 ve altı saat çalışanların olay bildiriminin faydası alt boyut puanı 60 ve üzeri olanlara göre daha yüksektir yani daha olumsuzdur. Araştırmaya göre, haftalık çalışma saati arttıkça meslektaş beklentileri ve olay bildirim kriterlerinin arttığı, haftalık çalışma saati azaldıkça OB faydaları konusunda algılarının azaldığı söylenebilir. Hemşirelerin çalışma saatlerinin uzun olması, kronik yorgunluk ve tükenmişlik için risk oluşturabileceği buna bağlı olarak hata yapma olasılığını arttırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada mesleği isteyerek seçme durumları arasında suçlama, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Buna göre, mesleği isteyerek

seçmeyenlerin suçlama, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı isteyerek seçenlere göre daha yüksektir yani daha olumsuzdur. Bu sonuç mesleğini isteyerek seçenlerin, isteyerek seçmeyenlere göre OB'ye yönelik suçlama ve olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği durumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Bu durum hemşirelik mesleğini severek yapanların mesleğe ilişkin zorluklar ile baş edebilmelerinde de daha başarılı oldukları, rol ve sorumluluklarına daha fazla bağlandıklarını düşündürmektedir.

Tablo 4.9. Olay bildirim tutum ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Suçlama	Olay bildirim kriterleri	Meslektaş beklentisi	Olay bildirim faydası	Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği	Olay bildirim tutum ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Bugüne kadar olay bildirim ile ilgili eğitim alma						
Evet	1,89±0,59	2,06±0,42	2,18±0,46	2,29±0,30	1,94±0,66	2,09±0,33
Hayır	2,28±0,46	2,34±0,50	2,46±0,45	2,28±0,31	2,50±0,59	2,36±0,31
t/p	-5,853/0,000*	-4,878/0,000*	-4,973/0,000*	0,334/0,739	-7,137/0,000*	-6,887/0,000*
Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dâhil olma						
Evet	2,07±0,60	2,23±0,50	2,34±0,54	2,23±0,27	2,17±0,71	2,21±0,37
Hayır	2,13±0,53	2,21±0,48	2,34±0,44	2,33±0,32	2,30±0,66	2,25±0,33
t/p	-0,899/0,369	0,300/0,764	-0,22/0,983	-2,686/0,008*	-1,532/0,127	-0,938/0,350
Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu						
Evet	1,76±0,62	2,00±0,42	2,01±0,37	2,26±0,28	1,79±0,53	1,98±0,30
Hayır	2,26±0,52	2,37±0,50	2,54±0,52	2,21±0,27	2,40±0,71	2,35±0,33
t/p	-4,353/0,000*	-4,064/0,000*	-6,000/0,000*	0,992/0,324	-4,902/0,000*	-5,744/0,000*
Hastanede olay bildirim sistemi varlığı						
Evet	2,01±0,55	2,15±0,45	2,27±0,45	2,29±0,30	2,12±0,65	2,17±0,32
Hayır	2,54±0,37	2,52±0,52	2,67±0,44	2,30±0,32	2,84±0,49	2,54±0,26
t/p	-7,980/0,000*	-4,961/0,000*	-5,623/0,000*	-0,302/0,763	-7,313/0,000*	-8,766/0,000*
Olay bildirim nasıl yapılacağını bilme durumu						
Evet	1,93±0,57	2,07±0,41	2,19±0,44	2,29±0,28	1,91±0,57	2,10±0,31
Hayır	2,33±0,46	2,39±0,52	2,53±0,46	2,28±0,34	2,67±0,57	2,41±0,30
t/p	-6,447/0,000*	-5,442/0,000*	-6,146/0,000*	0,224/0,823	-10,637/0,000*	-8,305/0,000*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Araştırmada olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumları arasında OBTO ve suçlama,meslektaş beklentisi, olay bildirim kriterleri, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır (p<0,05) (Tablo 4.9). Buna göre OB ile ilgili eğitim almayanların OBTO ve suçlama, meslektaş beklentisi, olay bildirim kriterleri, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı eğitim alanlara göre daha yüksektir yani daha olumsuzdur. Keleş'in (2021) çalışmasında olay bildirim eğitimi almayanların çalışanlardan olay bildirim kriterleri, suçlama ve meslektaş beklentisi boyutunda bu eğitimi alanlara göre

daha yüksek, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutu ise daha düşük bir ortalama puana sahip olduğu saptanmıştır [14]. Chen ve ark. (2018) çalışmasında hasta güvenliğini etkileyen konuların bildirilmesine yönelik farkındalığın ve olumlu tutumlarının, öncelikle eğitim ve öğretim yoluyla, ardından yöneticilerin kültürel etkileri ve hemşirelerin deneyimleri yoluyla güçlendirilebileceğini belirtmiştir. Literatürde hasta güvenliği ve tıbbi olay yönetimlerinin eğitimleri hemşirelerin tutum ve davranışlarında olumlu katkı sağladığı ve OB sayısının artışında bu eğitimlerin katkısının bulunduğunu belirten çalışmalara rastlanmıştır [174], [175]. Bu bulgular çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Araştırmada meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dahil olma durumları arasında OB faydası alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Buna göre, meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dahil olmayanların olay bildiriminin faydası alt boyut puanı tanık/dahil olanlara göre daha yüksektir yani daha olumsuzdur. Keleş'in (2021) çalışmasında katılımcıların istenmeyen olaya tanık olma durumlarına göre bakıldığında, çalışanlardan OB' ye tanık olanların olay bildirim kriterleri ve meslektaş beklentisi boyutunda bir olaya tanık olmayanlara göre daha olumlu; olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda ise daha olumsuz bir ortalama puana sahip olduğu belirtilmiştir [14]. Araştırmada bir olaya tanık/dahil olanlarda OB konusunda bir farkındalık olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumları arasında OB TÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Buna göre, hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunmayanlarda OB TÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı bildirimde bulunanlara göre daha yüksektir yani daha olumsuzdur. Keleş'in (2021) çalışmasında katılımcılardan istenmeyen olayları bildirdiklerini belirtenlerin, suçlama/ayıplama, meslektaş beklentisi, olay bildirim kriterleri boyutlarının daha olumlu, olay bildirim prosedürleri boyutunun daha olumsuz olduğu saptanmıştır [14]. Carandang (2015) çalışmasında ilaç hatası bildiriminde bulunan çalışanların tekrar OB eğilimleri oldukları, OB'da olumsuz tutum gösterenlerin ise ilaç hatalarını bildirmeme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [173]. Chen ve ark.'nın (2017)

hemşirelerin bildirimde bulunma niyeti ile bildirim konusundaki tutumu ve farkındalıkları arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu tespit etmiştir [172]. Endega ve ark.'nın (2016) OB'nin hastalara yardımcı olabileceğine inanan hemşirelerin, buna inanmayanlara göre olayları bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir [97]. Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin OB'de bulunmuş olması olay bildirim tutumları üzerinde olumlu etki sağladığını göstermektedir. Literatürde hemşirelerin olumlu tutumlara ve bildirimde bulunmaya yüksek istekliliğe sahip olması OB'yi artırmaya yönelik stratejilerin başarılı olma olasılığını artırdığını öne süren çalışmalarla karşılaşılmıştır [121], [176].

Araştırmada hastanede OBS varlığı durumları arasında OBTÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği, meslektaş beklentisi alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Buna göre, hastanede OBS olmayanlarda OBTÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı olanlaragöre daha yüksektir. Zhao ve ark.'nın (2022) çalışmasında istenemeyen olaylara karşı farkındalığın hemşirelerin istenmeyen olayları bildirme niyetiyle pozitif olarak ilişkili bulunmuştur [170]. Chen ve ark.'nın (2018) çalışmasında OB niyetleri ile OB farkındalıkları arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir [172]. Litertürlerle paralel olarak araştırmada hemşirelerin OB farkındalıklarının olması OB tutumları üzerinde olumlu yönde etki sağladığını göstermektedir.

Araştırmada olay bildirim nasıl yapılacağını bilme durumları arasında OBTÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, OB prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.9). Buna göre, OB'yi nasıl yapılacağını bilmeyenlerde OBTÖ ve suçlama, olay bildirim kriterleri, meslektaş beklentisi, olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyut puanı bilenlere göre daha yüksektir. Araştırmamıza göre, hemşirelerin OB kullanım bilgisinin olması OB tutumları hakkında olumlu yönde etki sağladığını göstermektedir.

Tablo 4.10. Güvenlik tutum ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Ekip çalışması iklimi	Güvenlik iklimi	İş doyumu	Stresin kabulü	Yönetime ilişkin algılar	Çalışma koşulları	Güvenlik tutum ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş							
20-29 Arası	3,63±0,68	3,52±0,72	3,41±0,97	3,59±0,62	3,42±0,84	3,11±0,85	3,47±0,57
30-39 Arası	3,55±0,60	3,49±0,65	3,45±0,82	3,58±0,68	3,44±0,80	3,03±0,69	3,44±0,43
40-49 Arası	3,59±0,67	3,46±0,63	3,43±0,79	3,47±0,63	3,40±0,61	3,18±0,67	3,44±0,50
50-59 Arası	3,34±0,57	3,16±0,48	3,45±0,85	3,63±0,47	3,20±0,69	3,00±0,76	3,31±0,44
F/p	0,837/0,474	1,318/0,269	0,027/0,994	0,783/0,504	0,440/0,725	0,660/0,578	0,442/0,723
Cinsiyet							
Kadın	3,58±0,67	3,48±0,65	3,41±0,86	3,52±0,59	3,38±0,72	3,08±0,74	3,43±0,50
Erkek	3,57±0,59	3,45±0,70	3,51±0,82	3,63±0,78	3,50±0,81	3,24±0,73	3,49±0,49
t/p	0,099/0,921	0,293/0,770	-0,752/0,453	-0,917/0,362	-1,023/0,307	-1,399/0,163	-0,748/0,455
Medeni Durumu							
Evli	3,57±0,62	3,49±0,63	3,49±0,77	3,52±0,65	3,43±0,65	3,15±0,63	3,46±0,46
Bekar	3,59±0,71	3,45±0,69	3,34±0,96	3,58±0,61	3,36±0,85	3,04±0,88	3,42±0,56
t/p	-0,149/0,882	0,495/0,621	1,345/0,180	-0,817/0,415	0,692/0,490	1,149/0,252	0,689/0,491
Eğitim Durumu							
Lise/Ön lisans	3,54±0,76	3,32±0,72	3,26±0,92	3,57±0,56	3,35±0,74	3,16±0,82	3,38±0,60
Lisans	3,57±0,61	3,51±0,62	3,47±0,83	3,53±0,66	3,39±0,73	3,06±0,68	3,45±0,45
Lisansüstü	3,85±0,64	3,69±0,76	3,70±0,77	3,57±0,65	3,79±0,77	3,46±0,97	3,68±0,58
F/p	1,307/0,272	2,801/0,063	2,294/0,103	0,102/0,903	2,099/0,125	2,188/0,114	2,206/0,112
Meslek Çalışma Süresi							
1 Yıdan Az	3,71±0,70	3,68±0,65	3,43±1,24	3,77±0,41	3,78±0,84	3,13±1,14	3,59±0,62
1-5 Yıl	3,54±0,63	3,47±0,63	3,41±0,87	3,61±0,56	3,40±0,82	3,11±0,77	3,44±0,49
6-10 Yıl	3,61±0,66	3,59±0,69	3,45±0,80	3,62±0,69	3,38±0,87	3,03±0,76	3,48±0,51
11-15 Yıl	3,58±0,62	3,41±0,76	3,37±0,91	3,42±0,66	3,34±0,72	3,01±0,70	3,38±0,52
16-20 Yıl	3,55±0,82	3,43±0,77	3,44±0,91	3,43±0,97	3,59±0,73	3,17±0,87	3,44±0,62
20 Yıl Üstü	3,58±0,64	3,43±0,57	3,46±0,77	3,53±0,54	3,36±0,61	3,18±0,63	3,44±0,46
F/p	0,159/0,977	0,624/0,682	0,089/0,994	1,053/0,387	1,061/0,383	0,474/0,795	0,412/0,840
Çalıştığı Bölüm							
Cerrahi	3,64±0,68	3,65±0,64a	3,45±1,06	3,72±0,59a	3,47±0,82	3,06±0,84	3,53±0,49
Dahili	3,64±0,66	3,61±0,61a	3,45±0,73	3,61±0,50	3,36±0,72	3,09±0,80	3,50±0,46
Acil Servis	3,72±0,59a	3,57±0,74	3,43±0,87	3,28±0,87b	3,23±0,91	3,21±0,74	3,44±0,50
Ameliyathane	3,18±0,68b	3,14±0,70b	3,22±0,75	3,37±0,55	3,16±0,71b	3,04±0,71	3,19±0,59
Poliklinikler	3,56±0,59	3,33±0,54	3,40±0,86	3,69±0,43	3,24±0,67	3,09±0,68	3,41±0,43
YBÜ	3,66±0,63	3,45±0,66	3,57±0,83	3,49±0,60	3,67±0,71a	3,25±0,71	3,51±0,54
Diğer	3,45±0,65	3,34±0,64	3,37±0,90	3,48±0,81	3,54±0,47	2,96±0,59	3,36±0,49
F/p	2,359/0,031*	2,727/0,014*	0,498/0,810	2,310/0,034*	2,337/0,032*	0,655/0,686	1,751/0,110
Bölümde Çalışma Süresi							
1 Yıdan Az	3,63±0,67	3,57±0,59	3,48±0,96	3,62±0,55	3,60±0,76	3,15±0,82	3,52±0,48
1-5 Yıl	3,52±0,68	3,44±0,68	3,39±0,82	3,48±0,71	3,30±0,79	3,05±0,79	3,39±0,52
6-10 Yıl	3,56±0,61	3,46±0,65	3,36±0,81	3,54±0,67	3,39±0,66	3,07±0,61	3,42±0,50
11-15 Yıl	3,70±0,59	3,53±0,60	3,51±0,88	3,51±0,40	3,48±0,59	3,16±0,67	3,50±0,46
16 yıl ve üstü	3,64±0,68	3,33±0,78	3,59±0,85	3,68±0,55	3,39±0,71	3,32±0,68	3,50±0,51
F/p	0,561/0,691	0,674/0,610	0,447/0,775	0,733/0,570	1,538/0,192	0,695/0,596	0,811/0,519
Çalışma Şekli							
Gündüz	3,62±0,61	3,45±0,63	3,38±0,92	3,54±0,54	3,48±0,70	3,13±0,73	3,45±0,46
Gece	3,63±0,59	3,30±0,75	3,34±0,90	3,62±0,35	3,50±0,92	3,03±1,02	3,41±0,51
Gündüz/gece	3,57±0,66	3,49±0,65	3,45±0,82	3,53±0,67	3,39±0,74	3,12±0,72	3,45±0,50
Diğer	3,42±0,88	3,46±0,95	3,38±1,12	3,66±0,67	3,07±0,75	2,85±0,83	3,35±0,75
F/p	0,323/0,809	0,275/0,843	0,149/0,930	0,191/0,903	0,967/0,409	0,484/0,693	0,134/0,940
Haftalık Çalışma süresi							
40 ve altı	3,47±0,64	3,41±0,67	3,32±0,94	3,53±0,59	3,42±0,69	3,05±0,74	3,38±0,51
41-60	3,64±0,68	3,54±0,63	3,48±0,78	3,58±0,62	3,41±0,69	3,13±0,73	3,49±0,50
60 ve üzeri	3,62±0,61	3,43±0,69	3,48±0,86	3,49±0,69	3,38±0,87	3,15±0,75	3,44±0,51
F/p	1,808/0,166	1,093/0,337	1,006/0,367	0,460/0,632	0,065/0,937	0,382/0,683	1,112/0,331
Mesleği isteyerek seçme durumu							
Evet	3,66±0,63	3,54±0,64	3,60±0,84	3,54±0,63	3,48±0,77	3,21±0,73	3,52±0,50
Hayır	3,38±0,67	3,31±0,66	3,03±0,74	3,55±0,64	3,24±0,64	2,88±0,71	3,25±0,46
t/p	3,216/0,001*	2,696/0,007*	5,296/0,000*	-0,142/0,887	2,628/0,009*	3,316/0,001*	4,148/0,000*

a, b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: p<0,05

Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma şekli, haftalık çalışma, meslekte çalışma ve bölümde çalışma süresi durumları arasında güvenlik tutum

ölçek ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çalıştığı bölüm arasında GTÖ ile anlamlı bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) olup alt boyutlarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır [177], [130]. Bu sonuçlara benzer şekilde İşler ve ark.'nın (2022) çalışmasında güvenlik tutumu ile cinsiyet, medeni durum ve çalıştığı kurum arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde güvenlik tutumları algılarının medeni duruma göre farklılık oluşturmadığı sonucunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır [126], [133]. Jang ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hasta güvenlik tutumları ile haftalık çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı [178], Söğüt ve ark.'nın (2019) çalışmasında hasta GTÖ ile çalışanların yaşı, meslekte ve ameliyathane de çalışma yılı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını [131], Bahar'ın (2018) çalışmasında hemşirelerin hasta güvenliği tutum ölçeği ile yaş, mesleki deneyimleri ve haftalık çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede farkın olmadığını belirtmiştir [129]. Araştırma sonuçlarından farklı olarak Özer ve ark.'nın (2019) hemşirelerin hasta güvenlik tutumlarının belirlendiği bir çalışmada kadınların erkeklere göre ekip çalışması, iş doyumunu, yönetim anlayışı ve güvenlik iklimi boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha olumlu olduğu belirtilmiştir [133]. Güven ve ark.'nın (2022) çalışmasında haftalık çalışma süresinin güvenlik iklimi, iş doyumunu üzerinde etkili olduğu belirlemiştir [122].

Araştırmada çalışılan bölümler arasında güvenlik iklimi, ekip çalışması iklimi, yönetime ilişkin algılar ve stresin kabulü alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Buna göre, acil serviste çalışanların ekip çalışması iklimi alt boyut puanı ameliyathanede çalışanlara göre daha yüksek iken cerrahi ve dahili bölümünde çalışanların güvenlik iklimi ameliyathanede çalışanlara göre, cerrahi bölümlerde çalışanların stresin kabulü alt boyut puanı acil serviste çalışanlara göre ve YBÜ de çalışanların yönetime ilişkin algılar alt boyut puanı ameliyathanede çalışanlara göre daha yüksektir.

Araştırmada acil serviste çalışanların ekip çalışması iklimi açısından ameliyathanede çalışanlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlardan farklı olarak Bahar'ın (2018) çalışmasında ameliyathanede çalışan hemşirelerin ekip çalışması açısından yoğun bakım ve cerrahi servis hemşirelerine göre puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir [129]. Barluk'un (2019) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları

birimler ile ekip çalışması alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Acil serviste diğer alanlara göre ekip çalışmalarının, hasta çıktılarının ve iş doyumlarının daha iyi olduğu düşünülmektedir [177]. Araştırmada acil serviste çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğinin sağlanmasında yönetim ve sorumlunun destek sağladıkları ifade edilebilir. Hastanede tüm birimler için, iyi bir ekip çalışmasının oluşturulması hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada cerrahi ve dahili bölümde çalışanların güvenlik iklimi ameliyathanede çalışanlara göre daha olumlu bulunmuştur. Hwang'ın (2015) çalışmasında cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin güvenlik iklimi açısından yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre ortalamaları yüksek olduğu belirtilmiştir [179]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Bahar'ın (2018) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin güvenlik iklimi açısından yoğun bakım ve cerrahi servisteki hemşirelerin daha yüksek puana sahip olduğu ifade edilmiştir [129]. Barluk'un (2019) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile güvenlik iklimi boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptamıştır. [177]. Çalışmada cerrahi ve dahili birimlerde hasta güvenliğine yönelik kuralların dikkate alınma durumlarının diğer birimde çalışanlara göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Araştırmada yoğun bakımda çalışanların yönetime ilişkin algılar alt boyut puanı ameliyathanede çalışanlara göre daha olumlu olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Vlayen ve ark. 'nin (2015) yaptıkları çalışmada acil servis ve yoğun bakımda çalışanların yönetim anlayışı boyut puanlarının ameliyathanede çalışanlara göre daha yüksek olduğu [180], Barluk'un (2019) ameliyathanede çalışan hemşirelerin ortalamaları yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ortalamasından daha düşük olduğu belirtilmiştir [170]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Bahar'ın (2018) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin yönetim anlayışı boyutu açısından puanı, cerrahi serviste çalışan hemşirelerin puanının yüksek olduğu belirtilmiştir [129].

Araştırmada cerrahi bölümlerde çalışanların stresin kabulü alt boyut puanı acil serviste çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlardan farklı olarak Karahan ve ark.'nın (2021) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stresi tanımlama boyut puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu belirlemiştir [124]. Barluk'un (2019) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile stresin kabulü boyutu ortalaması arasında anlamlı farkın olmadığını saptamıştır [177]. Literatür incelendiğinde araştırmalarda genellikle güvenlik tutumu çalışılan bölümlere yönelik karşılaştırmalarının yapılmadığı veya daha çok tek bir bölümde çalışan hemşireler

(örneğin, cerrahi birimde çalışan, acil serviste çalışan hemşireler gibi) üzerinden çalışma yapılan çalışmalara rastlanılmıştır [130]. Buna göre cerrahi serviste çalışan hemşirelerin çeşitli ve riskli tanı almış hastalara bakım vermesi, hastalardan farklı olarak hasta yakını ve diğer bölümler ile iletişim kurması, yüksek bilgi ve beceri gerektirmesi gereken birim olmasından ötürü hemşirelerin stres faktöründen etkilenmesi olağandır.

Araştırmada mesleği isteyerek seçme durumları arasında GTÖ ve güvenlik iklimi, iş doyumunu, ekip çalışması iklimi, çalışma koşulları, yönetime ilişkin algılar boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Mesleği isteyerek seçme durumları stresin kabulü boyutuyla anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.10). Buna göre, mesleği isteyerek seçenlerin güvenlik tutum ölçeği ve ekip çalışması iklimi, iş doyumunu, güvenlik iklimi, çalışma koşulları, yönetime ilişkin algılar boyut puanları isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksektir. Literatürde araştırma sonuçlarımızı destekler nitelikte çalışmalarla karşılaşılmıştır [177]. Bu sonuçlardan farklı olarak mesleğini isteyerek seçme durumları ile hasta güvenliği tutum ve boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar bulunmaktadır [14], [131]. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olanların, işlerini severek yapmalarını, meslek uyumu artırmasını ve hemşirelerin hem fiziksel hem ruhsal olarak olumlu etkilendiğini gösteren çalışmalara rastlanılmıştır [181]. Mesleklerini isteyerek seçenlerin mesleklerini severek yaptıkları, kurum ve meslektaşlarıyla uyumlu davranışlar gösterdikleri, olumlu mesleki ilişkiler kurdukları, yüksek iş doyumunu sergileyecekleri dolayısıyla da çalışma ortamlarına ait değişkenleri olumlu algıladıkları düşünülmektedir.

Tablo 4.11. Güvenlik tutum ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Ekip çalışması iklimi	Güvenlik iklimi	İş doyumu	Stresin kabulü	Yönetime ilişkin algılar	Çalışma koşulları	Güvenlik tutum ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Bugüne kadar olay bildirimle ilgili eğitim alma							
Evet	3,77±0,61	3,71±0,63	3,68±0,81	3,52±0,71	3,44±0,75	3,22±0,70	3,59±0,48
Hayır	3,42±0,65	3,28±0,61	3,23±0,84	3,56±0,56	3,38±0,73	3,02±0,75	3,32±0,49
t/p	4,399/0,000*	5,660/0,000*	4,388/0,000*	-0,476/0,635	0,614/0,540	2,268/0,024*	4,531/0,000*
Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/ dâhil olma							
Evet	3,64±0,54	3,48±0,66	3,53±0,83	3,66±0,54	3,46±0,68	3,15±0,74	3,51±0,47
Hayır	3,54±0,72	3,47±0,66	3,37±0,86	3,46±0,67	3,37±0,77	3,08±0,74	3,40±0,52
t/p	1,393/0,165	0,109/0,914	1,555/0,121	2,481/0,014*	1,037/0,301	0,775/0,439	1,637/0,103
Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu							
Evet	3,79±0,51	3,76±0,53	3,76±0,85	3,65±0,65	3,50±0,66	3,14±0,79	3,64±0,45
Hayır	3,56±0,54	3,30±0,67	3,39±0,80	3,67±0,48	3,44±0,70	3,16±0,71	3,42±0,46
t/p	2,130/0,036*	3,664/0,000*	2,247/0,027*	-0,129/0,897	0,380/0,705	-0,127/0,899	2,326/0,022*
Hastanede olay bildirim sistemi varlığı							
Evet	3,65±0,62	3,56±0,64	3,53±0,82	3,53±0,64	3,46±0,73	3,16±0,73	3,50±0,48
Hayır	3,26±0,71	3,05±0,58	3,00±0,87	3,58±0,57	3,15±0,69	2,90±0,74	3,16±0,51
t/p	3,869/0,000*	5,090/0,000*	3,932/0,262	-0,413/0,680	2,717/0,007*	2,230/0,027*	4,439/0,000*
Olay bildirimini nasıl yapacağını bilme durumu							
Evet	3,81±0,55	3,75±0,58	3,65±0,83	3,53±0,70	3,53±0,76	3,24±0,75	3,62±0,45
Hayır	3,30±0,66	3,13±0,58	3,15±0,80	3,56±0,54	3,25±0,68	2,95±0,70	3,23±0,48
t/p	6,827/0,000*	8,684/0,000*	4,935/0,000*	-0,357/0,721	3,134/0,002*	3,221/0,001*	6,845/0,000*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*: $p<0,05$

Araştırmada bugüne kadar olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumları arasında güvenlik tutum ölçeği ve ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, çalışma koşulları alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer stresin kabulü ve yönetime ilgili algılar boyutları ile anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11). Buna göre, olay bildirim ile ilgili eğitim alanların GTÖ ve ekip çalışması iklimi, güvenlik iklimi, iş doyumu, çalışma koşulları alt boyut puanı eğitim almayanlara göre daha yüksektir. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Wake ve ark.'nın (2021) çalışmasında hasta güvenliği husunda bilgi sahibi olma ve eğitim alma etmenlerinin hasta güvenliği tutumu ile anlamlı ilişkisinin olduğunu saptanmıştır [182]. Aydemir'in (2015) çalışmasında, hasta güvenliği eğitimi almış olan hemşirelerin çalışma koşulları ve stresin kabulü boyutları haricinde diğer tüm alt boyutlarında daha olumlu bir güvenlik tutuma sahip olduğu ifade etmiştir [183]. Bu sonuçlarından farklı olarak Durgun ve Kaya'nın (2018) yaptıkları çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları ile kalite ve hasta güvenliği eğitimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir [184]. Keleş'nin (2021) çalışmasında iş doyumu ve yönetime ilişkin algılar boyutları hariç, güvenlik tutumu açısından OB eğitimi almış olanlar arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını belirtmiştir. Keleş çalışmasına göre OB eğitimi aldığını belirten

çalışanların yönetime ilişkin algı tutumunun daha olumlu, iş doyum tutumlarının daha olumsuz olduğu ifade etmiştir [14].

Araştırmada meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olma durumları arasında stresin kabulü alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Buna göre, meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olanların stresin kabulü alt boyut puanı tanık olmayanlara göre daha yüksektir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Barluk'un (2019) çalışmasında hemşirelerin tıbbi uygulama hatası ile karşılaşma durumu ile hasta güvenliği tutum ölçeği toplam ve alt boyutları ortalama puanları arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır [177]. Keleş'in (2021) çalışmasında GTÖ güvenlik iklimi, yönetime ilişkin algılar ve iş doyum boyutların da, çalışanların istenmeyen olaya dahil olup olmama durumlarına göre anlamlı fark bulunmuştur [14]. Gök'ün (2015) çalışmasında pediatri hemşirelerine göre ilaç hata nedenleri incelendiğinde hemşire başına düşen hasta sayısının yüksek olması, yorgunluk ve iş yoğunluğu gibi nedenlerden kaynaklı olduğunu belirtilmiştir [185].

Araştırmada hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumları arasında GTÖ ve ekip çalışması iklimi, iş doyum, güvenlik iklimi alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). (Tablo 4.11). Buna göre, hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunanlarda GTÖ ve ekip çalışması iklimi, iş doyum, güvenlik iklimi alt boyut puanı bildirimde bulunmayanlara göre daha yüksektir. Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Bayer ve Çevik (2019) çalışmalarında hemşirelerin güvenlik tutumları iş doyum, güvenlik iklimi, ekip çalışması ve yönetim anlayışı boyutları ile beklenmedik olay ve bildirim, arasında olumlu ve güçlü bir ilişki olduğunu saptamıştır [186]. Usta'nın (2018) ameliyathane hemşireleri ile yaptıkları GRS'nin etkin kullananların kullanmayanlara göre güvenlik tutum puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur [187]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Barluk 'un (2019) çalışmasında hemşirelerin son bir yılda hasta güvenliği olay bildirimini yapma ile hasta güvenliği tutumu ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptamıştır [177]. Çalışmada OB bulunduğunu ifade eden çalışanların ekip çalışma iklimi tutumunun diğer boyutlara göre daha olumlu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hastanede OBS varlığı durumları arasında güvenlik tutum ölçeği ve ekip çalışması iklimi, yönetime ilişkin algılar, güvenlik iklimi, çalışma koşulları alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$)

(Tablo 4.11). Buna göre, hastanede OBS olanlarda GTÖ ve güvenlik iklimi, çalışma koşulları, yönetime ilişkin algılar, ekip çalışması iklimi alt boyut puanı hastanede OBS olmayanlara göre daha yüksektir. Çalışmaya benzer şekilde Altındış'ın (2010) çalışmasında OBS varlığı ve yokluğuna bağlı olarak hasta güvenliğine ilişkin algılama durumunun değiştiğini, OBS var diyenlerin yok diyenlere göre hasta güvenliği yönünden genel hasta güvenliği algılama durumlarının daha olumlu olduğu belirtmiştir [42].

Araştırmada olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumları arasında güvenlik tutum ölçeği ve ekip çalışması iklimi, iş doyumu, güvenlik iklimi, çalışma koşulları, yönetime ilişkin algılar alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Buna göre, hastanede OBS nasıl yapılacağını bilenlerde GTÖ ve güvenlik iklimi, ekip çalışması iklimi, yönetime ilişkin algılar, iş doyumu, çalışma koşulları alt boyut puanı hastanede OBS olmayanlara göre daha yüksektir.

Araştırmada hemşirelerin OB'yi nasıl yapılacağını bilme ve olay bildirim eğitimi alma genel olarak GTÖ bağlamında değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Hemşireler her ne kadar karşılaşılan istenmeyen olayları bildirmiş olsalar da, hastanelerinin hasta güvenliği konularında eksikliklerinin bulunduğu şeklinde bir algıya sahip oldukları söylenebilir. Hastanede OBS'nin bulunması ve iyi bir şekilde işliyor olması, bu hastanede OB konusunda etkin bir liderliğin, bildirim için uygun bir iş ortamının ya da güvenlik kültürünün etkin olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bildirim öneminin kavrandığı ve bunun için gerekli olan eğitimlerin verildiği bir ortamın olduğu söylenebilir.

Tablo 4.12. Olay bildirim engelleri ölçeği ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Örgütsel faktörler	Bireysel faktörler	Olay bildirim engelleri ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Yaş			
20-29 Arası	2,89±0,71	2,68±0,79	2,80±0,67
30-39 Arası	2,83±0,75	2,40±0,90	2,64±0,76
40-49 Arası	2,75±0,75	2,55±0,84	2,66±0,74
50-59 Arası	2,91±0,72	2,58±0,96	2,76±0,77
F/p	0,571/0,635	1,356/0,257	0,776/0,508
Cinsiyet			
Kadın	2,81±0,72	2,55±0,84	2,70±0,72
Erkek	2,85±0,80	2,55±0,90	2,72±0,74
t/p	-0,285/0,776	0,037/0,971	-0,142/0,887
Medeni Durumu			
Evlü	2,76±0,71	2,50±0,86	2,64±0,71
Bekar	2,92±0,77	2,65±0,83	2,80±0,73
t/p	-1,686/0,093	-1,403/0,162	-1,687/0,093
Eğitim Durumu			
Lise/Ön lisans	2,99±0,86	2,69±0,90	2,85±0,83
Lisans	2,78±0,67	2,54±0,83	2,67±0,67
Lisansüstü	2,59±0,85	2,16±0,80	2,40±0,77
F/p	2,735/0,067	2,350/0,097	2,894/0,057
Mesleki Çalışma Süresi			
1 Yıldan Az	2,53±0,75	2,81±0,89	2,66±0,74
1-5 Yıl	3,04±0,67	2,73±0,79	2,90±0,65
6-10 Yıl	2,70±0,69	2,25±0,85	2,50±0,68
11-15 Yıl	2,83±0,70	2,53±0,86	2,70±0,71
16-20 Yıl	2,75±1,01	2,42±0,88	2,61±0,91
20 Yıl Üstü	2,79±0,72	2,58±0,85	2,69±0,73
F/p	1,605/0,159	1,764/0,121	1,491/0,193
Çalıştığı Bölüm			
Cerrahi	2,70±0,65	2,54±0,83	2,63±0,68
Dahili	2,80±0,69	2,64±0,84	2,73±0,71
Acil Servis	2,83±0,85	2,34±0,83	2,62±0,79
Ameliyathane	2,73±1,01	2,54±0,99	2,64±0,97
Poliklinikler	3,01±0,69	2,61±0,75	2,84±0,66
YBÜ	2,83±0,71	2,46±0,88	2,66±0,70
Diğer	2,86±0,65	2,70±0,86	2,79±0,67
F/p	0,632/0,705	0,679/0,667	0,455/0,841
Bölümde Çalışma Süresi			
1 Yıldan Az	2,80±0,76	2,57±0,90	2,70±0,77
1-5 Yıl	2,97±0,67a	2,65±0,85	2,83±0,67
6-10 Yıl	2,63±0,67b	2,52±0,76	2,58±0,66
11-15 Yıl	2,60±0,80	2,42±0,92	2,52±0,81
16 yıl ve üstü	2,96±0,91	2,34±0,88	2,70±0,86
F/p	3,076/0,017*	0,869/0,483	1,648/0,163
Çalışma Şekli			
Gündüz	2,80±0,78	2,52±0,88	2,68±0,77
Gece	3,20±1,05	2,70±0,93	2,98±0,95
Gündüz/Gece	2,82±0,68	2,57±0,83	2,71±0,68
Diğer	2,64±1,11	2,28±0,97	2,48±1,00
F/p	1,097/0,351	0,506/0,679	0,825/0,481
Haftalık Çalışma süresi			
40 ve altı	2,85±0,71	2,59±0,85	2,73±0,72
41-60	2,74±0,74	2,55±0,84	2,66±0,73
60 ve üzeri	2,92±0,76	2,52±0,89	2,74±0,72
F/p	1,330/0,266	0,124/0,884	0,373/0,689
Mesleği isteyerek seçme durumu			
Evet	2,69±0,76	2,43±0,84	2,58±0,73
Hayır	3,12±0,59	2,85±0,81	3,00±0,62
t/p	-4,899/0,000*	-3,806/0,000*	-4,522/0,000*

a, b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*: p<0,05

Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çalışma şekli, meslekte çalışma süresi, çalıştığı bölüm, haftalık çalışma süreleri arasında OBEÖ ve alt boyutları

açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.12). Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Aksan ve ark.'nın (2019) çalışmasında hemşirelerin OB'yi engelleyen unsurlara ilişkin algılarının cinsiyet, yaş, meslekte çalışma yılı ve hastane türüne göre anlamlı bir fark göstermediğini belirlenmiştir [188]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Zhao ve ark.'nın (2022) araştırmasında iş deneyimi ve yaşın engel algıları açısından anlamlı ilişki, Alduais ve ark. (2014) çalışmasında bildirimlere ilişkin engellerin yaş, eğitim düzeyleri, deneyim yılları arasında anlamlı bir fark olduğunu ve yaş, deneyim yılı, eğitim düzeyleri artıkça engel algıları olumlu yön aldığı belirtilmiştir [170]. Ülkü'nün (2017) çalışmasında OB sonrasında işten çıkarılabilme düşüncesi ile çalışma yılı, çalıştığı bölüm arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve çalışma yılı az olanın ve yoğun bakımda çalışanların işten çıkarılma düşüncesini daha çok yaşadığını saptanmıştır [105]. Rutledge ve ark.'nın (2018) hemşirelerin ilaç hata bildirim engelleriyle ilgili bir çalışmada yüksek lisans mezunu hemşirelerin ön lisans ve lisans mezunu hemşirelere göre daha da fazla korku algısı ile hareket ettiği, lisans mezunu hemşirelerin ise ön lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla geri bildirim eksikliği ve kültürel engel algılarıyla hareket ettiklerini belirtmiştir [140].

Araştırmada bölümde çalışma süreleri arasında örgütsel faktörler alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Buna göre, 1-5 yıldır çalışanların örgütsel faktörler alt boyut puanı 6-10 yıldır çalışanlara göre daha yüksektir. Tabatabaee ve ark.'nın (2014) çalışmasında uzun uygulama deneyimine sahip ve yaşı ileri hemşirelerin, ilaç hatası bildirim ile ilgili sonuçlardan daha fazla korktuklarını ve dolayısıyla bunun etkili bildirim için önemli bir engel olduğunu ifade etmiştir [189]. Çalışmaya göre çalışma süresinin her bireyde meydana gelen duruma uyum sağlama yeteneği ile ilişkili olduğu düşünülünce çalışma süresi az olanların OB kültürünün yeterince gelişmediği buna bağlı olarak engel algıları içerisinde oldukları söylenebilir. Hemşirelikte uygun bakımın verilmesinde ve gelişmesinde kıdemli hemşirelerin rehberliğinin önemli olduğu söylenebilir.

Mesleği isteyerek seçme durumları arasında OBEÖ ve alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Buna göre, mesleği isteyerek seçmeyenlerin olay bildirim engelleri ölçek ve alt boyut puanı isteyerek seçenlere göre daha yüksektir.

Tablo 4.13. Olay bildirim engelleri ölçeği ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

	Örgütsel faktörler	Bireysel faktörler	Olay bildirim engelleri ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Bugüne kadar olay bildirim ile ilgili eğitim alma			
Evet	2,55±0,75	2,22±0,86	2,40±0,73
Hayır	3,04±0,66	2,82±0,74	2,94±0,62
t/p	-5,590/0,000*	-6,020/0,000*	-6,474/0,000*
Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dâhil olma			
Evet	2,80±0,76	2,45±0,84	2,65±0,73
Hayır	2,83±0,73	2,62±0,85	2,74±0,72
t/p	-0,305/0,761	-1,534/0,126	-0,971/0,332
Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu			
Evet	2,34±0,68	1,90±0,73	2,15±0,63
Hayır	3,08±0,66	2,79±0,72	2,95±0,61
t/p	-5,443/0,000*	-6,084/0,000*	-6,458/0,000*
Hastanede olay bildirim sistemi varlığı			
Evet	2,72±0,72	2,42±0,84	2,59±0,71
Hayır	3,27±0,64	3,16±0,57	3,22±0,51
t/p	-4,822/0,000*	-7,432/0,000*	-7,123/0,000*
Olay bildirim nasıl yapılacağını bilme durumu			
Evet	2,55±0,72	2,18±0,83	2,39±0,70
Hayır	3,15±0,61	3,01±0,62	3,09±0,54
t/p	-7,342/0,000*	-9,334/0,000*	-9,231/0,000*

a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi: $p < 0,05$*

Araştırmada olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumları arasında olay bildirim engelleri ölçek ve alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.13). Buna göre, OB ile ilgili eğitim almayanların OBEÖ ve alt boyut puanı eğitim alanlara göre daha yüksektir. OB eğitimi alan hemşirelerin hem bireysel faktörler, hem de örgütsel faktörler açısından bu eğitimi almayanlara göre anlamlı bir şekilde daha olumlu oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlarından farklı olarak Ülkü'nün (2017) çalışmasında hemşirelerin tıbbi hatayı bildirmeme nedenleriyle tıbbi hatalar ile ilgili eğitim alma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır [105]. Türkiye'de hemşireler ile yapılan bir tez çalışmasında olay bildirim engeli olarak belirtilen unsurlardan birisinin OB'nin önemini yeteri kadar bilinmemesi ve eğitim eksikliğinin olduğu vurgulanmıştır. [175]. Hemşirelerin OB eğitimi almaları, karşılaştığı bildirilen engellerin üstesinden gelmek veya engel algıları oluşmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Eğitim alan hemşirelerin olay bildiriminin önemi konusunda daha bilinçli olması ve bakım kalitesinin artırılması ile ilişkilendirmesinden kaynaklanacağı söylenebilir.

Araştırmada meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olma durumları arasında OBEÖ ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13). Sağlık kurumlarında istenmeyen bir olaya şahitlik etmek ya da böyle bir olayın oluşmasına sebep olmak, hiçbir sağlık çalışanının dahil olmak istemeyeceği türden bir durumdur. Literatürde istenmeyen olaylarla karşılaşan hemşirelerin bu olayları bildirmemeyi tercih ettiğini belirten çalışmalara rastlanmıştır [165], [190]. Hemşirelerin OB tutumlarının değerlendirildiği bir araştırmada sıklıkla tanık olunan, hasta düşmeleri gibi acil durumlara yönelik olayların daha fazla bildirildiği belirtilmiştir [83]. Ancak hemşirelerin gerçekleşmiş olan hataların nedenlerinin yeterince incelenilmediğini, tanık olunan ve bildirilen hatalar sebebiyle kişilerin gammaz olarak kategorize edildiklerini dolayısıyla tanık ya da dahil oldukları istenmeyen olayları başta korku faktörü, hukuksal yaptırımlar ve geri bildirim eksikliği olmak üzere çeşitli sebeplerden ötürü bildirmediklerini ifade edilmiştir [190]. Deneyimsizlik, hemşireler arasında tıbbi olaylar hakkında yetersiz tanınmaya ve tutarsız farkındalığa katkıda bulunabilir ve bu durum onların olaylara veya hatalara karşı daha az duyarlı olmalarına neden olarak bildirim yapmalarını engelleyebildiği çalışmalara rastlanmıştır [144], [176].

Araştırmada hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumları arasında OBEÖ ve alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Buna göre, hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunmayanların OBEÖ ve alt boyut puanı sistemi bildirimde bulunanlara göre daha yüksektir. Tanık oldukları veya dahil oldukları istenmeyen olayları bildirdiklerini belirten hemşirelerin hem bireysel hem de örgütsel faktörler boyutlarında daha az engel algılarının olduğu bulunmuştur. Yusriawati ve ark.'nın (2021) çalışmasında dış faktörlerin hemşirelerin hasta güvenliği olaylarını bildirmede etkilediğini öne sürmüş ve hastanelerinde OB sorulduğunda, yanıt verenlerin tipik olarak yalnızca daha küçük istenmeyen olayların bildirildiği ve bir meslektaşın bir olay nedeniyle cezalandırıldığını görmenin onları gelecekte bir olayı bildirmekten kaçınmaya daha yatkın hale getirdiklerini belirtmiştir [191]. Literatür de olayların bildirilmesinin önündeki engeller arasında sorun çıkarma korkusu, suçlama kültürü, karmaşık raporlama prosedürleri, yüksek iş yükü ve destek eksikliği yer aldığı araştırmalarla karşılaşmıştır [192], [193]. Zaheer ve ark.'nın (2015) çalışmasında olay bildirim süreci kolay ve anlaşılırsa, personelin olayları bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu da

belirtmiştir [194]. Zhao ve ark.'nın (2022) yaptıkları çalışmada istenmeyen olaylarda engellerin bildirilmesi, hemşirelerin istenmeyen olayları bildirme niyetiyle pozitif olarak ilişkili bulunmuştur [170]. Edrees ve ark.'nın (2017) Abu Dabi'deki 19 yoğun bakım ünitesinde 1171 hemşire ile yaptıkları çalışmada yanıt verenlerin %81'inin hasta güvenliği olaylarını bildirme olasılıkları üzerinde hastane liderliğinin ve düzenleyici kurumların en büyük etkiye sahip olduğunu belirtmiştir [192]. Araştırmada olayların bildirilmemesi veya eksik bildirilmesiyle ilgili çeşitli faktörlerin etkili olduğu söylenebilir. Hemşirelerin bildirim engellerini kaldırarak veya yönetim desteği sağlanarak bildirim oranını artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastanede OBS varlığı durumları arasında OBEÖ ve alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Buna göre, hastanede OBS olmayanların OBEÖ ve alt boyut puanı sistemi olanlara göre daha yüksektir. OBS konusunda farkındalığın artırılmasıyla engel algılarının daha olumlu bir şekilde gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumları arasında OBEÖ ve alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Buna göre, olay bildirimini nasıl yapılacağını bilmeyenlerin OBEÖ ve alt boyut puanı bilenlere göre daha yüksektir. Literatürde hemşirelerin istenmeyen olay veya hataları bildirmemelerinin nedeni olarak bildirim süreci hakkında yeterli eğitimin olmaması olduğunu savunurken, bazı hemşirelerin tam olarak neyin hata oluşturduğunu bilmediğini belirttikleri araştırmalara rastlanmıştır [103], [160]. Mostafaei ve ark.'ın (2014) çalışmasında "neyin rapor edileceğine dair net bir tanımın olmamasını" hemşirelerin OB konusunda bir engel olarak tanımlanmıştır [151]. Hemşireler arasındaki istenmeyen olayları eksik bildirmeyi, istenmeyen olay kavramının belirsizliği ve hemşirelerin OB'ye ilişkin bilgi ve becerilerinin eksikliği gibi engellere bağladığı söylenebilir.

Tablo 4.14. Olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

		Olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumu				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	20-29 Arası	28	23,7	52	35,6	6,114	0,106
	30-39 Arası	31	26,3	33	22,6		
	40-49 Arası	54	45,8	51	34,9		
	50-59 Arası	5	4,2	10	6,8		
Cinsiyet	Kadın	94	79,7	120	82,2	0,272	0,602
	Erkek	24	20,3	26	17,8		
Medeni Durumu	Evli	84a	71,2	77b	52,7	9,333	0,002*
	Bekar	34b	28,8	69a	47,3		
Eğitim Durumu	Ön lisans	25	21,2	41	28,1	10,804	0,005*
	Lisans	81	68,6	103	70,5		
	Lisansüstü	12a	10,2	2b	1,4		
Mesleki Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	0b	0,0	12a	8,2	14,986	0,010*
	1-5 Yıl	20	16,9	36	24,7		
	6-10 Yıl	19	16,1	17	11,6		
	11-15 Yıl	22	18,6	26	17,8		
	16-20 Yıl	13	11,0	9	6,2		
	20 Yıl Üstü	44	37,3	46	31,5		
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	16	13,6	24	16,4	2,775	0,836
	Dahili Birimler	24	20,3	34	23,3		
	Acil Servis	16	13,6	13	8,9		
	Ameliyathane	10	8,5	15	10,3		
	Poliklinikler	15	12,7	18	12,3		
	Yoğun bakım	24	20,3	24	16,4		
	Diğer Birimler	13	11,0	18	12,3		
Bölümde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	17	14,4	34	23,3	3,919	0,417
	1-5 Yıl	47	39,8	56	38,4		
	6-10 Yıl	29	24,6	31	21,2		
	11-15 Yıl	13	11,0	15	10,3		
	16 yıl ve üstü	12	10,2	10	6,8		
Çalışma Şekli	Gündüz	18b	15,3	39a	26,7	8,323	0,040*
	Gece	3	2,5	7	4,8		
	Gündüz/Gece	90	76,3	97	66,4		
	Diğer	7	5,9	3	2,1		
Haftalık Çalışma süresi	40 ve altı	37	31,4	45	30,8	2,067	0,356
	41-60	47	39,8	69	47,3		
	60 ve üzeri	34	28,8	32	21,9		
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	Evet	89	75,4	96	65,8	2,910	0,088
	Hayır	29	24,6	50	34,2		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi*: $p < 0,05$

Araştırmada yaş, cinsiyet, çalıştığı bölüm, haftalık çalışma süresi, bölümdeki çalışma süresi ve mesleği isteyerek seçme durumları ile OB eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta ($p > 0,05$) iken eğitim durumu, medeni durum, meslekte çalışma süresi ve çalışma şekli ile OB eğitim alma

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.14). Buna göre, evli olanlarda, lisansüstü mezunu olanlarda OB ile ilgili eğitim alma oranı oldukça yüksek iken meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ve sadece gündüz çalışanlarda OB ile ilgili eğitim alma oranı oldukça düşüktür. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Keleş'in (2021) çalışmasında katılımcıların OB eğitimi alma durumu ile cinsiyet, meslek grupları ve öğretim düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmiştir [14]. Buna göre daha uzun çalışma süresine sahip olanların daha fazla OB eğitimine katılma durumu olduğu, yeni başlayanların henüz hizmet içi eğitim alma şansı bulamadığı ve gündüz mesaisinde olanların iş yoğunluğu ve tempodan dolayı katılamadığı düşünülmüştür.



Tablo 4.15. Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dâhil olma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

		Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık ya da dâhil olma				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		N	%	n	%		
Yaş	20-29 Arası	24	23,3	56	34,8	5,775	0,123
	30-39 Arası	29	28,2	35	21,7		
	40-49 Arası	46	44,7	59	36,6		
	50-59 Arası	4	3,9	11	6,8		
Cinsiyet	Kadın	82	79,6	132	82,0	0,231	0,631
	Erkek	21	20,4	29	18,0		
Medeni Durumu	Evli	68	66,0	93	57,8	1,799	0,180
	Bekar	35	34,0	68	42,2		
Eğitim Durumu	Ön lisans	22	21,4	44	27,3	1,717	0,424
	Lisans	74	71,8	110	68,3		
	Lisansüstü	7	6,8	7	4,3		
Meslek Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	1b	1,0	11a	6,8	11,568	0,041*
	1-5 Yıl	17	16,5	39	24,2		
	6-10 Yıl	17	16,5	19	11,8		
	11-15 Yıl	23	22,3	25	15,5		
	16-20 Yıl	12	11,7	10	6,2		
	20 Yıl Üstü	33	32,0	57	35,4		
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	14	13,6	26	16,1	3,758	0,709
	Dahili Birimler	27	26,2	31	19,3		
	Acil Servis	10	9,7	19	11,8		
	Ameliyathane	11	10,7	14	8,7		
	Poliklinikler	11	10,7	22	13,7		
	Yoğunbakım	16	15,5	32	19,9		
	Diğer Birimler	14	13,6	17	10,6		
Bölümde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	14	13,6	37	23,0	4,769	0,312
	1-5 Yıl	46	44,7	57	35,4		
	6-10 Yıl	22	21,4	38	23,6		
	11-15 Yıl	11	10,7	17	10,6		
	16 yıl ve üstü	10	9,7	12	7,5		
Çalışma Şekli	Gündüz	10b	9,7	47a	29,2	15,165	0,002*
	Gece	6	5,8	4	2,5		
	Gündüz/Gece	83a	80,6	104b	64,6		
	Diğer	4	3,9	6	3,7		
Haftalık Çalışma süresi	40 ve altı	26	25,2	56	34,8	4,330	0,115
	41-60	45	43,7	71	44,1		
	60 ve üzeri	32	31,1	34	21,1		
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	Evli	75	72,8	110	68,3	0,605	0,437
	Hayır	28	27,2	51	31,7		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi*: $p < 0,05$

Araştırmada cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı bölüm, haftalık çalışma süresi bölümdeki çalışma süresi ve mesleği isteyerek seçme durumları ile meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta ($p > 0,05$) iken meslekte çalışma süresi ve çalışma şekli ile meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olmadurumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.15). Buna göre, gündüz/gece vardiyalı çalışanlarda meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olma oranı oldukça yüksek iken meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ve sadece gündüz çalışanlarda meslekte rapor edilmesi gereken hasta

güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dahil olma oranı oldukça düşüktür. Ülkü'nün (2017) çalışmasında hemşirelerin %80.2'si tıbbi hatalar ile gece vardiyasında karşılaştıklarını belirtmiştir [105]. Çalışma süresi 1 yıldan az olanların istemeyen olaylarla ilgili farkındalığının henüz oluşmadığı ve hizmet içi OB eğitimine katılmamaya bağlanabilir.

Tablo 4.16. Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi.

		Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		N	%	n	%		
Yaş	20-29 Arası	9	23,1	15	23,4	1,474	0,688
	30-39 Arası	9	23,1	20	31,3		
	40-49 Arası	20	51,3	26	40,6		
	50-59 Arası	1	2,6	3	4,7		
Cinsiyet	Kadın	31	79,5	51	79,7	0,001	0,980
	Erkek	8	20,5	13	20,3		
Medeni Durumu	Evlü	24	61,5	44	68,8	0,562	0,454
	Bekar	15	38,5	20	31,3		
Eğitim Durumu	Ön lisans	5	12,8	17	26,6	3,474	0,176
	Lisans	30	76,9	44	68,8		
	Lisansüstü	4	10,3	3	4,7		
Mesleki Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	0	0,0	1	1,6	2,082	0,838
	1-5 Yıl	7	17,9	10	15,6		
	6-10 Yıl	5	12,8	12	18,8		
	11-15 Yıl	8	20,5	15	23,4		
	16-20 Yıl	6	15,4	6	9,4		
	20 Yıl Üstü	13	33,3	20	31,3		
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	5	12,8	9	14,1	6,332	0,387
	Dahili Birimler	11	28,2	16	25,0		
	Acil Servis	4	10,3	6	9,4		
	Ameliyathane	2	5,1	9	14,1		
	Poliklinikler	7	17,9	4	6,3		
	Yoğunbakım	4	10,3	12	18,8		
	Diğer Birimler	6	15,4	8	12,5		
Bölümde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	5	12,8	9	14,1	1,713	0,788
	1-5 Yıl	19	48,7	27	42,2		
	6-10 Yıl	9	23,1	13	20,3		
	11-15 Yıl	4	10,3	7	10,9		
	16 yıl ve üstü	2	5,1	8	12,5		
Çalışma Şekli	Gündüz	4	10,3	6	9,4	6,938	0,074
	Gece	2	5,1	4	6,3		
	Gündüz/Gece	29	74,4	54	84,4		
	Diğer	4	10,3	0	0,0		
Haftalık Çalışma süresi	40 ve altı	13	33,3	13	20,3	2,186	0,335
	41-60	15	38,5	30	46,9		
	60 ve üzeri	11	28,2	21	32,8		
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	Evet	32	82,1	43	67,2	2,705	0,100
	Hayır	7	17,9	21	32,8		

a,b: gruplar arasındaki farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi*: $p < 0,05$

Araştırmada demografik değişkenler ile hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 4.16). Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte araştırmalarla karşılaşılmıştır [103], [151]. Araştırma sonuçlarına benzer

şekilde Jahromi ve ark.'nın (2014) çalışmasında yaş, cinsiyet, hizmet yılı ve iş pozisyonu değişkenler ile mesleki olayları bildirmeme nedenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [195]. Bu sonuçlarından farklı olarak Jafree ve ark.'nın (2016) Pakistan'da 309 hemşire ile yaptıkları araştırmada hemşirelerin olayları bildirme kararlarını etkileyen faktörler açısından 30 yaşın üzerinde ve evli olan hemşirelerin olayları bildirmesinin daha fazla olduğunu saptamıştır [84]. Farag ve ark.'nın (2017) çalışmasında acil servis hemşirelerinin deneyimleri arttıkça olayları bildirme konusunda daha az istekli olduklarını bulmuşlardır [106]. Poorolajal ve ark.'nın. (2015) daha yüksek eğitim düzeyine sahip yöneticilerin ve personelin tıbbi olayları bildirme konusunda daha istekli olduğunu bildirmiştir[196].

Tablo 4.17. Hastanede olay bildirim sistemi varlığı ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

		Hastanede olay bildirim sistemi varlığı				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		n	%	N	%		
Yaş	20-29 Arası	66	30,6	14	29,2	2,682	0,443
	30-39 Arası	56	25,9	8	16,7		
	40-49 Arası	83	38,4	22	45,8		
	50-59 Arası	11	5,1	4	8,3		
Cinsiyet	Kadın	175	81,0	39	81,3	0,001	0,970
	Erkek	41	19,0	9	18,8		
Medeni Durumu	Evli	131	60,6	30	62,5	0,057	0,812
	Bekar	85	39,4	18	37,5		
Eğitim Durumu	Ön lisans	51	23,6	15	31,3	4,035	0,133
	Lisans	151	69,9	33	68,8		
	Lisansüstü	14	6,5	0	0,0		
Meslek Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	9	4,2	3	6,3	2,814	0,729
	1-5 Yıl	47	21,8	9	18,8		
	6-10 Yıl	32	14,8	4	8,3		
	11-15 Yıl	40	18,5	8	16,7		
	16-20 Yıl	18	8,3	4	8,3		
	20 Yıl Üstü	70	32,4	20	41,7		
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	34	15,7	6	12,5	15,726	0,015*
	Dahili Birimler	52	24,1	6	12,5		
	Acil Servis	23	10,6	6	12,5		
	Ameliyathane	14b	6,5	11a	22,9		
	Poliklinikler	27	12,5	6	12,5		
	Yoğunbakım	38	17,6	10	20,8		
	Diğer Birimler	28	13,0	3	6,3		
Bölümde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	41	19,0	10	20,8	1,593	0,810
	1-5 Yıl	85	39,4	18	37,5		
	6-10 Yıl	48	22,2	12	25,0		
	11-15 Yıl	25	11,6	3	6,3		
	16 yıl ve üstü	17	7,9	5	10,4		
Çalışma Şekli	Gündüz	48	22,2	9	18,8	3,869	0,276
	Gece	6	2,8	4	8,3		
	Gündüz/Gece	153	70,8	34	70,8		
	Diğer	9	4,2	1	2,1		
Haftalık Çalışma süresi	40 ve altı	69	31,9	13	27,1	1,284	0,526
	41-60	96	44,4	20	41,7		
	60 ve üzeri	51	23,6	15	31,3		
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	Evli	157	72,7	28	58,3	3,858	0,050
	Hayır	59	27,3	20	41,7		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi*: $p < 0,05$

Araştırmada cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, bölümdeki çalışma süresi, haftalık çalışma süresi çalışma şekli ve mesleği isteyerek seçme durumları ile hastanede OBS varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta ($p>0,05$) iken çalıştığı bölüm ile hastanede OBS varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.17). Buna göre, ameliyathanede çalışanlarda OBS varlığı oranı oldukça düşüktür. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Ülkü (2017) hata meydana geldiğinde bildirebileceğim bir sistem bulunma durumu ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalıştığı bölüm, çalışma pozisyonu, haftalık çalışma saati, vardiya çalışma saati grupları arasında anlamlı bir fark bulmamıştır [105]. Bu sonuçlarından farklı olarak Zhao ve ark. (2022) çalışmasında hemşirelerin olumsuz olaylara ilişkin bildirim farkındalığının yaş, çalışma süresi ve mesleki ünvan düzeyi ile arttığını göstermiştir [170].

Tablo 4.18. Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu ile demografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi

		Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	20-29 Arası	40	27,4%	40	33,9%	3,816	0,282
	30-39 Arası	40	27,4%	24	20,3%		
	40-49 Arası	60	41,1%	45	38,1%		
	50-59 Arası	6	4,1%	9	7,6%		
Cinsiyet	Kadın	118	80,8%	96	81,4%	0,012	0,912
	Erkek	28	19,2%	22	18,6%		
Medeni Durumu	Evli	96	65,8%	65	55,1%	3,122	0,077
	Bekar	50	34,2%	53	44,9%		
Eğitim Durumu	Ön lisans	28b	19,2%	38a	32,2%	6,758	0,034*
	Lisans	108	74,0%	76	64,4%		
	Lisansüstü	10	6,8%	4	3,4%		
Mesleği Çalışma Süresi	1 Yılda Az	4	2,7%	8	6,8%	10,599	0,060
	1-5 Yıl	26	17,8%	30	25,4%		
	6-10 Yıl	27	18,5%	9	7,6%		
	11-15 Yıl	25	17,1%	23	19,5%		
	16-20 Yıl	14	9,6%	8	6,8%		
	20 Yıl Üstü	50	34,2%	40	33,9%		
Çalıştığı Bölüm	Cerrahi Birimler	29a	19,9%	11b	9,3%	13,535	0,035*
	Dahili Birimler	30	20,5%	28	23,7%		
	Acil Servis	21a	14,4%	8b	6,8%		
	Ameliyathane	9b	6,2%	16a	13,6%		
	Poliklinikler	16	11,0%	17	14,4%		
	Yoğunbakım	26	17,8%	22	18,6%		
	Diğer Birimler	15	10,3%	16	13,6%		
Bölümde Çalışma Süresi	1 Yılda Az	24	16,4%	27	22,9%	3,131	0,536
	1-5 Yıl	55	37,7%	48	40,7%		
	6-10 Yıl	36	24,7%	24	20,3%		
	11-15 Yıl	18	12,3%	10	8,5%		
	16 yıl ve üstü	13	8,9%	9	7,6%		
Çalışma Şekli	Gündüz	31	21,2%	26	22,0%	7,583	0,055
	Gece	2	1,4%	8	6,8%		
	Gündüz/Gece	105	71,9%	82	69,5%		
	Diğer	8	5,5%	2	1,7%		
Haftalık Çalışma süresi	40 ve altı	42	28,8%	40	33,9%	0,961	0,618
	41-60	65	44,5%	51	43,2%		
	60 ve üzeri	39	26,7%	27	22,9%		
Mesleği isteyerek mi seçtiniz	Evet	113a	77,4%	72b	61,0%	8,350	0,004*
	Hayır	33b	22,6%	46a	39,0%		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi*; $p < 0,05$

Araştırmada cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekte çalışma süresi, bölümdeki çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli ile olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta ($p > 0,05$) iken eğitim durumu, çalıştığı bölüm ve mesleği isteyerek seçme durumları ile olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4.18). Buna göre, ön lisans mezunu olanlarda ve ameliyathanede çalışanlarda OB'i nasıl yapılacağını bilme oranı oldukça düşük iken cerrahi servislere ya da acil serviste çalışanlarda ve mesleğini isteyerek seçenlerde olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme oranı oldukça yüksektir. Keleş'in (2021) çalışmasında OB'i nasıl yapacaklarının bilinmesi ile çalışanların öğretim düzeyleri,

yaşlarına göre istatistiksel fark olduğu saptanmıştır [14]. Araştırmada bu sonucun ameliyathanede çalışanların OBS varlığından haberdar olması, OB eğitim alma ve istenmeyen olaylara tanık/dahil olma oranının diğer birimlere oranla düşük olmasından dolayı etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.19. Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu ile olay bildirim farkındalığı ve kullanımına ilişkin özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma durumu				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Olay bildirimini ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	37a	94,9	29b	45,3	25,664	0,000*
	Hayır	2	5,1	35	54,7		
Hastanede olay bildirim sistemi varlığı	Evet	39a	100,0	52b	81,3	4,843	0,028*
	Hayır	0	0,0	12	18,8		
Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu	Evet	39a	100,0	31b	48,4	10,948	0,001*
	Hayır	0	0,0	33	51,6		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare:Ki kare testi:p<0,05*

Araştırmada hasta güvenliğine yönelik OB’de bulunma durumu ile OB eğitimi alma , farkındalığı ve kullanımına ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.19).

Araştırmada OB ile ilgili eğitim alanlarda olay bildiriminde bulunma oranı bu eğitimi almayanlara göre oldukça yüksektir. Literatürde araştırma sonuçlarını destekler nitelikte çalışmalarla karşılaştırılmıştır [97], [197]. Bayyığıt ve ark.’nın (2019) çalışmasında 2016 yılında hemşirelerin %2 ‘sinin GRS’ne bildirim yaptığını, verilen OB eğitimleri sonrası bu oranın 2017 yılında % 24’e ulaştığını belirtmiştir [198]. Bu bulgular, OB ve hasta güvenliği konularına ilişkin eğitimin hemşirelerin istenmeyen olaylar ve ramak kalalar konusundaki bilgilerini önemli ölçüde artıracığı konusunda diğer benzer çalışma sonuçları ile uyumludur [199]. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Karagözoğlu ve ark.’nın (2019) çalışmalarında ilaç hatası bildiriminde bulunma ile ilaç bildirim eğitimi alma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [99]. Literatürde birçok çalışmada hemşirelerin hatalarını bildirmemelerinin nedeni olarak bildirim süreci hakkında yeterli eğitimlerinin olmaması olduğunu savunurken, bazı hemşirelerin tam olarak neyin hata/istenmeyen olay oluşturduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir [103], [151], [160]. Eğitim almış hemşirelerin benzer olayların gelecekte tekrarlanmasını önleyebilmeleri ve açıkça yeni olayları bildirme konusunda motive olmaları için

nedensel faktörleri belirlemek amacıyla olayları analiz etme becerilerini de artıracığı , eğitimli hemşirelerin hasta güvenliğini neyin oluşturduğunu tam olarak anlayarak ve istenmeyen olaylardan ders çıkarmaları avantajına sahip olacağı söylenebilir. Öte yandan, literatürün de desteklediği gibi [97], [176] eğitimli hemşireler açık fikirli olacak, hata bildirimini faydasını düşünerek, kendi kendine eğitime devam ederek, başkalarını eğiterek, başkalarından sık sık geri bildirim alarak ve olay bildirmeyi normal olarak kabul edeceği düşünülmektedir. Çalışmada istenmeyen olayları bildirimde bulunanların çoğunun OB ile ilgili eğitim aldığı sonucuna varılabilir.

Araştırmada hastanede olay bildirim sistemi var olanlarda ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilenlerde hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulunma oranı oldukça yüksektir. Zhao ve ark.'nın (2022) çalışmasında istenmeyen olaylara karşı farkındalığın hemşirelerin istenmeyen olayları bildirme niyetiyle pozitif olarak ilişkili bulunmuştur [170]. Chenve ark.'nın (2018) çalışmasında olay bildirim niyetleri ile olay bildirim farkındalıkları arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir [172]. Literatürde hemşirelerin istenmeyen olaylara yönelik bildirim yapmama nedenlerinden birisinin de OB farkındalığı veya bilgi eksikliğinin olduğunu belirten çalışmalara rastlanmıştır [140], [200]. Hastanelerde OB oranının artırılması için, hemşirelerin OBS hakkındaki farkındalıkları ve kullanımının artırılması gerektiği söylenebilir.

Tablo 4.20. Olay bildirimini ile ilgili eğitim alma durumu ile hastanede olay bildirim sistemi varlığı ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi.

		Olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumu				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		N	%	n	%		
Hastanede olay bildirim sistemi varlığı	Evet	116a	98,3	100b	68,5	38,987	0,000*
	Hayır	2	1,7	46	31,5		
Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu	Evet	104a	88,1	42b	28,8	93,05	0,000*
	Hayır	14	11,9	104	71,2		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare: Ki kare testi: p<0,05*

Araştırmada olay bildirim ile ilgili eğitim alma durumu ile hastanede olay bildirim sistemi varlığı ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.20). Buna göre, hastanede OBS var olanlarda ve olay bildirimini nasıl yapılacağını bilenlerde, OB ile ilgili eğitim alma oranı oldukça yüksektir. McFarland ve Doucette'nın (2018)

çalışmasında, olumsuz olay bildirimini ile yüksek güvenilirlikli eğitim arasında istatistiksel bir anlamlılık göstermese de, eğitim programından sonra genel olumsuz olay ve ramak kala bildiriminde klinik önemi gösteren %14,7'lik bir artış olduğu saptamıştır [108]. Bayyigit ve ark.'nın (2019) çalışmasında kurumda olay bildirim yapabilecekleri GRS varlığı, 2016 yılında hemşirelerin farkındalığı %86 iken verilmiş olan eğitimlerle bu oran 2017 yılında % 94'e ulaştığını belirtmiştir [198]. Buna göre hemşirelerin OB eğitimi almalarının, OBS farkındalığını artırdığı ve OB'nin nasıl yapılacağına bilinmesine katkıda bulunduğu söylenebilir. Hemşirelerde OB eğitimi alanların daha fazla OB yaptıkları yönündeki çalışmalar kapsamında elde edilen sonuçlar da bu bulgumuzu desteklemektedir dolayısıyla sağlık çalışanlarına periyodik olarak verilecek OB eğitimleri ile çalışanların OBS farkındalıklarının ve OB kullanımının artırılmasında katkı sağladığı düşünülmektedir.

Tablo 4.21.Hastanede olay bildirim sistemi varlığı ile olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Hastanede olay bildirim sistemi varlığı				Ki kare	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu	Evet	145a	67,1	1b	2,1	67,222	0,000*
	Hayır	71	32,9	47	97,9		

a,b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Ki kare:Ki kare testi: $p<0,05$*

Araştırmada hastanede OBS varlığı ile olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.21.). Buna göre, olay bildirimini nasıl yapılacağını bilenlerde hastanede OBS varlığı oranı oldukça yüksektir. Dolayısıyla, OB kullanım bilgisi olanlarda OBS farkındalığının olması beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bulgulardan elde edilen verilere göre;

- ✓ Çalışmaya katılan hemşirelerin %81,1'inin kadın, %61,0'nın evli, %39,8'nin 40-49 yaş, %69,7'sinin lisans mezunu,
- ✓ %34,1'inin mesleki çalışma süresi 20 yıl üstü, %22'nin dâhili birimlerde çalıştığı, %39,0'nun bölümde çalışma süresi 1-5 yıl, %70,8'nin çalışma şekli gündüz / gece, %43,9'unun 41-60 haftalık çalışma süresi,
- ✓ %70,1'inin mesleği isteyerek seçmiş olduğu,
- ✓ Hemşirelerin %55,3'nün OB eğitimi almadığı ve OB eğitimi alanların çoğunluğunun hastaneden eğitim aldığı,
- ✓ %61'nin meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık veya dâhil olmadığı,
- ✓ Bir olaya tanık veya dâhil olanların %62,1'nin OB'de bulunmadığı ve Ob'de bulunanların %59'nun hasta güvenliğine yönelik bildirimde bulunduğu,
- ✓ %81,8'nin OBS varlığının olduğunu, %55,3'nün OB'i nasıl yapılacağını bildiği,
- ✓ Evli ve lisansüstü mezunu OB eğitim alma oranının yüksek, mesleki çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ve gündüz çalışanlarda eğitim alma oranı düşük olduğu,
- ✓ Gündüz/gece vardiyalı çalışanlarda istenmeyen olaylara tanık ya da dâhil olma durumu yüksek, mesleki çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ve gündüz çalışanlarda düşük olduğu
- ✓ Ameliyathanede çalışanlarda OBS farkındalıkları düşük bulunduğu,
- ✓ Önlisans mezunu olanlarda ve ameliyathanede çalışanlarda olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme oranı oldukça düşük iken cerrahi servislerde ya da acil serviste çalışanlarda ve mesleğini isteyerek seçenlerde olay bildirimini nasıl yapılacağını bilme oranının oldukça yüksek olduğu,
- ✓ OB eğitimi alan, OB farkındalık ve kullanım bilgisi olan hemşirelerin daha fazla OB bulunduğu,
- ✓ OB eğitimi alanların OBS farkındalıkları ve olay bildirim kullanım bilgisi ortalamalarının daha yüksek olduğu,

- ✓ OB kullanım bilgisi olanların olay bildirim sistem farkındalıklarının yüksek olduğu,
- ✓ Hemşirelerin olay bildirimine ilişkin tutumlarının nispeten daha olumsuz olduğu, bununla birlikte hemşirelerin en olumsuz ortalamaya “meslektaş beklentisi” boyutunda, en olumlu ortalamaya ise “suçlama/ayıplama” boyutunda ulaştığı, dolayısıyla hemşirelerin olay bildirim konusunda daha çok meslektaş beklentisi, daha az suçlanma/ayıplanma algısı içinde oldukları,
- ✓ Hemşirelerin olay bildirim tutum ifadelerinde “İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur” ortalaması yüksek olduğu, “İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok” olumlu tutum içerisinde oldukları,
- ✓ Kadın hemşirelerin olay bildirim kriterleri ve meslektaş beklentisi boyutunda, bekâr hemşirelerin olay bildiriminin faydası boyutunda daha olumlu OB tutumu içinde olduğu,
- ✓ Öğretim seviyeleri bakımından lisansüstü mezunu olanların en olumlu olay bildirim tutumuna sahip olduğu,
- ✓ Çalışılan bölümler açısından ameliyathanede çalışanların diğer bölümlere oranla daha olumsuz OB tutumunda olduğu,
- ✓ Haftalık çalışma süresinde 60 ve üzeri çalışma süresine sahip olanların olay bildirim kriterleri, 41-60 arası meslektaş beklentisi boyutunda meslektaş beklentisi boyutunda, 40 ve altı çalışma süresine sahip olanların olay bildirim faydaları boyutunda daha olumsuz OB tutum içinde bulunduğu,
- ✓ Mesleği isteyerek seçenlerin OB prosedürlerinin anlaşılabilirliği boyutunda, suçlama boyutunda daha olumlu OB tutum içerisinde olduğu,
- ✓ OB eğitimi alan hemşirelerin olay bildirim tutumlarının daha olumlu olduğu,
- ✓ Hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık/dahil olanların olay bildirim faydası boyutunu daha olumlu olduğu,
- ✓ Olay bildiriminde bulunduğunu belirten hemşirelerin olay bildirim tutumlarının daha olumlu,
- ✓ OBS varlığı olduğunu ve nasıl yapılacağını bilenlerde olay bildirim tutumlarının daha olumlu olduğu,
- ✓ Hemşirelerin güvenlik tutumlarının kısmen daha olumlu olduğu, bununla birlikte hemşirelerin en olumsuz ortalamaya “çalışma koşulları” boyutunda, en olumlu ortalamaya ise “ekip çalışması iklimi” boyutunda olduğu dolayısıyla hemşirelerin iyi bir ekip çalışması içerisinde oldukları ve çalışma

koşullarından yeterince memnun olmadıkları,

- ✓ Hemşirelerin güvenlik tutum ifadelerinde “iş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.” yüksek, “bu hastane, sorun yaratan hekimler ve diğer çalışanlar ile yapıcı şekilde ilgilenir.” düşük tutum içerisinde oldukları,
- ✓ Çalışılan bölüme göre acil serviste çalışanların ekip çalışması iklimi, cerrahi birim güvenlik iklimi ve stresin kabulü, dahili birim güvenlik iklimi, YBÜ de çalışanların yönetime ilişkin algıları daha yüksek olduğu
- ✓ Mesleği isteyerek seçenlerin daha olumlu güvenlik tutumu içerisinde olduğu,
- ✓ Olay bildirim eğitimi alan hemşirelerin güvenlik tutumlarının daha olumlu olduğu,
- ✓ Hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olanların stresin kabulü daha yüksek,
- ✓ Olay bildiriminde bulunduğunu belirten hemşirelerin güvenlik tutumlarının daha olumlu,
- ✓ OBS varlığı olduğunu ve nasıl yapılacağını bilenlerde güvenlik tutumlarının daha olumlu olduğu,
- ✓ Hemşirelerin olay bildirim engel algılarının orta düzeyde olduğu, bununla birlikte örgütsel engel olarak algılanan engel faktörlerin, bireysel engel faktörlerden kısmen daha yüksek olduğu,
- ✓ Olay bildirim engelleri kapsamında “olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor.” ifadesinin en yüksek olduğu, benzer şekilde “olay raporlamanın faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.” ifadesinin yüksek ortalamaya sahip olduğu, “cezalandırılmaktan korkuyorum” ifadesinin en düşük olduğu,
- ✓ Çalışma sürelerine göre 1-5 yıldır çalışanların örgütsel faktörler açısından daha yüksek engel algısına sahip olduğu,
- ✓ Mesleği isteyerek seçmeyenlerin daha yüksek engel algısı içerisinde bulunduğu,
- ✓ Olay bildirim eğitimi almayanların daha yüksek engel algısı içerisinde olduğu,
- ✓ Olay bildiriminde bulunmadığını ifade edenlerin daha yüksek engel algısı içerisinde olduğu,
- ✓ OBS varlığı olmadığını ve nasıl yapılacağını bilmeyenlerin olay bildirim engel algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma bulguları ışığında;

- ✓ Hizmet içi eğitimlerin hemşirelerin tamamının katılımını sağlayacak şekilde iş yoğunluğunun da dikkate alınarak sağlanması için uygun zaman dilimlerinin belirlenmesi,
- ✓ Hemşirelerin istenmeyen olaylar ile ilgili hatanın tanımlanması, analiz edilmesi, bildirilmesi konusunda bilgilerinin artırılması için hizmet içi eğitimlerin yanında çeşitli bilimsel faaliyetlere (kongre, seminer, sempozyum, vb.) katılmasına teşvik edilmesi,
- ✓ Yöneticilerin hemşirelerin istenmeyen olay ve olay bildirimine yönelik eğitim ihtiyaçlarının düzenli aralıklarla değerlendirmesi bu doğrultuda eğitim programlarını düzenlemesi, etkinliğinin ölçülmesi ve yapılan eğitimlerin tekrarlanması hususunda çalışmalar yapması,
- ✓ Yapılan eğitimlerin düzenli aralıklarla, küçük gruplarda ve olgular üzerinden yapılması, sadece hemşirelere yönelik değil, tüm sağlık çalışanlara yönelik olay bildirim farkındalık ve kullanımına yönelik eğitim programları yapılması,
- ✓ Hastane yönetiminin birimler ve personel arasındaki iletişimin, işbirliğinin koordine olmuş ekip olarak birlikte çalışmalarını desteklemesi ve diğer alanlarda teşvik edici programlar oluşturması,
- ✓ Hastane yönetimi tarafından hemşirelerin olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik çalıştıkları bölümlerde isteyerek çalışıp çalışmadıklarının tespit edilmesi ve çalışma ortamlarının iyileştirilmeye yönelik planların yapılması,
- ✓ Hastane yönetiminin personel sorunları ile yapıcı bir şekilde ilgilenmesi,
- ✓ İstenmeyen olayların bildiriminin hasta güvenliğini sağlamada ve hataların engellenmesinde nasıl bir rol oynadığının belirlenmesini sağlamak amacıyla analiz sonuçları ve alınan düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin çalışanlarla paylaşılması,
- ✓ OB konusunda çalışanları motive etmek veya OB oranını artırmak için OB faydaları ve bildirilen olaylara yönelik etkili geri bildirimde bulunulması,
- ✓ Olay bildirim sonrasında yapılan iyileştirme faaliyetlerinde hemşirelerin sürece dahil edilmesi,
- ✓ Hemşirelerin yoğun çalışma ortamlarında iş yükünü arttırmayacak şekilde kolay uygulanabilir ve etkili bildirim sistemlerinin geliştirilmesi için olay bildirim

sisteminin günümüz koşullarına ve gelişen teknolojiye uygun olarak dijital şekilde tasarlanması,

- ✓ OBS ile ilgili konuların tüm çalışanlarla ortaklıklar oluşturularak sürekli gelişim ve paylaşılan faaliyetlerin bir parçası olarak tasarlanması,
- ✓ Hemşirelerin olay bildirim tutumları, güvenlik tutumları ve olay bildirim engellerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi
- ✓ İstenmeyen olayları bildirmelerine yönelik engelleri belirlemek, tutumlarını karşılaştırmak, benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için tüm çalışanların veya başka kurumların dâhil olduğu birden fazla hastanede benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

- [1] Z. Alcan, D. Tekin, & S. Civil, *Hasta güvenliği beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü*, İstanbul, Türkiye: Nobel Kitapevleri, 2012.
- [2] WHO. (2022, 20 Ocak). “Patient safety”. [Online]. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- [3] WHO. “Medication with outharm - global patient safety challenge on medication safety” , Geneva, Switzerland, 2017.
- [4] K. Tunçel, & S. Sökmen, “Hemşirelerin hasta güvenliği kültürünü algılama düzeyi ve olay bildirim eğilimi”, *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, c. 2, sayı 2, ss. 70-77, 2021.
- [5] Y. Akar, S. Erduran, D. Uğurlu, E. Özyurt, İ. Aydın, & M. Aykutluğ, “Güvenlik raporlama sistem bildirimlerinin yıllara göre değerlendirilmesi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, c. 6, sayı 2, ss. 81 -86, 2019.
- [6] S.Ranji. (2022, 7 Aralık). “Measuring and responding to deaths from medical errors”, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Online]. Erişim: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/measuring-and-responding-deaths-medical-errors>
- [7] CIHI. “Measuring patient harm in Canadian Hospital” , Canadian Institute for Health Information, Canadian, 2016.
- [8] E. İncesu, F. Orhan, “Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sistemi verilerinin incelenmesi: retrospektif bir araştırma” , *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, c. 5, sayı 2, ss. 79-86, 2018.
- [9] SB. “Sağlık istatistikleri yılı-2015”, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye: Sistem Ofset Basım, 2016
- [10] L. Slawomirski, A. Auraaen, & N. Klazinga , “The economics of patient safety in primary and ambulatory care: *flying blind*”, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), The 3rd Global Ministerial Summit’nda sunuldu, Tokyo, 2018.
- [11] L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, “To err is human: Building A safer health system”, Institute of Medicine, Washington, America, National Academy Press, 1999.
- [12] W. B. Runciman, “Lessons from the Australian patient safety foundation: Setting up a national patient safety surveillance system-is this the right model”, *Qual Saf Health Care*, c. 11, sayı 3, ss. 246–251, 2002.
- [13] WHO. “WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems,” Geneva, Switzerland, Cilt no. WHO/EIP/SPO/QPS/05,3, 2005.

- [14] B. Keleş, “Sağlık çalışanlarının olay bildirimlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi,” Doktora Tezi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2021.
- [15] M. S. Alduais, S. Mogali, B. A. Shabrain, B. A., Al Enazi, A. ve Al-awad, F. “Barriers And Strategies Of Reporting Medical Errors İn Public Hospitals İn Riyadh City: A Survey-Study”, *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, c 3, sayı 5, ss. 72 -85, 2014.
- [16] N. Alrabadi, R. Haddad, “Medication errors among registered nurses in Jordan”, *Journal Pharmaceutical Health Serices Research*, c. 1, sayı 3 , ss. 237-243, 2020.
- [17] WHO. “Working Paper Preliminary version of minimal information model for patient safety”, Geneva, Switzerland, cilt no. WHO/HIS/SDS, 2014.
- [18] Ş. Yılmaz, *Hemşirelikte tıbbi hata ve etik boyutu*, Ankara, Türkiye: Akademisyen Kitapevleri, 2019
- [19] İ. Kahriman, H. Öztürk, & E. Babacan, “Hemşirelerin tanı, tedavi ve bakım uygulamaları sırasında tıbbi hata oranlarının değerlendirilmesi”, Vehbi Koç Vakfı Hemşirelik Fonu, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, İl Sağlık Müdürlüğü, Trabzon, Türkiye, Proje no. 2014-2, 2015
- [20] KKM. “Guidelines on implementation - incident reporting and learning system 2.0 for ministry of health hospitals”, First Edition, Malaysia, 2017.
- [21] HHS-OIG. (2022, 24 Ekim). “Adverse events”. [Online]. Erişim: <https://oig.hhs.gov/reports-and-publications/featured-topics/adverse-events>
- [22] SB. “SKS-6 versiyon-1 sağlıkta kalite standartları (hastane)”, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 1.Baskı, Ankara, 2020.
- [23] L. L. Leape, A. G. Lawthers, T. A. Brennan, & W. G. Johnson “Preventing medical injury”, *Quality Review Bulletin*, c. 19, sayı 5, ss. 144-148, 1993.
- [24] FDA. (2022, 20 Kasım) “What is a Serious Adverse Event? ”. [Online]. Erişim: <https://www.fda.gov/safety/reporting-serious-problems-fda/what-serious-adverse-event>
- [25] Farmakovijilans Derneği, (2022 , 10 Aralık). “Farmakovijilans ile ilgili kavramlar”. [Online]. Erişim: <https://farmakovijilansdernegi.org/tanimlar>
- [26] T. L. Rodziewicz, B. Houseman, & J. E. Hipskind (2023, 10 Mayıs). “Medical error reduction and prevention”, StatPearls. [Online]. Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- [27] WHO. “Conceptual framework for the international classification for patient safety: Final technical report”, Belge no. WHO/IER/PSP/2010, 2009.

- [28] JCAHO. (2022, 24 Ağustos). “Sentinel event statistics (2006)”. [Online]. Erişim: www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/mp_11_06.htm,
- [29] J. Reason, “Human error: Models and management”. *Western Journal Medicine*, c. 172, sayı 6, ss. 393-396, 2000.
- [30] L. Harris, & Associates, “National patient safety foundation at the AMA: public opinion of patient safety issues research findings”, 1997.
- [31] R. A. McNutt, R. Abrams, D. C. Aron, “Patient safety efforts should focus on medical errors”, *The Journal of the American Medical Association*, c. 287, sayı:15, ss. 1997-2001, 2002.
- [32] AHRQ. (2022, 7 Eylül), “Root Cause Analysis”. [Online]. Erişim: <https://psnet.ahrq.gov/primer/root-cause-analysis>
- [33] A. Carson-Stevens, P. Hibbert , H. Williams, & ark., “Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales national reporting and learning system: a mixed-methods agenda-setting study for general practice”. *Health Services and Delivery Research.*, c. 4, sayı 1, ss. 1 – 7, 2016.
- [34] M. Caymaz, “Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma”. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, c. 2, sayı 4,ss. 1-14, 2015.
- [35] V. Kapaki, K. Souliotis, “Defining adverse events and determinants of medical errors in healthcare” , *Vignettes in Patient Safety*, c. 3, ss. 13-33, 2018.
- [36] D. Ekici, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Maltepe, Ankara, Türkiye: Sim Matbaacılık, 2013.
- [37] H. Canatan, A. Erdoğan, S. Yılmaz, “Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, c. 2, sayı 2, ss. 82-89, 2015.
- [38] T. A. Shawahna, M.R. Miller, C. U. Lehmann, “Medication errors in neonates” *Clinics Perinatology*, c. 35, sayı 1, ss. 141-61, 2008.
- [39] NCC MERP. (2022, 24 Ağustos), “What is a medication error?”. [Online]. Erişim: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- [40] M. K. Habraken , T. V. Schaaf, J. D. Jonge , & C. Ruttle, “Defining Near Misses: Towards a Sharpened Definition Based on Empirical Data About Error Handling Processes”. *Social Science and Medicine*, c. 70, sayı 9, ss. 1301-1308, 2010.
- [41] J. M. Feijter, W. S. Grave, A. M. Muijtjens, A. J. J. A. Scherpbier, & R. P. Koopmans “A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths ”. *PLOS ONE*. c. 7, sayı 2, ss. 1-7, 2012.
- [42] S. Altındış, “Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine katkısı: Kavramsal bir çerçeve”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 13, sayı 3, ss. 325-352, 2010.

- [43] N. Somyürek, E. Uğur , “Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: Hemşire gözüyle tıbbi hatalar”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, c. 3, sayı 1 , ss.1-7, 2016.
- [44] D. Slonim, B. J. LaFleur, A. Wendy , & J. G. Joseph, “Hospital reported medical errors in children”, *Pediatrics*, c. 111, sayı 3, ss. 617-21, 2003.
- [45] G. R. Baker , P.G. Norter , & ark.. “The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada”, *Canadian Medical Association Journal-JAMC.*, c. 170, sayı 11, ss. 1678–1686, 2004.
- [46] CIHI. (2023, 16 Şubat). “Patient harm in Canadian hospitals,”. [Online] . Erişim: <https://www.cihi.ca.gov/patient-harm-in-canadian-hospitals-it-does-happen>
- [47] S. N. [Weingart](#), R. M. Wilson, R.W. Gibberd, B. Harrison, “Epidemiology of medical error”, *British Medical Journal*, c. 172, sayı 6, ss. 390-393, 2000.
- [48] B. Hoffmann, J. Rohe, “Patient safety and error management”, *Deutsches Ärzteblatt International*, c. 107, sayı 6, ss. 92-99, 2010.
- [49] S. Alzahrani, “Clinicians attitudes toward patient safety: A sequential explanatory mixed methods study in saudi armed forces hospitals (Eastern region)”, Doctoral Thesis, Curtin University, Philosophy Department, Australia, 2015.
- [50] Shekhtaheri, M. Sadeqi – Jabali , Z. Hashemi-Dehaghi, “Physicians’ perspectives on causes of health care errors and preventive strategies : A study in a developing country”, *Iranian Journal of Public Healty*, c. 47, sayı 5, ss. 720-728, 2018.
- [51] L. Slawomirski, A. Auraaen, & N. Klazinga, “The economics of patient safety”, Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2nd Global Ministerial Summit’nda sunuldu, Germany, 2017
- [52] A. K. Mohiuddin, “ Framework for patient safety”. *The Research Found. Of Hospital And Healthcare Administration*, c. 7, sayı 1, ss. 39-48, 2019
- [53] Y. Aslan, “Bir üniversite hastanesinde bildiri yapılan tıbbi hata/olayların “Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirilmesi” Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [54] C. Zhan, M. R. Miller, “Excess length of stay charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization”. *The Journal of the American Medical Association*, c. 290, sayı 14, ss. 1868-1874, 2003.
- [55] K. L. McFadden, E. R. Towell, & G. N. Stock, “Critical success factors for controlling and managing hospital errors”, *Quality Management Journal*, c. 11, sayı 1, ss. 61- 74, 2018.
- [56] K. Peltomaa, K. “James Reason: Patient safety, human error, and Swiss Cheese,” *Quality Manager Health Care*, c. 21, sayı 1, ss. 59-63, 2012.

- [57] J. Reason, “Understanding adverse events: Human factors”. *Quality Health Care*, c. 4, sayı 2, ss. 80-89, 1995
- [58] W.W. Flemons, G. McRae, “Reporting, learning and the culture of safety”, *Healthc Quarterly*, Spec no (Special issue), c.15, ss.12-17, 2012.
- [59] Cambridge Dictionary. (2023, 10 Mart) .“Event”. [Online]. Erişim : <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/event>
- [60] AHRQ. (2023, 15 Ocak). “Reporting Patient Safety Events” [Online]. Erişim: <https://psnet.ahrq.gov/primer/reporting-patient-safety-events>
- [61] HQSC. “Patient safety reporting systems: A literature review of international practice”. *Health Quality And Safety Commission*, New Zealand, 2016.
- [62] SB. (2023, 25 Mart). “Türkiye hasta güvenliği bildirim sistemi”. [Online]. Erişim: <https://hgbs.saglik.gov.tr/>
- [63] M. Krouss, J. Alshaiikh, L. Croft, D. J. Morgan, “Improving incident reporting among physician trainees” , *Journal of Patient Safety*, c. 15, sayı 4, ss. 308-310, 2019
- [64] W.W. Flemons, G. McRae, “Reporting, learning and the culture of safety”, *Healthc Quarterly*, c.15, Spec No(Special Issue), ss. 12-17, 2012.
- [65] R.P. Mahajan, “Critical incident reporting and learning”, *British Journal of Anaesthesia*, c. 105, sayı 1, ss. 69–75, 2010.
- [66] R. Kram, “Critical incident reporting system in emergency medicine”, *Current Opinion in Anaesthesiology*, c. 21, sayı 2, ss. 240–244, 2008.
- [67] Y. Gao, Y. Hao, S. Wang , & H. Wu. “The dynamics between voluntary safety reporting and commercial aviation accidents” , *Safety Science*, c 141, sayı 4, ss. 1-11, 2021.
- [68] S. U. Mallory, J. Weller, M. Bloch , & M. Maze , “The individual, the system, and medical error”. *British Journal of Anaesthesia, Continuing Education in Anaesthesia*, c 3, sayı 6, ss. 179–182, 2003.
- [69] Ç. Korkmaz, “Geçmişten günümüze hasta güvenliği”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, c. 6, sayı 1, ss. 10-19, 2018.
- [70] JCAHO. (2023, 15 Mart). “Sentine levent policy”. [Online]. Erişim: <https://www.jointcommissioninternational.org/contact-us/sentinel-event-policy/>
- [71] U. Shaikh. (2022, 30 Mart) “Strategies and approaches for investigating patient safety events”. [Online]. Erişim: <https://psnet.ahrq.gov/primer/strategies-and-approaches-investigating-patient-safety-events>
- [72] WHO. “Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance”. Geneva , Switzerland, 2020.

- [73] J. C. Pham, T. Girard, P. J. Pronovost, “What to do with healthcare incident reporting systems” *Journal of Public Health Research*, c. 2, sayı 3, ss. 154-159, 2013.
- [74] SB. ”Güvenlik raporlama sistemi 2017 yılı istatistik ve analiz raporu”, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye, 2018.
- [75] WHO. “World alliance for patient safety: Forward programme,” France, c. NLM classification: W 84,7, 2004.
- [76] C. Kivlahan, W. Sangster, K. Nelson “Developing a Comprehensive Electronic Adverse Event Reporting System in an Academic Health Center” *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, c. 28, sayı 11, ss. 583-594, 2002.
- [77] M. Çakmakçı, M. , & H. E. Akalın, “Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya” , Türk Tabipleri Birliği Yayınları,1. Baskı, Ankara, 2011.
- [78] PSQCWG. “Reporting and learning systems for patient safety incidents across europe” , European Commission’nda sunumuştur, 2014.
- [79] D. Tarhan, T. Yıldırım, “Avrupa birliği ülkeleri ve Türkiye’de hasta güvenliği, tıbbi hatalardan öğrenme kültürü”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, c.19, sayı 2, ss. 46–98, 2021
- [80] R. G. Hughes , “Patient safety and quality; An evidence-based handbook for nurses”, *Agency for Healthcare Research and Quality* , America, 2008.
- [81] S. Aljabari, Z Kadhim, “Common barriers to reporting medical errors”, *The Scientific World Journal*, ss. 1-8, 2021.
- [82] J. Hwang, S. Lee, H. Park, “Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in korean general hospitals”, *Health Informatics Researc*, c. 18, sayı 4, ss. 279-286, 2012.
- [83] S. M. Evans, J. G. Berry, B. J. Smith, A. Esterman, P. Selim, J. O’Shaughnessy, & M. DeWit, “Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study”. *Quality & Safety in Health Care*, c. 15, sayı 1, ss. 39–43, 2006
- [84] S. Kreckler, K. Catchpole, P. McCulloch, A. Handa, “Factors influencing incident reporting in surgical care,” *Quality Safety Health Care*. c. 18, sayı 2, ss. 116-136, 2009
- [85] M. B. Kousgaard, A.S. Joensen, T. Thorsen, “Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: a qualitative study,” *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, c.30, sayı 4, ss. 199-205, 2012
- [86] J. Hooiveld, (2021, 7 Aralık). “Barriers to incident reporting in healthcare.” [Online]. Erişim: <https://www.patientsafety.com/en/blog/barriers-to-incident-reporting>

- [87] Ş. İntepeler, M. Dursun, “Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri,” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 15, sayı 2, ss. 130-133, 2012.
- [88] Larizgoitia, M. C. Bouesseau , & E. Kelley “Who efforts to promote reporting of adverse events and global learning,” *Journal of Public Health Research*, c, 2, sayı 3, ss. 168-174, 2013.
- [89] B. Wilson, H. L. Bekker, F. Fylan, “ Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting,” *BMJ Quality & Safety*, c. 17, sayı 5, ss. 364-367, 2008.
- [90] X. Sun, Y. Shi, S. Zhang, M. Tian, Y. Mao, Q. Wu, & X. Zhu, “Meifang GongReliability and validity of the Chinese version of reporting of clinical adverse events scale (C-RoCAES),” *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, c. 7, sayı 10, ss. 3543-3549, 2014.
- [91] N. A. Litke* , M. Wensing, Aç Miksch, & K. Krug, “German translation and validation of the Reporting of Clinical Adverse Events Scale (RoCAES-D),” *BMC Health Services Research*, c. 20, sayı 1, ss. 689-696, 2020.
- [92] D. A. M. Dimcea, L. Rogozea, D. A. Constantin “The importance of knowing and reporting medical errors in Romanian health system between february 1st, 2021 and june 1st, 2021”, *JMB Nursing*, c. 2 , sayı 1, ss. 36-41, 2021.
- [93] J. C. Nunnally, “Psychometric Theory,” 2nd Ed., New York, ABD: McGrawHill., 1978.
- [94] J. B. Sexton, R. L. Helmreich, T. B. Neilands, K. Rowan, K. Vella, J. Boyden, P. R. Roberts, & E. J. Thomas, “The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research”. *BMC Health Services Research*, c. 6, sayı 1, ss. 44-55, 2006.
- [95] S. Kaya, S. Barsbay, & E. Karabulut “ The Turkish version of the safety attitudes questionnaire: Psychometric properties and baseline data,” *Quality Safety Health Care*, c. 19, sayı 6, ss. 572-577, 2010.
- [96] K. Özdamar, “Paket programları ile istatikselsel veri analizi (Çok değişkenli Analizler, Eşkişekir, Türkiye: Nisan Kitapevi, 2002.
- [97] E. H. Endeda, “Incident reporting behaviours and associated factors among nurses working in Gondar University comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia,” *Hindawi Publishing Corporation Scientifica*, c. 1, sayı 1, ss. 1-7, 2016.
- [98] Z. M. Yalew, & Y. A. Yitayew, “Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: A mixed method study,” *BMC Health Services Research*, c. 21, sayı 1, ss. 1331-1338, 2021.
- [99] Ş. Karagözoğlu, M. Otu, & G. Çoşkun, “Bir araştırma ve uygulama hastanesinde ilaç hatalarının bildirimine yönelik hemşirelerin düşünceleri ve ilaç hatalarını

raporlama alışkanlıkları,” *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, c. 4, sayı 1, ss. 26-39, 2019.

- [100] E. K. Biçer, Y. Güçlüel, A. Neymen, & Ş. Yiğit, “Hasta güvenliğine ilişkin düzenlenen hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi,” *Hemşirelik Eğitimi ve Araştırma Dergisi*, c. 10, sayı 1, ss: 14-20, 2013.
- [101] O. Alaman, “Hemşirelerin tıbbi hatalara yönelik tutumlarının incelenmesi,” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2018.
- [102] S. Bozkurt, “Cerrahide hasta güvenliği: cerrahi ekibinin güvenli cerrahi kontrol listesini uygularken karşılaştığı ramak kala olayların incelenmesi,” Yüksek Lisans Tezi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 2019.
- [103] S. F. Mansouri, T. K. Mohammadi, M. Adib, E. K. Lili, & M. Soodmand, “barriers to nurses reporting errors and adverse events,” *British Journal of Nursing*, c. 28, sayı 11, ss. 690–695, 2019.
- [104] A. Karaca, H. Arslan, “Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma,” *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, c. 1, sayı 1, ss. 9-18, 2014 .
- [105] H. H. Ülkü, “Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri,” Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye, 2017.
- [106] A. Farag, M. Blegen, A. G. Lose, D. Lose, Y. Perkhounkova, “Voluntary medication error reporting by ed nurses: Examining the association with work environment and social capital”, *Journal of Emergency Nursing*, c. 43, sayı 3, ss. 246-254, 2017.
- [107] S. Kaya, S. Karaman, İ. B. Demir, & ark. “Attitudes and barriers to incident reporting for doctors and nurses in a university hospital’s surgery departments”, *Journal of Basic and Cli. Health Sciences*, c. 4, sayı 1, ss. 108–113, 2020.
- [108] D. M. McFarland, J. N. Doucette, “Impact of high-reliability education on adverse event reporting by registered nurses.” *Journal Nursing Care Quality*, c. 33, sayı 3, ss. 285-290, 2018.
- [109] L. İstanbullu, H. Yıldız, H. Zora, “Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma,” *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, c. 4, sayı 2, ss. 1-17, 2012.
- [110] R. F. AbuAlRub, N. A. Al-Akour, & N. H. Alatarı “Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals,” *Journal of Clinical Nursing* , c. 24 , sayı 19 , ss. 2973-2982, 2015.

- [111] İ. Yıldız, “Hekim ve hemşirelerin güvenlik raporlama sistemine katılımının değerlendirilmesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği,” Yüksek Lisans Tezi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2015.
- [112] C. S. Ward, D. Mangion , “Nurses' attitudes and barriers to incident reporting in Malta's acute general hospital,” *British Journal of Nursing*, c. 32, sayı 4, ss. 194-200, 2023.
- [113] A. S. Kusumawati, H. Handiyani, & S. F. Rachmi, “Patient Safety Culture And Nurses' Attitude On Incident Reporting In Indonesia”. *Enfermeria Clinica*, c 29, sayı 2, ss. 47-52, 2019.
- [114] H. P. Yung, S. Yu, C. Chu, I. C. Hou, & F. I. Tang, “nurses’ attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors,” *Journal of Nursing Management*, c. 24, sayı 5, ss. 580–588, 2016.
- [115] Gabrani, A. Hoxha, A. Simaku, & J. C. Gabrani, “Application of the safety attitudes questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: A cross-sectional study,” *BMJ Open*, c. 5, sayı 4, ss. 1-10, 2015.
- [116] F. Zhang, Li. Tian, X. Shang, X. Li , R. Xue, S. Cheng, C. Chen, “Exploring relationships between first-line nurse manager's safety attitudes and safety factors in Henan, China,” *Journal of Nursing Management*, c.26 , sayı 3 , ss:314-320, 2018.
- [117] S. Meler, “Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine yönelik tutumları.” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya, Türkiye,2018.
- [118] C. H. Huang, H. H. Wu. Y. C. Lee. “The perceptions of patient safety culture: A difference between physicians and nurses in Taiwan,” *Applied Nursing Research*, c.40, sayı 1, ss. 39–44, 2018.
- [119] W. Chaboyer, D. Chamberlain, K. Hewson-Conroy, B. Grealy, & et. all, “ Care units: Establishing a baseline for quality improvement,” *American Journal of Critical Care*, c. 22, sayı 2, ss. 93-101, 2013.
- [120] M. Hamdan, “Measuring safety culture in Palestinian neonatal intensive care units using the safety attitudes questionnaire”, *Journal of Critical Care*, c. 28, 886.e887– 886.e814, 2013.
- [121] C. H. Huang, Dra, H. H. Wu. Y. C. Lee. “Patient safety in work environments: Perceptions of pediatric healthcare providers in Taiwan”, *Journal of Pediatric Nursing* , c.53, sayı 1, ss. 6-13, 2020.
- [122] D. Y. Güven, Ş. Özalp “Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutumları ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi,” *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c.8, sayı 3, ss. 240-249, 2022.

- [123] G. Bal, "Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi". Yüksek Lisans Tezi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye, 2022.
- [124] E. Karahan, S. Çelik, & S. Sugeçti, "Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükü algısı, hasta güvenliği tutumu ve etkileyen faktörlerin incelenmesi," *Journal of Education and Research in Nursing*, c. 18 sayı 1, ss. 1-9, 2021.
- [125] S. M. F. Abdelaliem, S. A. Alsenany, "Factors affecting patient safety culture from nurses' perspectives for sustainable nursing practice," *MDPI Healthcare*, c.10, sayı 1 , 2022.
- [126] F. S. Özsayın, T. Özbayır, "Attitudes of operating theater workers toward patient safety," *International Journal Of Antisepsis Disinfection Sterilization*, c.1, sayı 1, ss. 1-6, 2016.
- [127] B. Seçer, "Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi," Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Kayseri, Türkiye, 2019.
- [128] T. H. Özcan, "Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki bir özel hastanede hasta güvenliği kültürü," Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2018.
- [129] S. Bahar, "Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi," Yüksek Lisans Tezi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ, 2018.
- [130] H. Balık, "Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları," Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 2014.
- [131] M. H. Söğüt, "Ameliyathane Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumu ile Hasta Güvenliği Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi," Yüksek Lisans Tezi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağ. Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, 2019
- [132] G. T. Tosoa, L. Golle, T. Magnago, G. Herr, M. M. Loro, F. Aozane, & A. C. B. Kolankiewicz "Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective" c. 37 , sayı 4 , ss. 1-8, 2016
- [133] Ö. Özer, F. Şantaş, Ç. Gün, & S. Şentürk, "Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi," *ACU Sağlık Bilimi Dergisi*, c. 10, sayı 2, ss. 161-168, 2019.
- [134] S. Türk "Ameliyathane Hemşirelerinin Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumları," Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, 2015.

- [135] L. L. Gleeson, L. Tobin, L. Gary, E. K. Crowley & et. all. "Safety culture in a major accredited Irish university teaching hospital: a mixed methods study using the safety attitudes questionnaire," *Irish Journal of Medical Science*, c. 189, sayı 4, ss. 1171-1178. 2020.
- [136] M. C. C. Rigobello, R. E. F. L. Carvalho, J. M. Guerreiro, P. G. Motta, E. Atila, F.R. E. Gimenes, "The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department," *International Emergency Nursing*, c. 33, ss. 1-6, 2017.
- [137] D. Yılmaz-Güven, Ş. Şener-Özalp "Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutumları ile hasta güvenliği tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi," *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 8, sayı 3 , ss. 240-249, 2022.
- [138] N. Zimmermann, K. Kung, S. M. Sereika, S. Engberg, B. Sexton, & R. Schwendimann, "Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals--a validation study," *BMC Health Services Research*, c. 13, sayı 1, ss. 1-11, 2013.
- [139] A. S. Alqahtani, R. Evley, (2023, 20 Mart) "Application of Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in adult intensive care units: a cross-sectional study." [Online]. Erişim: <https://www.researchgate.net/publication/342760026>
- [140] D. N. Rutledge, T. Retrosi, & O. Ostrowski, "Barriers To Medication Error Reporting Among Hospital Nurses," *Journal of Clinical Nursing*, c. 27, sayı 9–10, ss. 1941–1949, 2018.
- [141] N. F. Waters, W. A. Hall, H. Brown, H. Espezel, & L. Palmer, "Perceptions of Canadian labour and delivery nurses about incident reporting: A qualitative descriptive focus group study," *International Journal of Nursing Studies*, c. 49 , sayı 7, ss. 811-821, 2012.
- [142] M. Alqubaisi, A. Tonna, A. Strath, D. Stewart "Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medication errors: A qualitative study using the theoretical domains framework". *European Journal Clinical Pharmacology*. c 72 , sayı 7, ss. 887-895, 2016.
- [143] S. D. Williams, D. L. Phipps, D. M. Ashcroft "Understanding The Attitudes Of Hospital Pharmacists To Reporting Medication Incidents: A Qualitative Study," *Research in Social and Administrative Pharmacy*, c 9, sayı 1 , ss 80–89 , 2013
- [144] N. Hartnell, N. MacKinnon, I. Sketris, M. Fleming, "Identifying, understanding and overcoming barriers to medication error reporting in hospitals: A focus group study," *BMJ Quality & Safety*, c. 21, sayı 5, ss. 361–368, 2012
- [145] A. Samsiah, N. Othman, S. Jamshed, & M. A. Hassali, " Knowledge, Perceived Barriers And Facilitators Of Medication Error Reporting: A Quantitative Survey In Malaysian Primary Care Clinics," *International Journal of Clinical Pharmacy*

.c 42 , sayı 4, ss:1118-1127, 2020.

- [146] S. Kapil, K. Anoopjit “A Study to Assess the Knowledge, Attitude and Perceived Barriers on Incident Reporting among Staff Nurses Working in a Tertiary Care Hospital, Ludhiana, Punjab,” *International Journal of Nursing Education*, c. 12, sayı 1, ss. 142-145, 2020.
- [147] R. I. Qedan , M. A. D. Al-Jabi, A. A. Koni, & S. H. Zyoud, “Nurses’ knowledge and understanding of obstacles encountered them when administering resuscitation medications: A cross-sectional study from palestine” *BMC Nursing*, c. 21, sayı 1, ss. 116 -133, 2022.
- [148] H. Fukuda, Y. Imanaka, M Hirose, K Hayashida, “Impact of system-level activities and reporting design on the number of incident reports for patient safety”, *Quality & Safety in Health Care*, c. 19, sayı 2 , ss. 122-127, 2010.
- [149] M. Sujan, “An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety,” *Reliability Engineering and System Safety*, c 144, sayı 1, ss. 45-52, 2015.
- [150] S. M. Evans, J. G. Berry, B. J. Smith, A. Esterman, P. Selim, J. O’Shaughnessy, & M. DeWit, “Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study”. *Quality & Safety in Health Care*, c. 15, sayı 1, ss. 39–43, 2006.
- [151] D. Mostafaei, A. B. Marnani, H. M. Esfahani, F. Estebarsari, S. Shahzaidi, E. Jamshidi, & S. S. Aghamiri, “Medication errors of nurses and factors in refusal to report medication errors among nurses in a teaching medical center of Iran In 2012.” *Iranian Red Crescent Medical Journal*, c. 16, sayı 10, ss. 14 -21, 2014.
- [152] C. S. Ward , D. Mangion , “Nurses' attitudes and barriers to incident reporting in Malta's acute general hospital”, *British Journal of Nursing*, c. 32, sayı 4, ss: 194-200, 2023.
- [153] Lee Y.H., Yang C.C., Chen T.T. “Barriers to incident-reporting behavior among nursing staff:a study based on the theory of planned behavior.” *J ManagOrgan*, c 22 sayı 1 , ss 1–18. , 2016.
- [154] D. Vrbnjak, S. Denieffe, C. O’Gorman, & M. Pajnkihar, “Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review,” *International Journal of Nursing Studies*, c. 63, sayı 1, ss.162-178, 2016.
- [155] M. Sujan M., “An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety,” *Reliability Engineering and System Safety* , c. 144 , sayı 1, ss. 45-52 , 2015
- [156] J. Whitaker, F. İbrahim, “Incident reporting feedback experience in a UK secondary care setting,” *Bulletin of The Royal College of Surgeons of England’ta* sunulmuştur, c. 98, sayı 2, ss:83-84, 2016 .

- [157] A. Musarezaie, T. M. G. Ghasemi, A. Z. Boroujeni, & E. Haj Salhehi “Survey of the medication errors and refusal to report medication errors from the viewpoints of nurses in hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran,” *Journal of Health System Research*, c. 9, sayı 1, ss. 76-85, 2013.
- [158] M. Sarhadi, A. Abdollahyar, A. Navidian H. S. Bardsiri, & T.Sarhadi “The investment of effective factors on medical errors and nonreporting from nurse’s perspective,” *Journal Sabzevar Univ. Med. Sci.*, c 22, s 1, ss. 132–142, 2015.
- [159] B. T. Beydokhti, A. Mohammadpour, S. Shabab, H. Nakhaee H. “Related factors of medication errors and barriers of their reporting in the medical staff in hospitals of gonabad university of medical sciences,” *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*, c. 19, sayı 1, ss. 289–295, 2014.
- [160] A. Fathi, M. Hajizadeh, K. Moradi, H. Zandian, M. Dezhkameh, S. Kazemzadeh, & S. Rezaei, “Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of iran: what we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting,” *Epidemiology and Health*, c. 39, sayı 1, ss. 1- 7, 2017.
- [161] Qin, J. Xie, J. Jiang, F. Zhen, & S. Ding, “Reporting Among nurses and its correlation with hospital safety culture,” *Journal of Nursing Care Quality*, c. 30 sayı 1, ss. 77–83, 2015.
- [162] G. Yumei, T. Yanling, & C. Juanhui, “Status quo of nursing personnel medication errors reporting obstacles and analysis of its personal factors,” *Chinese Nursing Research*, c. 30 sayı 4, ss. 1437–1441, 2016.
- [163] N. Alrabadi, R. Haddad “Medication errors among registered nurses in Jordan,” *Journal Of Pharmaceutical Health Services Research*, c. 11, sayı 3, ss. 237-243, 2020.
- [164] T. Hewitt, S. Chreim, A. Forster “Sociocultural factors influencing incident reporting among physicians and nurses: Understanding frames underlying self- and peer-reporting practices,” *Journal Patient Safety*, c. 13, sayı 3, ss. 129-137, 2017.
- [165] M. W. J. Woo, M. J. Avery, “Nurses’ experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review,” *International Journal of Nursing Science*, c. 8, sayı 4, ss. 453-469, 2021.
- [166] W. Lee, S. Y. Kim, S. Lee, S. G. Lee, H. C. Kim, H. C., & I. Kim, “Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in south korea,” *International Journal of Health Planning and Management*, c 33 , sayı 4, ss :1178-1188 ,2018.
- [167] M. M. Hamed, S. Konstantinidis, “Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review” *Western Journal of Nursing Research*, c. 44, sayı 5, ss. 506-523, 2021.
- [168] S. Aljabari, Z. Kadhim, “Common barriers to reporting medical errors”, *The*

Scientific World Journal, ss. 1-8, 2021.

- [169] J. Hwang, S. Lee, & H. Park, “Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals,” *Healthcare Informatics Research*, c. 18, sayı 4, ss. 279-286, 2012.
- [170] X. Zhao, S. Chunhong, L. Zhao “Nurses’ intentions, awareness and barriers in reporting adverse events: A cross-sectional survey in tertiary hospitals in China.” *Risk Management and Healthcare Policy*, c.15, sayı 1, ss. 1987-1997, 2022.
- [171] M. S. Yoo, K. J. Kim “Exploring the influence of nurse work environment and patient safety culture on attitudes toward incident reporting,” *The Journal of Nursing Administration*, c 47, sayı 9, ss. 434-440, 2017.
- [172] L. C. Chen, L. H. Wang, B. Redley, Y. H. Hsieh, T. L. Chu, & C. Y. “A study on the reporting intention of medical incidents: A nursing perspective.” *Clinical Nursing Research*, c 27, sayı 5, ss. 560-578, 2018.
- [173] R. R. Carandang, K. Cao, N. Jose, F. Almonte, & R. Tinio, “Knowledge and attitudes on adverse drug reaction reporting of selected hospital-based health practitioners in Manila, Philippines”. *SAS Journal*, c. 4, sayı 6, ss. 301-307, 2015.
- [174] S. E. McCarthy, C. A. O’Boyle, A. O’Shaughnessy, & G. Walsh, “Online patient safety education programme for junior doctors: Is it worthwhile?,” *Iris Journal Medical Science*, c.185, sayı 1, ss. 51-58, 2016.
- [175] A. Ünal, “Pediatrik birimlerde hata raporlamayı artırma stratejilerinin oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,”Doktora Tezi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2016.
- [176] R. F. Hashemi, A.Nikbakht Nasrabadi, & F.Asghari, “Factors associated with reporting nursing errors in Iran: a qualitative study,” *BMC Nursing*, c 11, sayı 20, ss.2-8, 2012.
- [177] E. Barluk “Cerrahi hemşirelerinin mesleğe bağlılık düzeylerinin hasta güvenliğine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi,” Yüksek lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye 2019.
- [178] J. Jang, S. H. Shin, “Effects of psychiatric nurses' perception of the healthcare accreditation system and safety climate on patient safety management activities,” *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, c. 25, sayı 4, ss. 375-385, 2016.
- [179] J Hwang, j Ahn, “Teamwork and clinical error reporting among nurses in Korean hospitals,” *Asian Nursing Research*, c 9, sayı 1, ss.14-20, 2014.
- [180] A. Vlayen, W. Schrooten, W. Wami, M. Aerts, L. G. Barrado, N. Claes, J. Hellings, “ Variability of patient safety culture in acute hospitals.” *Journal Of*

Patient Safety, c. 11, sayı 2, ss. 110-121, 2015.

- [181] E. Kavuran, E. Ay, M. Aksoy, “Hemşirelerin Ekip Çalışması ve İş Doyumlarının Belirlenmesi,” *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, c. 2 , sayı 1, ss. 45-56, 2021
- [182] A. D. Wake A. D, T. S. Tuji T. S, B. K. Gonfa, E. T. Waldekidan, E. D. Beshaw, M. A. Mohamed, & S. T. Geressu, “Knowledge, attitude, practice and associated factors towards patient safety among nurses working at Asella Referral and Teaching Hospital, Ethiopia: A cross-sectional study.” *PLoS One*, c. 16, sayı 7, ss. 1-19, 2021.
- [183] A. Aydemir, “Acil serviste çalışan hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve tutumunu etkileyen faktörler,” Yüksek Lisans Tezi, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye, 2015.
- [184] H. Durgun, & H. Kaya, “The attitudes of emergency department nurses towards patient safety,” *International Emergency Nursing*, c. 40, ss. 29-32, 2018.
- [185] D. Gök, “Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hatalarını Bildirme Durumları İle Tıbbi Hatalardaki Tutumları Arasındaki İlişki,” Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2015.
- [186] E. Bayer, G. Çevik, “Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarının hasta güvenliği kültürü üzerine etkilerinin araştırılması: Bir araştırma uygulama hastanesi örneği.” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, cc. 22 sayı 3, ss. 653-676, 2019.
- [187] G. Ö. Usta, “Ameliyathane hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumları ve etkileyen faktörle (Trabzon ili örneği)” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Trabzon, Türkiye, 2018.
- [188] E. Aksan, S. Altındış “Kalite Bağlamında Tıbbi Hata Raporlamaya İlişkin Algılanan Engellerin Araştırılması,” *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 10, sayı 2, ss. 153-159, 2019.
- [189] S. S. Tabatabaee, R. Kalhor, Z. Nejatadegan, V. K. Jahromi, T. Sharifi, “barriers to medication error reporting from nurses’ perspective: A private hospital survey,” *International Journal Hospital Research*, c 3 sayı 2, ss. 97–102, 2014.
- [190] D. Soydemir, S. Intepeler, & H. Mert, “Barriers to medical error reporting for physicians and nurses.” *West Journal Nursing Research*, c. 39, sayı 10, ss. 1348-1363, 2017.
- [191] Y. Yusriawati, A. M. Irwan “The influence of nurse leadership style on the culture of patient safety incident reporting: a systematic review”, *British Journal of Health Care Management*, c. 27, sayı 6, ss. 1-7, 2021.
- [192] H. H. Edrees, M. N. M. Ismail, B. Kelly, & et al. “Examining influences on

- speaking up among critical care healthcare providers in the United Arab Emirates,” *Inter. Journal Quality Health Care*, c. 29, sayı 7, ss.948–960, 2017.
- [193] Y. Ko, S. Yu, “ The relationships among perceived patients’ safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: A pilot study,” *Journal Patient Safety*, c. 13, sayı 3, ss. 175–183, 2015.
- [194] S. Zaheer, L. Ginsburg, Y. T. Chuang, S. L. Grace, “Patient Safety Climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. “*Health Care Manag Rev.*, c. 40, sayı 1, ss. 13–23, 2015.
- [195] Z. B. Jahromi, N. Parandavar, and S. Rahmanian,“Investigating factors associated with not reporting medical errors from the medical team’s point of view in jahrom, Iran,” *Global Journal of Health Science*, c. 6, sayı 6, ss. 96, 2014.
- [196] J. Poorolajal, S. Rezaie, & N. Aghighi, “Barriers to medical error reporting,” *International Journal of Preventive Medicine*, c. 6, sayı 1, ss. 97, 2015.
- [197] S. K. Gupta, R. P. Nayak, R. Shivaranjani, & S. K. Vidyarthi, “ A questionnaire study on the knowledge, attitude, and the practice of pharmacovigilance among the healthcare professionals in a teaching hospital in South India,” *Perspectİves Clinical Research*, c 6, sayı 1, ss. 45-52, 2015.
- [198] S. Bayyığıt, N. A. Aydoğan, K. Ecemiş, “Sağlık çalışanlarının güvenlik raporlama sistemi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi,” *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, c.16, sayı 1, ss. 63-82, 2019.
- [199] N. Nakamura, Y. Yamashita, S. Tanihara, & C. Maeda, “Effectiveness And Sustainability Of Education About Incident Reporting At A University Hospital in Japan,” *Health Informatics Research*, c.20, sayı 3, ss. 209-215, 2014.
- [200] C. Haw, J. Stubbs, G. L. Dickens, “Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital,” *Journal Psychiatr. Mental Health Nursing*, c. 21, sayı 9, ss. 797-805, 2014.

7. EKLER

7.1. EK:1 DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER	
1. Yaşınız	: ()20 altı ()20-29 ()30-39 ()40-49 ()50 -59 ()60 üstü
2. Cinsiyet	: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumu	: ()Evli ()Bekar ()Diğer
4. Eğitim durumu	: ()Ortaokul ()Lise ()Ön lisans ()Lisans () Lisansüstü
5. Mesleki çalışma süresi	: ()1 yıldan az ()1-5 yıl ()6-10 yıl ()11-15 yıl ()16-20 yıl ()20 Yıl Üstü
6. Çalıştığı bölüm	:
7. Bölümde çalışma süreniz	: ()1 yıldan az ()1-5 yıl ()6-10 yıl ()11-15 yıl ()16-20 yıl ()20 yıl üstü
8. Çalışma şekli	: ()Gündüz ()Gece ()Gece/Gündüz ()Diğer
9. Haftalık çalışma saati	:
10. Mesleği isteyerek mi seçtiniz:	()Evet ()Hayır

**7.2. EK:2 OLAY BİLDİRİM FARKINDALIĞI VE KULLANIMI BİLGİSİ
FORMU**

II. OLAY BİLDİRİM FARKINDALIĞI VE KULLANIMI BİLGİSİ	
1a. Bugüne kadar Olay Bildirim ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?	() Evet () Hayır
1b. Cevabınız Evet ise, eğitimi nereden aldığınızı belirtiniz)	Evet ise :
2a .Meslekte rapor edilmesi gereken hasta güvenliğine yönelik bir olaya tanık olduğunuz mu ya da böyle bir olaya karıştınız mı?	() Evet () Hayır () Evet () Hayır
2b. Cevabınız Evet ise hasta güvenliğine yönelik olay bildiriminde bulundunuz mu?	() İlaç Güvenliği
2c. Cevabınız Evet ise , hangi hasta güvenliği olay bildirimde bulundunuz mu?	() Laboratuvar Güvenliği () Cerrahi Güvenlik () Hasta Güvenliği () Diğer.....
3. Hastanede bir Olay Bildirim Sistemi var.	() Evet () Hayır
4. Olay bildiriminin nasıl yapılacağını biliyorum.	() Evet () Hayır

7.3. EK:3 OLAY BİLDİRİM TUTUM ÖLÇEĞİ (OBTÖ)

Lütfen istenmeyen olay raporlamaya karşı tutumuzu madde karşısında gösterilen ifadelerden size uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliğinin belirlenmesine yardımcı olur	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Meydana gelen istenmeyen olaylardan haberdar olan kişi az ise olayın rapor edilmesine gerek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Meslektaşlarım karıştığı istenmeyen olayları bildirmek benim sorumluluğum değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur	(1)	(2)	(3)	(4)
5. İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece raporlamaya gerek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. İstenmeyen olay bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. İstenmeyen olayların nasıl rapor edileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. İstenmeyen olayları bildirmedığım zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Meslektaşlarım istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Hangi tür istenmeyen olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek , olay raporlama kadar iyidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, İstenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması , olay bildiriminde teşvik edici olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. İstenmeyen olay raporlama bir tür suçlu bulunma yoludur.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları rapor etmenin bir anlamı yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Olay raporlama, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımın dedikodular yapmasına sebep olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarım bunu raporlamada ilgisiz davranıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)

7.4. EK:4 GÜVENLİK TUTUM ÖLÇEĞİ (GTÖ)

Lütfen çalıştığınız servis/hastane konusundaki düşüncelerinizi belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bu serviste hemşirelerin hasta bakımı hakkında verdiği bilgiler oldukça dikkate alınır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Bu serviste, hasta bakımıyla ilgili bir problem algıyorsam, onu söylemekte zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Bu servisteki fikir ayrılıkları uygun şekilde çözülür (yani, <i>kimin</i> haklı olduğuna göre değil, hasta için <i>neyin</i> en iyi olduğuna göre).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Diğer personelden hastaların bakımı için ihtiyaç duyduğum desteği görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Bu servisteki personel için, anlamadıkları bir şey olduğunda soru sormak kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Buradaki hekimler ve hemşireler, iyi koordine edilmiş bir ekip olarak birlikte çalışırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Burada hasta olarak tedavi edilseydim, kendimi güvende hissederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Bu serviste tıbbi hatalar * uygun şekilde ele alınır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Performansım hakkında uygun bilgi ve yorum alırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Bu serviste, hataları tartışmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hastaların güvenliğiyle ilgili olarak duyabileceğim herhangi bir endişeyi söylemek için meslektaşlarım tarafından cesaretlendirilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Bu servisin kültürü, başkalarının hatalarından öğrenmeyi kolaylaştırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Bu servisteki hasta güvenliğiyle ilgili sorunları bildirebileceğim uygun kanalları biliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. İşimi severim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bu hastanede çalışmak büyük bir ailenin bir parçası olmak gibidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Bu hastane çalışmak için iyi bir yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Bu hastanede çalışmaktan gurur duyuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Bu serviste / birimde moral yüksektir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Acil durumlar (örneğin, acil resüsitasyonlar/ canlandırmalar, kanamalar) sırasında aşırı yorgunluk performansımı bozar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İş yüküm aşırı arttığı zaman performansım düşer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Çok yorgun olduğumda, işte daha az etkili olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Gergin ya da düşmanca durumlarda hata yapma ihtimalim daha fazladır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Hastane yönetimi, günlük çalışmalarımı destekler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Hastane yönetimi hastaların güvenliğini bilerek tehlikeye atmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Bu servisteki personel sayısı, mevcut hastalara bakmak için yeterlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Hastanede olan ve işimi etkileyebilecek önemli ya da olağandışı olaylar (yeni politikalar, yeni çalışma programları, toplantılar, vb.) hakkında yeterince ve zamanında bilgilendirilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Bu hastanede yeni personel iyi eğitilir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Teşhis ve tedaviyle ilgili kararlar için gerekli bütün bilgilere rutin olarak ulaşabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Bu hastane, problem yaratan hekimler ve diğer çalışanlarla yapıcı şekilde ilgilenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Benim mesleğimdeki asistanlar / stajyerler yeterince denetlenir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

7.5. EK:5 OLAY BİLDİRİM ENGEL ÖLÇEĞİ (OBEÖ)

Lütfen olay bildiriminde engel olduğunu düşündüğünüz hususları belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.Olay bildirim kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.Olay bildirimde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.Ayıplanmaktan korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Cezalandırılmaktan korkuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.Olay bildirim sistemleri yetersiz.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.Olay bildirim formu doldurmakta zorluklar var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.Olay bildirim faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

10. Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

**7.6. EK:6 BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 391

30.11.2021

Konu: Kararlar

BASVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Hemşirelerin Olay Bildirim Sistemlerini Kullanımının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.
	ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Evaluation of Nurses' Use of Incident Reporting Systems and Investigation of Affecting Factors.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Hemşire Zeycan ARAT
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2021/271	Tarih (Date) 23.11.2021
	Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof.Dr.Mehmet Hayri ERKOL (Başkan)	Genel Cerrahi	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Erkan KILINÇ (Başkan Yardımcısı)	Fizyoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Prof.Dr.Mehmet Hamid BOZTAŞ (Üye)	Ruh Sağlığı Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Akif Hakan KURT (Üye)	Farmakoloji	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr. Hamit YOLDAŞ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Aslı ÇELEBİ TAYFUR (Üye)	Çocuk Sağlığı Hastalıkları /Nefroloji Bilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç.Dr.Tuba TASLAMACIOĞLU DUMAN (Üye)	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Oya KALAYCIOĞLU (Bildirimden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (Üye)	Hemşirelik	BAİBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr.Üyesi Abdulgani KAYMAZ (Üye)	Göz Hastalıkları	BAİBÜ Tıp Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Kübra DEĞİRMENCI (Üye)	Protetik Diş Tedavisi	BAİBÜ Diş Hekimliği Fakültesi	
Dr.Öğr.Üyesi Tuğba KOCAĞA (Üye)	Antrenörlük Eğitimi	BAİBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	
Dr. Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Farmakolog/Eczacı	Özel Eczane (BOLU)	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Avukat	Özel Hukuk Bürosu (BOLU)	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

7.7. EK:7 BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38244951-604.01.01
Konu : Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY'ın
Araştırma Komisyon Kararı

BOLU İZZET BAYSAL DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Düzce Üniversitesinde görevli Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY 'ın danışmanlığında yardımcı araştırmacı Zeycan ARAT tarafından yürütülmesi planlanan "Hemşirelerin Olay Bildirim Sistemlerini Kullanımının Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi çalışmanın İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür Araştırma Valilik Oluru ve Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı yazımız ekinde gönderilmiş olup, kişinin araştırmayı başlatmak üzere sağlık tesisinizin eğitim birimine başvurmasının sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Mehmet BALCI
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek:

- 1- Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY'ın Araştırma Valilik Oluru
- 2- Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DEMİRAY'ın Araştırma Komisyon Kararı

Adres: Borazanlar Mah.Hattat Emin Barın Cad.No:108

Telefon: Faks No: 03742151252

e-Posta: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Destek Hizmetleri Başkanlığı

Özlük İşleri (Eğitim Birimi)/Tel:0374-2150340/41 (231) Fax:0374-2181759 e-mail:

yasemin.konuk1@saglik.gov.tr Hem: Yasemin Konuk

Belge Doğrulama Kodu: 4a50956d-8e46-4145-8d6f-418ce881c80a

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yasemin KONUK

EBE

Telefon No: (0 374) 215 03 40

7.8. EK:8 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımının ve etkileyen faktörlerin İncelenmesi”dir. Bu çalışmanın temel amacı, hemşirelerin olay bildirim sistemlerini kullanımının ve etkileyen faktörlerin incelenmesiyle hasta güvenliğinin ve sağlık hizmet sunumu kalitesinin geliştirilmesi geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla yapılacaktır. Hemşirelerin dahil ya da tanık oldukları olayların bildirilmesine karşı tutumlarının belirlenmesi, sağlık kurumlarındaki güvenlik tutumlarının tespit edilmesi ve olayların bildiriminde hangi engel algıları ile hareket ettiklerinin belirlenmesi çalışmanın diğer amaçlanmıştır.

Bu araştırmada size sorulardan oluşan anket formu kullanılarak uygulanacaktır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı **264**'dir. Anketimiz **79 soru** ve **4 sayfadan** oluşmakta olup ortalama **10-15 dk** zamanınızı alacaktır. Çalışmada yanıtlarınızı seçenekler arasında uygun olan daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer cevaplar arasından diğer seçeneği mevcutsa veya yanıtınız seçenekler içerisinde yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Bu araştırma ile ilgili olarak anket sorularını cevaplamak sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk oluşturmamakla birlikte olay bildirim koşunda farkındalığınızın artması beklenmektedir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun içinno.lu telefondan Doç. Dr. Ayşe Demiray'a veya no.lu telefondan Zeycan Arat'a başvurabilirsiniz.

Lütfen ankette yer alan sorularla içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan yanıt veriniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmanın tüm masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Araştırma katılmanın gönüllük esasına dayalıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışmanın gereklerini yerine getirmeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili bilgiler gerekirse bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm cevaplar ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgileri verilerin analizinden sonra ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasisinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

7.9. EK:9 ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

← Re: Tez Ölçek Kullanım İzni

19.10.2021 Sal 13:43 tarihinde yanıtlandı

BK Bünyamin Keleş
14.10.2021 Per 17:04

Kime: Siz

Hayırlı olsun... Elbette kullanabilirsiniz.. Atıfta bulunduğunuz süreç hiç sorun yok..

Selamlar

iPhone'umdan gönderildi

İyi Günler , Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Olay Raporlama ile ilgili Farkındalık - Olay Raporlama Kullanma Durumu aynı zamanda Geçerlilik - Güvenirliliğini yaptığınız Olay Bildirim Tutum Ölçeği (İstenmeyen Olay Raporlama Tutum Anketi - OBTO), Olay Bildirim Engel Ölçeği (Olay Raporlama Engelleri Anketini - OBEÖ) tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim .

Zeycan ARAT

Düzce Üni. Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı

← Tez Çalışmasında Ölçek Kullanım İzni

z zeycan arat
14.10.2021 Per 14:41

İyi Günler , Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Geçerlilik ve Güvenirliliğini yaptığınız "Güvenlik Tutumları Ölçeğini" tez çalışmamda izniniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim .

← Tez Çalışmasında Ölçek Kullanım İzni

19.10.2021 Sal 13:41 tarihinde yanıtlandı

SK Sıdika Kaya <
15.10.2021 Cum 1

Kime: Siz

 SAQ_(Sıdika_Kaya).docx
19 KB

 SAQ article.pdf
294 KB

2 ek (313 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba,

Ölçeği ekte gönderiyorum. Çalışmanız sonunda yapacağınız yayınlarda bizim makalemize atıfta bulunmak şartıyla ölçeğin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim

Prof. Dr. Sıdika Kaya

[Yanıtla](#) | [İlet](#)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zeycan ARAT

Yabancı Dili : İngilizce

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y.Lisans	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi	2023
Lisans	Hemşirelik	Gülhane Akeri Tıp Fakültesi (GATA)	2014
Lise		Mithatpaşa Anadolu Lisesi	2010

İŞ TECRÜBELERİ

- Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi-Hemşire (03.2017-)
- Ağrı Devlet Hastanesi-Hemşire (2016-02.2017)
- Ağrı Askeri Hastanesi -Hemşire (2015-2016)
- GATA Askeri Hastanesi -Hemşire (2014-2015)