

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM ENGELİ
ALGISI İLE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM TUTUMU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS

NURAN KOÇ

Temmuz 2026
GÜMÜŞHANE



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM ENGELİ
ALGISI İLE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM TUTUMU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**DECONSTRUCTION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF
UNWANTED EVENT NOTIFICATION DISABILITY AND UNWANTED
EVENT NOTIFICATION ATTITUDE IN HEALTH WORKERS: THE CASE OF
GÜMÜŞHANE STATE HOSPITAL**

YÜKSEK LİSANS

NURAN KOÇ

Temmuz 2026

GÜMÜŞHANE



**GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ**
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM ENGELİ
ALGISI İLE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM TUTUMU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**DECONSTRUCTION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF
UNWANTED EVENT NOTIFICATION DISABILITY AND UNWANTED
EVENT NOTIFICATION ATTITUDE IN HEALTH WORKERS: THE CASE OF
GÜMÜŞHANE STATE HOSPITAL**

YÜKSEK LİSANS

Nuran KOÇ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE TEKİNARSLAN

**Temmuz 2026
GÜMÜŞHANE**

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN danışmanlığında, **Nuran KOÇ** tarafından hazırlanan “Sağlık Çalışanlarında İstenmeyen Olay Bildirim Engeli Algısı ile İstenmeyen Olay Bildirim Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği” isimli bu çalışma, 10/07/2026 tarihinde yapılan lisansüstü tez savunma sınavı sonucunda **Oy Birliği** ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.....
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe İSPİRLİ TURAN (Başkan)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN (Danışman)

.....
Doç. Dr. Ahmet Bahadır ŞİMŞEK (Üye)

Lisansüstü tez savunma sınavında başarılı bulunarak kabul edilen bu tezin ciltlenmiş hali, /..... /..... tarihli ve / sayılı Enstitü Yönetim Kurulu toplantısında görüşülmüş ve tez yazım kılavuzuna uygun bulunarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Duygu ÖZDEŞ
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlamış olduğum “**Sağlık Çalışanlarında İstenmeyen Olay Bildirim Engeli Algısı ile İstenmeyen Olay Bildirim Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, danışmanımın sorumluluğunda hazırladığımı, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

10/07/2026

.....

Nuran KOÇ

TEŞEKKÜR

Bu tez, yalnızca bir akademik çalışmanın ötesinde; hayatıma dokunan insanların sevgisi, desteği ve varlığıyla güç bulduğum bir yolculuğun hikâyesidir. Bu yolculukta yanımda olan herkese kalbimin en derin yerinden teşekkür ediyorum.

Öncelikle, bugün yanımda olmasa da sevgisini, öğretilerini ve varlığını her nefeste hissettiğim sevgili babam Salim TERZİ 'ye... Onun doğruluğu, çalışkanlığı, merhameti ve bana bıraktığı değerler, bu çalışmanın her satırında bana eşlik etti. Bu tezi tamamlayabildiysem, onun yüreğimde taşıdığım gücü sayesinde. Babama sonsuz bir özlem ve minnetle...

Hayatımın en kıymetli desteği, en güvenli limanı olan sevgili eşim Orkun KOÇ 'a... Yorgun düştüğüm anlarda elimi tutup kaldıran, bir bakışıyla bile güç veren, sevgisiyle ruhuma iyi gelen eşime ne kadar teşekkür etsem az. Sabrın, anlayışın ve sarsılmaz desteğin benim için kelimelerden çok daha fazlası... İyi ki varsın.

Bana umut veren, bir gülüşüyle tüm yorgunluklarımı unutturan canım oğlum Erbatur KOÇ 'a... Hayatımın en büyük neşesi ve en saf ilham kaynağı olduğu için; varlığıyla her günüme anlam kattığı için sonsuz teşekkür ederim. Bu yolculuğu güzelleştiren en değerli mucizem sensin.

Her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan, desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi İbrahim KIYMIŞ 'a da gönülden teşekkür ederim. Varlığın, bir omuz gibi hep yanımda hissettirdi ve güç verdi.

Ve elbette, bu akademik yolculuğun en önemli rehberi olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN 'a... Sabırla yönlendirdiği, her adımda bana güven verdiği ve destek olduğu için en derin minnettarlığımı sunarım. Bu çalışmanın şekillenmesinde katkısı tarifsizdir.

Bu tezin ardında sevgi, emek, destek ve beraberlik var. Kalbimde yer eden tüm güzel insanlara sonsuz şükranlarımla...

Nuran KOÇ
GÜMÜŞHANE – 2026

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlama süreçlerine yönelik tutumlarını ve bu tutumları etkileyen bireysel, kurumsal ve sistemsal engelleri belirlemektir. Hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi açısından kritik bir öneme sahip olan istenmeyen olay raporlaması, sağlık hizmetlerinde hataların nedenlerini ortaya koyarak benzer olayların tekrarını önlemeye yönelik stratejik bir araç olarak değerlendirilmektedir. Ancak sağlık çalışanlarının raporlama sürecine katılımının çeşitli engeller nedeniyle sınırlı kaldığı görülmektedir. Araştırmanın evrenini Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda araştırmaya gönüllü katılımcılardan oluşan 390 kişiye ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan yapılandırılmış anket formu kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde sosyo-demografik bilgiler; ikinci bölümünde sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirimine ilişkin tutumlarını ölçen ifadeler; üçüncü bölümünde ise bireysel, kurumsal ve sistemsal raporlama engellerini belirlemeye yönelik ölçek maddeleri yer almaktadır. Veriler yüz yüze ve çevrim içi yöntemlerle toplanmış, analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırmalı testler kullanılmıştır. Araştırma bulguları, sağlık çalışanlarının olay bildirim tutum düzeylerinin yüksek seviyede olduğunu ve olay bildirim için engellerin düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları içerisinde ebe olan katılımcıların olay bildiriminin tutumu ortalamaları, diğer sağlık çalışanları olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarında olay bildirim engelleri ortalamasının artması olay bildirim tutumunun azalmasına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İstenmeyen olay, Olay bildirim engelleri, Olay raporlama, Sağlık çalışanları

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the attitudes of healthcare professionals working at Gümüşhane State Hospital towards unwanted incident reporting processes and the individual, institutional and systemic barriers affecting these attitudes. Unwanted incident reporting, which is of critical importance in terms of strengthening the patient safety culture, is considered as a strategic tool to prevent the recurrence of similar incidents by revealing the causes of errors in health services. However, it appears that healthcare professionals' participation in the reporting process is limited due to various obstacles. The population of the study consists of healthcare professionals working at Gümüşhane State Hospital. In this context, 390 people consisting of volunteer participants were reached for the research. As the data collection tool, a structured survey form consisting of three sections was used. The first part of the survey includes socio-demographic information; the second part contains statements measuring healthcare professionals' attitudes regarding adverse event reporting. The third section contains scale items aimed at identifying individual, institutional, and systemic reporting barriers. Data were collected through face-to-face and online methods, and descriptive statistics and comparative tests were used in the analyses. Research findings show that the incident notification attitude levels of health workers are at a high level and the barriers for incident notification are at a low level. It was found that the average attitude of the participants who were midwives among health workers to the notification of incidents was higher than the participants who were other health workers. As a result of, the increase in the average level of incident reporting barriers among healthcare workers leads to a decrease in incident reporting attitudes.

Keywords: Adverse events, Barriers to reporting events, Event reporting, Healthcare professionals

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
EKLER DİZİNİ.....	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
1.3. Araştırmanın Önemi	11
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE GÜVENLİK.....	14
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	14
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemleri	19
2.2.1. Kalite Yönetim Sistemleri Modelleri.....	23
2.2.2. ISO 9001 Standardı.....	26
2.2.3. EFQM Mükemmellik Modeli	28
2.2.4. Lean Sağlık Yaklaşımı.....	30
2.2.5. Six Sigma Metodolojisi	32
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Güven.....	33
2.4. İstenmeyen Olay Kavramı ve Raporlamanın Önemi	37
2.5. Raporlama Sistemleri ve Kültürel Yaklaşımlar	40
3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM ENGELİ ALGISI İLE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ	44
3.1. İstenmeyen Olaylar: Tanımlar, Türler ve Örnekler	44
3.2. Hasta Hataları	47
3.2.1. İletişim Hataları.....	50
3.2.2. Bilgi ve Eğitim Eksikliğine Dayalı Hatalar.....	52

3.3. Olay Raporlama Sistemleri ve Modelleri	54
3.3.1. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)	57
3.3.2. İlaç Advers Reaksiyonları İçin Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) Rapor Formu	60
3.3.3. Bazı Özel Kurumların Dâhili Elektronik Hata İzleme Modülleri	62
3.4. Raporlama Engelleri: Bireysel, Kurumsal ve Sistemsel Etkenler	66
3.4.1. Bireysel Etkenler	68
3.4.2. Kurumsal Etkenler	70
3.4.3. Sistemsel Etkenler	73
4. YÖNTEM	76
4.1. Araştırma Modeli ve Deseni	76
4.2. Evren ve Örneklem	76
4.3. Veri Toplama Aracı	76
4.4. Veri Toplama Süreci	77
4.5. Araştırmanın Hipotezleri	77
4.6. Bulgular	78
4.7. Olay Bildirim Tutum Ölçeği ve Olay Bildirim Engel Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırmalı Analizleri	85
5. TARTIŞMA	105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	107
KAYNAKÇA	111
EKLER	115
ETİK KURUL KARARI	119
ÖZGEÇMİŞ	120

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı	78
Tablo 2. Olay bildirim tutumu frekans tablosu	80
Tablo 3. Olay bildirim engeli frekans tablosu.....	83
Tablo 4. Ölçek ve alt boyutları ile ilgili betimsel istatistikler.....	84
Tablo 5. Cinsiyet değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları	87
Tablo 6. Medeni durum değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları.....	88
Tablo 7. Meslekte isteklilik değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları.....	89
Tablo 8. Eğitim durumu alt faktörüne ait anova sonuçları.....	91
Tablo 9. Ekonomik durum değişkenine ait ANOVA sonuçları	92
Tablo 10. Meslek değişkenine ait ANOVA sonuçları	94
Tablo 11. Çalışma süresi değişkenine ait ANOVA sonuçları.....	96
Tablo 12. Çalışılan birim değişkenine ait ANOVA sonuçları	99
Tablo 13. Çalışma şekli değişkenine ait ANOVA sonuçları.....	102
Tablo 14. Olay bildirim tutum ölçeğinin alt faktörlerinin pearson korelasyon analizi sonuçları.....	103
Tablo 15. Olay bildirim engel ölçeğinin alt faktörlerinin pearson korelasyon analizi sonuçları.....	103
Tablo 16. Olay bildirim tutumu ve olay bildirim engel ölçeğine ait basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	103

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu	115
Ek 2. Bilimsel Çalışma İzni	118

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHRQ	: Agency for Healthcare Research and Quality
DMAIC	: Tanımla, Ölç, Analiz Et, İyileştir ve Kontrol Et
EFQM	: European Foundation for Quality Management
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
ISO	: International Organization for Standardization
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
SBAR	: Situation, Background, Assessment, Recommendation
TÜFAM	: Türkiye Farmakovijilans Merkezi
vd.	: Ve diğerleri
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunum süreci, insan yaşamını doğrudan etkileyen son derece karmaşık ve çok boyutlu bir sistem içerisinde yürütülmektedir. Bu sistemin merkezinde yer alan sağlık çalışanları, hasta bakımının kalitesinden hasta güvenliğine kadar birçok kritik alanda temel sorumluluğa sahiptir. Modern sağlık hizmetlerinde öncelikli amaçlardan biri, hizmet sunumunun güvenli, etkili ve sürekli bir şekilde yürütülmesidir. Ancak her ne kadar profesyonellik ve teknolojik gelişmeler bu süreci desteklese de sağlık hizmetlerinin doğası gereği istenmeyen olaylar zaman zaman kaçınılmaz hale gelebilmektedir. Bu olaylar hem hasta hem de sağlık çalışanları açısından çeşitli riskler barındırmakta; sağlık sisteminin işleyişine zarar verebilecek sonuçlar doğurabilmektedir. İstenmeyen olaylar; hastaya zarar verebilecek ya da potansiyel olarak zarar verme ihtimali bulunan, genellikle planlanmamış ve sistemdeki bir aksaklık sonucu meydana gelen durumlar olarak tanımlanmaktadır (Institute of Medicine, 2001; WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Bu olaylar arasında ilaç hataları, tanı gecikmeleri, cerrahi komplikasyonlar, hasta kimliğinin karıştırılması gibi çok çeşitli örnekler yer almaktadır. İstenmeyen olayların raporlanması ise, hasta güvenliğinin sağlanması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu raporlamalar, olayların nedenlerinin anlaşılmasına ve benzer hataların tekrarlanmaması için sistemsel önlemlerin alınmasına katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla, istenmeyen olayların şeffaf bir şekilde bildirilmesi, sağlık kurumları açısından bir kalite göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ne var ki, uygulamada sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaktan kaçındıkları ya da bu sürece karşı çekimser yaklaştıkları görülmektedir. Bu durumun temelinde çeşitli bireysel, kurumsal ve kültürel engeller yer almaktadır (Kohn vd. 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Sağlık çalışanlarının raporlama sürecine dair tutumlarını etkileyen bu engeller arasında; cezalandırılma korkusu, yöneticilerin olumsuz tepkileri, mesleki itibarın zedelenmesi endişesi, raporlama sisteminin karmaşıklığı, zaman yetersizliği ve raporlamanın işe yaramayacağına dair inançlar gibi faktörler yer almaktadır. Bu engeller, çalışanların raporlama davranışları üzerinde belirleyici rol oynamakta; sağlık hizmetlerinde istenmeyen olaylara ilişkin verilerin toplanmasını ve analiz edilmesini güçleştirmektedir. Sağlık çalışanlarının istenmeyen olaylara yönelik tutumları ve bu tutumları şekillendiren engellerin anlaşılması, hasta güvenliğini artırmaya yönelik

stratejilerin geliştirilmesi bakımından hayati öneme sahiptir. Tutum, bireyin bir duruma ya da olaya karşı geliştirdiği düşünsel, duygusal ve davranışsal eğilimleri ifade eder (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaya dair olumlu bir tutum geliştirmeleri, yalnızca bireysel bir davranış değil, aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişine yönelik bir sorumluluk anlayışı olarak da değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, raporlama sürecini etkileyen engellerin ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi, sağlık çalışanlarının tutumlarının da olumlu yönde değişmesini sağlayabilir. Bu tez çalışmasının temel amacı, sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamalarına engel oluşturan faktörlerin, onların bu konudaki tutumları üzerindeki etkilerini incelemektir. Araştırma kapsamında hem bireysel hem de kurumsal düzeyde ortaya çıkan engellerin sağlık çalışanlarının raporlama davranışlarına olan yansımaları detaylı şekilde değerlendirilecek; böylece sağlık hizmetlerinde daha etkin bir raporlama kültürünün gelişmesine katkı sunabilecek önerilerde bulunulacaktır. Ayrıca bu çalışma, sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve sağlık yönetimi uygulamalarında kanıta dayalı kararlar alınmasına yardımcı olabilecek bilimsel veriler sunmayı da hedeflemektedir (Çakmak vd., 2018; Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı içerisinde, insan faktörünün belirleyici olduğu birçok süreç yer almakta, bu da hata riskini artıran önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Sağlık çalışanları; yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri, duygusal baskı, zaman baskısı ve çok disiplinli ekip çalışması gibi stres faktörleri ile sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi, hata yapma olasılığını artırmakta ve sistem içerisinde istenmeyen olayların meydana gelmesine zemin hazırlamaktadır. Ancak önemli olan bu olayların tamamen ortadan kaldırılması değil, bu olayların sistematik şekilde raporlanması, analiz edilmesi ve önleyici stratejilerin geliştirilmesidir. Sağlık sistemlerinde hata yapmanın cezalandırılmasına dayalı geleneksel yaklaşımlar, çalışanların istenmeyen olayları raporlamaktan çekinmelerine neden olmakta; bu da olayların görünmez kalmasına, tekrar edilmesine ve sonuçta hem hasta hem de çalışan güvenliğinin zedelenmesine yol açmaktadır (Institute of Medicine, 2001; WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Oysa çağdaş sağlık sistemlerinde, hataların bireyden ziyade sistem kaynaklı olduğu anlayışı benimsenmekte; hataların bildirilmesi bir zayıflık değil, sistemin iyileştirilmesine katkı sunan bir davranış olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, etkin bir raporlama kültürü oluşturmak, yalnızca bireysel farkındalıkla değil, aynı zamanda örgütsel destek ve liderlik ile mümkün hale gelmektedir. Sağlık çalışanlarının

raporlama davranışları üzerinde tutumlarının belirleyici bir rol oynadığı bilinmektedir. Tutumların olumlu ya da olumsuz yönde şekillenmesi ise büyük ölçüde deneyimlerle, kurum kültürüyle, yönetsel yaklaşımlarla ve kişisel algılarla ilişkilidir. Örneğin, bir sağlık çalışanı daha önce raporladığı bir olay sonucunda herhangi bir destek görmemişse ya da olumsuz bir geri bildirim almışsa, benzer durumlarda raporlamaktan kaçınma eğilimi gösterebilir. Bu tür durumlar, sadece bireysel tutumlar üzerinde değil, aynı zamanda kurum genelinde raporlama kültürünün zayıflamasında da etkili olmaktadır (Kohn vd. , 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Ayrıca sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi ve eğitimi de istenmeyen olayları raporlama konusundaki davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür. Raporlama sisteminin ne olduğu, nasıl kullanılacağı, hangi olayların raporlanması gerektiği gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmayan bir çalışanın, raporlama konusunda istekli olması beklenemez. Bu nedenle, eğitim ve farkındalık çalışmaları, çalışan tutumlarını olumlu yönde etkileyebilecek temel stratejiler arasında yer almaktadır. Aynı şekilde, açık iletişimin teşvik edilmesi, geri bildirim mekanizmalarının etkinleştirilmesi ve yöneticilerin çalışanlara destekleyici yaklaşımı, olumlu tutumların gelişmesini destekleyecek diğer kritik unsurlar arasında sayılabilir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının istenmeyen olaylara yönelik raporlama tutumlarının arkasındaki dinamiklerin anlaşılması ve bu tutumları şekillendiren engellerin sistematik olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece hem bireysel hem de kurumsal düzeyde alınabilecek önlemler belirlenerek, daha güvenli bir sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlanabilecektir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Girişimlerin yalnızca sağlık çalışanlarına değil, yöneticilere, politika yapıcılara ve hizmet sunum süreçlerine yönelik öneriler içermesi hedeflenmektedir (Çakmak vd. 2018; Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Sağlık hizmetleri; çok sayıda meslek grubunun, ileri teknoloji kullanımının, yoğun bilgi akışının ve zaman baskısı altında verilen klinik kararların bir araya geldiği karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşıklık, bakımın etkililiğini artırırken aynı zamanda hata ve zarar riskini de bütünüyle ortadan kaldırılamayan bir sistem özelliği hâline getirmektedir. Hasta güvenliği bu nedenle yalnızca bireysel mesleki yeterliliğe değil; süreçlerin tasarımına, ekip iletişimine, çalışma koşullarına, yönetsel kararlara ve kurumun öğrenme kapasitesine bağlıdır. Modern kalite yaklaşımı, güvenli bakımı sağlık hizmetlerinin temel boyutlarından biri kabul etmekte ve önlenebilir zararın azaltılmasını

kurumsal yönetişimin merkezine yerleştirmektedir (Institute of Medicine, 2001; WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Sağlık hizmeti sırasında ortaya çıkan ve hastaya zarar veren ya da zarar verme potansiyeli taşıyan durumlar, hasta güvenliği olayları kapsamında değerlendirilmektedir. İstenmeyen olay, ramak kala olay ve zarar oluşmayan olay gibi farklı olay türleri, sistemdeki zayıf noktaların görünür hâle gelmesini sağlayan önemli bilgi kaynaklarıdır. Bu olayların raporlanması, yalnızca yaşanan durumun kayda geçirilmesi anlamına gelmez; olayın nedenlerinin analiz edilmesi, benzer risklerin belirlenmesi ve düzeltici-önleyici faaliyetlerin geliştirilmesi için kurumsal bir öğrenme döngüsü oluşturur. Etkili raporlama sistemlerinin amacı çalışanları suçlamak değil, olayın oluşmasına katkı sağlayan insan, süreç, teknoloji ve örgüt faktörlerini birlikte değerlendirmektir (Kohn vd. 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Bununla birlikte olay raporlama sistemleri, gerçekleşen olayların tamamını kendiliğinden görünür kılan eksiksiz veri kaynakları değildir. Sağlık çalışanları; cezalandırılma veya suçlanma korkusu, mesleki itibarın zarar göreceği endişesi, yönetsel destek eksikliği, olayın raporlanmaya değer görülmemesi, sistemin zaman alıcı olması ve yapılan bildirimin değişim yaratmayacağına ilişkin inançlar nedeniyle bildirimden kaçınabilmektedir. Güncel sistematik derlemeler, raporlama davranışının yalnızca bireysel isteklilikle açıklanamayacağını; güvenlik kültürü, liderlik, geri bildirim, iş yükü, sistem kullanılabilirliği ve hukuki-kurumsal güvence gibi çok düzeyli etkenlerin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025; Alfayez vd., 2026).

Türkiye’de sağlık kurumlarında olay bildirimi, Sağlıkta Kalite Standartları ve Güvenlik Raporlama Sistemi gibi düzenlemelerle desteklenmektedir. Ancak bir raporlama altyapısının bulunması, sağlık çalışanlarının sistemi düzenli ve güvenli biçimde kullanmasını tek başına garanti etmemektedir. Ulusal araştırmalar, hasta güvenliği kültürünün ve cezalandırıcı olmayan yaklaşımın olay bildirimi ile yakından ilişkili olduğunu; çalışanların yönetime güveni ve geri bildirim deneyiminin bildirim davranışını etkilediğini ortaya koymaktadır (Çakmak vd. 2018; Kaya vd., 2023; Aydemir ve Koç, 2023). Bu çalışma, Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde görev yapan sağlık çalışanlarının olay bildirimi tutumlarını ve karşılaştıkları engelleri birlikte inceleyerek yerel düzeyde kanıta dayalı iyileştirme alanlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Sağlık hizmetlerinin niteliği ve sürdürülebilirliği açısından en önemli unsurlardan biri, hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hasta güvenliği, yalnızca hasta yaşamını korumaya yönelik değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği ve hizmet kalitesinin artırılması açısından da stratejik bir öneme sahiptir. Ancak hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olaylar, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin karşılaştığı önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Bu olaylar, çoğu zaman sistemdeki aksaklıklar, iletişim yetersizlikleri, yoğun iş yükü, personel eksikliği ya da bilgi ve beceri yetersizliğinden kaynaklanmakta; sonuçta hasta sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. İstenmeyen olayların ortaya çıkmasını tamamen engellemek mümkün olmasa da bu olaylardan öğrenmek ve benzer hataların tekrarlanmaması için sistematik önlemler almak mümkündür. Bunun için ilk ve en önemli adım, olayların zamanında ve doğru bir şekilde raporlanmasıdır (Macrae, 2016; Stavropoulou vd. 2015; WHO, 2020).

Ancak sağlık çalışanları çoğu zaman bu tür olayları raporlamaktan kaçınmakta ya da raporlama sürecine karşı çekimser davranmaktadır. Bu durumun altında yatan nedenler ise bireysel, kurumsal ve yapısal olmak üzere birçok faktöre dayanmaktadır. Özellikle cezalandırılma korkusu, yöneticilerden olumsuz tepki alma endişesi, raporlamanın mesleki imajı zedeleyeceği düşüncesi, raporlama sisteminin karmaşık ve zaman alıcı olması gibi etkenler, sağlık çalışanlarının tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu noktada temel problem, sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaya yönelik tutumlarının, bu süreci engelleyen faktörler nedeniyle zayıf kalmasıdır. Oysaki bu olayların sistematik olarak bildirilmemesi, sağlık hizmetlerinde aynı hataların tekrar edilmesine yol açmakta ve kurum içi öğrenme kültürünü zayıflatmaktadır. Böyle bir durumda hem hasta güvenliği riske atılmakta hem de sağlık çalışanlarının mesleki doyumları ve güvenlik algıları olumsuz etkilenmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlamaya ilişkin tutumlarını etkileyen engellerin belirlenmesi, sorunun doğru şekilde anlaşılması açısından önem taşımaktadır. Türkiye’de hasta güvenliği alanında çeşitli politikalar ve raporlama sistemleri geliştirilmiş olmasına rağmen, uygulamada bu sistemlerin etkin kullanımının oldukça sınırlı kaldığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı, bu sistemlerin işlevselliğine güvenmemekte ya da raporlamanın sonucunda bir değişiklik olmayacağına inanmaktadır. Aynı zamanda, yöneticilerin destekleyici tutum göstermemesi, açık iletişim ortamının bulunmaması, eğitim eksiklikleri ve zaman

baskısı gibi unsurlar, çalışanların raporlama davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının tutumlarını şekillendiren bu çok boyutlu engellerin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Bu araştırmanın problemi, sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaya yönelik tutumlarının, karşılaştıkları engeller nedeniyle istenilen düzeye ulaşamaması; bu durumun hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve kurumsal öğrenme açısından ciddi bir tehdit oluşturmasıdır (Çakmak vd., 2018; Aydemir ve Koç, 2023; Kaya vd., 2023).

Hangi tür engellerin çalışanların tutumlarını ne ölçüde etkilediğini ortaya koymak, yalnızca bireysel farkındalık yaratmakla kalmayıp, aynı zamanda kurumsal düzeyde politika geliştirilmesine de olanak sağlayacaktır. Bu bağlamda, araştırma hem sağlık çalışanlarının tutumlarını anlamayı hem de bu tutumların arkasındaki engelleyici faktörleri belirleyerek çözüm odaklı öneriler sunmayı amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin hızlı, güvenilir ve etkin bir biçimde sunulması, doğrudan sağlık çalışanlarının karar alma süreçlerine, uygulamalarına ve sistem içi geri bildirim mekanizmalarının işlerliğine bağlıdır. Bu bağlamda istenmeyen olayların raporlanması, sadece yaşanan olumsuzlukların belgelenmesi değil, aynı zamanda sağlık sisteminde yer alan risklerin belirlenmesi ve bu risklere karşı sistematik çözümler geliştirilmesi sürecine katkı sağlayan önemli bir kalite yönetimi aracı olarak kabul edilmektedir (Macrae, 2016; Stavropoulou vd. 2015; WHO, 2020).

Ancak bu süreçte, sağlık çalışanlarının bireysel tutumları ile karşılaştıkları kurumsal ve yapısal engeller arasındaki çatışma, raporlamanın sürekliliğini ve güvenilirliğini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Araştırmanın temel problemi, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlamaya yönelik tutumlarının, bu sürece dair olumsuz deneyimler ve inançlarla şekillenmesi; sonuç olarak raporlama davranışlarının olması gereken düzeye ulaşamamasıdır. Çalışanlar, sıklıkla raporlama sistemlerinin şeffaf olmadığını, yöneticilerin bu tür olaylara karşı cezalandırıcı bir tutum benimsediğini, olay bildirimlerinin kendilerine bir fayda sağlamadığını ve zaman açısından raporlamanın bir yük oluşturduğunu ifade etmektedir. Bu tür algılar, çalışanların yalnızca mevcut sisteme olan güvenlerini zedelemekle kalmamakta, aynı zamanda olası istenmeyen olaylar karşısında sessiz kalmalarına ve bilgi gizlemelerine yol açmaktadır. Dahası, raporlama kültürünün oluşamaması kurumsal öğrenmeyi ve hizmet içi gelişimi sekteye uğratmakta; kurumlar açısından sürekli gelişimi engelleyen önemli bir zayıflık haline gelmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Sağlık kurumlarında öğrenme kültürünün gelişmesi ve hatalardan ders çıkarılabilmesi, çalışanların olayları gönüllü ve doğru bir şekilde raporlamalarıyla mümkündür. Oysa mevcut durumda birçok sağlık çalışanı, raporlama davranışını riskli, gereksiz ya da etkisiz olarak değerlendirmekte, bu da sistemsel gelişimin önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Böylece, görünmeyen birçok hata tekrar edilmekte ve potansiyel olarak ciddi sonuçlara yol açabilecek riskli durumlar göz ardı edilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları algılama biçimleri de raporlama davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Her olayın bir raporlama konusu olup olmadığına dair yaşanan belirsizlikler, bilgi eksiklikleri ve standart prosedürlerin kuruma göre değişkenlik göstermesi, olayın raporlanıp raporlanmayacağı kararında önemli rol oynamaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları arasında hem uygulama farklılıklarına hem de kafa karışıklığına neden olmakta, dolayısıyla bütüncül ve etkin bir raporlama kültürünün yerleşmesini zorlaştırmaktadır (Çakmak vd., 2018; Aydemir ve Koç, 2023; Kaya vd., 2023).

Araştırma bu problem çerçevesinde, şu temel sorulara yanıt aramaktadır: (Macrae, 2016; Stavropoulou vd. 2015; WHO, 2020)

Hasta güvenliği olaylarının raporlanması, sağlık kurumlarının risk profillerini anlaması ve tekrar eden sorunları önlemesi için gereklidir. Buna karşın olay sayısı ile bildirilen olay sayısı arasında çoğu sağlık sisteminde belirgin bir fark bulunmaktadır. Gönüllü bildirim sistemleri, özellikle ramak kala olayları ve çalışanların günlük uygulamada karşılaştığı süreç sorunlarını görünür kılabilse de bildirim verileri gerçek olay sıklığının doğrudan bir ölçümü olarak kullanılamaz. Çünkü bildirim miktarı; olayın ciddiyetinden, çalışanın olay algısından, güvenlik kültüründen, raporlama sisteminin erişilebilirliğinden ve yönetimin verdiği tepkiden etkilenmektedir (Macrae, 2016; Stavropoulou vd. 2015; WHO, 2020).

Raporlama önündeki engeller çok boyutludur. Bireysel düzeyde bilgi eksikliği, olayın kişisel başarısızlık olarak algılanması, utanç, mesleki sonuçlardan kaygı duyma ve raporlamanın yararına inanmama öne çıkmaktadır. Kurumsal düzeyde cezalandırıcı iklim, yetersiz liderlik desteği, geri bildirim verilmemesi, ağır iş yükü ve raporlama için ayrılan zamanın sınırlı olması etkili olmaktadır. Sistem düzeyinde ise karmaşık formlar, standart olmayan sınıflandırmalar, gizlilik konusundaki belirsizlikler ve raporların iyileştirme faaliyetlerine dönüştürülebilmesi bildirim isteğini azaltmaktadır (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Türkiye’de ulusal ve kurumsal raporlama mekanizmaları bulunmasına rağmen, raporlama kültürünün kurumlar ve meslek grupları arasında aynı düzeyde yerleşmediği

görülmektedir. Güvenlik kültürünün zayıf algılandığı, hatalara karşı cezalandırıcı yaklaşımın baskın olduğu veya çalışanlara bildirimin sonucu hakkında geri dönüş yapılmadığı ortamlarda raporlama davranışı sınırlanabilmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalar da hasta güvenliği kültürü, yönetim desteği ve olay bildirim sıklığı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir (Çakmak vd., 2018; Aydemir ve Koç, 2023; Kaya vd., 2023).

Araştırmanın temel problemi, sağlık çalışanlarının olay bildirimine yönelik tutumlarının ve raporlama sürecinde algıladıkları engellerin aynı kurumsal bağlam içinde nasıl ilişkili olduğunun yeterince açıklanmamış olmasıdır. Gümüşhane Devlet Hastanesi özelinde hangi engellerin daha belirgin olduğunun, tutum düzeyinin demografik ve mesleki değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının ve engel düzeyinin tutumu ne ölçüde yordadığının belirlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları ve engel algıları hangi düzeydedir? Bu düzeyler çalışanların özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır? Olay bildirim engelleri ile olay bildirim tutumu arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

- Sağlık çalışanlarının istenmeyen olaylara yönelik tutumları nasıldır?
- Hangi bireysel, kurumsal veya sistemsel faktörler bu tutumları etkilemektedir?
- Bu faktörlerin çalışanların raporlama davranışları üzerindeki etkisi nedir?
- Kurum içinde daha etkin bir raporlama kültürü oluşturmak için hangi alanlarda iyileştirme yapılmalıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği, doğrudan sağlık çalışanlarının mesleki uygulamaları, karar alma süreçleri ve kurumsal iletişim dinamikleri ile yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında meydana gelen istenmeyen olayların doğru, zamanında ve sistematik biçimde raporlanması; hizmetin güvenliğini artırmak, hataların tekrarını önlemek ve sağlık sisteminde sürekli iyileştirmeyi sağlamak açısından son derece önemlidir. Ancak pratikte, sağlık çalışanlarının bu tür olayları raporlamaktan çeşitli nedenlerle kaçındıkları veya sürece dair olumsuz bir tutum geliştirdikleri görülmektedir. Bu durum, yalnızca bireysel bir davranış biçimi değil, aynı zamanda kurumsal işleyişin ve kültürün bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaya yönelik tutumlarını etkileyen engelleri detaylı şekilde ortaya koymak ve bu engellerin tutum üzerindeki etkisini incelemektir (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Araştırma, özellikle bireysel, kurumsal ve sistemsel düzeyde karşılaşılan engellerin sağlık çalışanlarının raporlama davranışlarına nasıl yansıdığını anlamayı hedeflemektedir. Böylece hem tutumların oluşum dinamikleri hem de bu dinamiklerin olumsuz etkilerini ortadan kaldıracabilecek çözüm yolları bilimsel veriler ışığında değerlendirilecektir. Bu kapsamda araştırma, sağlık çalışanlarının raporlama sürecine yönelik mevcut tutumlarının belirlenmesini, bu tutumların şekillenmesinde rol oynayan başlıca engellerin sınıflandırılmasını ve aralarındaki ilişki düzeyinin ölçülmesini amaçlamaktadır. Bununla birlikte çalışmanın bir diğer amacı da, sağlık kurumlarının mevcut raporlama sistemlerinin sağlık çalışanları tarafından nasıl algılandığını, bu sistemlerin yeterliliğine dair inançları ve uygulamadaki güçlü ya da zayıf yönleri değerlendirmektir. Bu sayede, yalnızca bireysel eğilimlere değil; aynı zamanda kurumsal politika, yönetsel destek, eğitim ve sistem tasarımı gibi alanlara dair kapsamlı analizler yapılabilecektir (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Araştırmanın bir diğer amacı da sağlık hizmetleri alanında görev yapan profesyonellerin istenmeyen olaylara dair farkındalık düzeylerini anlamak ve bu farkındalığın tutumla olan ilişkisini ortaya koymaktır. Farkındalık düzeyinin yüksek olduğu ortamlarda raporlamaya yönelik isteklilik artmakta, çalışanlar kendilerini daha güvende hissetmektedir. Bu nedenle çalışmada, çalışanların güvenlik kültürü algılarının da dolaylı olarak değerlendirileceği öngörülmektedir. Ayrıca, araştırma sonuçlarının sağlık yöneticilerine, politika yapıcılara ve eğitim programı geliştiricilere yol gösterici olması da önemli bir amaç olarak belirlenmiştir. Elde edilecek bulgular, sağlık çalışanlarının daha etkin bir şekilde raporlama yapmalarını teşvik edecek stratejilerin geliştirilmesinde kullanılabilecek; çalışanlara yönelik eğitimlerin içeriği yeniden şekillendirilebilecek, ayrıca kurumsal raporlama sistemlerinin yeniden yapılandırılması sürecine bilimsel zemin oluşturabilecektir. Bu araştırmanın bir diğer amacı da sağlık çalışanlarının raporlama davranışlarını etkileyen tutumlarının değiştirilebilmesi için gerekli olan stratejik müdahale alanlarını belirlemektir (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Özellikle sağlık hizmeti sunumunun merkezinde yer alan hemşireler, hekimler, teknikerler ve diğer destek personelin tutumlarını anlamak; bu tutumların altında yatan psikolojik, sosyal ve örgütsel faktörleri incelemek, sağlık kurumlarında sistemsel gelişim sağlanabilmesi açısından son derece değerlidir. Bu doğrultuda çalışma, sağlık çalışanlarının raporlama sürecinde yaşadığı tereddütlerin nedenlerini açıklığa kavuşturmayı; hangi tür engellerin daha etkili olduğunu belirlemeyi ve bu engellerin ortadan kaldırılması için uygulanabilir öneriler geliştirmeyi hedeflemektedir.

Araştırmanın amacı yalnızca mevcut durumu tanımlamakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sağlık yöneticilerinin karar alma süreçlerine katkı sunacak bilimsel veriler üretmek olarak da tanımlanabilir. Elde edilecek bulgular sayesinde, yöneticiler sağlık çalışanlarının raporlama konusundaki tutumlarını daha iyi anlayabilecek; çalışanlar ile kurum yönetimi arasındaki güven ilişkisini güçlendirecek yeni politikalar geliştirebileceklerdir. Bu da doğrudan hasta güvenliğine, hizmet kalitesine ve çalışan memnuniyetine olumlu yönde katkı sağlayacaktır (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Araştırmanın bir başka hedefi de, raporlama davranışını etkileyen tutumların hangi meslek grubunda daha belirgin olduğunu ve bu durumun mesleki eğitim, deneyim süresi, kurum türü gibi değişkenlerle nasıl bir ilişki içerisinde olduğunu ortaya koymaktır. Bu sayede mesleğe özgü eğitim planları hazırlanabilir, raporlama sistemleri meslek gruplarının ihtiyaçlarına uygun biçimde yeniden düzenlenebilir. Örneğin, deneyimsiz çalışanların daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğu; yönetim kadrosundaki bireylerin ise süreci şekillendirme sorumluluğuna sahip olduğu gibi çıkarımlar, saha uygulamaları açısından yönlendirici olacaktır (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Bu araştırmanın temel amacı, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlamaya yönelik tutumlarını ve raporlama sürecinde algıladıkları engelleri belirlemek; söz konusu engellerin olay bildirim tutumu üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaç, olay raporlamasını yalnızca bireysel bir davranış olarak değil, çalışan özellikleri ile kurumsal ve sistemsel koşulların etkileşimi içinde değerlendiren güncel hasta güvenliği yaklaşımıyla uyumludur (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Araştırmada ayrıca olay bildirim tutumu ve olay bildirim engelleri puanlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma süresi, çalışılan birim, çalışma şekli ve meslekte isteklilik gibi değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece kurum genelinde tek tip bir iyileştirme yaklaşımı yerine, farklı çalışan gruplarının gereksinimlerine göre eğitim, iletişim ve yönetim müdahalelerinin planlanmasına katkı sağlayacak verilerin üretilmesi hedeflenmiştir.

Son olarak araştırma, olay bildirim engelleri ile olay bildirim tutumu arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü ortaya koymayı amaçlamaktadır. Elde edilen bulguların; bildirim süreçlerinin sadeleştirilmesi, cezalandırıcı olmayan güvenlik kültürünün güçlendirilmesi, çalışanlara düzenli geri bildirim verilmesi ve yönetsel desteğin artırılması için kullanılabilecek kurumsal önerilere temel oluşturması beklenmektedir (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen en temel unsurlardan biri olan hasta güvenliği, yalnızca bireysel sağlık çalışanlarının sorumluluğu değil, aynı zamanda sağlık sisteminin bütününe yayılan kurumsal ve toplumsal bir yükümlülüktür. Sağlık sisteminde meydana gelen istenmeyen olayların önlenmesi ya da en aza indirgenmesi, bu olayların düzenli olarak raporlanması ve bu raporlar ışığında sistemin yeniden yapılandırılması ile mümkündür. Ancak uygulamada, sağlık çalışanlarının bu tür olayları raporlamakta isteksiz davrandıkları ya da çeşitli gerekçelerle bu süreci ihmal ettikleri gözlemlenmektedir. Bu durum, sadece bireysel hataların görünmez kalmasına neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık kurumlarında öğrenen organizasyon yapısının gelişmesini de engellemektedir. Bu araştırma, sağlık çalışanlarının istenmeyen olaylara ilişkin raporlama davranışlarını etkileyen tutumları ve bu tutumların arkasında yatan engelleyici faktörleri ortaya koyması bakımından önemlidir (Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016; WHO, 2020).

Çalışma, sağlık sektöründe sıklıkla dile getirilen ancak çoğu zaman sistematik olarak ele alınmayan bir sorunu ele almakta; raporlamaya ilişkin davranışların nedenlerini açıklamaya yönelik bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Böylece araştırma, hasta güvenliği alanında yapılacak politika ve uygulamaların sağlam bir veri temeline oturmasını mümkün kılmaktadır. Araştırmanın önemi, sadece mevcut durumun ortaya konulmasıyla sınırlı değildir. Aynı zamanda bu çalışma, sağlık çalışanlarının mesleki tutumları, kurumsal bağlılık düzeyleri, yönetime olan güvenleri ve sağlık kurumlarının iç işleyişine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Raporlama davranışının ardında yatan psikolojik ve örgütsel etkenlerin anlaşılması, kurumlar için hem insan kaynakları yönetimi hem de hizmet kalitesi açısından değerli bilgiler ortaya çıkaracaktır. Bu sayede, çalışanların kuruma olan güvenini artıran, açık iletişimi teşvik eden ve cezalandırıcı değil, yapıcı bir kültürün inşa edilmesine katkı sağlanacaktır (Braithwaite vd., 2017; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Araştırmanın bir başka önemli yönü de, elde edilecek bulguların sağlık yöneticilerine ve politika yapıcılara doğrudan rehberlik edebilecek nitelikte olmasıdır. Hangi engellerin sağlık çalışanlarını raporlama davranışından uzaklaştırdığı, hangi alanlarda yönetsel iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğu ve çalışanların raporlamayı daha etkin yapabilmesi için hangi koşulların sağlanması gerektiği gibi sorulara yanıt aranması; stratejik planlamaların bilimsel verilere dayanarak yapılmasını sağlayacaktır. Bu da, sağlık sisteminin hem güvenliğini hem de verimliliğini doğrudan etkileyen sonuçlar doğuracaktır. Bununla birlikte, araştırma özellikle Türkiye bağlamında sağlık

alışanlarının raporlama davranışları üzerine yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmalara katkı sunacak; yerel dinamiklerin ve kültürel yapıların bu tutumlar üzerindeki etkisini ortaya koyacaktır. Böylece sağlık kurumlarında uygulanacak politika ve stratejiler, sahaya özgü gerçeklikler dikkate alınarak şekillendirilebilecektir (akmak vd., 2018; Aydemir ve Koç, 2023; Kaya vd., 2023).

Akademik literatüre sunacağı katkının yanı sıra, saha uygulamalarına sağlayacağı yönlendirme kapasitesi ile araştırmanın sağlık sistemine çok yönlü katkılar sunması beklenmektedir. Son olarak, bu araştırma, sağlık çalışanlarının yalnızca birer hizmet sunucu değil, aynı zamanda sağlık sisteminin gelişiminde aktif rol alan bireyler olduğu anlayışını güçlendirmektedir. Çalışanların karşılaştığı engellerin görünür kılınması ve bu engellerin ortadan kaldırılması yönünde öneriler sunulması hem çalışan memnuniyetini hem de hasta güvenliğini artıracak uzun vadeli dönüşümlerin nn açacaktır. Dolayısıyla bu çalışma, bireysel davranışların ötesine geçerek sistemsel bir soruna odaklanmakta; sağlık hizmetlerinde daha güvenli, daha açık ve daha öğrenen bir yapının oluşmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir (Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016; WHO, 2020).

Olay bildirim sistemlerinin hasta güvenliğine katkısı, yalnızca kaç rapor toplandığıyla değil, raporlardan ne ölçüde öğrenildiği ve öğrenmenin uygulamaya nasıl dnştrldğyle değerlendirilmelidir. Bildirimler; tekrar eden risklerin belirlenmesi, kök neden analizlerinin yapılması, süreçlerin yeniden tasarlanması ve çalışanlara geri bildirim verilmesi için başlangıç verisi sağlar. Bununla birlikte bildirim yapılmadığında kurumun risk görünümü eksik kalır ve benzer olayların tekrarlanması önleyecek öğrenme fırsatları kaybedilir (Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016; WHO, 2020).

Bu alışma, olay bildirimi tutumu ile bireysel, kurumsal ve sistemsel engelleri aynı örneklemde birlikte değerlendirmesi bakımından önemlidir. Güncel literatür, raporlama davranışının çok düzeyli belirleyicilere sahip olduğunu; güvenlik kltr, liderlik, psikolojik güvenlik, iş yükü ve sistem kullanılabilirliği arasında karşılıklı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir (Braithwaite vd., 2017; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025). Bu nedenle yalnızca çalışan eğitimine odaklanan müdahaleler yeterli olmayabilir; kurumun yönetim yaklaşımı ile raporlama altyapısının da eş zamanlı geliştirilmesi gerekir.

Araştırmanın Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde yürütülmesi, hasta güvenliği ve olay bildirimi konusunda büyükşehir ve niversite hastaneleri dışında kalan bir kamu hastanesine ilişkin yerel kanıt üretmesi açısından değerlidir. Türkiye'deki bulgular, güvenlik kltr ve olay bildirimi arasında ilişki bulunduğunu göstermesine rağmen

kurumların çalışan profili, iş yükü, yönetim yapısı ve yerel uygulamaları farklılaşabilmektedir (Çakmak vd., 2018; Aydemir ve Koç, 2023; Kaya vd., 2023). Bu çalışma, hastane yönetiminin iyileştirme önceliklerini kuruma özgü verilerle belirlemesine yardımcı olabilir.

Araştırma sonuçları; hizmet içi eğitim içeriklerinin düzenlenmesi, bildirim formlarının ve dijital süreçlerin sadeleştirilmesi, çalışan gizliliğinin güçlendirilmesi, bildirim sonrasında görünür geri bildirim verilmesi ve adil kültür ilkelerinin yaygınlaştırılması açısından uygulamaya dönük katkı sunabilir. Ayrıca çalışma, ileride farklı hastanelerde yürütülecek karşılaştırmalı ve boylamsal araştırmalar için başlangıç verisi sağlayarak Türkiye'deki olay bildirim literatürünün gelişmesine katkıda bulunabilir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE GÜVENLİK

Sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenlik birbirinden ayrı iki hedef değil, aynı bakım sürecinin tamamlayıcı bileşenleridir. Kaliteli hizmetin etkili, hasta merkezli, zamanında ve erişilebilir olması kadar gereksiz risklerden arındırılması da gerekir. Bu bölümde sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, kalite yönetim sistemleri ve temel yönetim modelleri ele alınmakta; ardından hasta güvenliği, istenmeyen olaylar ve raporlama kültürü arasındaki ilişki açıklanmaktadır (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinin önemi, toplumların sürdürülebilir gelişimi ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük bir değer taşımaktadır. Bu alanda sunulan hizmetlerin etkinliği, güvenliği ve hasta memnuniyeti, sağlık sistemlerinin verimliliğiyle doğrudan ilişkilidir. Nitekim, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece ulaşılabilirlik veya maliyet açısından değil, aynı zamanda sunulan bakımın güvenilirliği ve hasta odaklılığıyla da ölçülür. Kaliteli sağlık hizmetleri, hastaların sağlık sorunlarına en uygun ve en etkin çözümleri sunmayı hedeflerken, aynı zamanda sağlık çalışanlarının mesleki yeterliliklerini en üst düzeye çıkarmalarını gerektirir. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının belirli standartlara uygun hareket etmesi ve sürekli iyileştirme çalışmalarını sürdürmesi zorunludur. Kalitenin sağlanması, hastaların güvenini kazanmak ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini temin etmek adına temel bir gerekliliktir (Donabedian, 1988; Institute of Medicine, 2001).

Ayrıca, toplum sağlığını korumak, tama yakın tedavi ve bakım standartlarını tutarlı biçimde sunmak ve sağlık sisteminin genel performansını artırmak açısından da büyük önem taşır. Bu nedenle, sağlık alanında yapılan yatırımlar ve uygulanan kalite politikaları, sadece hasta bakımını değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel etkinliğini ve profesyonel standartları da yükseltir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece hasta memnuniyetiyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sağlık sisteminin tüm unsurlarının bütüncül bir yaklaşımla geliştirilmesini gerektirir. Bu kapsamda, regülasyonlar, denetimler ve sürekli eğitim-öğretim faaliyetleri, kalitenin sürekliliğini sağlayan temel mekanizmalar arasında yer alır. Kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde başarılı ve sürdürülebilir bir hizmet sunumunun temel taşıdır. Bu kavram, yalnızca hizmetin yeterliliğiyle sınırlı kalmayıp, hasta güvenliği, memnuniyeti ve hizmetin

sürekli gelişimiyle de yakından ilgilidir (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Kalitenin sağlanması, sağlık kurumlarının belirli standartlara uygun davranmasını, süreçlerin sistematik bir biçimde yapılandırılmasını ve hizmetlerin sürekli izlenmesini zorunlu kılar. Kalitenin temel unsurlarından biri olan hasta odaklılık, hasta ihtiyaç ve beklentilerinin ön planda tutulmasıyla ortaya çıkar. Bu doğrultuda, hastaların memnuniyetini ölçen anketler ve geri bildirim mekanizmaları, hizmet kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlar. Ayrıca, yanlışların ve hata oranlarının minimize edilmesi amacıyla hata yönetimi ve risk değerlendirmesi süreçleri uygulanır. Bu sayede (International Organization for Standardization [ISO], 2023; Chassin ve Loeb, 2013) olası riskler önceden tespit edilerek, önleyici tedbirler alınabilir. Kalite kavramının etkin yönetimi, sağlık kuruluşlarında yasal uyumun yanı sıra, uluslararası standartlara uyumu ve akreditasyon süreçlerini de kapsar. Standardizasyon, sürekli iyileştirme ve eğitim faaliyetleri, kaliteyi sürdürülebilir kılma bakımından kritik öneme sahiptir. Bu yaklaşımla, sağlık hizmetleri hem etkinlik hem de güvenlik açısından sürekli gelişerek, hasta beklentilerini aşmayı amaçlar. Kalitenin sağlanması, sadece bir hedef değil, aynı zamanda kurum kültürünün vazgeçilmez bir parçası olmalıdır. Bu nedenle, kalite yaklaşımı, kurum içi ortak bir anlayış ve sorumluluk bilinciyle yerleştirilmeli, tüm çalışanların katılımıyla sürekli geliştirilmelidir. Bu bütünsel ve disiplinli yaklaşım, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırırken, hasta güveni ve memnuniyetini de beraberinde getirir. Kalite yönetim sistemleri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve sürekli iyileştirilmesi açısından temel unsurlardan biridir (Donabedian, 1988; Institute of Medicine, 2001).

Klinik ve idari süreçlerin etkinliğini artırmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, güvenliği sağlamak ve maliyetleri kontrol altında tutmak amacıyla uygulanan bu sistemler, uluslararası standartlara uygunluk ve sürekli gelişim ilkelerini temel alır. ISO 9001 standardı, kalite yönetim sistemlerinin kurulması ve sürdürülmesinde yaygın olarak kullanılan en önemli çerçevedir. Bu standart, süreçlerin tanımlanması, izlenmesi ve sürekli iyileştirilmesini sağlar. Ayrıca, hasta odaklı yaklaşımlarda sistematik bir kalite yönetimi modeli olan Toplam Kalite Yönetimi (TQM), çalışanların katılımını teşvik ederek, hataların önlenmesine ve süreçlerin optimize edilmesine olanak tanır. Bu yaklaşımlar, kuruluşların performansını artırırken, hasta güvenliği ve memnuniyetinin sağlanmasında kritik role sahiptir. Kalite yönetim sistemleri, sağlık kuruluşlarında düzenli denetimler ve iç/dış değerlendirmeler aracılığıyla sürekli iyileştirme hedeflerini takip eder. Ayrıca, eğitim ve farkındalık programlarıyla çalışanların kalite bilincinin

geliştirilmesi temel bir unsur olarak benimsenir (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Günümüzde teknolojik altyapıların entegrasyonu ile sağlık hizmetleri daha şeffaf ve erişilebilir hale gelirken, standartlara uyum ve sürekli gelişim sağlamak için sistematik yaklaşımlar hayati öneme sahiptir. Sonuç olarak, kalite yönetim sistemleri, sağlık alanında güvenli, etkili ve hasta merkezli hizmetlerin sunulmasında vazgeçilmez bir temel oluşturur. Kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde yüksek standartlara ulaşmayı ve sürdürülebilir bir iyileşme sürecini temel alan karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram, sağlık hizmetlerinin etkinliği, güvenilirliği ve hasta memnuniyetini artırmaya yönelik çeşitli tanımlar ve yaklaşımlar içermektedir. Kalite, sadece teknik ve klinik başarılarından ibaret olmayıp, aynı zamanda hizmet sunumunun hasta beklentilerine uygunluğu ve hizmetin ulaşılabilirliği gibi unsurları da kapsar. Bu bağlamda, kaliteyi sağlamak ve geliştirmek amacıyla çeşitli yönetim sistemleri ve stratejileri uygulanmaktadır (ISO, 2023; Chassin ve Loeb, 2013).

Kalite yönetim sistemleri, süreçlerin planlanması, uygulanması, izlenmesi ve sürekli gelişimini hedefleyen standart ve yöntemleri içerir. Bu sistemler, hasta odaklı olunması, hataların azaltılması ve hizmette tutarlılık sağlanması açısından önemlidir. Dünya genelinde kabul gören uluslararası kalite standartlarıyla uyum sağlama ve ulusal normlara uygunluk, sağlık kuruluşlarının kalitesini yükseltmede kritik rol oynamaktadır. Ayrıca, kaliteyi sürekli iyileştirme amacıyla performans göstergeleri geliştirilerek düzenli olarak değerlendirilir ve analiz edilir. Bu göstergeler, klinik sonuçlar, işlem süreleri ve hasta geri bildirimleri gibi çeşitli kriterleri içermekte olup, veri analizi yöntemleriyle desteklenerek karar alma ve iyileştirme süreçlerine temel oluşturur. Kalite kavramının temel taşlarından biri de hasta güvenliğidir. Hasta güvenliği, olası risklerin önceden belirlenerek minimize edilmesini sağlayan kapsamlı risk yönetimi uygulamaları ile güçlendirilir (Donabedian, 1988; Institute of Medicine, 2001).

Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde kalite, sürekli eğitim ve mesleki gelişim ile desteklenerek, teknolojik yeniliklerin entegrasyonu sağlanır. Sonuç olarak, kalitenin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve hasta memnuniyeti açısından temel bir zorunluluktur ve bu alandaki standart ve uygulamaların uyumu büyük önem taşımaktadır. Kalite yönetim sistemleri, sağlık sektöründe hizmetlerin standartlarını yükseltmek, hasta memnuniyetini artırmak ve maliyetleri optimize etmek amacıyla temel yapı taşlarıdır. Bu sistemler, örgütlerin tüm faaliyetlerini belgelemek, izlemek ve sürekli iyileştirmek için kurulan disiplinli yaklaşımlardır. Ayrıca, yürütülen süreçlerin şeffaflığını sağlar ve kurumların yasal mevzuata uyumunu kolaylaştırır.

Kalite yönetim sistemlerinin temel unsurları arasında müşteri odaklılık, liderlik, süreç yaklaşımı, sürekli iyileştirme ve veri temelli karar verme yer alır (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Sağlık hizmetlerinde bu sistemlerin uygulaması, hasta güvenliğinin artırılması, klinik hataların azaltılması ve hizmet kalitesinin sürdürülebilir şekilde iyileştirilmesine katkı sağlar. Standardizasyon ve akreditasyon kriterlerinin belirlenmesi ve hayata geçirilmesi, kalite yönetim sistemlerinin önemli bileşenlerindendir. Ayrıca, iç denetimler ve performans göstergeleri aracılığıyla sistemlerin etkinliği düzenli olarak değerlendirilir. Bu yaklaşımlar sayesinde, sağlık kuruluşları riskleri tespit ederek gerekli önlemleri alabilir ve hizmet çeşitliliğini ve kalitesini sürekli geliştirebilir. Bu sistemlerin başarıyla uygulanabilmesi, çalışanların eğitimine, liderliğe ve yönetim desteğine büyük önem verilmesini gerektirir. Sonuç olarak, kalite yönetim sistemleri, sağlık alanında hizmetlerin güvenilir, etkili ve hasta odaklı hale gelmesinde vazgeçilmez unsurlardır ve toplum sağlığını geliştiren temel araçlar olarak devamlı evrim geçirmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyetini artırmak, tedavi başarısını yükseltmek ve genel sağlık düzeyini iyileştirmek amacıyla temel bir unsur olarak kabul edilir (ISO, 2023; Chassin ve Loeb, 2013).

Kalitenin sağlanabilmesi için öncelikle belirli kriterlerin ve standartların belirlenmesi gerekir. Bu noktada, sağlık hizmetlerinde kalite, hasta güvenliği, klinik sonuçlar, hizmet etkinliği ve hasta odaklılık gibi temel ölçütler üzerinden değerlendirilir. Kaliteyi sürekli geliştirmek adına, sağlık kuruluşları hem uluslararası hem de ulusal standartlara uygun hareket eder. Bu standartlar, hizmet kalitesinin objektif ölçülmesini, süreçlerin standardize edilmesini ve hizmetlerin sürdürülebilirliğini sağlar. Ayrıca, sağlıkta kalite yönetimi, sürekli iyileştirme odaklı yaklaşımlarla desteklenir. Bu kapsamda, kalite yönetim sistemleri kurularak, süreçler analize tabi tutulur ve performans göstergeleri aracılığıyla izlenir. Hasta güvenliği, bu çerçevede en önemli unsurlardan biridir ve risklerin minimize edilmesi, tedavi hatalarının azaltılması temel hedeflerdir. Risk yönetimi kapsamında, olası sorunlar önceden tespit edilip önleyici stratejiler geliştirilir. Performans değerlendirme ise, ilgili göstergeler ve veri analizi yöntemleriyle sağlanır (Donabedian, 1988; Institute of Medicine, 2001).

Anketler, geri bildirim mekanizmaları ve sürekli veri toplama süreçleri sayesinde, hizmet kalitesinin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi mümkün olur. Ayrıca, eğitim ve gelişim faaliyetleri ile sağlık çalışanlarının bilgi ve becerileri artırılır, böylece kaliteyle uyumlu hizmet sunumu sağlanır. Teknolojinin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinin

kalitesini artırmada önemli bir rol oynar. Dijital sağlık uygulamaları, elektronik sağlık kayıtları ve uzaktan izleme sistemleri, hizmetlerin erişilebilirliğini ve etkinliğini artırır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde kalite, çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir ve sürekli iyileştirme, standartlara uyum, hasta güvenliği ve teknoloji kullanımıyla sağlanabilir (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2021).

Sağlık hizmetlerinde kalite, bireylere ve topluma sunulan hizmetlerin arzu edilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırması ve güncel mesleki bilgiyle uyumlu olması olarak ele alınmaktadır. Kalite; etkililik, güvenlik, kişi merkezilik, zamanlılık, hakkaniyet, bütünlük ve verimlilik gibi birbiriyle ilişkili boyutları içerir. Bu boyutlardan birindeki iyileşme diğerlerini destekleyebileceği gibi, plansız bir müdahale bazı boyutlarda istenmeyen sonuçlar da doğurabilir. Bu nedenle kalite değerlendirmesi tek bir memnuniyet veya performans göstergesine indirgenmemelidir (Institute of Medicine, 2001; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli, sağlık hizmeti kalitesini değerlendirmede temel çerçevelerden biridir. Yapı; insan kaynağı, teknoloji, fiziksel ortam ve yönetsel düzenlemeleri; süreç, tanı ve tedavi dâhil olmak üzere bakımın nasıl sunulduğunu; sonuç ise sağlık durumu, komplikasyon, güvenlik ve hasta deneyimi gibi çıktıları kapsar. Bu yaklaşım, olumsuz bir sonucun yalnızca sağlık çalışanının eylemiyle açıklanamayacağını, süreç ve sistem koşullarının da incelenmesi gerektiğini gösterir (Donabedian, 1988).

Kalite ölçümü, klinik sonuç göstergeleri ile sınırlı değildir. Hasta deneyimi, çalışan güvenliği, bakım sürekliliği, kaynak kullanımı, enfeksiyon oranları, ilaç güvenliği ve olay bildirimlerinden elde edilen öğrenme verileri birlikte değerlendirilmelidir. Ölçümün amacı çalışanları sıralamak veya cezalandırmak değil, süreçteki değişkenliği anlamak ve iyileştirme önceliklerini belirlemektir. Verinin anlamlı olabilmesi için tanımların standartlaştırılması, veri kalitesinin izlenmesi ve sonuçların çalışanlarla paylaşılması gerekir (WHO, OECD ve World Bank, 2018; WHO, 2020).

Sağlık hizmetlerinde kalite, süreklilik gösteren bir yönetim sorumluluğudur. Üst yönetimin kalite hedeflerini kurum stratejisiyle ilişkilendirmesi, çalışanların iyileştirme çalışmalarına katılımını sağlaması ve hasta güvenliğini kaynak tahsisinde önceliklendirmesi gerekir. Güçlü örgüt kültürünün daha iyi hasta sonuçlarıyla ilişkili olduğunu gösteren bulgular, kalite çalışmalarının yalnızca prosedür ve belge üretimine dayandırılmayacağını ortaya koymaktadır (Braithwaite vd., 2017; Chassin ve Loeb, 2013).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemleri

Kalite Yönetim Sistemleri, belirli standartlar ve prensipler çerçevesinde organizasyonların performansını sürekli iyileştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış yaklaşımlardır. Bu sistemler, süreçlerin etkinliğini artırarak hasta memnuniyetini sağlamak, hata oranlarını azaltmak ve hizmet kalitesini yükseltmek için kullanılır. Kalite yönetim sistemlerinin temel hedefi, müşteri odaklılık ve süreçlerin iyileştirilmesi ilkeleri doğrultusunda, hizmet sunumunun tutarlı ve güvenilir hale getirilmesini sağlamaktır. Bu sistemler, kaliteyi ölçmek ve geliştirmek için belirli kriterler ve performans göstergeleri belirler. Ayrıca, çalışanları süreçlerde aktif rol almaya teşvik ederek organizasyon kültüründe sürekli gelişim anlayışını yerleştirir. Standartlara uyum gösteren ve uluslararası geçerliliği olan bu sistemler, organizasyonların mevzuata uygunluğunu sağlamasına da katkıda bulunur. Kalite yönetim sistemleri, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel süreçler çerçevesinde işler (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Bu yapılandırılmış süreçler sayesinde organizasyonlar, hataları erken tespit edip düzeltme imkanına kavuşur, böylece hizmet kalitesi sürekli artar. Sistemlerin etkinliği, düzenli eğitimler, iç denetimler ve farkındalık çalışmalarıyla artırılır. Sonuç olarak, kalite yönetim sistemleri, organizasyonların büyüme ve gelişme potansiyelini maksimize ederken, müşteri memnuniyetini ve hizmet güvenilirliğini de beraberinde yükselten temel yapı taşlarıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin etkinliğini, güvenilirliğini ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla sistematik yaklaşımların benimsenmesini gerektirir. Bu kapsamda, kalite yönetim sistemleri uygulamaları, kurumların uluslararası standartlara uyum sağlayarak sürekli gelişimini destekler. Sağlık ortamında kalite yönetimi, hasta güvenliği, hizmet kalitesi, çalışan memnuniyeti ve operasyonel verimlilik gibi temel unsurları içerir. Türkiye’de de bu yaklaşım, hastanelerin akreditasyon süreçleri ve performans değerlendirmeleri aracılığıyla uygulanmakta, böylece hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Donabedian, 1988; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Kalite yönetiminde temel ilkeler arasında müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme, hataları önleme ve süreçlerin standartlaştırılması bulunur. Ayrıca, uluslararası standartlar olan ISO 9001, ISO 13485 ve TSE EN 15224 gibi belgeler, sağlık kurumlarının kalite güvencesini sağlamak ve uluslararası seviyede rekabet edebilmek adına kullanılmaktadır. Bu standartlar, özellikle hasta odaklı kalite yönetimlerini yapılandırmada önemli rol oynar. Süreç içi iyileştirme çalışmaları, hataların tespiti ve

kök neden analizleri ile desteklenerek, hizmetlerin güvenilirliği ve verimliliği artırılır (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Hastanelerde akreditasyon ve performans göstergeleri, kalite seviyesinin düzenli olarak takip edilmesine imkân tanır. Güvenli, etkili ve hasta odaklı sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için çalışan memnuniyeti ve teknolojik gelişmeler de kritik öneme sahiptir. Elektronik sağlık kayıtları ve telemedicine uygulamaları, hizmet kalitesini yükselten yenilikler arasında yer alır. Bunların yanı sıra, eğitim ve farkındalık çalışmalarıyla personel bilgi seviyeleri artırılırken, performans göstergeleri ile sürekli izleme ve değerlendirme sağlanır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, çok boyutlu ve dinamik bir süreç olup, etkin uygulamalar ve güncel teknolojilerin entegrasyonu ile ilerleme kaydedilmektedir. Bu kapsamda, kurumlar sürdürülebilir kalite güvencesi ve hasta memnuniyetini temel alan yaklaşımlarla sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli olarak geliştirmeyi amaçlamaktadır. Kalite yönetim standartları, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir kaliteyi sağlamak ve geliştirmek amacıyla belirlenmiş uluslararası ve ulusal çerçevede kabul görmüş kriterlerdir (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Bu standartlar, kurumların hizmet kalitesini belirli bir seviyede tutmasını ve sürekli iyileştirmesini hedefler. ISO 9001, en yaygın kullanılan yönetim standardıdır ve müşteri odaklılık, süreç yaklaşımı, sürekli iyileştirme gibi temel ilkeleri içerir. Sağlık sektörüne özel olarak geliştirilmiş ISO 13485, medikal cihazların kalite güvencesine yönelirken, TSE EN 15224 standardı ise sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve klinik süreçlerin etkinliğine vurgu yapar. Bu standartlar, kurumların kalite politikalarını belirlemeleri, süreçlerin etkin yönetimi ve sürekli performans değerlendirmeleri yapabilmeleri için rehberlik sağlar. Kalite yönetim standartlarının uygulanması, sağlık kuruluşlarının sistematik bir yapı kurmasına olanak tanır; böylece hata oranları azalır, hastaya sunulan hizmetlerin güvenliği ve kalitesi artar. Ayrıca, bu standartlara uyum sağlayan kurumlar, akreditasyon süreçlerinde üstünlük elde ederek güvenilirliklerini kanıtlarlar. Standartların başarısı, iyi uygulamaların paylaşılması ve düzenli denetimler ile sağlanır (Donabedian, 1988; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Sağlık alanında gelişen teknolojilerle uyumlu hale getirilen bu standartlar hem hasta hem de çalışan memnuniyetini artırmayı hedeflerken, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Sonuç olarak, kalite yönetim standartlarının kapsamlı ve sistematik bir şekilde kurulması, sağlık kurumlarının hem performansını hem de hizmet kalitesini belirgin biçimde yükseltir ve sağlık sektörünün genel gelişimine katkıda bulunur. Kalite

iyileştirme süreçleri, sağlık hizmetlerinde sürekli gelişim ve müşteri memnuniyetini artırma amacıyla gerçekleştirilen organize faaliyetlerdir. Bu süreçler, mevcut uygulamaların analiz edilmesi, sorunların tespiti, çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve uygulamaya alınmasını kapsar. Kalite iyileştirme çalışmalarında ilk adım, performans göstergelerinin belirlenmesi ve bu göstergeler üzerinden değerlendirme yapılmasıdır. Bu sayede, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler ortaya çıkarılır. Ardından, tespit edilen sorunların kökenine inilir ve çözüm yolları geliştirilir. Bu aşamada, deneyimlerin paylaşılması ve sürekli geri bildirim mekanizmalarının kurulması önemlidir. Sonrasında, belirlenen iyileştirme planları uygulanır ve uygulama sürecinde performans takip edilir (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Bu süreçler yönetici ve çalışanların katılımıyla yürütülerek, sürdürülebilir kalite artışını sağlar. Kalite iyileştirme faaliyetleri, hasta güvenliği ve memnuniyetini artırırken, maliyetlerin düşürülmesine de katkıda bulunur. Ayrıca, süreçlerin sürekli iyileştirilmesi, rekabet avantajı sağlar ve sağlık kurumlarının uluslararası standartlara uyumunu kolaylaştırır. Bu bağlamda, özellikle planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları dikkatle yürütülmeli; sistematik ve disiplinli bir yaklaşım benimsenmelidir. Kalite iyileştirme süreçleri, sağlık kuruluşlarının sadece sorunları çözmesine değil, aynı zamanda yenilikçi ve sürdürülebilir gelişmeler kaydetmesine de imkân tanır. Bu nedenle, yönetim ve çalışanların ortak çabasıyla yapılandırılan bu süreçler, sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin yükselmesine katkı sağlar. Sağlık kurumlarında kalite uygulamaları, hizmetlerin etkinliği, hasta memnuniyeti ve güvenliğin sağlanması açısından büyük öneme sahiptir. Bu kapsamda, hastane yönetimleri, kalite standartlarına uygunluğu gözeterek sürekli iyileştirme süreçlerini benimsemektedir (Donabedian, 1988; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Hasta güvenliğinin ön planda tutulduğu bu uygulamalarda, klinik ve idari süreçlerin standartlara göre yeniden yapılandırılması sağlanır. Kalite uygulamalarıyla, hata ve uygunsuzlukların önlenmesi, hataların kök nedenlerine inilerek çözüm üretilmesi amaçlanır. Performans ölçüm sistemleri kurularak, çeşitli göstergeler aracılığıyla hizmet kalitesi düzenli olarak takip edilmekte ve raporlanmaktadır (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Bu sayede, kurumlar güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyabilir, gerekli aksiyonları alarak sürekli gelişim sağlayabilir. Hastane yönetimi, kalite politikalarını belirleyip personele ileterek, eğitim ve farkındalık çalışmalarını organize eder. Ayrıca, hasta güvenliğini artırmaya yönelik protokoller geliştirilir, riskler tespit edilip minimize edilir. Kalite yönetim sistemlerinin etkinliği, çalışanların katılımı ve disiplinlerarası iş

birliğiyle artar. Hasta geri bildirimleri ve memnuniyet anketleri, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli araçlardır. Performans ve süreç göstergeleri düzenli analiz edilerek, iyileştirme fırsatları saptanır ve uygulamaya konur. Klinik kalite standartlarına uyum, akreditasyon süreçlerinde temel kriterler arasında yer alır. Bu uygulamalar, kurumların uluslararası standartlara ulaşmasını ve akreditasyon kazanmalarını sağlar. Dolayısıyla, sağlık kurumlarında kalite uygulamaları hem hasta güvenliğini hem de hizmet kalitesini artırmaya yönelik sistematik ve sürekli gelişimi hedefleyen önemli araçlardır (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Hastane yönetimi, kalite yönetim Sistemlerinin etkinliği açısından temel bir unsurdur. Bu kapsamda, yönetim kadrosunun liderliği, vizyon ve misyon doğrultusunda kalite odaklı kararlar alması kritik öneme sahiptir. Hastane yöneticileri, kalite standartlarının benimsenmesi ve sürekli iyileştirme süreçlerinin uygulanmasında sorumluluk taşır. Ayrıca, yönetim stratejilerinin personel motivasyonunu artıracak şekilde tasarlanması gerekmektedir. Organizasyon içerisinde iletişim kanallarının etkin kullanımı ve ekip çalışmasının sağlanması, çalışanların kaliteye katılımını teşvik eder. Bu yaklaşım, hasta memnuniyeti ve güvenliğinin sağlanmasında da belirleyici rol oynar. Yöneticiler, performans göstergelerini belirleyip takip ederek, süreçlerin verimliliğini artırmayı amaçlar. Kalite yönetim sistemlerinin başarıyla uygulanabilmesi için eğitim ve farkındalık programlarının düzenli olarak gerçekleştirilmesi gerekir. Bu programlar, personelin kalite bilincini arttırmakla birlikte hem hasta hem de çalışanların memnuniyetini yükselten bir ortam yaratır (Donabedian, 1988; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Hastane yönetiminin etkinliği, sadece kurumsal politikalara bağlı kalmakla değil, aynı zamanda sürekli gelişim kültürünü benimsemekle de ilgilidir. Bu nedenle, yönetim süreçlerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve güncellenmesi, kalite standartlarının sürekliliğini sağlar. Ayrıca, çeşitli akreditasyon süreçlerine hazırlık ve uyum, yönetimin kaliteye verdiği önemi ortaya koyan etkili unsurlardır. Sonuç olarak, hastane yönetimi, kalite yönetim sistemlerinin başarılı olmasında merkezi bir rol oynar ve bu doğrultuda liderlik, organizasyon yapısı ve çalışan katılımı hayati önem taşır (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Kalite yönetim sistemi, bir sağlık kuruluşunun amaçlarını, sorumluluklarını, süreçlerini ve ölçüm yöntemlerini bütüncül biçimde düzenleyen yönetim altyapısıdır. Etkili bir sistem; kalite politikasının oluşturulması, süreçlerin tanımlanması, risklerin değerlendirilmesi, performansın izlenmesi ve iyileştirme sonuçlarının kurumsallaştırılması aşamalarını içerir. Böylece kalite çalışmaları tek seferlik projeler

yerine planla-uygula-kontrol et-önlem al döngüsü içinde yürütülür (ISO, 2015; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Sağlık kurumlarında kalite yönetiminin ayırt edici özelliği, klinik ve idari süreçlerin birbirinden bağımsız olmamasıdır. Örneğin hasta kimliklendirme hatası; çalışan eğitimi, bilgi sistemi tasarımı, iş yükü, malzeme standardizasyonu ve ekip iletişimiyle birlikte ele alınmalıdır. Bu nedenle süreç sahiplerinin belirlenmesi, disiplinler arası ekiplerin kurulması ve performans verilerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önem taşır. Kalite yönetim sistemleri, olay bildirimi ve kök neden analizi gibi güvenlik araçlarını daha geniş bir kurumsal iyileştirme çerçevesine bağlar (Reason, 2000; WHO, 2020).

Kalite yönetim sisteminin başarısı, sertifika veya akreditasyon belgesinin varlığından çok günlük uygulamadaki karşılığıyla değerlendirilmelidir. Belgelenmiş prosedürlerin çalışanlar tarafından anlaşılmaması, verilerin yalnızca denetim dönemlerinde toplanması veya sonuçların geri bildirim döngüsüne dönüşmemesi durumunda sistem biçimsel kalabilir. Kalıcı iyileşme için liderlik, çalışan katılımı, hasta ve yakınlarının görüşleri, dijital veri altyapısı ve öğrenme kültürü birlikte geliştirilmelidir (Braithwaite vd., 2017; ISO, 2023).

2.2.1. Kalite Yönetim Sistemleri Modelleri

Kalite yönetim modellerinin önemi, sağlık sektöründe sürdürülebilir ve güvenilir hizmet sunumunun temel taşlarından biridir. Bu modeller, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini sistematik bir yaklaşımla iyileştirmelerine olanak tanır ve hasta memnuniyetini artırmayı hedefler. Ayrıca, kalite yönetim modelleri, hataları minimize ederek güvenli ve etkin sağlık ortamlarının oluşmasına katkıda bulunur. Sağlık alanında sürekli gelişen teknolojik ve bilimsel yenilikler, kalite standartlarının güncellenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle, etkin bir kalite yönetimi, kuruluşların rekabet avantajı elde etmesine ve yasal mevzuatlara uyum sağlamasına yardımcı olur. Farklı modellerin benimsenmesi, kuruluşların ihtiyaçlarına göre uygun stratejilerin geliştirilmesine imkân tanır. İyi yapılandırılmış kalite yönetim sistemleri, verimlilik ve maliyet etkinliği sağlar, kaynak kullanımı optimize edilirken hasta güvenliği ve hizmet kalitesi yükselir. Ayrıca, bu modeller, çalışanların motivasyonunu artırır ve kurum kültürünün gelişmesine katkı sağlar (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Sonuç olarak, kalite yönetim modellerinin etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin sürekliliği, güvenilirliği ve uluslararası standartlara uyumu açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarının, kendi yapısına ve hizmet alanına uygun

modelleri benimsemeleri ve sürekli geliştirmeleri gerekmektedir. Böylece hem hasta hem de sağlık çalışanlarının memnuniyeti artırılarak, genel sağlık hizmet kalitesi yükseklere çıkarılır. ISO 9001 standardı, kalite yönetim sistemi alanında uluslararası kabul görmüş ve sektörde geniş uygulama alanı bulan bir çerçevedir. Sağlık sektöründe de hastane ve kliniklerde hasta memnuniyetini artırmak, hizmet kalitesini istikrarlı hale getirmek ve süreçleri sürekli iyileştirmek amacıyla temel bir referans noktası olarak kullanılmaktadır. Bu standart, kuruluşların müşteri odaklı yaklaşımlarını benimsemeleri, süreçlerini planlamaları ve etkin bir şekilde kontrol etmeleri için gerekli ilkeleri içerir (Bukvi, 2023; Winner vd., 2022; Nişerola, Snchez-Rebull ve Hernndez-Lara, 2020).

Ayrıca, personel katılımını teşvik ederek, liderliğin rolünü güçlendirir ve sürekli gelişim kültürünü teşvik eder. ISO 9001'in temel ilkeleri arasında müşteri odaklılık, liderlik, çalışanların katılımı, süreç yaklaşımı, iyileştirme, gerçeklere dayalı karar verme ve tedarikçi ilişkilerinin yönetimi bulunur. Bu ilkeler, sağlık hizmetlerinde kaliteyi sürekli geliştirme yolunda rehberlik sağlar. Standardın uygulanması, organizasyonlara belirli dokümantasyon ve kayıt tutma zorunluluğu getirirken, i denetimler ve yönetim gözden geçirmeleri gibi mekanizmalarla sistemin etkinliği artırılır. Böylece, hasta güvenliği ve memnuniyeti temel hedef haline gelir. ISO 9001'in sağlık sektöründeki avantajları, hizmet süreçlerinin standardizasyonu, hataların minimize edilmesi ve gereksiz maliyetlerin azaltılmasıdır. Ayrıca, hastaların güven duygusunun pekişmesine katkı sağlar. Standardın getirisi, sürekli iyileştirme ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda, sağlık kuruluşlarının performansını uluslararası seviyede art arda yükseltmesine imkân tanır (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Uygulama sırasında karşılaşılan zorluklar ise, çalışanların adaptasyonu, mevcut altyapı ve kaynakların yeterliliği gibi unsurlar olabilir. Bu zorluklar, uygun eğitim ve yönetim stratejileriyle aşılmaya çalışılır. Sonuç olarak, ISO 9001 standardı, sağlık hizmetlerinde kaliteyi sistematik ve sürdürülebilir kılmak isteyen kurumlar için temel bir araçtır. Sağlık sektöründeki uygulamalar, bu standardın ilkelerine uygun olarak yapılandırıldığında, hizmet kalitesinin yükselmesine, hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumların rekabet gücünün artmasına önemli katkılar sağlar. EFQM Mkemmelilik Modeli, kuruluşların performansını sürekli iyileştirmeyi ve mkemmeliği sağlamayı amaçlayan bütünsel bir yapı sunar (Bukvi, 2023; Winner vd., 2022; Nişerola, Snchez-Rebull ve Hernndez-Lara, 2020).

Model, liderlik, strateji, çalışanların katılımı, süreçler, müşteri odaklılık ve sonuçlar gibi temel unsurları içerir. Sağlık hizmetlerinde uygulandığında, bu unsurlar hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, hizmet kalitesini arttırmak ve sürdürülebilir

gelişmeyi desteklemek için bütüncül bir yaklaşıma olanak tanır. Liderlik, sağlık kuruluşlarının kalite ve mükemmelliğe ulaşmada yöneticilerin vizyonu ve taahhüdüyle başlar. Stratejik yaklaşımlar, hasta bakımını merkez alarak hizmetlerin süreçlere entegre edilmesini sağlar. Çalışanların katılımı ve ekip çalışması, kaliteli hizmet sunumunun temel taşlarıdır. Süreç odaklılık, hastanın deneyimini ve hizmet akışını optimize ederken; müşteri (hasta) odaklılık, hastaların memnuniyetini ve güvenini artırır. Sonuçlar ise, sağlık kuruluşlarının performans göstergeleri, hasta sonuçları ve toplum üzerindeki etkilerini yansıtır. EFQM Modeli'nin başlıca avantajlarından biri, sürekli gelişme ve yenilikçilik kültürünü teşvik etmesidir. Uygulama alanları, hastaneler, poliklinikler ve diğer sağlık kurumlarının tüm yönetim seviyelerinde kullanılabilir (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Bu model, sadece kaliteyi artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini de güçlendirir. Ayrıca, uluslararası standartlara uyum ve bilgi paylaşımını kolaylaştırır, sağlık sektöründe kalite yönetiminde global bir referans noktası oluşturur. Sonuç olarak, EFQM Mükemmellik Modeli, sağlık kuruluşlarının kapsamlı bir kalite yönetimi yaklaşımıyla topluma daha etkin hizmetler sunmasını sağlar ve sürekli gelişim hedeflerinde güçlü bir araç oluşturur. Lëan sağlık yaklaşımı, süreçlerde israfın azaltılması ve değerin artırılması temel prensiplerine dayanır. Bu yöntem, sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürürken, aynı zamanda hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini artırmayı amaçlar. Lëan yaklaşımı, gereksiz adımların ortadan kaldırılması, akışın kesintisiz hale getirilmesi ve değer akışlarının optimize edilmesi yoluyla hizmet sunumunun etkinliğini yükseltir. Uygulamalarda değer akış haritalama ve sürekli iyileştirme döngüleri ön plandadır (Bukvič, 2023; Winner vd., 2022; Niñerola, Sánchez-Rebull ve Hernández-Lara, 2020).

Bu sayede, hastanelerde bekleme süreleri azalır, kaynak kullanımı daha verimli hale gelir ve çalışanların yükü hafifler. Ayrıca, hataların ve hata kaynaklarının belirlenmesiyle, süreçlerde sürekli iyileştirme sağlanır. Lëan sağlık yaklaşımı, disiplinler arası ekip çalışmasını teşvik eder ve müşteri odaklılık ilkelerini temel alır. Sonuç olarak, bu yaklaşım, sağlık kurumlarının operasyonel verimliliği ve hizmet kalitesi seviyelerini yükseltmesini sağlayarak, hasta güvenliğini ve memnuniyetini artırır. Dolayısıyla, sağlık sektöründe sürdürülebilir kalite hedeflerine ulaşmak için önemli bir araçtır (ISO, 2015; 2023; EFQM, 2025).

Sağlık kuruluşları kalite yönetiminde farklı amaçlara hizmet eden modellerden yararlanmaktadır. ISO standartları süreçlerin tanımlanması, risk temelli düşünme ve dokümanite edilmiş yönetim yapısı için çerçeve sunar. EFQM Modeli kurumsal yön,

uygulama ve sonuçlar arasındaki bütünlüğü değerlendirerek öz değerlendirmeyi destekler. Lean yaklaşımı hasta için değer oluşturmaya adanmış adımları azaltmaya, Six Sigma ise süreç değişkenliğini ve hataları veri temelli yöntemlerle düşürmeye odaklanır (ISO, 2015; EFQM, 2025; Niñerola, Sánchez-Rebull ve Hernández-Lara, 2020; Winner vd., 2022).

Bu modeller birbirinin alternatifi olmak zorunda değildir. Bir hastane, ISO temelli süreç yönetimini kurumsal omurga olarak kullanırken EFQM ile bütünsel öz değerlendirme yapabilir; belirli klinik süreçlerde Lean veya Six Sigma araçlarını uygulayabilir. Model seçimi kurumun büyüklüğüne, olgunluk düzeyine, veri kapasitesine ve iyileştirme probleminin niteliğine göre yapılmalıdır. Başka kurumlarda başarılı olan uygulamaların bağlamdan bağımsız biçimde kopyalanması, çalışan direnci ve sürdürülebilirlik sorunu yaratabilir (Bukvič, 2023; Rathi, Vakharia ve Shadab, 2022).

Sağlık hizmetlerinde kalite modellerinin ortak noktası; liderlik sorumluluğu, paydaş odaklılık, süreç yaklaşımı, ölçme-değerlendirme ve sürekli iyileştirme. Modellerin olay raporlama sistemleriyle bağlantısı özellikle önemlidir. Bildirimlerden elde edilen verilerin kalite hedefleriyle ilişkilendirilmesi, risklerin önceliklendirilmesi ve iyileştirme sonuçlarının izlenmesi, raporlamayı pasif bir kayıt işleminden aktif öğrenme aracına dönüştürür (WHO, 2020; ISO, 2023).

2.2.2. ISO 9001 Standardı

ISO 9001 standardı, kalite yönetim sistemleri için uluslararası kabul görmüş bir standarttır ve her türlü sektörde, özellikle de hizmet sektörlerinde kaliteyi güvence altına almak için kullanılır. Sağlık hizmetleri gibi insan hayatını doğrudan etkileyen bir alanda, kalite yönetiminin önemi daha da belirgindir. Bu bağlamda ISO 9001 standardı, sağlık kurumlarında hasta memnuniyetini artırmak, hizmet sunumunu standardize etmek ve süreçlerin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çok yönlü ve karmaşık yapısı, sunduğu hizmetlerin kalitesini etkileyen birçok faktörün bulunmasına neden olmaktadır. Tanıdan tedaviye, hasta kabulünden taburculuğa kadar her bir süreç, belirli standartlara göre yürütülmelidir. Bu noktada ISO 9001 standardı, sağlık kuruluşlarının süreç odaklı yönetim anlayışını benimsemesine yardımcı olur (ISO, 2015).

Bu anlayış sayesinde hastane yönetimi, klinik hizmetler, destek hizmetleri ve idari işleyiş gibi pek çok farklı alan arasında koordinasyon sağlanır. Böylece hata oranları azaltılırken, hasta güvenliği ve memnuniyeti de artırılır. ISO 9001, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini ölçebilmeleri, değerlendirebilmeleri ve geliştirebilmeleri için

sistematik bir çerçeve sunar. Bu sistemde, kuruluşlar müşteri (hasta) beklentilerini karşılamaya ve hatta aşmaya yönelik bir kalite politikası oluştururlar. Ayrıca kalite hedefleri belirlenerek bu hedeflere ulaşma düzeyi düzenli olarak izlenir. Süreçlerin etkinliği, denetimler ve iç değerlendirmeler yoluyla gözden geçirilir ve sürekli iyileştirme ilkesi doğrultusunda gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler yürütülür. Bir sağlık kurumunun ISO 9001 belgesine sahip olması, o kurumun belirli kalite standartlarını yerine getirdiğinin ve hizmet sunumunda belirli bir düzeyi yakaladığının göstergesidir. Bu durum hem hastalar hem de çalışanlar için güven vericidir (ISO, 2015; 2023).

Hastalar, daha şeffaf, güvenilir ve planlı hizmetlerden faydalanırken; çalışanlar da daha net tanımlanmış görev ve sorumluluklarla daha verimli bir çalışma ortamında bulunurlar (ISO, 2015).

Aynı zamanda kalite yönetim sistemine dayalı bir yapı, çalışanların da sürekli eğitilmesini ve gelişmesini teşvik eder. Sağlık sektöründe ISO 9001 standardının uygulanması, sadece kaliteyi değil, aynı zamanda maliyet etkinliğini de artırır. Gereksiz uygulamalar ve israf önlenerek kaynaklar daha verimli kullanılabilir. Ayrıca, hasta şikayetlerinin azalması, tekrar tedavi oranlarının düşmesi ve tıbbi hataların önlenmesi gibi sonuçlar, kuruma hem itibar hem de ekonomik açıdan katkı sağlar. onuç olarak, ISO 9001 standardı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini sağlamak, süreçleri optimize etmek ve kurumun genel performansını yükseltmek için oldukça etkili bir araçtır. Bu standart, sağlık kuruluşlarının ulusal ve uluslararası düzeyde rekabet gücünü artırmasına da olanak sağlar. Özellikle sürekli gelişim ve iyileştirme ilkeleriyle, sağlık sistemlerinin dinamik yapısına uyum sağlama kapasitesi oldukça yüksektir (ISO, 2015; 2023).

Bu nedenle, ISO 9001 kalite yönetim sisteminin sağlık sektöründe etkin bir şekilde uygulanması, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin temini açısından büyük önem taşımaktadır (ISO, 2015).

ISO 9001, farklı sektörlerde uygulanabilen ve müşteri gereksinimlerinin karşılanması ile süreçlerin sürekli iyileştirilmesine odaklanan bir kalite yönetim sistemi standardıdır. Standardın 2015 sürümü; kurum bağlamının anlaşılması, liderlik, risk ve fırsatların değerlendirilmesi, süreç yaklaşımı, performans değerlendirmesi ve iyileştirme başlıklarını öne çıkarmaktadır. Sağlık kuruluşlarında bu yapı; hizmet süreçlerinin tanımlanmasına, sorumlulukların netleştirilmesine ve kayıtların izlenebilirliğine katkı sağlayabilir (ISO, 2015).

ISO 9001'in genel nitelikte olması, sağlık hizmetlerinin klinik risklerini tek başına ayrıntılı biçimde düzenlemediği anlamına gelir. Bu nedenle standardın hasta güvenliği hedefleri, klinik rehberler, ulusal kalite standartları ve kurumun risk yönetimi süreçleriyle bütünleştirilmesi gerekir. Sertifikasyonun amaç hâline gelmesi, çalışanların belge yükünü artırırken bakım sonuçlarında sınırlı değişim yaratabilir. Etkin uygulamada süreç göstergelerinin klinik sonuçlarla ilişkilendirilmesi ve çalışanların iyileştirme kararlarına katılması önemlidir.

ISO 7101:2023, sağlık kuruluşlarının kalite yönetimine özgü küresel bir yönetim sistemi standardı sunmaktadır. Standart; güvenli, zamanında, etkili, verimli, hakkaniyetli ve kişi merkezli bakımın yanı sıra çalışan esenliği, klinik yönetişim ve risk yönetimi gibi sağlık sektörüne özgü alanları vurgular. ISO 9001 temelli kurumlar açısından ISO 7101, genel kalite ilkelerinin sağlık hizmeti bağlamında daha açık biçimde yorumlanmasına yardımcı olabilir (ISO, 2023).

2.2.3. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (European Foundation for Quality Management) tarafından geliştirilmiş, organizasyonların mükemmelliğe ulaşmalarını destekleyen kapsamlı bir yönetim çerçevesidir. Bu model, hem kamu hem de özel sektör kuruluşlarında yaygın olarak uygulanmakta olup, özellikle hizmet kalitesinin hayati önem taşıdığı sağlık sektöründe önemli bir yer edinmiştir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenilir, erişilebilir ve hasta odaklı şekilde sunulabilmesi için kurumsal yönetim anlayışında sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. EFQM modeli bu ihtiyaca yanıt veren etkili bir araçtır. EFQM modeli, bir kuruluşun tüm yönleriyle değerlendirilmesini sağlayan bir öz değerlendirme aracıdır. Model, temelde "Liderlik", "Politika ve Strateji", "Çalışanlar", "İşbirlikleri ve Kaynaklar", "Süreçler", "Müşteri Sonuçları", "Çalışan Sonuçları", "Toplum Sonuçları" ve "Temel Performans Sonuçları" olmak üzere dokuz ana kriterden oluşur (EFQM, 2025; Bukvič, 2023).

İlk beş kriter "etkenler" yani kuruluşun ne yaptığı ile ilgiliyken, son dört kriter "sonuçlar" yani yapılanların ne tür çıktılar ürettiği ile ilgilidir. Sağlık kurumları bu kriterler doğrultusunda kendi yapısını, süreçlerini ve çıktılarını analiz ederek güçlü ve gelişime açık yönlerini belirleme şansına sahip olurlar. Sağlık sektöründe EFQM modelinin uygulanması, özellikle hasta memnuniyetini artırma, hizmet kalitesini yükseltme ve kurumsal verimliliği geliştirme açısından oldukça önemlidir. Modelin sunduğu yapı sayesinde, sağlık kuruluşları stratejik hedeflerini daha açık bir şekilde

belirleyebilir, kaynaklarını daha etkin yönetebilir ve performanslarını ölçülebilir hale getirebilir. Aynı zamanda süreçlerin iyileştirilmesi, çalışan katılımının teşvik edilmesi ve hasta odaklılık gibi konular da modelin temel prensipleri arasında yer almaktadır. EFQM modeli, sürekli iyileştirme kültürünü destekler ve kalite anlayışını sadece belirli birimler ile sınırlı tutmaz (Bukvič, 2023; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Kurumun tüm bileşenlerinin bu kültüre dahil edilmesini sağlar (EFQM, 2025; Bukvič, 2023).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında karşılaşılan sorunların analiz edilmesi, geri bildirim mekanizmalarının kurulması ve alınan geri bildirimlere dayalı iyileştirme çalışmalarının yapılması, bu modelin temel uygulama alanları arasında yer alır. Ayrıca çalışanların memnuniyeti, mesleki gelişimi ve kurum kültürüne katkıları da model kapsamında değerlendirilerek daha güçlü bir organizasyon yapısı oluşturulabilir. EFQM Mükemmellik Modeli, sadece iç kaliteyi değil, toplum ve paydaş beklentilerine duyarlılığı da ön plana çıkarır. Sağlık kuruluşlarının topluma karşı sorumluluklarını yerine getirmesi, çevresel ve sosyal etki yaratması, etik değerlere bağlılığı gibi unsurlar da modelin değerlendirme çerçevesi içindedir. Bu yönüyle EFQM modeli, sağlık kurumlarını sadece hizmet sunan birimler değil, aynı zamanda toplumla bütünleşen, sorumluluk sahibi kuruluşlar haline getirmeyi hedefler (Bukvič, 2023; WHO, OECD ve World Bank, 2018).

Modelin uygulanmasıyla birlikte kurum içinde işbirliği ve takım ruhu gelişir, karar alma süreçleri daha şeffaf hale gelir ve stratejik hedeflere ulaşma kapasitesi artar. Özellikle kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri gibi farklı yapılar EFQM modelini benimseyerek, hem hizmet kalitesini hem de kurumsal itibarlarını yükseltebilirler. Sonuç olarak, EFQM Mükemmellik Modeli, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi uygulamalarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını sağlayan güçlü bir sistemdir. Hasta, çalışan ve toplum odaklılık ilkesiyle hem klinik hem de idari süreçlerin geliştirilmesine katkı sunar. Sağlık kurumlarının kurumsal kapasitelerini artırmalarına, sürdürülebilir başarı elde etmelerine ve ulusal ya da uluslararası düzeyde rekabet avantajı kazanmalarına olanak tanır. Bu nedenle, EFQM modeli sağlık sektöründe mükemmelliği hedefleyen tüm kuruluşlar için değerli bir yol haritası niteliğindedir (EFQM, 2025; Bukvič, 2023).

EFQM Modeli, kuruluşların yalnızca mevcut performansını değil, amaç, strateji, uygulama kapasitesi ve sürdürülebilir sonuçlar arasındaki bağlantıyı değerlendirmesine olanak sağlayan bütüncül bir yönetim çerçevesidir. Modelin güncel yapısı “Yön”, “Uygulama” ve “Sonuçlar” eksenlerinde paydaş değeri, kurumsal kültür, liderlik ve

dönüşüm kapasitesini ele alır. RADAR mantığı ise hedeflenen sonuçların, yaklaşımların, uygulamanın ve değerlendirme-iyileştirme süreçlerinin sistematik biçimde incelenmesini sağlar (EFQM, 2025).

Sağlık kuruluşları açısından EFQM, klinik kalite, çalışan deneyimi, hasta deneyimi ve kurumsal performansın tek bir değerlendirme çerçevesinde ele alınmasını destekleyebilir. Modelin öz değerlendirmeye dayanması, güçlü yönlerle iyileştirme alanlarının kurum tarafından görünür hâle getirilmesini sağlar. Bununla birlikte puanlama veya ödül odaklı kullanım, modelin öğrenme ve dönüşüm işlevini zayıflatabilir. Etkili uygulama için sonuç göstergelerinin gerçek bakım süreçleriyle ilişkilendirilmesi gerekir (Bukvič, 2023).

Olay bildirim sistemleri, EFQM yaklaşımında hem çalışan katılımı hem de süreç ve sonuçların iyileştirilmesi açısından önem taşır. Bildirim yapan çalışanların görüşlerinin dikkate alınması, raporlardan öğrenilenlerin süreç tasarımına yansıtılması ve sonuçların paydaşlarla paylaşılması, kurumsal güveni güçlendirebilir. Böylece raporlama, yalnızca hata kaydı olmaktan çıkarak kurumsal dayanıklılık ve dönüşüm kapasitesinin bir göstergesi hâline gelir.

2.2.4. Lean Sağlık Yaklaşımı

Lean yaklaşımı, kökeni üretim sektörüne dayanan ancak zamanla farklı alanlara, özellikle sağlık sektörüne uyarlanmış bir yönetim ve iyileştirme felsefesidir. Lean, temel olarak "israfı ortadan kaldırma" ve "değer yaratan süreçlere odaklanma" prensipleri üzerine kuruludur. Sağlık alanında Lean uygulamaları, hasta bakım kalitesini artırmak, hizmet süreçlerini hızlandırmak, kaynak kullanımını optimize etmek ve maliyetleri düşürmek amacıyla yaygın şekilde tercih edilmektedir. Sağlık sektöründe Lean yaklaşımı, hasta bakım süreçlerini daha verimli hale getirmek için gereksiz adımların, tekrarların, bekleme sürelerinin ve kaynak israfının tespit edilip elimine edilmesini sağlar. Bu süreçler, hastaların kabulünden tedavi sürecine, ilaç ve malzeme kullanımından taburculuğa kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Lean uygulamalarıyla, sağlık personelinin zamanını hasta bakımına ayırması kolaylaşırken, hasta memnuniyeti ve güvenliği artar. Aynı zamanda çalışanların iş yükü dengelenir ve motivasyonları yükselir (Winner vd., 2022; Zepeda-Lugo vd., 2020).

Lean sağlık yaklaşımının temel araçları arasında değer akış haritalama, 5S yöntemi (Düzen, Düzenleme, Temizlik, Standartlaştırma, Disiplin), Kaizen (sürekli iyileştirme), Kanban (görsel yönetim) ve hata önleme teknikleri yer alır. Bu araçlar sayesinde sağlık kuruluşları, süreçlerini detaylı olarak analiz eder ve iyileştirme

fırsatlarını belirler. Örneğin, hasta kayıt sürecindeki gereksiz evrak işleri azaltılarak bekleme süreleri kısaltılabilir veya ameliyathane hazırlık süreçleri optimize edilerek verimlilik artırılabilir. Lean sağlık yaklaşımı, sadece süreç iyileştirme ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda kurum kültürünün dönüşümünü de destekler. Sağlık çalışanlarının katılımını, iletişimini ve ekip çalışmasını teşvik ederek, hastaya daha bütüncül ve etkili bir bakım sunulmasını sağlar. Bu yaklaşım, hata oranlarının düşürülmesi ve hasta güvenliğinin artırılması açısından da kritik öneme sahiptir. Çünkü süreçlerdeki verimsizlik ve hatalar doğrudan hasta sonuçlarını etkileyebilir (Rathi, Vakharia ve Shadab, 2022; Winner vd., 2022).

Ayrıca Lean uygulamaları, sağlık sistemlerinde maliyet kontrolü sağlamada da etkin bir yöntemdir. Kaynakların gereksiz kullanımının engellenmesi, stok yönetiminin iyileştirilmesi ve süreçlerin sadeleştirilmesiyle hem ekonomik tasarruf sağlanır hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği desteklenir. Bu durum özellikle kamu sağlık kuruluşları için önem taşımaktadır. Sonuç olarak Lean Sağlık Yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, süreç verimliliğini sağlamak ve hasta ile çalışan memnuniyetini yükseltmek için güçlü bir yöntemdir. Sürekli iyileştirme kültürünü yerleştirerek sağlık kuruluşlarının dinamik ve karmaşık yapısına uyum sağlamasını kolaylaştırır. Sağlık alanında Lean uygulamalarının yaygınlaşması, hizmet sunumunda mükemmellik hedefine ulaşmada önemli bir kilometre taşıdır (Winner vd., 2022; Zepeda-Lugo vd., 2020).

Lean sağlık yaklaşımı, bakım sürecinde hasta açısından değer oluşturan adımların belirlenmesini ve bekleme, gereksiz hareket, tekrar işlem, stok fazlası, hata ve kapasitenin verimsiz kullanımı gibi israf türlerinin azaltılmasını amaçlar. Değer akış haritalama, görsel yönetim, standart iş ve hızlı iyileştirme toplantıları bu yaklaşımda sık kullanılan araçlardır. Temel hedef yalnızca maliyet azaltmak değil, bakım akışını daha güvenli, zamanında ve öngörülebilir hâle getirmektir (Winner vd., 2022).

Sistemik derlemeler, Lean uygulamalarının bekleme süresi, süreç akışı ve bazı klinik göstergelerde iyileşme sağlayabildiğini; ancak sonuçların bağlama ve uygulama kalitesine göre değiştiğini göstermektedir. Tek bir aracın kısa süreli uygulanması, liderlik ve çalışan katılımı bulunmadığında kalıcı sonuç üretmeyebilir. Ayrıca verimlilik baskısının çalışan iş yükünü artırmaması ve güvenlik için gerekli tamponları ortadan kaldırmaması gerekir (Zepeda-Lugo vd., 2020; Winner vd., 2022).

Olay raporlama verileri Lean çalışmalarında süreçteki tekrar eden aksaklıkların ve güvenlik risklerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Bunun için bildirimlerin yalnızca sayı olarak izlenmesi yerine olayın bakım akışındaki yeri, bekleme, iletişim ve standart

dışı işlem gibi katkı sağlayan faktörler analiz edilmelidir. Çalışanların çözüm geliştirme sürecine katılması, hem uygulama bilgisinden yararlanılmasını hem de raporlamaya duyulan güvenin artmasını sağlar.

2.2.5. Six Sigma Metodolojisi

Six Sigma, ilk olarak üretim sektöründe geliştirilen ve hataların azaltılması ile süreçlerin iyileştirilmesini hedefleyen sistematik bir kalite yönetim metodolojisidir. Sağlık sektöründe ise hasta güvenliğini artırmak, süreçlerdeki varyasyonu minimize etmek ve klinik ile idari performansı iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır. Six Sigma'nın temel amacı, süreçlerde ortaya çıkan hataları ve hatalı işlemleri azaltarak, yüksek kalite standartlarına ulaşmaktır. Bu da doğrudan hasta memnuniyetine, sağlık çalışanlarının etkinliğine ve maliyet kontrolüne katkı sağlar. Six Sigma, veriye dayalı karar alma anlayışı ile ön plana çıkar. Sağlık kurumları, klinik süreçler, laboratuvar analizleri, hasta kayıtları gibi birçok veriyi toplayıp analiz ederek, performans düşüklüğüne neden olan kritik noktaları tespit eder. Metodoloji, tanımlama (Define), ölçme (Measure), analiz etme (Analyze), iyileştirme (Improve) ve kontrol etme (Control) aşamalarından oluşan DMAIC döngüsü ile süreçleri sistematik biçimde geliştirir (Niñerola vd., 2020; Rathi vd., 2022).

Bu aşamalar sağlık kuruluşlarında kalite sorunlarının kök nedenlerini saptamak ve kalıcı çözümler üretmek için uygulanır. Sağlık alanında Six Sigma'nın uygulanması, özellikle hasta güvenliği ve klinik sonuçların iyileştirilmesinde etkili olmaktadır. Örneğin, ilaç hatalarının azaltılması, ameliyathane süreçlerinin optimize edilmesi, enfeksiyon oranlarının düşürülmesi gibi kritik alanlarda yapılan Six Sigma projeleri, hem hasta risklerini azaltır hem de tedavi kalitesini yükseltir. Ayrıca idari süreçlerdeki iyileştirmelerle, hasta bekleme süreleri kısılır ve kaynak kullanımı optimize edilir. Metodolojinin bir diğer önemli avantajı da maliyet etkinliğidir. Hataların ve tekrar işlemlerin azaltılması, kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak tanır. Böylece sağlık kuruluşları, hem ekonomik açıdan daha sürdürülebilir bir yapıya kavuşur hem de hizmet kalitesinden ödün vermeden performanslarını artırabilirler. Ayrıca Six Sigma projelerinde çalışanların aktif katılımı teşvik edilerek, kurum içi bilgi paylaşımı ve ekip çalışması desteklenir (Niñerola vd., 2020; Zepeda-Lugo vd., 2020).

Sonuç olarak, Six Sigma metodolojisi, sağlık sektöründe kalite ve verimliliği artırmak, süreçlerdeki belirsizlikleri ve hataları azaltmak için güçlü bir araçtır. Sistematik, ölçülebilir ve sürekli iyileştirmeye dayalı yaklaşımı sayesinde sağlık kuruluşları, hasta odaklı hizmet sunumunu en üst seviyeye çıkarabilir. Böylelikle

sağlıkta mükemmellik hedefine katkı sağlayan önemli bir yönetim stratejisi olarak öne çıkar (Niñerola vd., 2020; Rathi vd., 2022).

Six Sigma, süreçlerdeki değişkenliği ve hata olasılığını azaltmak için istatistiksel ölçüm ve problem çözme tekniklerini kullanan bir iyileştirme yaklaşımıdır. Tanımla, ölç, analiz et, iyileştir ve kontrol et aşamalarından oluşan DMAIC döngüsü; problemin sınırlandırılması, güvenilir veri toplanması, kök nedenlerin belirlenmesi, çözümün uygulanması ve kazanımların sürdürülmesi için sistematik bir yol sunar. Sağlık hizmetlerinde ilaç süreçleri, laboratuvar sonuç süreleri ve hasta akışı gibi ölçülebilir süreçlerde kullanılabilmektedir (Niñerola vd., 2020).

Six Sigma'nın güçlü yönü, iyileştirme kararlarını sezgi yerine veriye dayandırmasıdır. Bununla birlikte düşük sıklıklı fakat yüksek riskli olaylarda yalnızca hata oranlarına odaklanmak yeterli olmayabilir. Veri kalitesinin düşük olması, uygun istatistiksel uzmanlığın bulunmaması ve projenin klinik önceliklerden kopuk seçilmesi de sınırlılık oluşturur. Bu nedenle yöntemin klinisyen katılımı ve hasta güvenliği değerlendirmesiyle birlikte uygulanması gerekir.

Lean Six Sigma, akıştaki israfı azaltma ile değişkenliği kontrol etme hedeflerini birleştirir. Sağlık sektöründeki çalışmalar yöntemin süreç performansında yarar sağlayabildiğini, ancak sonuçların liderlik desteği, ekip yetkinliği ve kurumsal öğrenme kapasitesine bağlı olduğunu göstermektedir (Rathi vd., 2022). Olay bildirimlerinden elde edilen veriler, iyileştirme projelerinin seçilmesinde ve uygulama sonrasında risk düzeyinin izlenmesinde kullanılabilir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Güven

Sağlık hizmetlerinde güven, hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin temelini oluşturan kritik bir unsurdur. Güven, hastaların sağlık sistemi ve sunulan hizmetlere karşı duyduğu inanç. Bu güvenin sağlanması, etkin tedavi sonuçlarının elde edilmesi ve hastaların psikolojik iyilik halinin desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Güven duygusu, hastaların tedaviye uyumunu artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık çalışanlarına olan saygı ve işbirliğini de güçlendirir. Bu bağlamda, hastalar kendilerini güvende hissettikleri ortamlarda, tanı ve tedavi süreçlerine daha fazla katılım gösterirler, bilgiye erişimleri engellenmez ve sağlık kurumlarına olan bağlılıkları artar. Ayrıca, güven, sağlık hizmetlerinin başarısını doğrudan etkileyen bir faktördür. Güven duygusu yüksek olan hastalar, klinik kararları daha iyi kabul eder, komplikasyon risklerini azaltır ve tedavi sonrası iyileşme oranları yükselir. Sağlık profesyonellerinin bu güveni

oluşturmada oynadıkları rol büyük önem taşır (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2019; Weaver vd., 2013).

Empati, etkin iletişim ve etik değerlerin benimsenmesi, hastaların güven duygusunu pekiştirir. Sağlık kurumlarının şeffaflık ilkelerine uyumu, hasta geri bildirimlerine önem vermesi ve kaliteli hizmet sunumu, güven ortamını güçlendiren stratejilerdir. Teknolojinin kullanımı ise, dijital uygulamalar ve veri güvenliği önlemleriyle, güvenin korunmasına katkı sağlar. Ayrıca, kültürel faktörler ve iletişim biçimleri, farklı hasta gruplarının güven duygusunu etkilemektedir. Güvenin ölçülmesi ise, anketler ve çeşitli araştırma yöntemleriyle sağlanmakta olup, sonuçlar doğrultusunda geliştirme çalışmaları yürütülmektedir. Güvenin artırılması için eğitim programları ve politika önerileri geliştirilmektedir. Gelecekte, yeni trendler ve araştırma alanları bu konuda önemli gelişmeler sağlayacaktır. Kısacası, sağlık hizmetlerinde güvenin sağlanması ve sürdürülmesi hem hizmet kalitesini yükselten hem de hasta-çalışan ilişkilerini güçlendiren vazgeçilmez bir unsurdur. Güven algısı, sağlık hizmetlerinde hasta ve toplum nezdinde temel bir unsur olarak kabul edilmektedir (Baker, Day ve Salas, 2006; Manser, 2009; Braithwaite vd., 2017).

Bu algı, bireylerin sağlık sistemine ve sunulan hizmetlere ilişkin inanç ve beklentilerinin toplamıdır. Güven, hastanın aldığı sağlık hizmetine olan inancıyla, hekime ve sağlık profesyonellerine duyulan güveni kapsar. Güvenin sağlanması, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve hasta memnuniyeti açısından kritik öneme sahiptir. Hasta, sağlık kurumlarına ve çalışanlarına güvendiğinde, tedaviye uyum sağlama olasılığı artar ve terapötik başarılar yükselir. Ayrıca, güven duygusu, hasta ile sağlık çalışanı arasında güçlü ve sürdürülebilir bir iletişim kurulmasına zemin hazırlar. Bu bağlamda, güven algısının oluşumunda birçok faktör etkili olur. Etkin iletişim, empati ve şeffaflık, güvenin temel taşlarıdır. Sağlık profesyonellerinin karşılıklı saygı ve etik kurallara uygun davranması, hastanın kendini güvende hissetmesini sağlar. Bunların yanı sıra, teknolojik gelişmeler ve veri güvenliği uygulamaları da güveni pekiştiren unsurlardır. Özellikle dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte, bilgi güvenliğine yapılan vurgu artmıştır (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Ayrıca, kültürel farklılıklar ve iletişim tarzları, güven algısını doğrudan etkileyebilir (AHRQ, 2019; Weaver vd., 2013).

Hasta ve sağlıklı toplum kesiminin farklı kültürel inanç ve değerleri, güven mekanizmasını şekillendirir. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin kültürel hassasiyetleri göz önünde bulundurarak iletişim stratejileri geliştirmesi önemlidir. Güvenin ölçülmesi ise, anketler, araştırmalar ve geri bildirimler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Bu veriler,

mevcut güven düzeyini analiz edip iyileştirme alanlarını belirlemeye imkân tanır. Güvenin artırılması için eğitim programları ve politika önerileri geliştirilmekte olup, sürekli iyileştirme faaliyetleriyle sürdürülebilir güven ortamları oluşturulmaktadır. Gelecekte teknolojik yenilikler, yapay zekâ ve büyük veri analitiği ile güven algısının daha etkin ölçüleceği öngörülmektedir. Ayrıca, küresel sağlık alanında farklı ülkelerin uygulamaları karşılaştırılarak en iyi pratikler belirlenmekte ve uluslararası standartlar oluşturulmaktadır. Güven faktörünün önemi sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplum sağlığının genel gidişatı açısından da vazgeçilmezdir (Baker, Day ve Salas, 2006; Manser, 2009; Braithwaite vd., 2017).

Güven algısı, bireylerin başka bir bireye veya kuruma ilişkin sahip oldukları inanç ve beklentilerin toplamıdır. Bu kavram, genellikle güvenilirlik, dürüstlük ve yetkinlik unsurlarını içerir ve toplumların sosyal düzenini ve karşılıklı ilişkilerin sağlıklı işlemlerini sağlayan temel bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinde güven algısı, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve kurumlara yönelik güven duygusunu ifade eder ve bu güven, hizmet kalitesi, etik kurallara uyum ve hasta haklarına saygı gibi unsurlarla yakından ilişkilidir. Güven algısı, bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin karşılanması ve tedavi sürecine katılımı üzerinde doğrudan etkili olmakla birlikte, hastaların tedaviye olan bağlılıklarını ve memnuniyet seviyelerini de şekillendirmektedir. Ayrıca, yüksek güven düzeyleri, sağlık kurumlarının hizmet kalitesini artırma ve hasta güvenini tesis etme süreçlerini kolaylaştırır (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Güven algısının oluşumu, bireyin yaşadığı deneyimler, toplumun kültürel yapısı ve sağlık kurumlarının iletişim stratejileri gibi çeşitli faktörlerin etkileşimiyle belirlenir. Güvenin sağlanması için, şeffaflık, etik davranışlar ve etkili iletişim temel unsurlar arasında yer alır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerine ve kurumlara düşen görev, güveni pekiştirecek davranışları benimsemek ve sürekli olarak geliştirmektir. Güven algısı, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayan en önemli unsurlardan biridir ve bu algının güçlendirilmesi hem hasta hem de toplum sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. Hastaların güven duygusu, sağlık hizmetleri kalitesinin temel göstergelerinden biridir. Güven duygusu, hastanın aldığı bakımın güvenilirliğine, sağlık çalışanlarının dürüstlüğüne ve kurumların etik değerlere uygun hareket ettiğine olan inancını ifade eder. Bu duygunun geliştirilmesi, hasta-hekim ilişkisini güçlendiren önemli bir faktördür ve tedaviye uyumu artırır (AHRQ, 2019; Weaver vd., 2013).

Hasta, güven duyduğu ortamda kendini daha rahat ve sakin hisseder, bu da psikolojik iyileşmeyi olumlu yönde etkiler. Ayrıca, güven ilişkisi hastanın sağlık kuruluşuna ve sağlık profesyonellerine karşı olan memnuniyetini artırır, hastaların tekrar tercih edilme oranını yükseltir. Güven duygusunun sağlanmasında iletişim kritik bir rol oynar; açık ve samimi iletişim, hastanın endişelerini dile getirmesine ve sorularına tatmin edici yanıtlar almasına olanak tanır. Empati göstermek, hastanın duygularına değer vermek ve onların perspektifinden bakmak, güveni pekiştiren diğer unsurlardandır. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetleri sunumunda şeffaflık ve dürüstlük temel ilkeler olmalıdır; hata ve aksaklıklar da dahi açıkça paylaşılmalı, sorunun çözümüne odaklanılmalıdır. Hasta geri bildirimleri, kurumların eksikliklerini fark etmesine ve iyileştirme yapmasına imkan sağlar. Güven duygusunun kazanılması, yalnızca kurumsal politikalara değil, aynı zamanda çalışanların etik değerlere bağlılığına da bağlıdır (Baker, Day ve Salas, 2006; Manser, 2009; Braithwaite vd., 2017).

Sağlık profesyonellerinin etik ve profesyonel tutumları, hastalara güven telkin eder ve uzun vadeli sağlık ilişkilerinin kurulmasına katkı sağlar. Sonuç olarak, hastaların güven duygusu, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi açısından vazgeçilmez bir unsurdur ve sürekli olarak geliştirilmesi gereken bir hedeftir (Chassin ve Loeb, 2013; WHO, 2021).

Sağlık hizmetlerinde güven, hastaların zarar görme riskinin kabul edilebilir en düşük düzeye indirilmesi ve çalışanların güvenli bakım sunabilecek koşullara sahip olmasıyla ilişkilidir. Hasta güvenliği, hatanın yalnızca bireysel dikkatsizlikten kaynaklandığı varsayımını reddeder; insan davranışı ile görev, teknoloji, ekip, fiziksel çevre ve örgüt yapısı arasındaki etkileşimi inceler. Bu bakış açısı, olay sonrasında “kim yaptı?” sorusundan önce “bu sonuç nasıl mümkün oldu?” sorusunun sorulmasını gerektirir (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2021).

Güvenlik kültürü; çalışanların güvenliğe ilişkin ortak değerlerini, algılarını ve davranış örüntülerini kapsar. Yönetimin güvenliğe öncelik vermesi, ekipler arası açık iletişim, olaylardan öğrenme, adil yaklaşım ve çalışanların kaygılarını dile getirebilmesi güçlü kültürün temel unsurlarıdır. Güvenlik kültürünü geliştirmeye yönelik müdahalelerin etkisi kurum bağlamına göre değişmekle birlikte, liderlik ve ekip çalışması birçok çalışmada belirleyici bileşenler olarak öne çıkmaktadır (Baker, Day ve Salas, 2006; Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017).

Çalışan güvenliği ile hasta güvenliği arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Uzun çalışma saatleri, yetersiz personel, duygusal tükenme ve kesintiye uğrayan iş

akışları dikkat ve karar verme süreçlerini olumsuz etkileyebilir. Güncel meta-analizler, hemşire tükenmişliğinin daha düşük bakım kalitesi ve güvenliği ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Li vd., 2024). Bu nedenle olayları yalnızca bireysel performans sorunu olarak değerlendirmek yerine çalışma ortamı ve kaynak koşullarını da incelemek gerekir.

Yüksek güvenilirlik yaklaşımı, ciddi olaylar nadir görülse bile küçük aksaklıklara ve zayıf sinyallere duyarlı olmayı vurgular. Operasyonlara yakın çalışanların uzmanlığına başvurmak, basit açıklamalardan kaçınmak, beklenmedik durumlara karşı dayanıklılık geliştirmek ve başarısızlık ihtimaline sürekli dikkat göstermek bu yaklaşımın temelidir. Olay ve ramak kala bildirimleri, bu zayıf sinyallerin kurumsal düzeyde fark edilmesine katkı sağlar (Chassin ve Loeb, 2013).

2.4. İstenmeyen Olay Kavramı ve Raporlamanın Önemi

İstenmeyen olay, sağlık hizmetleri sunumu sırasında planlanmamış, beklenmedik ve olumsuz sonuçlara yol açan durumlar olarak tanımlanabilir. Bu olaylar, hasta güvenliğini tehlikeye atan, tıbbi bakım kalitesini olumsuz etkileyen veya sağlık çalışanlarının iş akışını kesintiye uğratan çeşitli durumları kapsar. İstenmeyen olaylar, klinik uygulamalar sırasında ortaya çıkabilecek hatalar, dikkatsizlikler veya sistemsel aksaklıklardan kaynaklanabilir. Bunlar, genellikle önceden öngörülemeyen veya kontrol altına alınması güç olan olaylardır ve sağlık hizmetlerinde hızla müdahale edilmesini gerektirir. Ayrıca, istenmeyen olaylar, ciddi hasta zararlarına veya yaşam kayıplarına neden olabileceği gibi, sağlık kurumlarının itibarını zedeleyen bir unsur olarak da ortaya çıkabilir. Bu nedenle, istenmeyen olayların tanımı ve kapsamı iyi belirlenmeli, olayların yüksek risk taşıyan alanlarda önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Olayların sınıflandırılması, olası sonuçların ciddiyetine göre belirlenir; hafif olaylar göz ardı edilip, ciddi ve ölümlü sonuçlanabilecek olaylar ise daha ayrıntılı inceleme ve raporlama gerektirir. Sağlık hizmetlerinde istenmeyen olayların doğru tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi, olayların kaydedilmesine ve analiz edilmesine olanak sağlar. Bu süreçte, olası hataların ve olayların detaylı biçimde tanımlanması ve kategorilere ayrılması, hem olayların nedenlerinin anlaşılmasına yardımcı olur hem de önleyici tedbirlerin geliştirilmesine zemin hazırlar. Bu nedenle, istenmeyen olayların kapsamlı bir şekilde tanımlanması, sağlık kuruluşlarında kalite ve güvenlik kültürünün geliştirilmesi adına temel bir adımdır. Kısacası, istenmeyen olaylar, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kalitesi açısından ciddi riskler taşıdığı için

detaylı tanımlanması ve etkin bir şekilde raporlanması büyük önem taşımaktadır. İstenmeyen olayların nedenleri Çok çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır ve bu faktörlerin anlaşılması, olayların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Macrae, 2016; Stavropoulou vd., 2015).

İnsan kaynaklı faktörler, sağlık hizmetleri ortamında en yaygın görülen nedenlerden biridir. Bu grup, hatalı hasta yönetimi, iletişim eksiklikleri, eğitim yetersizlikleri ve dikkat dağınıklığı gibi unsurları içerir. Sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri seviyeleri, yoğun çalışma koşulları ve yorgunluk bu faktörleri tetikleyerek, hataların oluşma olasılığını artırabilir. Sistemsel faktörler ise iş akışındaki kusurlar, yetersiz protokol ve prosedürlerin varlığı, uygun olmayan çalışma ortamları ve altyapı eksikliklerini kapsar. Bu durumlar, sürecin düzgün işlenmesini engelleyerek istenmeyen olayların gerçekleşme riskini yükseltir. Teknolojik faktörler, kullanılan tıbbi cihazların arızaları, güncellemelerin yapılmaması veya kullanıcı hataları ile ilişkilidir. Teknolojinin güvenli ve etkin kullanımı için düzenli bakım ve eğitimlerin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, sistemdeki bütünsel hatalar veya teknolojik entegrasyon sorunları, olayların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Bu nedenlerin doğru tanımlanması ve analiz edilmesi, uygun önleyici tedbirlerin geliştirilmesine imkân tanır (WHO, 2020; WHO, 2021).

Eğitim ve farkındalık çalışmalarının sürdürülebilir olması, hataları azaltmak için kritik öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının düzenli olarak güncel bilgilerle donatılması ve hataların raporlanması kültürünün yerleşmesi, olayların tekrarını engellemeye yardımcı olur. Sistemsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte insan faktörünün de göz önünde bulundurulması, bütünsel bir risk yönetimi stratejisinin oluşturulmasını sağlar. Sonuç olarak, istenmeyen olayların nedenlerini anlamak ve bu nedenlere uygun çözümler geliştirmek, hasta güvenliğini artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek adına temel bir adımdır. İstenmeyen olayların sağlık hizmetlerine olan etkileri, hem hasta güvenliğini doğrudan tehdit etmekte hem de sağlık kurumlarının genel performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olaylar, hasta üzerinde ciddi sağlık komplikasyonlarına, daha uzun iyileşme süreçlerine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Aynı zamanda, tıbbi hata veya bakım hatalarının sonucunda ortaya çıkan istenmeyen olaylar, hastaların güven duygusunu zedelerken, sağlık hizmeti sağlayıcılarının da moral ve motivasyonunu olumsuz etkiler. Klinik karar hataları, ilaç ve tıbbi malzeme hataları gibi olaylar, hastanın tedavi planında gecikmelere ya da yanlış tedavilere yol açabilir. Bu durumlar, hastanenin itibarını zedeler ve toplumda sağlık

kurumlarına karşı güven kaybına sebep olur. Ayrıca, finansal açıdan da maliyetler artmakta, hukuki sorumluluklar ve tazminat talepleriyle kurumların mali yükü büyümektedir. Sağlık çalışanları ise bu olayların sonucunda psikolojik baskı altına girip, mesleki tatminlerini kaybedebilirler. Kurumsal açıdan değerlendirildiğinde ise, istenmeyen olaylar, kurumun kalite ve güvenlik standartlarının sorgulanmasına yol açar; bu da yasal uyumluluk ve hospitaliter politikalar açısından olumsuz sonuçlar doğurur (Macrae, 2016; Stavropoulou vd., 2015).

Dolayısıyla, istenmeyen olayların etkilerini azaltmak amacıyla etkin raporlama ve önleme stratejileri geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin güvenilirliği ve kalitesinin sürdürülebilirliği adına kritik bir gerekliliktir. Bu bağlamda, doğru raporlama ile olayların detaylı analizi yapılarak nedenleri ortaya konmalı; böylece benzer olayların tekrarı engellenebilir ve sağlık ortamlarının daha güvenli hale gelmesi sağlanabilir. Raporlama süreci, istenmeyen olayların tanımlanması, belgelenmesi ve ilgili taraflara iletilmesi aşamalarını kapsayan kritik bir adımdır. Bu süreçte öncelikle olayın doğru ve detaylı şekilde tanımlanması, olayın meydana geldiği ortam, zaman ve taraflar hakkında bilgiler içermelidir. Verilerin objektif ve güvenilir olması, olayın tüm boyutlarının net şekilde ortaya konması açısından büyük önem taşımaktadır. Raporlama yöntemleri çeşitli olabilir; elektronik sistemler, kağıt tabanlı formlar veya online platformlar aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Raporlama araçları ise, kullanımı kolay, erişilebilir ve veri analizine imkân tanıyan teknolojik altyapıları içerir (WHO, 2020; WHO, 2021).

Veri toplama süreci ise, olayla ilgili bilgilerin titizlikle toplanması, doğrulanması ve uygun formatta saklanmasıyla yürütülür. Bu aşamada, olayın nedenleri, gelişim süreci ve sonuçları detaylı bir şekilde kaydedilir; böylece raporlar, olayların kökenine inmeye ve köklü çözümler geliştirmeye olanak tanır. Etkili raporlama, sadece olayın kayda geçirilmesi değil, aynı zamanda kurum içi ve kurumlararası iletişimde şeffaflığı ve sorumluluk bilincini artırır. Bu süreçte, doğru ve eksiksiz raporlar, sağlık hizmetlerinde güvenliği güçlendirir, hataların tespit edilmesini ve önlenmesini kolaylaştırır. Ayrıca, düzenli ve sistematik raporlama, sağlık kurumlarının performansını değerlendirmesine, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği stratejilerinin geliştirilmesine temel oluşturur. Bu nedenle, raporlama sürecinde kullanılan araçlar ve yöntemlerin sürekli güncellenmesi ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve iyileşmesi açısından hayati öneme sahiptir (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Hasta güvenliği olayı, hastaya gereksiz zarar veren veya zarar verme olasılığı bulunan olay ya da durumları kapsayan üst kavramdır. İstenmeyen olayda hastaya zarar

oluşurken, zarar oluşmayan olay hastaya ulaşmış fakat belirlenebilir zarar doğurmamıştır. Ramak kala olay ise hastaya ulaşmadan önce tesadüf, zamanında müdahale veya başka bir engel sayesinde durdurulmuştur. Bu ayrımlar, olayların sonuç kadar risk mekanizmasına göre de değerlendirilmesini sağlar (WHO, 2020).

İstenmeyen olayların raporlanması, kurumların yalnızca gerçekleşmiş zararları değil, gelecekte zarara dönüşebilecek koşulları da tanımasına yardımcı olur. Özellikle ramak kala bildirimleri, ağır sonuç oluşmadan önce sistem zayıflıklarını ortaya çıkarabilir. Ancak raporlama sistemlerinin amacı olay sıklığını kesin olarak hesaplamak değildir; gönüllü bildirimlerde seçim ve eksik bildirim kaçınılmazdır. Bu nedenle rapor verileri klinik kayıt incelemeleri, denetimler, hasta geri bildirimleri ve diğer güvenlik göstergeleriyle birlikte yorumlanmalıdır (Macrae, 2016; WHO, 2020).

Bir raporun güvenliğe katkı sağlayabilmesi için olayın tanımlanması, katkı sağlayan faktörlerin analiz edilmesi, eylem planının oluşturulması ve sonuçların izlenmesi gerekir. Yalnızca rapor sayısını artırmak, analiz ve geri bildirim kapasitesi geliştirilmediğinde bilgi yığını oluşturabilir. Sistematik derlemeler, etkili raporlama sistemlerinin kolay erişim, gizlilik, adil yaklaşım, uzman analiz ve görünür geri bildirim özelliklerini birlikte taşıması gerektiğini göstermektedir (Stavropoulou vd., 2015; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Olay raporlama, sağlık çalışanlarının etik ve mesleki sorumluluklarıyla bağlantılı olmakla birlikte güvenli raporlama ortamının oluşturulması kurumun sorumluluğundadır. Çalışanın iyi niyetli bildirim nedeniyle damgalanacağı veya disiplin cezası alacağı düşüncesi, öğrenme sisteminin temelini zayıflatır. Adil kültür yaklaşımı, kasıtlı ihlal ile insan hatası ve riskli davranış arasında ayrım yaparak hem hesap verebilirliği hem de öğrenmeyi korumayı amaçlar (Reason, 2000; WHO, 2020).

2.5. Raporlama Sistemleri ve Kültürel Yaklaşımlar

Sağlık hizmetlerinde raporlama sistemlerinin önemi, hizmet kalitesini artırmak, kaynakların etkin kullanımını sağlamak ve sağlık politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunmak açısından kritik bir unsurdur. Etkili raporlama sistemleri, sağlık sektörü paydaşlarının doğru, zamanında ve bütünsel veri erişimini mümkün kılar. Bu sistemler sayesinde klinik veriler, hastaların tanı ve tedavi süreçleri hakkında detaylı bilgiler sunarken, finansal raporlamalar mali sürdürülebilirliğin izlenmesine olanak tanır. Aynı zamanda performans raporlamaları, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ölçmeye ve iyileştirmeye odaklanır. Bu yapıların varlığı, sağlık hizmetlerinin alımında şeffaflık ve hesap verebilirlik sağlar. Raporlama sistemleri, doğru verilerin toplanması, analizi ve

sunumu süreçlerini standardize ederek, sağlıklı karar alma mekanizmalarını destekler. Ayrıca, teknolojik gelişmelerle entegre edilen elektronik sağlık kayıtları ve mobil uygulamalar gibi yenilikler, veri doğruluğunu ve erişilebilirliğini artırırken, zaman kaybını azaltır (AHRQ, 2019; Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017).

Bu sistemlerin doğru şekilde tasarlanması ve uygulanması, kültürel farklılıkların ve bölgesel ihtiyaçların göz önünde bulundurulmasını da gerektirir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde raporlama sistemleri, hizmet kalite ve erişilebilirliğini iyileştirme, hastaların güvenliğini sağlama ve sağlık politikalarının etkinliğini artırma açısından vazgeçilmez bir araçtır. Sağlık hizmetlerinde raporlama türleri, hizmetlerin etkinliği, kalitesi ve finansmanı açısından kritik öneme sahiptir. Klinik raporlama, hastaların tanı, tedavi ve takip süreçleriyle ilgili detaylı bilgilerin kaydedilmesini sağlar. Bu raporlar, klinik kararların desteklenmesi ve tedavi planlarının optimize edilmesi adına temel kaynak rolündedir. Ayrıca, hastaların sağlık durumu ile ilgili objektif ve standardize edilmiş verilerin toplanmasına imkân tanır. Finansal raporlama ise sağlık kuruluşlarının mali işlemlerini, giderleri ve gelirleri sistematik biçimde belgelemeye yöneliktir. Bu raporların doğruluğu, kaynakların etkin kullanımı ve mali şeffaflık açısından büyük önem taşır (Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016; WHO, 2020).

Performans raporlaması ise, sağlık kurumlarının belirli performans göstergeleri ile takip edilmesini sağlar. Bu göstergeler, hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, müdahale süreleri ve sağlık çalışanlarının verimliliği gibi çeşitli alanlarda ölçüm yapmayı mümkün kılar. Böylece sağlık kurumları, hizmet sunumlarını sürekli iyileştirme fırsatı yakalar. Üç raporlama türü, birbirini tamamlayan yapısal bir bütünlük oluşturur ve toplamda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, kalitesi ve erişilebilirliği açısından kritik rol oynar. Bu yaklaşımlar sayesinde, hizmetlerin daha planlı, şeffaf ve ölçülebilir hale gelmesi sağlanır. Ayrıca, farklı paydaşların ihtiyaçlarına uygun veri sağlama imkânı da artar, böylece politika geliştirme ve stratejik kararlar daha doğru temellere oturtulur. Bu bağlamda, raporlama sistemlerinin doğru yapılandırılması ve etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin genel başarısını ve toplum sağlığını doğrudan etkiler. Kültürel yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinde raporlama sistemlerinin etkinliği ve kabulü üzerinde merkezi bir rol oynar (Hamed ve Konstantinidis, 2022; Kaya vd., 2023).

Farklı kültürel bağlamlar, sağlık uygulamalarını, hasta beklentilerini ve sağlık çalışanlarının yaklaşımlarını önemli ölçüde etkiler. Bu nedenle, raporlama süreçlerinde kültürel duyarlılık, hizmetlerin erişilebilirliği ve eşitliği sağlamak açısından kritik bir faktördür. Kültürel duyarlılık, sağlık çalışanlarının farklı toplumların geleneksel

inançlarını, değerlerini ve iletişim tarzlarını anlamasını ve saygı göstermesini teşvik eder (AHRQ, 2019; Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017).

Bu yaklaşım, özellikle dil bariyerleri ve geleneksel inançlar nedeniyle ortaya çıkan engellerin aşılmasında etkilidir. Toplum temelli yaklaşımlar ise, toplumun kendine özgü ihtiyaçlarına uygun çözümler geliştirmeyi amaçlar ve raporlama sistemlerini bu doğrultuda şekillendirir. Bu yöntemler, toplumun katılımını ve bilgilenmesini sağlayarak, sağlık hizmetlerine erişimi artırır ve hizmet eşitliğini destekler. Ayrıca, kültürel farklılıkların raporlama verilerinin korelasyonunu ve kullanımını doğrudan etkilediği bilinmektedir. Bu yüzden, raporlama sistemlerinin tasarımı ve uygulanması aşamasında kültürel faktörler göz önünde bulundurulmalı, yerel dinamikler ile uyum sağlanmalıdır. Böylece, tüm paydaşlar arasında güven oluşturulur, raporların doğruluğu ve anlamlılığı artırılır. Sonuç olarak, kültürel yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırırken, toplum bazlı çözümlerle hizmetlerin daha kapsayıcı ve erişilebilir hale gelmesini sağlar. Bu nedenle, raporlama sistemlerinde kültürel faktörlerin entegrasyonu, sürdürülebilir ve etkili sağlık stratejilerinin geliştirilmesi açısından vazgeçilmezdir (Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016; WHO, 2020).

Raporlama sistemlerinin kültürel etkileri, sağlık hizmetleri alanında farkındalık ve etkinlik düzeylerini doğrudan şekillendiren önemli unsurlardır. Kültürel farklılıklar, raporlama yaklaşımlarında ve uygulamalarında temel belirleyiciler olurken, bu farklılıkların doğru anlaşılması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve kalite açısından kritik öneme sahiptir. Örneğin, bazı toplumlarda geleneksel değerler ve inançlar, raporlama süreçlerinin şekillenmesine yön verirken, bu durum sağlık çalışanlarının iletişimini ve veri toplamını etkileyebilir. Ayrıca, kültürel duyarlılık, raporların içeriğinde ve sunumunda yer alan dil ve tutumların uygunluğunu gerektirir; bu sayede veri toplama ve paylaşım süreçlerinde taraflar arasında güven ve anlayış sağlanır. Toplum temelli yaklaşımlar ise, farklı kültürel yapıları dikkate alarak, hizmetlerin erişilebilirliğini ve kullanıcıların memnuniyetini artıran stratejilerin geliştirilmesine olanak tanır. Bu bağlamda, kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak hazırlanan raporlama sistemleri, sağlık hizmetlerinin adil ve etkili dağıtımını temin eder (Hamed ve Konstantinidis, 2022; Kaya vd., 2023).

Ayrıca, kültürel öğelerin dikkate alınması, sağlık çalışanlarının ve toplumun raporlama gereklilikleri konusunda bilinçlenmesini sağlar; bu da veri doğruluğu ve bütünlüğü açısından son derece önemlidir. Sonuç olarak, raporlama sistemlerinin kültürel etkileri hem hizmet kalitesi hem de erişim adaleti açısından dikkate alınması

gereken önemli faktörlerdir. Bu unsurların doğru yönetimiyle, sağlık alanında daha kapsayıcı ve toplum odaklı çözümler geliştirilerek, genel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi mümkün olmaktadır (AHRQ, 2019; Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017).

Olay raporlama sistemleri zorunlu veya gönüllü, açık kimlikli, gizli ya da anonim biçimde tasarlanabilir. Zorunlu sistemler ağır ve belirli olaylar için hesap verebilirlik sağlarken, gönüllü sistemler daha geniş olay ve ramak kala örneklerini yakalayabilir. Hangi model kullanılırsa kullanılsın raporlayan kişinin korunması, olay sınıflandırmasının anlaşılır olması ve raporun uygun birim tarafından zamanında değerlendirilmesi gerekir (WHO, 2020).

Raporlama kültürünün temel belirleyicisi, çalışanların bildirim sonrasında ne olacağına ilişkin beklentileridir. Bildirim yapan çalışan suçlanıyor, olay kişisel yetersizliğe indirgeniyor veya yöneticiler sessiz kalıyorsa sistem teknik olarak mevcut olsa bile kullanılmayabilir. Buna karşılık liderlerin açıkça destek verdiği, hataların sistem yaklaşımıyla incelendiği ve ekiplerin görüş bildirebildiği kurumlarda raporlama isteği artabilir (Weaver vd., 2013; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Alfayez vd., 2026).

Geri bildirim, raporlama döngüsünün kritik fakat sıklıkla ihmal edilen aşamasıdır. Çalışanlara raporun alındığının bildirilmesi, olaydan ne öğrenildiğinin açıklanması ve yapılan değişikliklerin görünür hâle getirilmesi raporlamanın işe yaradığı algısını güçlendirir. Geri bildirim yalnızca bireysel raporlayana değil, gizlilik korunarak ilgili ekip ve kurum geneline de ulaştırılmalıdır. Böylece olay bilgisi yerel hafızada kaybolmak yerine ortak öğrenmeye dönüşür (Stavropoulou vd., 2015; WHO, 2020).

Kültürel yaklaşım, olay bildirim oranlarının yorumlanmasını da etkiler. Yüksek rapor sayısı her zaman daha güvensiz bakım anlamına gelmez; güçlü raporlama kültürüne sahip kurumlar daha fazla olayı görünür kılabilir. Bu nedenle yöneticiler rapor sayısını tek başına başarı veya başarısızlık ölçütü olarak kullanmamalı; olay türü, ciddiyet, tekrar örüntüsü, analiz süresi ve tamamlanan iyileştirme faaliyetlerini birlikte izlemelidir (Macrae, 2016; Kaya vd., 2023).

3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM ENGELİ ALGISI İLE İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM TUTUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Sağlık çalışanlarının olay bildirimine yönelik tutumu, raporlamanın yararlı, güvenli, uygulanabilir ve mesleki sorumlulukla uyumlu görülme derecesini yansıtır. Tutumun davranışa dönüşmesi ise çalışanın bilgi ve deneyimi kadar kurumun güvenlik kültürüne, yöneticilerin tepkisine, iş yüküne ve raporlama sisteminin özelliklerine bağlıdır. Bu bölümde istenmeyen olay türleri, sağlık hizmeti hatalarının oluşum mekanizmaları, raporlama sistemleri ve bildirim önündeki bireysel, kurumsal ve sistemsel engeller araştırmanın değişkenleriyle bağlantılı biçimde ele alınmaktadır (Keleş, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

3.1. İstenmeyen Olaylar: Tanımlar, Türler ve Örnekler

İstenmeyen olaylar, sağlık hizmetleri sunumu sırasında beklenmedik, istenmeyen veya olumsuz sonuçlara yol açan durumlar olarak tanımlanabilir. Bu olaylar, tanım olarak, hastanın güvenliğini tehlikeye atabilecek veya sağlık altyapısında aksamalara neden olabilecek çeşitli türlerde ortaya çıkabilir. Bu kapsamda, istenmeyen olayların türleri arasında en sık karşılaşılanlar hatalı ilaç uygulamaları, cerrahi hatalar, enfeksiyonlar, düşmeler ve yan etkiler olarak sıralanabilir. Hatalı ilaç uygulamaları, dozaj, ilaç seçimi veya yanlış hastaya verilme gibi nedenlerle ortaya çıkabilir ve ciddi yan etkiler veya tedavi başarısızlıklarına neden olabilir. Cerrahi hatalar ise, yanlış operasyon, yanlış dikiş veya organ hasarı gibi durumlarla kendini göstererek ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Enfeksiyonlar ise, sterilizasyon eksiklikleri veya enfekte aletlerin kullanımı sonucu hastalarda yaygın görülen istenmeyen olaylardandır (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Düşmeler ise, özellikle yaşlı veya hareket kabiliyeti kısıtlı hastalarda sıkça karşılaşılan ve kırık, yaralanma gibi ek sağlık sorunlarına neden olabilen olaylardır. Yan etkiler ise, genellikle tedavi veya ilaçların beklenmedik ve istenmeyen yan etkilerinin ortaya çıkmasıyla oluşur. Bu olayların her biri, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, bu tür olayların kaydı, analiz edilmesi ve nedenlerinin anlaşılması, önleyici tedbirlerin geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık kuruluşlarında, bu olaylara ilişkin etkili önlemler alınması, personel

eğitimi, sistemsel iyileştirmeler ve teknolojik desteklerle m¼mk¼n olmaktadır (Macrae, 2016; WHO, 2020).

Bu sayede, istenmeyen olayların sıklığı ve etkisi azaltılabilir, hasta g¼venliđi teminat altına alınabilir. İstenmeyen olayların temel nedenleri genellikle insan kaynaklı hatalarla sistemsel sorunların birleşiminden kaynaklanmaktadır. İnsan hataları, sağlık hizmetlerinde en sık ve en çeşitli istenmeyen olayların ortaya çıkmasında ¼nemli rol oynar. Bu hatalar, doktor, hemşire veya diğer sağlık çalışanlarının dikkatsizlik, yetersiz bilgi veya gelişmiş teknolojiyi kullanmadaki yetersizlikler nedeniyle gerçekleşebilir. Ayrıca, yoğun çalışma temposu, yorgunluk ve stres, hata yapma riskini artırır. Sistemsel sorunlar ise, sağlık kuruluşlarının iç yapısında mevcut olan hatalar, prosed¼r eksiklikleri (Alfayez vd., 2026; Fekadu vd., 2025)

ve altyapı yetersizlikleri ile ilişkilidir. Laboratuvar ve kayıt sistemlerindeki hatalar, hastalara verilen yanlış bilgiler veya yanlış tedavi kararları alınmasına neden olabilir. Ekip iletişiminin zayıf olması da, hataların artmasına yol açar. Sağlık alışanları arasında etkili iletişim kurulamaması, bilgi ve sorumlulukların doğru aktarılmaması sonucu hataların oluşmasına zemin hazırlar. Ayrıca, prosed¼rlerin g¼ncellenmemesi veya uygulanmasında tutarsızlıklar, hatalara neden olan bir başka ¼nemli fakt¼rd¼r. Teknolojik altyapının yetersizliği ya da hatalı kullanımı da, ilaç dozajlarının yanlış ayarlanması veya tedavi hatalarını tetikleyebilir. Bu fakt¼rlerin hepsi birlikte değerlendirildiğinde, istenmeyen olayların ¼nlenebilmesi için sağlık ortamında kapsamlı bir kalite y¼netimi ve eğitim programlarının uygulanması gerekmektedir. B¼ylece, insan fakt¼r¼ ve sistemsel sorunlar minimize edilerek, hasta g¼venliđi artırılabilir. İstenmeyen olayların ¼nlenebilmesinde çok y¼nl¼ ve s¼rekli iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç vardır (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

İlk olarak, sağlık çalışanlarının eğitim ve farkındalık seviyelerinin artırılması, hataların minimize edilmesinde temel unsurdur. Bu kapsamda, personelin g¼ncel prosed¼rler, g¼venlik ¼nlemleri ve iletişim becerileri konusunda d¼zenli eğitimler alması sağlanmalıdır. Ayrıca, standartlaştırılmış ve g¼ncellenmiř prosed¼rlerin geliştirilmesi, klinik uygulamalarda standartlara uygun hareket edilmesini destekler. Sistemsel olarak, teknolojik öz¼mler hayati ¼neme sahiptir. Elektronik sağlık kayıt sistemleri ve uyarı mekanizmaları, hataları erkenden tespit edip ¼nleyebilir. ¼rneđin, ilaç dozajlarında otomatik kontrol sistemleri, hatalı uygulamaların ¼n¼ne geçmede etkilidir. Ek olarak, ekip içi iletişimin g¼lendirilmesi, bilgi akışını kolaylaştırarak olası hataların zamanında fark edilmesini sağlar. G¼l¼ iletişim, herhangi bir sorun ortaya çıkmadan ¼nce m¼dahale edilmesine imk¼n tanır. Sistematik raporlama ve veri toplama

mekanizmaları da takip edilmesi gereken önemli unsurlardır (Macrae, 2016; WHO, 2020).

Bu süreçlerde, hatalara ilişkin detaylı ve güvenilir veri toplanması, kök neden analizlerinin yapılmasını ve iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesini kolaylaştırır. Ayrıca, sağlık kuruluşlarının uluslararası standartlara uygun hareket etmesi, kalite ve güvenlik seviyesini artırır. WHO ve ulusal yönergeler doğrultusunda belirlenen kriterler, uygulama alanında referans alınmalıdır. Sonuç olarak, önleyici yaklaşımların etkinliği, sürdürülebilir eğitim, teknolojik yenilikler ve sürekli izleme ile sağlanır. Bu yöntemlerin uyum içinde uygulanması, istenmeyen olayların minimize edilerek hasta güvenliğinin artırılmasında temel rol oynar. İstenmeyen olayların raporlanması, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğinin sağlanması ve sürekli iyileşmenin temel taşlarından biridir. Bu süreç, olayların tespiti, kaydı ve analiz edilmesini kapsar. Raporlama sürecinde, olayın detaylı ve doğru şekilde belgelenmesi büyük önem taşır; böylece tekrarının önlenmesi ve sistemin geliştirilmesi adına veriler sağlanmış olur. Ayrıca, raporlama aşamasında gizlilik ilkelerine uyulmalı ve hasta mahremiyeti korunmalıdır (Alfayez vd., 2026; Fekadu vd., 2025).

Veri toplama yöntemleri arasında doğrudan klinik gözlemler, hasta ve çalışan bildirimleri ile elektronik kayıtlar yer alır. Bu veriler, olayların nedenlerini ve yaygınlık oranlarını ortaya koymak amacıyla analiz edilir. Hatalı uygulamalar, cerrahi problemler veya enfeksiyon gibi olaylar, raporlar aracılığıyla kayıt altına alınarak trendlerin belirlenmesine ve riskli alanların tespit edilmesine yardımcı olur. Raporlama sistemlerinin kullanıcı dostu olması, sağlık çalışanlarının olayları zamanında ve eksiksiz bildirmelerini teşvik eder. Ayrıca, raporlama sırasında objektif ve yapıcı geribildirimler sağlanmalı, utanç veya suçlamadan uzak bir ortam oluşturulmalıdır. Bu sayede, çalışanlar hatalarını gizlemek yerine öğrenme ve gelişme fırsatı olarak görürler. Raporlanan veriler, sağlık kuruluşlarının kalite yönetim sistemlerine entegre edilerek, süreç iyileştirme çalışmalarına temel oluşturur. Sonuç olarak, etkin bir raporlama mekanizması, istenmeyen olayların minimize edilmesi ve hasta güvenliğinin artırılması adına kritik bir rol oynar (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; WHO, 2020).

Bu nedenle, kurumların, personelin ve yöneticilerin sorumluluk bilinciyle hareket etmesi, raporlama kültürünün yerleşmesine katkı sağlar (Macrae, 2016; WHO, 2020).

İstenmeyen olaylar, sağlık hizmetinin sunumu sırasında ortaya çıkan ve hastada geçici veya kalıcı zarara, bakım süresinin uzamasına, ek tedavi gereksinimine ya da ölüme yol açabilen olaylardır. Zararın bulunmadığı olaylar ve ramak kala olaylar da aynı risk mekanizmasının farklı sonuçlarını temsil edebilir. Bu nedenle sınıflandırma

yapılırken yalnızca sonucun ağırlığı değil, olayın türü, oluştuğu süreç, katkı sağlayan faktörler ve tekrar etme potansiyeli birlikte değerlendirilmelidir (WHO, 2020).

İlaç hataları; yanlış ilaç, doz, hasta, uygulama yolu veya zamanla ilişkili olabilir. Tanısal olaylar, tanının gecikmesi, yanlış değerlendirme veya kritik test sonucunun izlenmemesi biçiminde ortaya çıkabilir. Cerrahi olaylar; taraf veya işlem doğrulama sorunları, alet ve malzeme takibi, ameliyat sonrası bakım ve enfeksiyon kontrolüyle ilişkili olabilir. Düşmeler, basınç yaralanmaları, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar ve hasta kimliklendirme sorunları da sık izlenen güvenlik alanları arasındadır (WHO, 2021).

Olay türlerinin birbirinden tamamen bağımsız olmadığı unutulmamalıdır. Örneğin, eksik devir teslim, ilaç uygulamasında gecikmeye; bilgi sistemindeki uyarının gözden kaçması ise yanlış klinik karara yol açabilir. Böyle bir olayda iletişim, teknoloji, iş yükü ve süreç tasarımı aynı anda katkı sağlayabilir. Sistem yaklaşımı, tek bir görünür hataya odaklanmak yerine bu etkileşimleri ortaya çıkarmayı amaçlar (Reason, 2000; Manser, 2009).

Ramak kala olayların raporlanması özellikle değerlidir; çünkü zarar oluşmadan önce güvenlik bariyerlerinin nerede zayıfladığını gösterir. Bununla birlikte çalışanlar, hastaya zarar ulaşmadığı için bu olayları önemsiz görebilir veya rapor kapsamına girip girmediğinden emin olmayabilir. Güncel derleme bulguları, yakın olayların bildiriminde tanım belirsizliği, zaman yetersizliği ve yönetim desteği eksikliğinin önemli engeller olduğunu göstermektedir (Alfayez vd., 2026).

3.2. Hasta Hataları

Hasta hataları, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan en karmaşık ve önemli sorunlardan biridir. Bu hatalar, hasta güvenliğini doğrudan etkileyerek tedavi sonuçlarını olumsuz yönde şekillendirebilir. Hasta hatalarının sınıflandırılması, hataların nedenlerini ve oluşum mekânlarını daha iyi anlamak ve önlemek adına kritik bir adımdır. Genel olarak, hasta hataları ilaç hataları, tanı hatları ve tedavi hatları olmak üzere üç ana kategoriye ayrılır. İlaç hataları, genellikle yanlış dozaj, yanlış ilaç kullanımı veya ilaç etkileşimleri gibi durumları kapsar. Bu tür hatalar, genellikle reçete yazımında veya ilaç dağıtım süreçlerindeki eksikliklerden kaynaklanır ve ciddi sonuçlara yol açabilir. Tanı hatları ise doğru teşhisin konulamaması veya gecikmesiyle ilgilidir. Yanlış teşhis veya tanıda gözden kaçan önemli semptomlar, hastanın gereksiz veya yanlış tedavi görmesine neden olabilir (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; Institute of Medicine, 2001).

Tedavi hataları ise, tedavi planının yanlış uygulanması, prosedürlerin hatalı yapılması veya gerekli takiplerin yapılmaması gibi durumları içermektedir. Bu hatalar, hastanın durumunun kötüleşmesine veya komplikasyonların gelişmesine yol açabilir. Hasta hatalarının sınıflandırılması, bu hataların nedenlerini detaylandırmak ve hangi aşamalarda önlem alınması gerektiğini belirlemek açısından büyük önem taşır. Ayrıca, hata türlerine göre özelleştirilmiş önleme ve eğitim stratejileri geliştirilerek tehlikelerin minimize edilmesi sağlanabilir. Sonuç olarak, hasta hatalarının kapsamını ve çeşitlerini doğru anlamak, etkili raporlama ve önleme çalışmalarının temelini oluşturur ve sağlık kalitesinin artırılmasına katkı sağlar. İlaç hataları, sağlık hizmetlerinde raporlamada önemli bir odak noktasıdır ve hasta güvenliğini doğrudan etkileyen kritik bir konudur. Bu hatalar, genellikle ilacın yanlış reçete edilmesi, doz hataları, ilaç isimlerinin karışıklığı, yanlış uygulama ve teslimat süreçlerindeki hatalardan kaynaklanabilir (WHO, 2021; Chassin ve Loeb, 2013).

Bu tür hataların ortaya çıkma nedenleri arasında iletişim eksiklikleri, personel yetersizlikleri, bilgi güncellemelerinin geride kalması ve sistemsel hatalar yer almaktadır. İlaç hatalarının önlenmesi için etkili raporlama sistemlerinin geliştirilmesi şarttır; bu sayede hataların sebepleri analiz edilerek köklü çözümler üretilebilir. Raporlama süreçlerinde hasta bilgilerinin gizliliğine özen gösterilmeli ve hata türlerinin doğru sınıflandırılması sağlanmalıdır (Li vd., 2024; WHO, 2021).

Ayrıca, sağlık personeline düzenli eğitimler verilerek, ilaç kullanımına ilişkin farkındalık artırılmalı ve hata riskleri minimize edilmelidir. Günümüzde dijital raporlama platformlarının kullanımı, hata bildirimlerinin hızlı ve güvenilir şekilde kaydedilmesine olanak tanımakta ve böylece hataların zamanında tespiti ve analizi sağlanabilmektedir. Bunun yanı sıra, hata raporlama sistemlerinin etkinliği, sağlık kurumlarının şeffaflığı ve paylaşım kültürünün geliştirilmesine bağlıdır. Bu sistemler sayesinde hatalar açıkça tanımlanabilir, kökenlerine inilebilir ve sürekli iyileştirme süreçlerine katkı sağlanabilir. Ancak, ilaç hatalarının raporlanması sırasında personelin korku ve suçluluk hisleri, bildirim oranlarını olumsuz etkileyebilir; bu nedenle güven ortamının oluşturulması ve hataların öğrenme fırsatları olarak değerlendirilmesi önemlidir. Sonuç olarak, ilaç hatalarının erken tespiti, etkili raporlamalar ve eğitimlerle azaltılabilir, böylece hasta güvenliği ve tedavi etkinliği artırılmış olur (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; Institute of Medicine, 2001).

Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinde ilaç hatalarının sistemli ve sürekli izlenmesi, geliştirilmesi gereken başlıca pratikler arasında yer almaktadır. Tanı hataları, sağlık hizmetlerinde önemli bir hata grubunu oluşturmakta olup, hastanın doğru tanısının

konulmasında karşılaşılan yanlış veya hatalı kararları ifade eder. Bu tür hatalar, tanı koyma sürecindeki eksiklikler, yetersiz bilgi, yanlış laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi veya klinik bulguların yanlış yorumlanması gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir. Tanı hatalarının ortaya çıkması, hastanın uygun tedaviye zamanında ulaşamamasına, hastalıkların ilerlemesine ve ciddi komplikasyonların gelişmesine zemin hazırlayabilir. Ayrıca, yanlış tanı konması, gereksiz veya yanlış tedavilerin uygulanmasına da neden olarak hastanın yaşam kalitesini düşürebilir ve sağlık kurumlarının mali yükünü artırır. Tanı hatalarını önlemek için klinik karar destek sistemlerinin kullanımı, detaylı hasta öyküsü ve kapsamlı muayenelerin yapılması büyük önem taşır (WHO, 2021; Chassin ve Loeb, 2013).

Bu süreçte, multidisipliner yaklaşımlar ve uzman görüşlerinin alınması, hataların azaltılmasında etkili olur. Hekimlerin sürekli eğitim alması, güncel bilgi ve teknolojilere erişimi de tanı doğruluğunu artırır. Ayrıca, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarının dikkatli değerlendirilmesi ve gerektiğinde ikinci görüş alınması, tanı hatalarını minimize etmede kritik unsurlardır. Tanı hatalarının raporlanması, hataların nedenlerinin ve sıklıklarının belirlenmesi açısından önemlidir. Bu bilgiler, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması adına temel veri kaynağıdır. Sonuç olarak, tanı hatalarının tespiti ve önlenmesi hem hasta güvenliği hem de sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından vazgeçilmez bir unsurdur ve sürekli gelişim ve denetim gerektirir. Tedavi hataları, sağlık hizmetlerinde en kritik ve yaygın görülen hata türlerinden biridir. Bu hata türü, hastanın alınan tedavi planına uygun olmayan uygulamalar, yanlış ilaç kullanımı ya da hatalı prosedürlerin gerçekleştirilmesi gibi durumları içerir (Li vd., 2024; WHO, 2021).

Tedavi hataları, hastanın klinik iyileşme sürecini olumsuz etkilediği kadar, sağlık personelinin sorumlulukları ve hasta güvenliği açısından da ciddi riskler taşır. Bu hataların ortaya çıkma nedenleri arasında yetersiz iletişim, hatalı bilgi aktarımı, yetersiz eğitim, ekipman ve prosedürlerin uygun kullanılmaması ile sistemsel sorunlar bulunur. Ayrıca, zaman baskısı ve yoğun çalışma ortamları da hataların artmasına katkıda bulunabilir. Tedavi hatalarının önlenmesi için sağlık kuruluşlarında standart prosedürlerin oluşturulması, personelin sürekli eğitimi ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi önemlidir. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının klinik karar süreçlerinde, klinik kılavuzlara uygun hareket etmeleri ve hata olasılığını azaltacak kontrollerin uygulanması gerekir. Ayrıca, çok disiplinli iletişim ve ekip çalışmasının teşvik edilmesi, hataların erkenden tespit edilerek düzeltilmesine olanak sağlar (Kohn vd., 2000; Reason, 2000; Institute of Medicine, 2001).

Teknolojik gelişmeler sayesinde, elektronik sağlık kayıtlarının kullanımı, klinik karar destek sistemleri ve otomatik uyarı mekanizmaları, tedavi hatalarının azaltılmasında etkili araçlar olarak öne çıkmaktadır. Bu sistemler, hataları önceden tespit etme ve müdahale etme kapasitesini artırarak, hasta güvenliğini sağlamada kritik rol oynar. Son olarak, sağlık hizmetlerinde raporlama kültürünün geliştirilmesi ve hataların gizlenmeye çalışılmadan açıkça paylaşılması, hataların temel nedenlerinin anlaşılması ve tekrar edilmemesi adına hayati öneme sahiptir. Böylece, tedaviyle ilgili hata oranlarının azaltılmasıyla hem hasta güvenliği artar hem de sağlık sisteminin genel verimliliği yükselir (WHO, 2021; Chassin ve Loeb, 2013).

Sağlık hizmetlerinde hata, planlanan bir eylemin amaçlandığı şekilde tamamlanmaması veya hedefe ulaşmak için yanlış planın seçilmesi biçiminde açıklanabilir. Ancak hata kavramı, ortaya çıkan her olumsuz sonucun sağlık çalışanının kusurundan kaynaklandığı anlamına gelmez. Hastalığın doğal seyri, bilinen komplikasyonlar ve öngörülemez durumlar ile önlenemez süreç hatalarının birbirinden ayrılması gerekir (Kohn vd., 2000; WHO, 2020).

Reason'ın sistem modelinde aktif hatalar, bakımın ön hattında ortaya çıkan görülebilir eylemler; gizli koşullar ise personel planlaması, eğitim, ekipman tasarımı, prosedürler ve yönetim kararları gibi sistemde daha önce oluşmuş zayıflıklardır. Bir istenmeyen olay çoğu zaman bu zayıflıkların belirli bir anda aynı hizaya gelmesiyle meydana gelir. Bu yaklaşım, olay incelemesinde kişiyi bulup cezalandırmanın kök nedenleri ortadan kaldırmadığını göstermektedir (Reason, 2000).

İnsan faktörleri yaklaşımı, sağlık çalışanlarının dikkat, bellek ve karar verme kapasitelerinin sınırsız olmadığını kabul eder. Kesintiler, benzer ilaç ambalajları, yetersiz ekran tasarımı, gürültü, uzun vardiyalar ve aynı anda yürütülen görevler hata olasılığını artırabilir. Güvenli sistem tasarımı; standardizasyon, kontrol listeleri, kritik adımlarda doğrulama ve kolay anlaşılır teknoloji gibi hata önleyici bariyerleri gerektirir.

Hata sonrası yaklaşım çalışanların bildirim davranışını doğrudan etkiler. Olayın nedenleri araştırılmadan suçlayıcı tepki verilmesi, çalışanların ileride benzer olayları gizlemesine yol açabilir. Buna karşılık adil kültür, istem dışı insan hatası ile bilinçli risk alma ve kasıtlı ihlali birbirinden ayırır. Böylece öğrenme ile hesap verebilirlik arasında denge kurulmaya çalışılır (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

3.2.1. İletişim Hataları

Sağlık hizmetlerinde iletişim, hastanın güvenliği ve tedavi sürecinin başarısı açısından kritik bir öneme sahiptir. Sağlık çalışanları arasındaki doğru, açık ve

zamanında gerçekleşen iletişim; tanı koyma, tedavi planlaması, ilaç uygulamaları ve hasta takibi gibi birçok alanda olası hataların önüne geçilmesini sağlar. Ancak, sağlık hizmetleri sunumu sırasında yaşanan iletişim hataları, hasta güvenliğini tehlikeye atabilmekte ve istenmeyen olayların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. İletişim hataları, genellikle hasta ile sağlık çalışanı arasında ya da sağlık çalışanlarının kendi aralarında meydana gelir. Bu hatalar sözlü, yazılı veya elektronik iletişimdeki eksiklik, yanlış anlaşılma, bilgi iletiminde gecikme ya da bilgi kaybı şeklinde ortaya çıkabilir. Örneğin, bir hemşirenin bir doktorun yazdığı reçetede ilacı yanlış yorumlaması, hastaya yanlış dozda ilaç verilmesine neden olabilir (Manser, 2009; Müller vd., 2018).

Aynı şekilde, bir hekimin vardiya değişiminde nöbet devrini düzgün yapmaması, hastanın önemli bir semptomunun atlanmasına yol açabilir (Baker vd., 2006; AHRQ, 2019).

İletişim eksiklikleri çoğunlukla yoğun iş yükü, zaman baskısı, yeterli dinlenme süresinin olmaması, çoklu görevlerin bir arada yürütülmesi gibi sistemsel faktörlerden kaynaklanabilir. Ayrıca ekip içinde hiyerarşik yapı, kişiler arası güvensizlik, karşılıklı saygı eksikliği ve bireysel iletişim becerilerindeki yetersizlikler de iletişim kazalarının yaşanmasına neden olur. İletişim hataları sadece hasta ile doğrudan etkileşimde bulunan sağlık profesyonellerini değil, laboratuvar çalışanları, radyoloji teknisyenleri, hasta kayıt personeli gibi farklı birimlerde görev yapan tüm çalışanları kapsar. Bu nedenle sağlık sisteminde etkili bir iletişim kültürü oluşturulması büyük önem taşır. Etkin bir iletişim kültürü, tüm ekip üyelerinin açık ve dürüst iletişim kurmasını, birbirine geri bildirim verebilmesini, hata yapma korkusu olmadan bilgi paylaşabilmesini ve gerektiğinde destek isteyebilmesini sağlar. Yapılan araştırmalar, iletişim hatalarının ciddi hasta güvenliği sorunlarının başlıca nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (Braithwaite vd., 2017; Müller vd., 2018).

Bu tür hataların önlenmesi için sağlık kurumlarında iletişim eğitimlerine ağırlık verilmesi, standart iletişim protokollerinin oluşturulması (örneğin SBAR - Situation, Background, Assessment, Recommendation gibi) ve elektronik kayıt sistemlerinin etkin kullanımı gereklidir. Sonuç olarak, iletişim hataları sağlık hizmetlerinde istenmeyen olayların oluşumunda önemli bir faktördür ve bu hataların minimize edilmesi, hasta güvenliğini sağlamada temel adımlardan biridir. Sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kurumsal düzeyde etkili iletişimi destekleyen politikaların benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak ve hasta hatalarını azaltacaktır (Manser, 2009; Müller vd., 2018).

Sağlık hizmetlerinde iletişim, farklı meslek grupları ve birimler arasında klinik bilginin doğru, eksiksiz ve zamanında aktarılmasını gerektirir. Devir teslim, konsültasyon, sözlü istem, kritik test sonucu bildirimi ve hasta transferi gibi geçiş noktaları iletişim hatalarına açıktır. Bilginin eksik aktarılması, belirsiz ifadeler, doğrulama yapılmaması veya sorumluluğun net olmaması bakımın gecikmesine ve yanlış uygulamalara yol açabilir (Manser, 2009).

Ekip içi hiyerarşi ve psikolojik güvenlik de iletişim kalitesini etkiler. Çalışanların kıdemli bir meslektaşın kararını sorgulamaktan çekindiği veya kaygısını dile getirdiğinde olumsuz tepki alacağını düşündüğü ortamlarda güvenlik sinyalleri bastırılabilir. Yüksek güvenilirlik için ekip üyelerinin uzmanlık alanlarına göre söz alabilmesi, karşılıklı kontrol yapabilmesi ve gerektiğinde işi durdurabilmesi önemlidir (Baker vd., 2006; Chassin ve Loeb, 2013).

SBAR gibi yapılandırılmış iletişim araçları, özellikle devir teslimlerde gerekli bilgilerin standart sırayla aktarılmasına yardımcı olabilir. Sistematik derleme sonuçları, SBAR uygulamalarının hasta güvenliği açısından umut verici olduğunu; ancak eğitimin, yerel uyarılmanın ve uygulama sürekliliğinin sonuçları etkilediğini göstermektedir (Müller vd., 2018). Araçların kullanımı, yüz yüze iletişimin ve klinik muhakemenin yerine geçmemeli; kritik bilginin ortak anlaşılmasını desteklemelidir.

3.2.2. Bilgi ve Eğitim Eksikliğine Dayalı Hatalar

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgiye dayalı karar verme süreci büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının güncel, doğru ve yeterli bilgiye sahip olmaları, hasta güvenliğini sağlamanın temel taşlarından biridir. Ancak bilgi eksikliği ya da yetersiz eğitim, sağlık çalışanlarının karar verme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde hatalara neden olabilir. Bu tür hatalar, çoğunlukla farkında olunmadan yapılan, önlenemez nitelikte istenmeyen olaylardır ve hem hasta sağlığını riske atar hem de sağlık sistemine olan güveni zedeler. Bilgi eksikliğine dayalı hatalar, hem teorik hem de uygulamalı bilgi eksikliklerinden kaynaklanabilir. Örneğin, bir sağlık çalışanının ilaç etkileşimleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, hastaya reçete edilen ilaçların birlikte kullanımında ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Aynı şekilde, tıbbi cihazların kullanımında yeterince eğitim almamış bir çalışanın cihazı yanlış şekilde kullanması, tanı ya da tedavi sürecinde geri dönülemez sonuçlar doğurabilir (AHRQ, 2019; Baker vd., 2006; WHO, 2021).

Eğitim yetersizliği ise sağlık çalışanlarının meslek içi gelişim olanaklarından yararlanamaması, hizmet içi eğitimlerin eksikliği ya da bu eğitimlerin içerik ve yöntem

açısından etkili olmamasıyla ilgilidir. Sağlık sektörü sürekli gelişen bir alan olduğundan, çalışanların güncel uygulamalara, teknolojilere ve bilimsel gelişmelere erişebilmesi son derece önemlidir. Ancak birçok sağlık kurumunda hizmet içi eğitimlerin düzenli yapılmaması, yapılan eğitimlerin uygulamaya dönük olmaması ya da personelin bu eğitimlere katılımının teşvik edilmemesi, bilgi temelli hataların artmasına yol açmaktadır. Bilgi ve eğitim eksikliğine dayalı hatalar sadece klinik uygulamalarla sınırlı değildir. Aynı zamanda hasta bilgilendirme süreçlerinde, hasta eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde de yetersizliğe neden olabilir. Örneğin, bir hemşirenin hastaya ilaç kullanımı hakkında eksik ya da yanlış bilgi vermesi, hastanın tedaviye uyumunu olumsuz etkileyebilir (Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017).

Bu durum, hem tedavi başarısını düşürmekte hem de yeniden hastaneye başvurma oranlarını artırmaktadır. Bu tür hataların önlenmesi için sağlık kurumlarının çalışanlara yönelik düzenli, güncel ve uygulamalı eğitim programları sunması gerekir. Eğitimlerin sadece bilgi aktarımıyla sınırlı kalmaması, aynı zamanda klinik senaryolarla, vaka analizleriyle, simülasyonlarla desteklenmesi önerilmektedir. Ayrıca çalışanların kendi bilgi düzeylerini değerlendirebilecekleri sistemlerin oluşturulması ve eksik oldukları alanlarda bireysel gelişim planları yapılması da önemlidir. Ayrıca meslek içi rehberlik ve mentor sistemlerinin geliştirilmesi, deneyimli çalışanların yeni başlayanlara bilgi aktarımında bulunması, öğrenmenin sürekliliğini destekler. Kurumların ayrıca yeni teknolojiler ve dijital sistemlerle ilgili oryantasyon süreçlerini sistematik hale getirmesi, bilgi ve beceri eksikliği kaynaklı hataların önüne geçmede etkili olabilir (Hamed ve Konstantinidis, 2022; Alfayez vd., 2026).

Sonuç olarak, bilgi ve eğitim eksikliğine dayalı hatalar, sağlık hizmetlerinin niteliğini doğrudan etkileyen, çoğunlukla sistemsel nedenlerle ortaya çıkan, ancak önlenebilir nitelikte hatalardır. Sağlık çalışanlarının sürekli mesleki gelişimlerinin desteklenmesi, bilgiye erişimlerinin kolaylaştırılması ve kurumsal düzeyde öğrenme kültürünün oluşturulması, bu tür hataların azaltılmasında kilit rol oynamaktadır. Bu bağlamda, bilgi temelli sağlık hizmeti sunumu, hasta güvenliğini güçlendiren ve sağlık sisteminde kaliteyi artıran temel bir unsurdur (AHRQ, 2019; Baker vd., 2006; WHO, 2021).

Sağlık çalışanlarının güncel klinik bilgiye, kurum prosedürlerine ve kullanılan teknolojiye ilişkin yeterlikleri güvenli bakımın temelidir. Yeni başlayan çalışanların oryantasyonunun yetersiz olması, görev tanımlarının belirsizliği, nadir fakat yüksek riskli süreçlerde deneyim eksikliği ve güncellenen prosedürlerin duyurulmaması hata

riskini artırabilir. Eğitim gereksinimi yalnızca bireysel bilgi açığı olarak değil, kurumun yetkinlik yönetimi sorumluluğu olarak değerlendirilmelidir.

Olay raporlama eğitimi; hangi durumların raporlanacağı, ramak kala kavramı, formun nasıl doldurulacağı, gizlilik ilkeleri ve rapor sonrasında izlenecek süreçleri içermelidir. Çalışan raporlamanın amacını ve sonucunu bilmiyorsa sistemi ek bir bürokratik yük olarak görebilir. Eğitimlerin tek seferlik sunumlarla sınırlı kalmaması, vaka örnekleri ve geri bildirimlerle tekrarlanması gerekir (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Simülasyon, ekip eğitimi ve yapılandırılmış vaka incelemeleri; klinik bilgi ile iletişim ve karar verme becerilerinin birlikte geliştirilmesine olanak sağlar. Eğitim sonrasında yalnızca katılım sayısının değil, uygulamadaki davranış değişikliğinin ve güvenlik göstergelerinin izlenmesi önemlidir. Kurumsal eğitim programları olay bildirimlerinden elde edilen tekrar eden risklere göre güncellendiğinde, raporlama ile öğrenme arasındaki bağ güçlenir (Baker vd., 2006; Weaver vd., 2013).

3.3. Olay Raporlama Sistemleri ve Modelleri

Olay raporlama modelleri, sağlık hizmetlerinde yaşanan olayların sistematik olarak değerlendirilmesi ve yönetilmesi amacıyla kullanılan farklı yaklaşımları içermektedir. Bu modeller, olayların kaydedilmesi, analizi ve raporlanması süreçlerinde temel ilkeleri belirler ve kurumların olaylara karşı tutumlarını şekillendirir. Klasik modeller, genellikle geleneksel yaklaşımları benimseyerek olayların sınıflandırılması ve raporlanmasında katı kurallara dayanır. Bu sistemlerde genellikle merkezîyetçi yapı ve standart raporlama formları kullanılır. Ayrıca, bu modellerde olaylara ilişkin verilerin analizi ve geriye dönük değerlendirmeler belirli prosedürler çerçevesinde gerçekleştirilir. Modern modeller ise teknolojik gelişmelerden yararlanarak daha esnek ve dinamik bir yapıya sahiptir. Bu sistemlerde kullanıcı dostu arayüzler, gerçek zamanlı veri entegrasyonu ve yapay zeka destekli analiz araçları bulunmaktadır. Ayrıca, mobil uygulamalar ve bulut tabanlı platformlar aracılığıyla olayların anında raporlanması ve paylaşımı kolaylaşmaktadır (WHO, 2020; Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016).

Modern modellerde, olayların ötesinde kök neden analizi ve önleyici tedbirler geliştirilmesine odaklanılır. Bu yaklaşımlar, sadece olayların kaydını tutmakla kalmaz, aynı zamanda sistemi sürekli olarak geliştirmeyi amaçlar. Sonuç olarak, klasik ve modern modeller arasındaki farklar, kullanılan teknolojiler, süreçlerin esnekliği ve analiz imkanları açısından belirginleşir. Sağlık hizmetlerinde olay raporlama modellerinin seçimi, kurumların ihtiyaçları, kaynakları ve hedefleri doğrultusunda

belirlenir ve etkin bir olay yönetimi için uygun modelin uygulanması büyük önem taşır. Klasik modeller, sağlık hizmetlerinde olay raporlama sistemlerinin temelini oluşturan ilk yaklaşımlardır ve tarihsel süreçte yaygın olarak kullanılmıştır. Bu modeller genellikle belirli düzen ve yapıya sahiptir; olayların raporlanması sırasında standart formların ve prosedürlerin benimsenmesini öne çıkar (AHRQ, 2019; Chassin ve Loeb, 2013).

Raporlama işlemi genellikle el ile veya kağıt tabanlı formlar aracılığıyla gerçekleştirilir, bu da zaman zaman veri giriş hatalarına ve erişim güçlüklerine neden olabilir. Klasik modellerde olayların sınıflandırılması ve kaydı, standart ve katı kategoriler üzerinden yapılır; bu sayede belirli analiz ve raporlamalar daha kolay sağlanabilir. Ayrıca, bu modellerde raporlama süreçleri genellikle merkezi bir otorite veya kuruma bağlıdır; bu merkezler, gelen bilgileri toplar, düzenler ve analiz eder. Bu yaklaşımlar, başlangıçta maliyet açısından düşük ve uygulanabilirliği yüksek olup, entegrasyon ve gelişim altyapısı sınırlı kalabilmektedir. Günümüzde teknolojik ilerlemelerle birlikte klasik modeller, modern yaklaşımlara evrilmekte, dijitalleşme ve otomasyon imkanlarıyla zenginleştirilerek daha etkin hale getirilmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Bununla birlikte, klasik modellerin temel avantajları, anlaşılabilirlikleri ve uygulamalarının basitliği ile öne çıkmaktadır; ancak veri bütünlüğü, hız ve kapsam açısından yeni modellerin imkanlarıyla karşılaştırıldığında sınırlı kalabilmektedir. Modern olay raporlama modelleri, sağlık hizmetlerinde olayların kaydı, takibi ve analizinde teknolojik gelişmelerin kullanılmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu modeller, geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak, dijital platformlar ve otomasyon sistemleri ile entegre edilerek veri işleme süreçlerini hızlandırmakta ve daha güvenilir hale getirmektedir. Günümüz teknolojileri, hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında gerçek zamanlı veri toplama ve analiz imkânı sunarak olayların hızlıca tespit edilmesine ve uygun müdahalelerin zamanında yapılmasına imkan sağlamaktadır. Bu modellerde, yapay zeka ve makine öğrenimi teknikleri büyük rol oynar; sistemler, büyük veri setlerinden hataları ve riskleri otomatik tanıyabilir ve sınıflandırabilir (WHO, 2020; Stavropoulou vd., 2015; Macrae, 2016).

Ayrıca, bulut tabanlı çözümler sayesinde verilere her yerden erişim sağlanmakta, veri güvenliği ve gizlilik standartlarına uygun hareket edilmektedir. Mobil uygulamalar ise, saha çalışanlarının hızlı ve etkin veri girişine olanak tanımakta, olayların anlık kaydedilmesine ve ilgili kişilerle paylaşımına imkân tanımaktadır. Modern modeller, genellikle çok paydaşlı yapılar içerir ve farklı sistemlerle entegrasyon yeteneğine

sahiptir. Bu sayede, hasta kayıtları, laboratuvar sistemleri ve idari verilerle bütünleşerek bütünsel bir olay yönetimi sağlanır. Ayrıca, bu modellerde kullanıcı dostu arayüzler ve otomatik raporlama özellikleri bulunur; böylece kullanıcıların eğitim ihtiyacı azalır ve kullanım kolaylığı artırılır. Sonuç olarak, modern olay raporlama modelleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliği artırırken, zaman ve maliyet tasarrufu sağlayan ileri teknolojik çözümleriyle ön plana çıkarlar (AHRQ, 2019; Chassin ve Loeb, 2013).

Bu yaklaşımlar, sağlık sektöründe veri tabanlı karar alma süreçlerini güçlendirmek ve olayların etkin yönetimini mümkün kılmak adına kritik bir rol oynar (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Olay raporlama sistemi; olayın tanımlanması, bildirimin alınması, sınıflandırılması, önceliklendirilmesi, analiz edilmesi, iyileştirme eyleminin oluşturulması ve öğrenmenin paylaşılması aşamalarından oluşur. Etkili bir sistem yalnızca elektronik formdan ibaret değildir; yönetişim, insan kaynağı, analiz yetkinliği ve geri bildirim mekanizması gerektirir. Raporların güvenlik değerini belirleyen temel unsur, verinin eyleme dönüştürülmesidir (WHO, 2020).

Raporlama sistemleri kurum içi, bölgesel veya ulusal düzeyde yapılandırılabilir. Kurum içi sistemler ayrıntılı yerel analiz ve hızlı müdahale avantajı sağlarken, ulusal sistemler farklı kuruluşlardan gelen olayları birleştirerek nadir risk örüntülerini görünür kılabilir. Bu düzeylerin birbiriyle uyumlu sınıflandırmalar kullanması ve öğrenme çıktılarının kurumlara geri iletilmesi önemlidir.

Elektronik sistemler erişimi kolaylaştırabilir, zorunlu alanlar ve açılır sınıflandırmalarla veri bütünlüğünü artırabilir. Bununla birlikte uzun formlar, karmaşık menüler, sistem kesintileri ve kullanıcıya uygun olmayan arayüzler raporlamayı azaltabilir. Kullanılabilirlik değerlendirmesi, raporlama süresi, mobil erişim, kayıt sırasında gizlilik ve kullanıcıların serbest metinle bağlam aktarabilmesi gibi özellikleri içermelidir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Fekadu vd., 2025).

Raporların analizinde olayın ciddiyeti ve tekrar olasılığına göre önceliklendirme yapılmalıdır. Her olay için kapsamlı kök neden analizi mümkün veya gerekli olmayabilir; ancak yüksek riskli olaylar ile tekrar eden örüntüler derinlemesine incelenmelidir. Analiz ekipleri klinik, yönetim, kalite ve insan faktörleri bakış açılarını bir araya getirmeli; geliştirilen eylemlerin uygulanma durumu ve etkisi izlenmelidir (Macrae, 2016; WHO, 2020).

3.3.1. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS), sağlık hizmetleri alanında hasta güvenliği ve sağlık kalitesini artırmak amacıyla geliştirilmiş, entegre ve bütünlüklü bir veri yönetim platformudur. GRS, sağlık kuruluşlarından, sağlık profesyonellerinden ve ilgili diğer paydaşlardan toplanan bilgileri merkezi bir sistemde toplayarak, analiz ve raporlama süreçlerini kolaylaştırır. Bu sistem sayesinde olası güvenlik riskleri, hatalar ve olaylar detaylı bir şekilde kaydedilir, izlenir ve gerekli önlemler alınır. Ayrıca, sistemde tanımlanan güvenlik kriterleri ve standartlar doğrultusunda sürekli izleme ve değerlendirme yapılması sağlanır. Veri güvenliği ve gizliliği ilkeleri gözetilerek tasarlanan GRS, bilgi paylaşımını kolaylaştırmak ve karar alma süreçlerini hızlandırmak amacıyla kullanıcıların erişimine açıktır. Kurumsal bazda uygulanan bu sistem, hasta güvenliğini artırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için vazgeçilmez bir araç haline gelir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; t.y.).

Sistem, aynı zamanda ulusal ve uluslararası standartlara uygun olarak geliştirilmiş olup, sağlık alanındaki yenilikçi teknolojilerle entegre çalışabilme yeteneğine sahiptir. GRS, düzenli olarak güncellenerek ve yenilenerek, gelişen sağlık teknolojilerine uyum sağlar ve kalıcı çözümler sunar. Böylece, sağlık sektöründeki güvenlik sorunlarının tespiti ve giderilmesine aktif katkı sağlayarak, hasta odaklı ve daha güvenli sağlık ortamlarının oluşmasına öncülük eder. Sistem, hem veri toplama süreçlerinde şeffaflık sağlar hem de elde edilen verilerin analizi sayesinde politika geliştirilmesine temel hazırlar. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin sürekli geliştirilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması amaçlanır. Sonuç olarak, GRS, sağlık alanında güvenlik odaklı kararlar alınmasına ve risklerin minimize edilmesine katkı sağlayan kritik bir altyapıdır (Çakmak vd., 2018; WHO, 2020).

Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi'nin (GRS) temel amaçlarından biri, sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan olayların ve olası risklerin etkili bir şekilde tespit edilmesi ve raporlanmasını sağlamaktır. Bu sistem, sağlık kuruluşları ve profesyoneller tarafından yapılan bildirimler sayesinde, hataların, uygunsuzlukların veya beklenmedik durumların kapsamlı bir veri tabanında toplanmasını temin eder. Böylece, olası tehditler ve güvenlik açıkları belirlenerek, önleyici ve düzeltici tedbirlerin alınmasına imkan tanır. Ayrıca, sistemin amaçlarından biri, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğini artırmak amacıyla olası riskleri daha hızla tespit edip, müdahale süreçlerini kolaylaştırmaktır. Güvenlik raporlarının sistematik bir biçimde toplanması, paydaşlar arasında iletişimi güçlendirir, bilgi akışını hızlandırır ve karar alma süreçlerini destekler. GRS, aynı zamanda, yasal ve düzenleyici gerekliliklerin

yerine getirilmesine yardımcı olurken, sağlık sekt6r6nde kalite standartlarının y6kseltilmesine de hizmet eder (Kaya vd., 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Sistem, verilerin analizi ve raporlanması yoluyla, sağlık g6venliği alanında s6rekli iyileştirmeyi teşvik eder ve b6ylece 6zellikle hasta g6venliği ile ilgili sorunların 6n6ne ge6ilmesine katkı sağlar. Buna ek olarak, sistemin temel ama6larından biri, sağlık kurumlarının performansını ve g6venlik uygulamalarını g6zetim altında tutmak ve zayıf noktaları ortaya 6ıkararak, s6rd6r6lebilir gelişim planlarının hazırlanmasına zemin hazırlamaktır. Kısacası, GRS'nin ama6ları, sağlık sekt6r6nde g6venlik k6lt6r6n6 g66lendirmek, şeffaflığı artırmak ve kaliteyi s6rekli geliştirmektir. Bu ama6lar doğrultusunda kurulan sistem, sağlık alanında g6venlik y6netiminin temel taşıdır ve aktarılan verilerin doğru analiz edilerek etkili 66z6mler 6retilmesine olanak sağlar. Sağlık Bakanlığı G6venlik Raporlama Sistemi (GRS), farklı uygulama alanlarıyla sağlık hizmetlerinin g6venliği ve kalitesini artırmaya y6nelik kapsamlı bir ara6tır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; t.y.).

Birincil olarak, hastaneler ve sağlık kuruluşları, GRS'yi enfeksiyon kontrol6, ila6 g6venliği ve tıbbi cihazların izlenmesi gibi bir6ok alanda kullanmaktadır. Bu uygulamalar kapsamında, sistem aracılığıyla elde edilen veriler, enfeksiyon salgınlarının tespiti ve 6nlenmesi amacıyla analiz edilir, b6ylece hızlı m6dahale ve 6nleyici tedbirler alınabilir. Ayrıca, tıbbi hataların ve malzeme hatalarının raporlanması ve takibiyle hasta g6venliği sağlanmakta, sistem bu konuda 6nemli bir veri kaynağıdır (6akmak vd., 2018; WHO, 2020).

GRS, hastane ve kliniklerde kalite y6netim sistemlerinin geliştirilmesine de katkı sağlar. Bu bağlamda, y6netim birimleri, sistem 6zerinden topladıkları verileri değerlendirerek s6re6leri iyileştirir ve mevzuata uyumu denetler. Araştırmacılar ise, GRS verilerini kullanarak sağlık hizmetlerinin etkinliği ve maliyet etkinliği hakkında 6alışmalar yapar. Ayrıca, sağlık sekt6r6nde 6alışan diğer paydaşlar ve resmi kurumlar, sistem sayesinde raporlama ve izleme s6re6lerini kolaylaştırır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerle uyumlu kullanılan GRS, farklı seviyelerdeki kullanıcıların ihtiya6larına g6re uyarlanmış versiyonlar i6erir. Bu sayede, hem saha 6alışanları hem de 6st y6netim, karar alma s6re6lerinde g6ncel ve doğru bilgilere erişim sağlar. Uygulama alanlarının genişliği, sistemin b6t6nsel sağlık hizmetleri y6netiminde merkezi bir rol oynamasına imkan tanır ve b6ylece g6venlik ve kaliteye olan katkısı s6rekli artar (Kaya vd., 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.).

GRS'nin temel bileşenleri, g6venilir, etkin ve s6rd6r6lebilir bir g6venlik raporlama sistemi oluşturmak amacıyla birbirini tamamlayan 66 ana unsurdan

oluşmaktadır. Bu bileşenler, veri toplama, veri analizi ve raporlama aşamalarını kapsayacak şekilde tasarlanmış olup, sistemin bütünlüğünü ve işlevselliğini sağlayarak sağlık hizmetlerinin güvenliğine katkıda bulunur. Veri toplama aşaması, farklı kaynaklardan gelen bilgilerin düzgün ve doğru bir biçimde kaydedilmesini sağlar. Bu aşamada, hastane bilgi sistemleri, klinik raporlar ve kişilerden doğrudan alınan geri bildirimler kullanılarak geniş çaplı ve detaylı bir veri hacmi oluşturulur. Veri toplama süreçlerinin etkinliği, hatasız ve zamanında bilgi akışının sağlanmasıyla doğrudan ilişkilidir. Veri analizi ise, toplanan verilerin anlamlı hale getirilmesini ve süreçlerin iyileştirilmesine yönelik içgörülerin çıkarılmasını amaçlar. Analiz aşamasında gelişmiş istatistiksel yöntemler ve yapay zeka tabanlı çözümler kullanılır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; t.y.).

Bu sayede, olası riskler, hatalar veya potansiyel sorunlar erken tespit edilir ve önleyici tedbirler alınabilir. Raporlama ise, elde edilen analiz sonuçlarının ilgili kurum ve paydaşlara anlaşılır ve erişilebilir biçimde sunulmasını sağlar. Bu aşama, grafikler, tablolar ve özet raporlar aracılığıyla yönetime ve sağlık profesyonellerine karar alma süreçlerinde destek olur. Ayrıca, raporlar yasal mevzuatlara uygun şekilde hazırlanır ve gizlilik esaslarına uyum gözetilir. Bu bileşenlerin etkin entegrasyonu, güvenlik raporlarının doğruluğunu artırırken, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini yükselten önemli bir unsur olarak öne çıkar. Sistemli ve doğru yapılandırılmış GRS bileşenleri sayesinde, sağlık alanında risklerin yönetimi sağlanırken, hasta güvenliği ve sistemlerin sürekliliği için temel altyapı oluşturulur (Çakmak vd., 2018; WHO, 2020).

Güvenlik Raporlama Sistemi, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan olayların bildirilmesi ve bu olaylardan ulusal düzeyde öğrenme sağlanması amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan bir platformdur. Sistem, hasta ve çalışan güvenliğini etkileyen olaylara ilişkin bildirimlerin standart bir yapı içinde toplanmasını ve analiz edilmesini hedeflemektedir. Sağlıkta Kalite Standartları da kurumların güvenlik olaylarını bildirme, değerlendirme ve iyileştirme süreçlerini yönetmesini beklemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; t.y.).

GRS verilerinin değeri, olay sayılarının karşılaştırılmasından çok tekrar eden risk alanlarının ve süreç zayıflıklarının belirlenmesinde ortaya çıkar. Türkiye’de GRS üzerinden yapılan değerlendirmeler, ilaç, cerrahi ve laboratuvar süreçleri gibi alanlarda olay örüntülerinin analiz edilebildiğini göstermektedir (Çakmak vd., 2018). Bununla birlikte gönüllü bildirimin doğası gereği verilerin gerçek olay sıklığını tam olarak yansıtmadığı ve bildirim kültüründeki farklılıklardan etkilendiği dikkate alınmalıdır.

Ulusal sistemin kurumsal öğrenmeye katkısı için çalışanların GRS'nin amacı ve kullanım biçimi konusunda bilgilendirilmesi, yerel bildirim sistemleriyle iş akışının netleştirilmesi ve ulusal analizlerden üretilen güvenlik önerilerinin kurumlara geri ulaştırılması gerekir. Bildirim yapan kişinin korunacağına ilişkin güven, sade kullanıcı deneyimi ve olay sonrasında görünür iyileştirme, sistemin sürdürülebilir kullanımı açısından temel koşullardır (WHO, 2020; Kaya vd., 2023).

3.3.2. İlaç Advers Reaksiyonları İçin Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) Rapor Formu

Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM), ilaç kullanımı sırasında ortaya çıkan advers reaksiyonların izlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla Türkiye'de faaliyet gösteren merkezi bir yapıdır. TÜFAM'ın temel amacı, ilaçların güvenli kullanımını sağlamak ve olası riskleri tespit ederek ilgili sağlık otoritelerine bilgi sunmaktır. Bu kapsamda, ilaç ilişkili advers reaksiyonlar hakkında toplanan verilerin analizi, ülke düzeyinde güvenlik profilinin belirlenmesine katkı sağlar. Merkezin kuruluşu, Türkiye'de farmakovijilans sisteminin organizasyonel ve yasal altyapısının geliştirilmesine paralel olarak gerçekleşmiş olup, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer almaktadır. TÜFAM'ın görevleri arasında, sağlık profesyonellerinden ve hastalardan gelen raporların toplanması, kayıt altına alınması, analiz edilmesi ve raporlaması yer alır. Aynı zamanda, sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler düzenleyerek farkındalığın artırılmasına katkıda bulunur. Raporlama sistemi, özellikle ilaçlara bağlı advers reaksiyonların zamanında tespit edilmesi ve önlenmesine imkan sağlar (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.).

Bu süreçte, rapor formu kullanımı önemli bir yer tutar. TÜFAM rapor formu, verilerin kaliteli ve tutarlı şekilde toplanmasını hedefler ve içeriğinde hastanın ve olayın temel bilgileri, ilaç detayları ve reaksiyonun gözlemlenme süreci gibi alanlar bulunur. Raporların doğru doldurulması, verilerin güvenilirliği açısından kritiktir. Merkezin topladığı bu veriler hem ulusal hem de uluslararası farmakovijilans çalışmalarında temel teşkil eder. Elde edilen bilgiler, ilaçların güvenlik profiline ilişkin kararların alınmasına olanak sağlar ve sağlık politikalarının şekillenmesine katkıda bulunur. Ayrıca, TÜFAM'ın çalışmaları sonucunda ortaya çıkan veriler, uluslararası arenada diğer ülkelerle karşılaştırılırken de kullanılmakta olup, başarılar ve karşılaşılan zorluklar hakkında farkındalık yaratır. Bu sayede, ilaç güvenliği alanında sürdürülebilir gelişmeler sağlanmakta ve araştırma alanları genişlemektedir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.; WHO, 2020).

Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM), ilaç güvenliği ve hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla 2005 yılında kurulmuştur. Merkezi amaçları arasında, piyasada bulunan tüm ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek advers reaksiyonları sistematik şekilde izlemek, değerlendirmek ve raporlamaktır. Bu sayede, ilaçlar ile ilişkili yeni güvenlik riskleri erken dönemde tespit edilerek, sağlık otoritelerine ve paydaşlara zamanında bilgi aktarılır. Ayrıca, ilaçların güvenlik profiline ilişkin verilerin toplanması ve analiz edilmesiyle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve halkın bilinçlendirilmesi hedeflenmektedir. TÜFAM, uluslararası standartlara uygun metodolojiler kullanarak, farmakovijilans faaliyetlerini yürütmekte, sağlık profesyonelleri ve halk arasında bilinç oluşturma çalışmalarını desteklemektedir. Kuruluşun temel amacı, ilaçların güvenli kullanımını sağlamak ve olası riskleri en aza indirmektir. Bunu gerçekleştirmek için, farklı veri kaynaklarından gelen bilgileri sistematik bir şekilde toplayıp analiz eder; yeni güvenlik sorunlarını tespit eder ve raporlar hazırlar (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.).

Aynı zamanda, sağlık otoriteleri ve ilaç endüstrisiyle iş birliği yaparak, risk yönetim stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunur. TÜFAM, bu faaliyetleriyle ilaçlar ve hasta sağlığı arasındaki dengeyi korumayı ve toplum sağlığını ön planda tutmayı amaçlamaktadır. Kuruluşun faaliyetleri, ulusal ve uluslararası farmakovijilans standartlarına uygun olup, sürekli gelişimi ve iyileştirilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir. İlaç advers reaksiyonları, ilaçların kullanımı sırasında beklenmedik ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkması durumudur. Bu reaksiyonlar, hafif rahatsızlıklardan yaşamı tehdit edici durumlara kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Advers reaksiyonlar, hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkileyerek sağlık sonuçlarını zorlaştırabilir ve toplum sağlığını ciddi şekilde tehdit edebilir. Bu nedenle, ilaçların güvenli kullanımı ve advers reaksiyonların erkenden tespiti büyük önem taşımaktadır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.; WHO, 2020).

Sınıflandırma açısından, ilaç advers reaksiyonları genellikle hafif, orta ve ağır şeklinde kategorize edilir ve klinik bulgular ile ilişkili olarak farklı tanımlar konulur. Örneğin, cilt döküntüleri hafif reaksiyonlar arasında yer alırken, anafilaksi gibi hayati tehlike arz eden durumlar ağır sınıfa girer. Ayrıca, bu reaksiyonlar, immunolojik ve non-immunolojik mekanizmalarla ortaya çıkabilir. Klinik örnekler arasında ilaç döküntüleri, gastrointestinal semptomlar, karaciğer ve böbrek fonksiyon bozuklukları, hematolojik bozukluklar ve nörolojik etkiler bulunmaktadır. Bu durumların saptanması ve raporlanması, farmakovijilans faaliyetlerinin temelini oluşturur. Dolayısıyla, etkili izleme ve raporlama sistemleri kurmak, ilaçların güvenli kullanımını sağlamak ve yeni

risk faktörlerini tespit etmek açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) tarafından çeşitli rapor formları ve veri toplama yöntemleri geliştirilerek, advers reaksiyonların düzgün bir şekilde kayda alınması ve analiz edilmesi amaçlanır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.).

Bu süreç hem hastaların hem de sağlık profesyonellerinin aktif katılımını gerektirir ve etkin bir iletişim ağıyla desteklenir. Sonuç olarak, ilaç advers reaksiyonlarının doğru tanımlanması, sınıflandırılması ve raporlanması, ilaç güvenliğinin artırılmasında temel taşlardan biridir ve tüm sağlık sistemi açısından stratejik bir önem taşımaktadır (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.; WHO, 2020).

Farmakovijilans, ilaçlara bağlı istenmeyen etkilerin ve diğer ilaç güvenliği sorunlarının saptanması, değerlendirilmesi, anlaşılması ve önlenmesine yönelik faaliyetlerin bütünüdür. Türkiye’de şüpheli advers reaksiyon bildirimleri Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesindeki Türkiye Farmakovijilans Merkezi tarafından izlenmektedir. Sağlık mesleği mensupları ve hastalar, ilaç kullanımıyla ilişkili olduğundan şüphelenilen reaksiyonları ilgili kanallar üzerinden bildirebilmektedir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, t.y.).

Advers reaksiyon bildirimi ile tıbbi hata bildirimi birbiriyle ilişkili olsa da aynı kavram değildir. Bir ilaç doğru endikasyon ve dozda kullanıldığı hâlde beklenmeyen reaksiyon oluşturabilir; buna karşılık yanlış doz veya yanlış hastaya uygulama bir ilaç hatasıdır. Bazı olaylarda iki durum birlikte bulunabilir. Bu ayrım, bildirimin doğru sisteme yönlendirilmesi ve riskin uygun yöntemle değerlendirilmesi için önemlidir.

TÜFAM bildirimlerinde ilacın adı, doz ve kullanım süresi, reaksiyonun özellikleri, zaman ilişkisi, eş zamanlı kullanılan ilaçlar ve klinik sonuç gibi bilgiler değerlendirme açısından önem taşır. Bildirimin yapılabilmesi için ilacın reaksiyona kesin olarak neden olduğunun kanıtlanması gerekmez; şüphe bulunması bildirim için yeterlidir. Kurumların farmakovijilans sorumluları aracılığıyla çalışanlara düzenli eğitim ve geri bildirim sağlaması, ilaç güvenliği sinyallerinin erken fark edilmesine katkıda bulunur.

3.3.3. Bazı Özel Kurumların Dâhili Elektronik Hata İzleme Modülleri

Dâhili Elektronik Hata İzleme Modülleri, sağlık hizmetlerinde hata tespiti ve yönetimi amacıyla kullanılan entegre sistemlerdir. Bu modüller, sağlık kurumlarının bilgi teknolojileri altyapısında kritik bir rol oynar ve hata kaynaklarını hızlıca tanımlayarak önleyici tedbirlerin alınmasını sağlar. Sistem, veri giriş, hata bildirme ve analiz süreçlerini otomatikleştirerek güvenilir ve etkin bir hata yönetim mekanizması

sunar. Buna göre, veri giriş modülleri hata ve sorunların ilk aşamada kaydedilmesini ve izlenmesini sağlar. Hata bildirim modülleri ise, çalışanların ve sistemlerin hata durumlarını anlık olarak raporlamasına imkan tanır. Analiz ve raporlama modülleri ise, toplanan verilerin detaylı analizini yaparak olası nedenleri belirler ve çözüm yolları önerir. Bu yapı sayesinde, hata seviyeleri ve yaygınlıkları belirlenerek, kalite iyileştirmeleri gerçekleştirilebilir (WHO, 2020; Macrae, 2016).

Dâhili elektronik hata izleme modülleri, özellikle hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla kullanılırken, aynı zamanda hata oranlarının azaltılmasına katkı sağlar. Ayrıca, bu modüller sayesinde hataların izlenmesi ve raporlanması süreci standart hale getirilerek, süreçler arasındaki koordinasyon güçlendirilir. Sağlık kuruluşlarının hatalara karşı proaktif önlemler alması, veri odaklı kararlar vermesi ve sürekli gelişim hedeflemesi için temel araçlar arasında yer alır. Bu sistemler, hem iç denetim ve kalite kontrol süreçlerine destek olur, hem de, olası yasal ve regülasyonlara uyumu kolaylaştırır. Dolayısıyla, iç hata izleme modülleri, sağlık hizmetlerinde uzun vadeli kalite ve güvenilirliği artıran, entegre ve gelişmiş çözümler olarak ortaya çıkmaktadır. Özel kurumlar, sağlık hizmetleri alanında dâhili elektronik hata izleme modüllerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında kritik bir rol üstlenmektedir (AHRQ, 2019; Stavropoulou vd., 2015).

Bu kurumlar, teknolojik altyapılarını güçlendirmek, ergenlik ve zamanlama açısından avantaj sağlamak ve süreçlerin etkin yönetimini sağlamak adına önemli yatırımlar yapmaktadırlar. Ayrıca, hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik stratejiler geliştirilirken, özel sektör kuruluşları genellikle inovasyon ve esneklik imkânlarıyla öne çıkar (Aljabari ve Kadhim, 2021; Fekadu vd., 2025).

Bu kurumların katkıları, hata tespiti ve analizi süreçlerinin hızlanması ile bütünsel kalite iyileştirme çalışmalarını desteklemektedir. Ayrıca, kuruluşlar arası entegrasyon ve veri paylaşımı konusunda sağlanan işbirliği, hata izleme mekanizmalarının etkinliğini artırmaktadır. Özellikle, özel hastaneler ve klinikler, gelişmiş modüller sayesinde hata bildirim süreçlerini otomatikleştirerek insani hata risklerini minimize etmektedirler. Bu, hastanın yaşam kalitesini yükseltirken, tıbbi hata kaynaklarının detaylı analiz edilmesine imkân tanır. Ayrıca, maliyet etkinliği sağlayan bu sistemler sayesinde, kurumlar kaynaklarını daha etkin kullanabilmekte ve zaman kazanabilmektedirler. Kurumların yatırımlarını yönlendirdiği teknolojik geliştirmeler, klinik ortamda hataların erken tespiti ve önlenmesine olanak tanımakta, böylelikle hizmet sürekliliği ve güvenilirliği sağlanmaktadır. Ayrıca, özel sektörün inovasyon odaklı yaklaşımı, hata

yönetimi alanında yeni çözümler geliştirilmesini teşvik ederek, sektörde sürdürülebilir gelişmeyi desteklemektedir (WHO, 2020; Macrae, 2016).

Bu bağlamda, özel kurumların aktif katılımı, sağlık hizmetleri kalitesini yukarı taşıyan entegre ve güvenli elektronik hata izleme sistemlerinin yaygınlaşmasında temel bir unsur teşkil etmektedir. Analiz ve Raporlama Modülleri, dâhili elektronik hata izleme sistemlerinin etkinliği ve güvenilirliği açısından kritik bir rol üstlenir. Bu modüller, sistemde kaydedilen hataların detaylı analizini sağlayarak, hata türleri, oluşum nedenleri ve zamanlamaları hakkında kapsamlı bilgiler sunar. Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi süreçlerinde, otomatik algoritmalar ve yapay zekâ destekli analiz araçları kullanılır, böylece hataların oluşma paterleri ve tekrar etme olasılıkları belirlenir. Bu analizler ışığında hazırlanan raporlar, yöneticiler ve teknik ekipler için karar verme sürecini hızlandırır ve iyileştirici önlemler alınmasını sağlar. Raporlar, genellikle grafikler, tablolar ve özet açıklamalar içererek karmaşık veriyi anlaşılır hale getirir (AHRQ, 2019; Stavropoulou vd., 2015).

Ayrıca, düzenli raporlama ve analizler, kalite iyileştirme çalışmalarına doğrudan katkı sağlar, hata oranlarını azaltmayı ve süreçleri optimize etmeyi amaçlar. Sistem, aynı zamanda, hata eğilimlerinin önceden tahmin edilmesine imkan tanıyarak, proaktif bakım ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine de olanak sağlar. Sonuç olarak, Analiz ve Raporlama Modülleri, hata kayıtlarının etkin yönetimini ve süreç iyileştirmelerini destekleyerek, sağlık hizmetlerinin güvenilirliğini ve hasta memnuniyetini artırmada temel unsurlardan biri haline gelir. Bu sayede, hataların erken tespiti ve neden çözümleri konusunda hızlı hareket edilerek, maliyetlerin düşürülmesine ve hizmet kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlanır. Hata Raporlama aşaması, sağlık hizmetlerindeki iç elektronik hata izleme modüllerinin etkinliğini sağlayan kritik bir süreçtir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Fekadu vd., 2025).

Bu aşamada, tespit edilen hatalar sistematik bir biçimde kaydedilir ve belgelenir. Raporlama işlemleri, olası hataların detaylı açıklamaları, gerçekleştiği zaman dilimi, etkilenen süreçler ve sorumlular hakkında kapsamlı bilgiler içermelidir. Böylece, hatanın niteliği ve yaygınlığı net bir şekilde ortaya konabilir. Hata raporu hazırlanırken, güvenlik ve gizlilik ilkelerine uygun hareket edilmesi önemlidir; kişisel verilerin ve hasta bilgilerinin korunması sağlanır. Ayrıca, raporların düzenli ve erişilebilir olması, gerekli analizlerin hızlı ve doğru biçimde yapılmasını kolaylaştırır. Raporlama sürecinde, kullanıcıların veya sağlık çalışanlarının ulaşabileceği kullanıcı dostu arayüzler tercih edilmelidir. Bu sayede hataların tespiti ve bildirimi daha etkin hale gelir. Ayrıca, otomatik uyarı ve bildirim sistemleri entegre edilerek, ilgili personelin

zamanında bilgilendirilmesi sağlanabilir. Bu aşamada toplanan veriler, hata analiz ve sonraki iyileştirme çalışmalarında temel teşkil eder (WHO, 2020; Macrae, 2016).

Ayrıca, raporların düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi, hata tekrarlarının önüne geçmek ve süreçleri optimize etmek açısından önemlidir. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğini artırmak, hata oranlarını azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak adına temel bir unsurdur. Dolayısıyla, etkin hata raporlama mekanizmalarının kurulması ve sürdürülmesi, elektronik hata izleme modüllerinin operasyonel başarısı açısından vazgeçilmezdir (AHRQ, 2019; Stavropoulou vd., 2015).

Sağlık kuruluşları ulusal bildirim mekanizmalarına ek olarak kendi hastane bilgi yönetim sistemleri içinde olay bildirim modülleri kullanabilmektedir. Dâhili modüller, olayın ilgili birime hızla yönlendirilmesi, düzeltici-önleyici faaliyetlerin atanması, son tarihlerin izlenmesi ve yerel gösterge panolarının oluşturulması açısından avantaj sağlayabilir. Sistem kurumun günlük iş akışıyla bütünleştğinde raporlama için gereken ek işlem sayısı azalabilir.

Elektronik modül tasarımında gizlilik ve rol temelli erişim kritik önemdedir. Olayın doğrudan ilgisi olmayan kişilerce görülmesi, raporlayanın kimliğinin korunmaması veya verilerin performans cezalandırması amacıyla kullanılacağı algısı güveni zedeler. Buna karşılık tamamen anonim sistemlerde olayın ayrıntılarını doğrulamak ve raporlayana geri dönüş yapmak güçleşebilir. Kurumlar, gizlilik ile inceleme gereksinimi arasında açık ve çalışanlara anlatılmış bir denge kurmalıdır (WHO, 2020).

Dâhili sistemler kullanıcı deneyimi açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir. Formun doldurulma süresi, zorunlu alanların gerekliliği, klinik terminolojinin anlaşılabilirliği, mobil cihazlardan erişim ve kayıt sonrasında durum takibi gibi özellikler raporlama davranışını etkiler. Çalışanların sistem geliştirme sürecine katılması ve kullanım verilerinin izlenmesi, teknik engellerin erken belirlenmesine yardımcı olur (Aljabari ve Kadhim, 2021; Fekadu vd., 2025).

Kurum içi modüllerden elde edilen veriler ulusal sistemlere aktarılırken sınıflandırma uyumu ve veri güvenliği sağlanmalıdır. Aynı olayın farklı sistemlerde tekrar kaydedilmesi çalışan yükünü artırabilir; otomatik entegrasyon ise yanlış veya eksik eşleştirme riski taşıyabilir. Bu nedenle entegrasyon süreçleri klinik doğrulama, denetim izi ve veri kalitesi kontrolleriyle desteklenmelidir.

3.4. Raporlama Engelleri: Bireysel, Kurumsal ve Sistemsel Etkenler

Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği olaylarının raporlanması, hatalardan öğrenmeyi ve sağlık sistemlerinin iyileştirilmesini amaçlayan kritik bir süreçtir. Ancak bu sürecin etkin bir şekilde işlemesi, sağlık çalışanlarının olayı fark etmesi, raporlamaya istekli olması ve raporlamanın önünde herhangi bir engel bulunmaması gibi birçok değişkene bağlıdır. Uygulamada, istenmeyen olayların çoğu zaman raporlanmadığı, ya da eksik ve geç raporlandığı görülmektedir. Bu durumun arkasında yatan nedenler incelendiğinde, bireysel, kurumsal ve sistemsel düzeyde çeşitli engelleyici faktörlerin varlığı dikkat çekmektedir. Sağlık çalışanlarının bireysel tutumları, bilgi düzeyleri, algıları ve deneyimleri, olay raporlama davranışını doğrudan etkiler. En yaygın bireysel engellerin başında cezalandırılma korkusu gelmektedir. Sağlık çalışanları, özellikle hatanın ciddi sonuçlara yol açtığı durumlarda, mesleki ya da hukuki bir yaptırımla karşılaşmaktan endişe duyar. Bu korku, hata gizleme davranışını tetiklemekte ve öğrenme fırsatlarının kaçırılmasına neden olmaktadır (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Utanç ve suçluluk duygusu da önemli bireysel engeller arasındadır. Sağlık çalışanı, yaptığı bir hatadan dolayı meslektaşları veya yöneticileri karşısında itibar kaybı yaşamaktan çekinebilir. Bu duygusal yük, özellikle özsaygısı yüksek, hata yapmayı kişisel bir başarısızlık olarak gören profesyonellerde daha belirgin olabilir (Alfayez vd., 2026; WHO, 2020).

Ayrıca, çalışanların olay raporlama sistemlerinin nasıl çalıştığını bilmemesi, ne tür olayların raporlanması gerektiği konusunda net bir fikre sahip olmaması ya da sistemin yeterince tanıtılmamış olması da bilgi eksikliği kaynaklı bireysel engelleri oluşturur. Zaman yetersizliği de raporlamaya ilişkin önemli bir bireysel bariyerdir. Sağlık çalışanları, özellikle yoğun servislerde çalıştıklarında, olayları raporlamayı ikinci plana atmakta ya da tamamen unutabilmektedir. Raporlama sürecinin uzun, karmaşık ya da kullanıcı dostu olmaması, zaten zaman baskısı altında olan çalışanların sürece katılımını zorlaştırmaktadır. Sağlık kurumunun raporlamaya yönelik tutumu, politikaları ve yönetsel uygulamaları, çalışanların raporlama davranışını doğrudan etkileyen önemli faktörlerdir. Kurumun hataları cezalandırıcı bir bakış açısıyla ele alması, çalışanların güvenli bir şekilde olay bildirmesini zorlaştırır. Bu gibi durumlarda çalışanlar, yöneticilerin olayı kişisel kusur olarak değerlendireceğini düşünerek raporlamaktan kaçınırlar (Kaya vd., 2023; Aydemir ve Koç, 2023).

Kurumsal geri bildirim eksikliği de yaygın bir sorundur. Çalışanlar, yaptıkları bildirimin dikkate alınıp alınmadığını, bir sonuca ulaşıp ulaşmadığını bilmediklerinde,

zamanla raporlamaya olan inançlarını yitirirler. Raporlama süreci sonucunda herhangi bir iyileştirme yapılmadığı izlenimi, sistemin gereksiz ve etkisiz olduğu algısını pekiştirir. Bu nedenle raporlama kültürünün gelişmesi için yöneticilerin şeffaflıkla süreci sahiplenmesi ve çalışanlara düzenli geri bildirim sağlaması hayati önemdedir. Eğitim eksikliği de kurumsal düzeyde bir diğer engeldir. Kurum içerisinde raporlama kültürüne yönelik eğitimlerin yeterince verilmemesi, yeni çalışanlara sistemlerin tanıtılmaması ya da olay analiz yöntemlerinin aktarılmaması, çalışanların raporlamayı etkili şekilde kullanmalarını engeller. Ayrıca kurumda görevli personel sayısının yetersiz olması, yüksek hasta yoğunluğu ve yönetici desteğinin azlığı gibi organizasyonel faktörler de kurumsal bazda raporlama sürecini olumsuz yönde etkileyebilir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Sağlık sisteminin genel işleyişi, yasa ve yönetmelikler, teknolojik altyapı gibi makro düzeydeki etkenler de olay raporlama davranışını belirleyici rol oynar. Yasal düzenlemelerde raporlama yapan çalışana karşı koruyucu hükümlerin yer almaması ya da bu hükümlerin uygulamada yetersiz kalması, çalışanların raporlamaya karşı çekinceli olmalarına neden olur. Ayrıca, olay raporlamaları sonucunda idari soruşturma açılması ya da çalışan aleyhine disiplin işlemlerinin başlatılması gibi uygulamalar da sistemsel caydırıcılık yaratır. Bir diğer sistemsel engel ise teknoloji ve dijital altyapının yetersizliğidir. Elektronik raporlama sistemlerinin bulunmaması, sistemin sürekli çökmesi, kullanıcı arayüzünün karmaşıklığı veya mobil erişimin olmaması, olayların zamanında ve etkili biçimde raporlanmasını engeller. Özellikle büyük ölçekli sağlık kurumlarında raporların merkezi sisteme entegrasyonu sağlanamadığında, veriler dağınık kalmakta ve kurumsal öğrenme süreçleri sekteye uğramaktadır. Sağlık sisteminde hatalara yönelik tutum da sistemsel düzeyde önemli bir etkindir (Alfayez vd., 2026; WHO, 2020).

Hata yapanın cezalandırılması ya da medyada olayın skandallaştırılarak sunulması, diğer çalışanlarda “başına gelirse sus” yaklaşımının gelişmesine neden olur. Oysa gelişmiş ülkelerde sağlık hataları, sistem zayıflıklarının bir çıktısı olarak değerlendirilmekte ve bu anlayış, “cezalandırıcı kültür” yerine “adil kültür” yaklaşımını ön plana çıkarmaktadır. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde olay raporlamanın önündeki engeller çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bireysel korkular ve bilgi eksiklikleri, kurumsal yönetimsel tutumlar ve sistemsel yasal-dijital altyapı eksiklikleri, birbirini etkileyerek raporlama kültürünün oluşmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle etkili bir raporlama sistemi oluşturmak için tüm bu düzeylerde bütüncül yaklaşımlar

benimsenmeli, çalışanlara güven veren, öğrenmeye dayalı bir yapı kurulmalı ve sürekli iyileştirmeye dayalı geri bildirim mekanizmaları geliştirilmeli, böylece hasta güvenliğinde sürdürülebilir bir ilerleme sağlanmalıdır (Kaya vd., 2023; Aydemir ve Koç, 2023).

Olay bildirim engelleri, yalnızca çalışanın isteksizliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşıktır. Bireysel bilgi ve inançlar, kurum kültürü, yönetim tepkileri, çalışma koşulları ve raporlama sisteminin tasarımı karşılıklı etkileşim içindedir. Örneğin raporlama konusunda bilgili bir çalışan, cezalandırılacağını düşünüyorsa bildirim yapmayabilir; destekleyici yönetim bulunan bir kurumda ise karmaşık form ve zaman baskısı yine bildirim davranışını azaltabilir (Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Engellerin sınıflandırılması, müdahale alanlarının belirlenmesini kolaylaştırır. Bireysel etkenler bilgi, tutum, algılanan yeterlik ve duygusal tepkileri; kurumsal etkenler liderlik, güvenlik kültürü, iş yükü, geri bildirim ve ekip ilişkilerini; sistemsel etkenler ise mevzuat, gizlilik, standardizasyon, teknoloji ve ulusal öğrenme altyapısını kapsar. Bununla birlikte gerçek olaylarda bu düzeyler çoğunlukla iç içe geçmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Alfayez vd., 2026).

Raporlama engellerini azaltmaya yönelik müdahaleler çok bileşenli olmalıdır. Eğitim tek başına bilgi eksikliğini giderebilir, ancak cezalandırıcı kültürü veya kullanılabilirlik sorununu çözmez. Benzer şekilde elektronik formun sadeleştirilmesi, çalışanların bildirim sonuçuşuz kaldığına ilişkin inancını değiştirmeyebilir. Liderlik mesajları, adil kültür ilkeleri, yeterli personel, kolay raporlama, geri bildirim ve görünür iyileştirme birlikte ele alındığında daha kalıcı değişim beklenebilir (WHO, 2020; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

3.4.1. Bireysel Etkenler

Sağlık çalışanlarının olay raporlama davranışlarını etkileyen bireysel etkenler, kişinin bilgi düzeyi, tutumları, duygusal durumu, algısı ve mesleki deneyimi gibi kişisel özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu faktörler, bir olayın raporlanıp raporlanmayacağına doğrudan etki eden ve genellikle göz ardı edilen ancak raporlama sistemlerinin başarısı açısından son derece kritik unsurlardır. En yaygın bireysel engellerin başında cezalandırılma korkusu yer almaktadır. Sağlık çalışanları, hata yaptıklarında ya da istenmeyen bir olaya tanık olduklarında, bu durumu bildirmeleri hâlinde yöneticiler tarafından uyarılacakları, disiplin cezası alacakları ya da iş güvencelerinin tehdit altına gireceği endişesi taşımaktadır. Bu korku, özellikle hatanın

hasta üzerinde olumsuz sonuçlara yol açtığı durumlarda daha yoğun hissedilir. Bu nedenle birçok sağlık çalışanı, bildirimde bulunmaktansa olayın üstünü kapatmayı ya da görmezden gelmeyi tercih etmektedir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Suçluluk ve utanç duygusu da bireysel düzeyde raporlamayı engelleyen önemli bir faktördür. Sağlık çalışanları, hata yapmayı profesyonel beceri eksikliği ya da kişisel yetersizlik olarak değerlendirebilir. Bu içsel yargılama, kişinin öz saygısını zedeleyeceği düşüncesiyle raporlama davranışından kaçınmasına neden olur. Özellikle yeni mezun sağlık çalışanlarında ya da deneyimsiz personelde, hata yapmanın mesleki kimliğe zarar vereceği inancı, bu tür duygusal bariyerleri daha da artırmaktadır. Bireysel bilgi eksikliği de önemli bir etkidir. Birçok sağlık çalışanı, hangi tür olayların raporlanması gerektiği konusunda net bir bilgiye sahip değildir. Olayın “önemsiz” olduğunu düşünerek bildirmemek, bu bilgi eksikliğinin sonucudur. Aynı şekilde, olay raporlama sisteminin nasıl çalıştığı, hangi platformlardan erişildiği ya da bildirim formunun nasıl doldurulacağı gibi teknik bilgiler çalışanlara yeterince aktarılmadığında, bireysel bilinç düzeyi düşük kalmakta ve raporlamaya katılım azalabilmektedir (Alfayez vd., 2026; Fekadu vd., 2025).

Zaman yetersizliği, bireysel düzeyde sıkça bildirilen bir başka engeldir (Li vd., 2024; WHO, 2020).

Sağlık çalışanları yoğun çalışma temposu, uzun nöbetler ve artan hasta sayısı nedeniyle istenmeyen olayları fark etseler bile, bu olayları detaylı biçimde raporlamaya zaman bulamamaktadır. Özellikle vardiya sonlarında ya da acil servis gibi hızlı karar verilmesi gereken birimlerde çalışan sağlık personeli, raporlama işlemini zaman kaybı olarak değerlendirmekte ve bu süreci ertelemekte ya da tamamen ihmal etmektedir. Raporlamaya yönelik bireysel motivasyon eksikliği de dikkat çeken bir etkidir. Çalışanlar, geçmişte yaptıkları bildirimlere bir dönüş alamamışlarsa ya da yapılan bildirimin ardından herhangi bir iyileştirme süreci gözlemlememişlerse, raporlama sistemine olan güvenlerini kaybetmekte ve süreci anlamsız bulmaktadır. Bu durum zamanla “bildirsem ne değişecek ki” algısını oluşturmakta ve çalışanların aktif katılımını engellemektedir. Ayrıca kişilik özellikleri de bireysel raporlama eğiliminde belirleyici olabilir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Risk almaktan çekinen, fazla otoriteye bağlı çalışanlar, olay bildirme konusunda daha temkinli davranabilirken, özgüveni yüksek, proaktif ve problem çözmeye yönelik eğilimi olan bireyler daha fazla bildirimde bulunabilirler. Bu nedenle bireysel raporlama davranışını etkileyen faktörler yalnızca bilgi ya da duygu düzeyinde değil, aynı

zamanda kişilik ve mesleki tutum düzeyinde de çeşitlilik gösterebilir. Sonuç olarak, bireysel etkenler sağlık çalışanlarının olay raporlama sürecine katılımını doğrudan etkileyen ve çoğu zaman eğitim, destek ve güven ortamı ile aşılabilecek faktörlerdir. Sağlık kurumlarının bu etkenleri göz önünde bulundurarak çalışana özel destek mekanizmaları kurması, bireysel korkuları azaltıcı politikalar geliştirmesi ve eğitim programları ile bilgi eksikliklerini gidermesi, raporlamaya katılımı artıracak ve hasta güvenliği kültürünün gelişmesine katkı sağlayacaktır (Alfayez vd., 2026; Fekadu vd., 2025).

Bireysel düzeyde en temel engellerden biri, hangi durumların raporlanması gerektiğine ilişkin belirsizliktir. Çalışanlar yalnızca hastaya ciddi zarar veren olayların bildirilmesi gerektiğini düşünebilir; ramak kala veya zarar oluşmayan olayları önemsiz görebilir. Olayın günlük işin olağan bir parçası olarak normalleştirilmesi de bildirim olasılığını azaltır. Açık tanımlar, vaka örnekleri ve düzenli eğitim bu belirsizliği azaltabilir (WHO, 2020; Alfayez vd., 2026).

Korku, utanç ve mesleki itibar kaybı raporlama kararında güçlü duygusal engellerdir. Çalışan, olayın yetkinliğinin sorgulanmasına, disiplin işlemi başlatılmasına veya ekip arkadaşlarıyla ilişkisinin bozulmasına yol açacağını düşünebilir. Özellikle olayda kendi rolü bulunduğu öz suçlama ve savunmacı davranış artabilir. Destekleyici olay sonrası iletişim ve adil kültür uygulamaları bu kaygıların azaltılmasına yardımcı olur (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Algılanan yarar ve öz yeterlik de önemlidir. Daha önce bildirim yapmasına rağmen geri dönüş almayan çalışan, raporlamanın değişim yaratmadığı sonucuna varabilir. Formu nasıl dolduracağını bilmemek veya olayın nesnel biçimde ifade edilmesinde zorlanmak da ertelemeye yol açabilir. Kullanıcı eğitimi, örnek raporlar ve rapor durumunun izlenebilmesi, çalışanın sürece ilişkin kontrol algısını güçlendirebilir.

Zaman baskısı bireysel tercih gibi görünse de çoğu zaman çalışma düzeninin sonucudur. Yoğun bakım yükü altında çalışan kişi, uzun bir formu tamamlamayı hasta bakımına göre ikincil görebilir veya vardiya sonuna erteleyerek unutabilir. Bu nedenle bildirim süresini azaltan teknik çözümler kadar, raporlama için iş içinde zaman ayrılması ve yeterli personel sağlanması da gereklidir (Li vd., 2024; Fekadu vd., 2025).

3.4.2. Kurumsal Etkenler

Sağlık çalışanlarının olay raporlama davranışlarını etkileyen faktörlerden biri de kurumun yapısal, yönetsel ve kültürel özellikleridir. Kurumun raporlamaya ilişkin

yaklaşımı, yöneticilerin tutumu, iç iletişim yapısı ve organizasyon kültürü gibi etkenler, çalışanların olayı bildirme sürecindeki kararlarını doğrudan etkiler. Kurumsal engeller, bireysel çabaların önüne geçebilecek kadar güçlü bir etki yaratabilir ve etkin bir raporlama sisteminin kurulmasını engelleyebilir. Bu nedenle kurumsal etkenlerin anlaşılması ve yönetilmesi, hasta güvenliğini sağlamada kritik bir öneme sahiptir. Kurumsal engellerin başında cezalandırıcı yönetim anlayışı gelir. Pek çok sağlık kurumunda, hata yapan personel cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum, çalışanlar arasında hata yapmanın utanç verici ve mesleki itibar kaybettirici bir durum olduğu algısını güçlendirmektedir. Raporlanan her olayın çalışan lehine değil, aleyhine kullanılacağı düşüncesi, çalışanların olay bildiriminden kaçınmasına yol açmaktadır (Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Oysa hasta güvenliği açısından önemli olan, hatalardan bireyleri sorumlu tutmak değil, hataların nedenlerini sistemsel olarak inceleyerek tekrarlanmasını önlemektir. Bir diğer önemli kurumsal engel, geri bildirim eksikliğidir. Sağlık çalışanları, yaptıkları bildirimlerin dikkate alınıp alınmadığını, ne tür önlemler alındığını ya da olay sonucunda nelerin değiştiğini bilmediklerinde, raporlama sisteminin etkili olmadığına dair bir kanaat geliştirir. Zamanla bu durum, çalışanların sisteme olan güvenini azaltır ve “raporlasam da bir şey değişmiyor” düşüncesiyle raporlamaya karşı isteksizlik oluşur. Etkin geri bildirim mekanizmalarının olmaması, raporlama davranışının sürekliliğini ciddi ölçüde olumsuz etkiler. Kurumsal düzeyde raporlama kültürünün eksikliği de bir başka temel sorundur. Olay raporlamanın kurum politikaları içinde yeterince yer bulmaması, yöneticilerin raporlamayı teşvik edici tutum sergilememesi ya da süreci sadece yasal zorunluluk olarak değerlendirmesi, çalışanların olay bildirimini gereksiz görmesine neden olabilir (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Ayrıca, yöneticilerin kendilerinin dahi raporlama sistemine uzak olması ya da bu süreci ciddiye almaması, alt kademe çalışanlara olumsuz örnek oluşturur. Kurumsal eğitimlerin yetersizliği de raporlama davranışını etkileyen önemli bir faktördür. Birçok sağlık kurumunda olay raporlamaya dair düzenli, kapsamlı ve uygulamalı eğitimler yapılmamakta, yeni başlayan personele raporlama sistemleri hakkında yeterli oryantasyon verilmemektedir. Bu durum çalışanların ne zaman, nasıl ve ne tür olayları raporlaması gerektiğini bilememesine neden olur. Ayrıca raporlama sistemlerine ilişkin teknik eksiklikler (örneğin kullanıcı ara yüzünün karmaşık olması, erişimin zor olması, kayıt sürecinin uzun olması) çalışanları süreçten uzaklaştırabilir. Kurum içindeki iş yükü ve personel yetersizliği de raporlamayı olumsuz etkileyen kurumsal faktörler arasındadır (Li vd., 2024; Fekadu vd., 2025).

Özellikle hemşire ve hekimlerin görev yaptıkları birimlerde personel eksikliği varsa, çalışanlar önceliği hasta bakımına verirken raporlama işlemini ikinci plana atmaktadır. Bu durum, olay raporlamayı zaman alıcı ve gereksiz bir faaliyet gibi göstermektedir. Ayrıca sağlık kurumlarında ekip içi iletişim eksiklikleri, hiyerarşik baskılar, çatışmalı ilişkiler ve yönetimle çalışanlar arasındaki güven problemleri de kurumsal düzeyde raporlama sürecini sekteye uğratmaktadır. Özellikle ast-üst ilişkilerinin katı olduğu, sorgulamanın hoş karşılanmadığı, çalışanların yöneticilere ulaşmakta zorluk çektiği kurumlarda, olay raporlamak daha riskli ve çekinilen bir eylem hâline gelmektedir. Sonuç olarak, kurumsal etkenler, olay raporlama sistemlerinin işlevselliğini ve çalışanların sürece katılımını belirlemede oldukça etkilidir. Cezalandırıcı değil öğrenen bir kurum kültürünün oluşturulması, geri bildirim döngüsünün etkin biçimde işletilmesi, çalışanların sistem hakkında bilgilendirilmesi ve yöneticilerin açık, destekleyici bir tutum sergilemesi, bu engellerin aşılmasında temel rol oynamaktadır (Weaver vd., 2013; Braithwaite vd., 2017; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Kurumsal düzeyde raporlama sürecinin sadece bir “form doldurma” işlemi değil, hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artıran stratejik bir uygulama olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

Kurumsal düzeyde en belirleyici etkenlerden biri, yöneticilerin hatalara verdiği tepkidir. Hata sonrasında ilk yaklaşım kişiyi suçlamak, savunma istemek veya performans cezası uygulamak olduğunda çalışanlar olayları gizleme eğilimi gösterebilir. Yönetimin güvenliğe ilişkin sözleri ile gerçek uygulamalar arasındaki tutarlılık, çalışanların kuruma duyduğu güveni belirler (Weaver vd., 2013; Hamed ve Konstantinidis, 2022).

Geri bildirim eksikliği, raporlamanın anlamsız bir işlem olarak algılanmasına yol açar. Çalışanlar raporun incelenip incelenmediğini, hangi önlemlerin alındığını ve benzer olayların azalıp azalmadığını bilmek ister. Düzenli güvenlik bültenleri, birim toplantıları ve rapor durum bildirimleri, gizlilik korunarak öğrenmenin görünür hâle getirilmesini sağlar. Güncel araştırmalar, geri bildirim ve iletişimin raporlama davranışını destekleyen temel örgütsel faktörler arasında olduğunu göstermektedir (Kaya vd., 2023; Alfayez vd., 2026).

İş yükü, personel yetersizliği, vardiya düzeni ve tükenmişlik hem olay riskini hem de olay sonrasında raporlamaya ayrılacak zamanı etkiler. Tükenmişliğin daha düşük hasta güvenliği ve bakım kalitesiyle ilişkili olması, çalışan esenliğinin güvenlik yönetiminden ayrı düşünülemeyeceğini göstermektedir (Li vd., 2024). Kurumların

yalnızca çalışanlara daha dikkatli olmalarını söylemesi yerine görev dağılımı, kesintiler ve personel kapasitesini değerlendirmesi gerekir.

Ekip ilişkileri ve psikolojik güvenlik, çalışanın kaygısını dile getirebilmesini belirler. Birim içinde hataların konuşulmadığı, meslekler arası hiyerarşinin katı olduğu veya çalışanların birbirini suçladığı ortamlarda olaylar görünmez kalabilir. Ekip temelli vaka değerlendirmeleri, yöneticilerin dinleyici tutumu ve ortak çözüm geliştirme, raporlama kültürünü destekler (Baker vd., 2006; Braithwaite vd., 2017).

3.4.3. Sistemsel Etkenler

Sağlık çalışanlarının istenmeyen olayları raporlama davranışları, yalnızca bireysel niyet ve kurumsal yapı ile sınırlı değildir. Daha geniş bir çerçevede, sağlık sisteminin genel işleyişini, mevzuatını, yönetim anlayışını, dijital altyapısını ve sağlık politikalarını kapsayan sistemsel etkenler de raporlamayı doğrudan veya dolaylı biçimde etkileyen önemli faktörler arasında yer alır. Bu etkenler, çoğu zaman kurumların da sınırlarını aşan, ulusal düzeyde politika, yasa ve yönetmeliklerin etkisinde şekillenen yapısal sorunlardır. Sistemsel engellerin başında, istenmeyen olayların raporlanmasına ilişkin net, kapsayıcı ve çalışanı koruyucu yasal düzenlemelerin yetersizliği gelir. Mevzuat düzeyinde olay bildirimine yönelik açık yükümlülüklerin tanımlanmamış olması, çalışanlar açısından belirsizlik yaratmaktadır. Ayrıca mevcut yasal çerçevede hata yapan ya da raporlayan personele karşı herhangi bir koruma mekanizmasının olmaması, çalışanların güvenlik endişesi yaşamasına neden olur (WHO, 2020; Aljabari ve Kadhim, 2021).

Raporlamanın yasal olarak cezai sorumluluk doğurabileceği algısı, bu sürecin gönüllü ve şeffaf bir şekilde yürütülmesini zorlaştırır (Fekadu vd., 2025; Alfayez vd., 2026).

Sağlık sisteminde genel olarak hâkim olan cezalandırıcı yaklaşım da sistemsel düzeydeki önemli bir sorundur. Hatalar ve istenmeyen olaylar, sistemsel aksaklıkların bir sonucu olarak değil, bireysel beceri eksikliği ya da ihmalkârlık olarak değerlendirildiğinde, çalışanlar hataları gizleme yolunu seçmektedir. Oysa hasta güvenliği kültüründe önemli olan, hataların kim tarafından yapıldığından çok, neden ve nasıl yapıldığının sorgulanarak benzer olayların önlenmesidir. Ancak sağlık sisteminin cezalandırma odaklı yaklaşımı, bu öğrenme sürecini engelleyen sistemsel bir engel haline gelmektedir. Bir diğer önemli sistemsel engel, dijital ve teknik altyapının yetersizliğidir. Pek çok sağlık kurumunda hâlâ manuel sistemler kullanılmakta, olay bildirimleri kâğıt formlar aracılığıyla yapılmakta ya da çevrim içi platformlar kullanıcı

dostu olmaktan uzak bir biçimde tasarlanmaktadır (Çakmak vd., 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Elektronik sağlık kayıt sistemleri ile entegre olmayan raporlama sistemleri, verinin hızlı ve etkili şekilde işlenmesini zorlaştırmakta, olaylara zamanında müdahale edilmesini engellemektedir. Ayrıca sistemlerin karmaşık olması, teknik sorunlar yaşanması ya da çalışanların bu sistemleri yeterince kullanamaması, raporlamayı işlevsiz hale getirebilmektedir. Sağlık sisteminin insan kaynakları planlamasındaki eksiklikler de raporlama süreçlerini dolaylı yoldan etkilemektedir. Personel eksikliği, aşırı iş yükü ve nöbet yoğunluğu gibi sorunlar, çalışanların zaman yönetimini zorlaştırmakta ve olay raporlamaya zaman ayıramamalarına neden olmaktadır. Bu durum sistemsel bir problem olarak değerlendirilmeli, çalışanlara sadece görev yüklemek değil, hata önleme ve bildirim süreçlerine aktif katılım sağlayabilecekleri uygun koşullar sağlanmalıdır. Sistemsel düzeyde bir diğer sorun, olay raporlama verilerinin sistematik olarak analiz edilmemesi ve elde edilen bulguların ulusal ölçekte politika geliştirmede yeterince kullanılmamasıdır (WHO, 2020; Aljabari ve Kadhim, 2021).

Sağlık sisteminde merkezi bir hata izleme ve analiz ağı oluşturulmadığında, kurumların bireysel çabaları sistemsel değişim yaratmakta yetersiz kalmaktadır. Hatalardan ders çıkarılması için sadece kurum bazlı değil, aynı zamanda ülke genelinde standardize edilmiş, açık ve karşılaştırılabilir veri tabanlarının oluşturulması gereklidir. Ayrıca sağlık sisteminde hasta güvenliğine dair konuların karar verici pozisyonlardaki yöneticiler ve politika yapıcılar tarafından öncelikli alan olarak görülmemesi de sistemsel bir engeldir. Sağlık politikalarının bütçe, performans ve üretkenlik gibi göstergelere odaklanması, hasta güvenliğini ve olay raporlamayı geri planda bırakmaktadır. Bu durum, hata önleme kültürünün gelişimini engelleyen makro düzeyli bir yönetim anlayışı sorununu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, sistemsel etkenler, olay raporlama süreçlerinin sadece kurum içi değil, sağlık sisteminin genelinde ele alınması gereken yönlerini kapsamaktadır (Fekadu vd., 2025; Alfayez vd., 2026).

Mevzuatların iyileştirilmesi, çalışanları koruyucu yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi, dijital sistemlerin erişilebilir, sade ve etkili hale getirilmesi, merkezi veri analiz mekanizmalarının kurulması ve hasta güvenliğinin ulusal sağlık politikalarının merkezine alınması, bu sistemsel engellerin aşılmasında temel stratejiler olarak öne çıkmaktadır. Böylece, bireysel ve kurumsal çabaların üzerinde yükselen güçlü bir sistem altyapısı sayesinde istenmeyen olayların raporlanması ve önlenmesi mümkün olabilecektir (Çakmak vd., 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sistemseller engeller, kurumların tek başına değıştirmekte zorlandığı mevzuat, ulusal politika, standardizasyon ve teknoloji altyapısı gibi unsurları içerir. Çalışanların iyi niyetli bildirimlerinin hukuki veya disiplin süreçlerinde nasıl kullanılacağına ilişkin belirsizlik, gizlilik güvencesini zayıflatabilir. Ulusal düzenlemelerin öğrenme amaçlı bildirim ile zorunlu hesap verebilirlik süreçleri arasındaki ayrımı açık biçimde tanımlaması gerekir (WHO, 2020).

Farklı kurum ve programlarda kullanılan olay tanımlarının, sınıflandırmaların ve asgari veri alanlarının uyumsuz olması karşılaştırmayı ve ortak öğrenmeyi güçleştirir. Standart veri yapıları, ulusal eğilimlerin belirlenmesine ve kurumlara anlamlı geri bildirim verilmesine katkı sağlar. Bununla birlikte aşırı ayrıntılı zorunlu alanlar raporlama yükünü artırabilir; veri gereksinimi ile kullanılabilirlik arasında denge kurulmalıdır.

Dijital altyapının güvenilirliği ve sistemler arası birlikte çalışabilirlik de önemlidir. Tekrarlanan kullanıcı girişleri, yavaş bağlantı, oturumun kapanması veya farklı platformlara aynı olayın yeniden girilmesi çalışanların bildirimden vazgeçmesine neden olabilir. Teknik sistemlerin tasarımında klinik iş akışları, veri güvenliği, rol temelli erişim ve denetim izi birlikte değerlendirilmelidir (Aljabari ve Kadhim, 2021; Fekadu vd., 2025).

Ulusal öğrenme kapasitesi, toplanan raporların analiz edilmesi ve sonuçların sağlık kuruluşlarına geri aktarılmasıyla oluşur. Kurumlar yalnızca veri sağlayan birimler olarak kalır, karşılığında risk uyarıları ve iyi uygulama örnekleri almazsa sisteme güven azalabilir. GRS ve benzeri mekanizmaların etkisi; rapor sayısından çok, ortak risklere yönelik yayımlanan öneriler, gerçekleştirilen iyileştirmeler ve olay tekrarındaki değişim üzerinden değerlendirilmelidir (Çakmak vd., 2018; WHO, 2020).

4. YÖNTEM

4.1. Araştırma Modeli ve Deseni

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının olay bildirimi tutumları ile olay bildirimi engelleri arasındaki ilişkiyi inceleyen nicel, kesitsel ve ilişkisel bir araştırmadır. Kesitsel tasarımda veriler belirli bir zaman aralığında toplanmış; değişkenler arasındaki ilişkiler betimsel ve çıkarımsal istatistiklerle değerlendirilmiştir. Bu tasarım, mevcut durumun ve değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konulmasına olanak sağlamakla birlikte, tek başına nedensellik kanıtı oluşturmaz (Creswell ve Creswell, 2018).

Araştırmanın bağımlı değişkeni olay bildirimi tutumu, temel bağımsız değişkeni ise olay bildirimi engelleridir. Ayrıca katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerine göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Kullanılan ölçekler ve değişkenlerin operasyonel tanımları veri toplama aracı başlığı altında açıklanmıştır (Keleş, 2021).

4.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde toplam 630 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Araştırma sürecinde evren kapsamındaki çalışanlara ulaşılması hedeflenmiş; araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve veri toplama formunu eksiksiz tamamlayan 390 sağlık çalışanının verisi analize dâhil edilmiştir.

Katılımcıların araştırmaya alınmasında hastanede aktif olarak görev yapma, sağlık çalışanı olma ve gönüllü katılım gösterme ölçütleri esas alınmıştır. Eksik veya değerlendirmeye uygun olmayan formlar analize alınmamıştır. Örneklem tek bir hastaneden ve gönüllü katılımcılardan oluşması, bulguların farklı kurumlara genellenmesinde dikkate alınması gereken bir sınırlılıktır.

4.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri üç bölümden oluşan yapılandırılmış anket formuyla toplanmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde sağlık çalışanlarının olay

bildirimine yönelik tutumlarını, üçüncü bölümde ise olay bildirim sürecinde algıladıkları engelleri değerlendiren ölçek maddeleri bulunmaktadır.

Olay Bildirim Tutum Ölçeği ve Olay Bildirim Engel Ölçeği, Keleş (2021) tarafından geliştirilen/uyarlanan ölçme araçları temel alınarak kullanılmıştır. Ölçeklerin puanlanması ve alt boyutları ilgili bulgular bölümünde sunulmuştur. Araştırmada kullanılan Olay Bildirimi Tutum Ölçeği puanlanırken ölçeğin geliştiricileri tarafından önerilen puanlama esasları dikkate alınmıştır. Bu kapsamda ölçeğin 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23 ve 25. maddeleri ters kodlanarak analizlere dâhil edilmiştir. Ters kodlama işlemi, ölçeğin orijinal geliştirme çalışmasında belirtilen puanlama yönergelerine uygun olarak gerçekleştirilmiş ve böylece tüm maddelerin aynı yönde değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu çalışmada ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa katsayılarıyla yeniden değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 27.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

4.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra yürütülmüştür. Katılımcılara araştırmanın amacı, gönüllülük esasları, yanıtların gizliliği ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş onam veren sağlık çalışanlarından yüz yüze veya çevrim içi yöntemle veri toplanmıştır.

Toplanan veriler araştırma amacı dışında kullanılmamış ve katılımcıların kimliğini doğrudan belirleyen bilgiler analiz dosyasına aktarılmamıştır. Veri girişinin ardından eksik değer, aykırı değer ve kodlama kontrolleri yapılmış; analiz için uygun veri seti oluşturulmuştur.

4.5. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlama engellerinin olay bildirim tutumları üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H1: Sağlık çalışanlarının olay bildirim engelleri, olay bildirim tutumlarını anlamlı düzeyde etkilemektedir.

H2: Olay bildirim tutumu ile olay bildirim engelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H4: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H5: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H6: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları mesleğe isteyerek başlama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H7: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları ekonomik durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H8: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H9: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H10: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları çalışılan birime göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H11: Sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumları çalışma şekline göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H12: Olay bildirim engelleri, sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumunun anlamlı bir yordayıcısıdır.

H13: Örgütsel faktörler, olay bildirim tutumunu anlamlı düzeyde etkilemektedir.

H14: Bireysel faktörler, olay bildirim tutumunu anlamlı düzeyde etkilemektedir.

4.6. Bulgular

Tez çalışması kapsamında 390 kişiye ulaşılmıştır. Tablo 1’de araştırmaya dahil olan katılanların demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik Değişken	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	298	76,4
	Erkek	92	23,6
Medeni durum	Evli	252	64,6
	Bekar	138	35,4
Eğitim durumu	Lise	10	2,6
	Ön Lisans	69	17,7
	Lisans	250	64,1
	Lisansüstü	61	15,6
Gelir durumu	Düşük	42	10,8
	Orta	299	76,7
	Yüksek	49	12,6

Tablo 1. (Devamı)

Demografik Değişken	Gruplar	n	%
Meslek	Hemşire	242	62,1
	Ebe	26	6,7
	Doktor	38	9,7
	Diğer Sağlık Çalışanları	84	21,5
Çalışma Süresi	0-5 yıl	129	33,1
	6-10 yıl	100	25,6
	11-15 yıl	59	15,1
	16 yıl ve üzeri	102	26,2
Çalışılan Birim	Poliklinik	71	18,2
	Servisler	140	35,9
	Acil	40	10,3
	Ameliyathane	33	8,5
	Yoğun Bakım	32	8,2
	Laboratuvar	5	1,3
	Diğer	69	17,7
Çalışma Şekli	Gece	9	2,3
	Gündüz	153	39,2
	Gece/Gündüz	218	55,9
	Diğer	10	2,6
İsteklilik	Evet	310	79,5
	Hayır	80	20,5

Tez çalışmasına katılan 390 katılımcının %76,4'ü (298) kadın, %23,6'sı (92) erkektir. Katılımcıların %64,6'sı (252) evli, %35,4'ü (138) bekârdır. Katılımcıların %2,6'sı (10) lise, %17,7'si (69) ön lisans, %64,1'i (250) lisans, %15,6'sı (61) lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Katılımcıların gelir durumu %10,8'sinin (42) düşük, %76,7'sinin (299) orta, %12,6'sının (49) yüksektir. Katılımcıların %62,1'i (242) hemşire, %6,7'si (26) ebe, %9,7'si (38) doktor, %21,5'i (84) diğer sağlık çalışanlarıdır. Diğer sağlık çalışanları arasında eczacı, fizyoterapist, sağlık tekniker ve teknisyenleri meslekleri bulunmaktadır. Katılımcıların çalışma süresi %33,1'i (129) 0-5 yıl, %25,6'sı (100) 6-10 yıl, %15,1'i (59) 11-15 yıl, %26,2'si (102) 16 yıl ve üzeridir. Katılımcıların çalıştığı birimler %18,2'si (71) poliklinik, %35,9'u (140) servisler, %10,3'ü (40) acil servis, %8,5 (33) ameliyathane, %8,2'si (32) yoğun bakım, %1,3'ü (5) laboratuvar, %17,7 (69) diğer birimlerdir. Çalışılan diğer birimler içerisinde eczane, ayaktan fizyoterapi kliniği gibi birimler yer almaktadır. Katılımcıların çalışma şekli %2,3'ü (9) gece, %39,2'si (153) gündüz, %55,9'u (218) gece/gündüz, %2,6'sı (10) diğer olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekteki isteklilikleri %79,5'i (310) evet, %20,5'i (80) hayır olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $33,62 \pm 7,285$ 'tir.

Tablo 2’de hastanede çalışan sağlık personellerinin Olay Bildirim Tutum Ölçeği’nde yer alan sorulara verdikleri cevap yer almaktadır.

Tablo 2. Olay bildirim tutumu frekans tablosu

Madde Sayısı	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
T1	12	3,1	29	7,4	220	56,4	129	33,1
T2	197	50,5	173	44,4	19	4,9	1	,3
T3	136	34,9	153	39,2	88	22,6	13	3,3
T4	19	4,9	41	10,5	204	52,3	126	32,3
T5	129	33,1	190	48,7	59	15,1	12	3,1
T6	172	44,1	189	48,5	26	6,7	3	,8
T7	141	36,2	183	46,9	51	13,1	15	3,8
T8	21	5,4	46	11,8	207	53,1	116	29,7
T9	57	14,6	92	23,6	181	46,4	60	15,4
T10	125	32,1	198	50,8	61	15,6	6	1,5
T11	129	33,1	173	44,4	75	19,2	13	3,3
T12	133	34,1	205	52,6	44	11,3	8	2,1
T13	28	7,2	57	14,6	203	52,1	102	26,2
T14	160	41,0	194	49,7	29	7,4	7	1,8
T15	110	28,2	199	51,0	65	16,7	16	4,1
T16	36	9,2	79	20,3	189	48,5	86	22,1
T17	31	7,9	52	13,3	214	54,9	93	23,8
T18	109	27,9	180	46,2	77	19,7	24	6,2
T19	195	50,0	166	42,6	27	6,9	21	,5
T20	172	44,1	183	46,9	32	8,2	3	,8
T21	157	40,3	199	51,0	31	7,9	3	,8
T22	181	46,4	179	45,9	29	7,4	1	,3
T23	122	31,3	169	43,3	85	21,8	14	3,6
T24	70	17,9	116	29,7	162	41,5	42	10,8
T25	60	15,4	142	36,4	159	40,8	29	7,4

Katılımcıların “İstenmeyen olayların bildirilmesi eğitim eksikliğinin belirlenmesine yardımcı olur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; 12’si (%3,1) hiç katılmıyorum, 29’u (%7,4) katılmıyorum, 220’si (%56,4) katılıyorum, 129’u (%33,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Meydana gelen istenmeyen olaylardan haberdar olan kişi az ise olayın rapor edilmesine gerek yoktur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 197’si (%50,5) hiç katılmıyorum, 173’ü (%44,4) katılmıyorum, 19’u (%4,9) katılıyorum, 1’i (%0,3) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Meslektaşlarım karıştığı istenmeyen olayları

bildirmek benim sorumluluğum değildir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 136’sı (%34,9) hiç katılmıyorum, 153’ü (%39,2) katılmıyorum, 88’i (%22,6) katılıyorum, 13’ü (%3,3) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayları raporlamak hastaları korur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 19’u (%4,9) hiç katılmıyorum, 41’i (%10,5) katılmıyorum, 204’ü (%52,3) katılıyorum, 126’sı (%32,3) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “İstenmeyen olayları bildirmek dikkatleri benim üzerimde toplar.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 129’u (%33,1) hiç katılmıyorum, 190’ı (%48,7) katılmıyorum, 59’u (%15,1) katılıyorum, 12’si (%3,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Meydana gelen istenmeyen olaylardan ders çıkarılabildiği sürece raporlamaya gerek yoktur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 172’si (%44,1) hiç katılmıyorum, 189’u (%48,5) katılmıyorum, 26’sı (%6,7) katılıyorum, 3’ü (%0,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olay bildiren sağlık çalışanı gelecekte kariyer sorunu yaşar.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 141’i (%36,2) hiç katılmıyorum, 183’ü (%46,9) katılmıyorum, 51’i (%13,1) katılıyorum, 15’i (%3,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayların nasıl rapor edileceği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 21’i (%5,4) hiç katılmıyorum, 46’sı (%11,8) katılmıyorum, 207’si (%53,1) katılıyorum, 116’sı (%29,7) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayları bildirmediğim zaman, işimi gerektiği gibi yapmadığımı düşünüyorum.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 57’si (%14,6) hiç katılmıyorum, 92’si (%23,6) katılmıyorum, 181’i (%46,4) katılıyorum, 60’ı (%15,4) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “Minör istenmeyen olayların bildirilmesine gerek yoktur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 125’i (%32,1) hiç katılmıyorum, 198’i (%50,8) katılmıyorum, 61’i (%15,6) katılıyorum, 6’sı (%1,5) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Meslektaşlarım istenmeyen olayların bildirilmesini benden bekliyor.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 129’u (%33,1) hiç katılmıyorum, 173’ü (%44,4) katılmıyorum, 75’i (%19,2) katılıyorum, 13’ü (%3,3) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayları bildirmek benim için sorun oluşturur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 133’si (%34,1) hiç katılmıyorum, 205’i (%52,6) katılmıyorum, 44’ü (%11,3) katılıyorum, 8’i (%2,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Hangi tür istenmeyen

olayların bildirilmesi gerektiği konusunda hastanemdeki prosedürler açıktır.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 28’i (%7,2) hiç katılmıyorum, 57’si (%14,6) katılmıyorum, 203’ü (%52,1) katılıyorum, 102’si (%26,2) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Sadece seyrek gerçekleşen olaylar bildirilmelidir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 160’ı (%41,0) hiç katılmıyorum, 194’ü (%49,7) katılmıyorum, 29’u (%7,4) katılıyorum, 7’si (%1,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “Meydana gelen istenmeyen olayı sadece hasta dosyasına not etmek, olay raporlama kadar iyidir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 110’u (%28,2) hiç katılmıyorum, 199’u (%51,0) katılmıyorum, 65’i (%16,7) katılıyorum, 16’sı (%4,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Çalıştığım kıdemli personelin beni cesaretlendirmesi, İstenmeyen olay bildiriminde bana güç verir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 36’sı (%9,2) hiç katılmıyorum, 79’u (%20,3) katılmıyorum, 189’u (%48,5) katılıyorum, 86’sı (%22,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Hastanemde istenmeyen olayları gözlemleyen bir birim olması, olay bildiriminde teşvik edici olur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 31’i (%7,9) hiç katılmıyorum, 52’si (%13,3) katılmıyorum, 214’ü (%54,9) katılıyorum, 93’ü (%23,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayı bildirmek, benim yanlış yaptığımı herkesin öğrenmesine yol açar.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 109’u (%27,9) hiç katılmıyorum, 180’i (%46,2) katılmıyorum, 77’si (%19,7) katılıyorum, 24’ü (%6,2) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olayları bildirmeye iznim yok.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 195’i (%50,0) hiç katılmıyorum, 166’sı (%42,6) katılmıyorum, 27’si (%6,9) katılıyorum, 2’si (%0,5) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “Sadece kendisinden bir şeyler öğrenilebilen olumsuz olaylar bildirilmelidir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 172’si (%44,1) hiç katılmıyorum, 183’ü (%46,9) katılmıyorum, 32’si (%8,2) katılıyorum, 3’ü (%0,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olay raporlama bir tür suçlu bulunma yoludur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 157’si (%40,3) hiç katılmıyorum, 199’u (%51,0) katılmıyorum, 31’i (%7,9) katılıyorum, 3’ü (%0,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olaylar engellenemez, bu yüzden onları rapor etmenin bir anlamı yoktur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 188’i (%46,4) hiç katılmıyorum, 179’u (%45,9) katılmıyorum, 29’u (%7,4) katılıyorum, 1’u (%0,3) tamamen katılıyorum cevabını

vermiştir. Katılımcıların “Olay raporlama, bir olaya karıştığım konusunda meslektaşlarımın dedikodular yapmasına sebep olur.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 122’si (%31,3) hiç katılmıyorum, 169’u (%43,3) katılmıyorum, 85’i (%21,8) katılıyorum, 14’u (%3,6) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “İstenmeyen olayların bildirilmesi, insanları eylemlerinden hesap verebilir hale getirir.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 70’i (%17,9) hiç katılmıyorum, 116’u (%29,7) katılmıyorum, 162’si (%41,5) katılıyorum, 42’si (%10,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “İstenmeyen olay olduğunda, meslektaşlarım bunu raporlamada ilgisiz davranıyor.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 60’ı (%15,4) hiç katılmıyorum, 142’u (%36,4) katılmıyorum, 159’u (%40,8) katılıyorum, 29’u (%7,4) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Tablo 3’te Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık çalışanlarının istenmeyen olay bildirim engelleri düzeyini ölçen sorulara verdikleri cevaplar yer almaktadır.

Tablo 3. Olay bildirim engeli frekans tablosu

Madde Sayısı	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E1	70	17,9	130	33,3	55	14,1	107	27,4	28	7,2
E2	112	28,7	208	53,3	40	10,3	26	6,7	4	1,0
E3	97	24,9	153	39,2	76	19,5	50	12,8	14	3,6
E4	98	25,1	143	36,7	94	24,1	43	11,0	12	3,1
E5	127	32,6	176	45,1	53	13,6	31	7,9	3	0,8
E6	135	34,6	166	42,6	62	15,9	25	6,4	2	0,5
E7	101	25,9	148	37,9	91	23,3	35	9,0	13	3,3
E8	86	22,1	163	41,8	81	20,8	50	12,8	10	2,6
E9	89	22,8	129	33,1	103	26,4	49	12,6	20	5,1

Katılımcıların “Olay bildirim yapmak ekstra zaman gerektiriyor.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 70’i (%17,9) hiç katılmıyorum, 130’u (%33,3) katılmıyorum, 55’i (%14,1) kararsızım, 107’si (%27,4) katılıyorum, 28’i (%7,2) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Olay bildirim kimin yapması gerektiğini bilmiyorum.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 112’i (%28,7) hiç katılmıyorum, 208’i (%53,3) katılmıyorum, 40’ı (%10,3) kararsızım, 26’sı (%6,7) katılıyorum, 4’ü (%1,0) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların

“Olay bildirim konusunda arkadaşlarımdan yeterli desteği göremiyorum.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 97’si (%24,9) hiç katılmıyorum, 153’ü (%39,2) katılmıyorum, 76’sı (%19,5) kararsızım, 50’si (%12,8) katılıyorum, 14’ü (%3,6) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların “Olay bildirimde kişisel bilgilerim gizli kalmaz.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 98’i (%25,1) hiç katılmıyorum, 143’ü (%36,7) katılmıyorum, 94’ü (%24,1) kararsızım, 43’ü (%11,0) katılıyorum, 12’si (%3,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Ayıplanmaktan korkuyorum.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 127’si (%32,6) hiç katılmıyorum, 176’sı (%45,1) katılmıyorum, 53’ü (%13,6) kararsızım, 31’i (%7,9) katılıyorum, 3’ü (%0,8) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Cezalandırılmaktan korkuyorum.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 135’i (%34,6) hiç katılmıyorum, 166’sı (%42,6) katılmıyorum, 62’si (%15,9) kararsızım, 25’i (%6,4) katılıyorum, 2’si (%0,5) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Olay bildirim sistemleri yetersiz.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 101’i (%25,9) hiç katılmıyorum, 148’i (%37,9) katılmıyorum, 91’i (%23,3) kararsızım, 35’i (%9,0) katılıyorum, 13’ü (%3,3) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Olay bildirim formu doldurmakta zorluklar var.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 86’sı (%22,1) hiç katılmıyorum, 163’ü (%41,8) katılmıyorum, 81’i (%20,8) kararsızım, 50’si (%12,8) katılıyorum, 10’u (%2,6) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir. Katılımcıların “Olay bildirimin faydası konusunda herhangi bir geri bildirim almadım.” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde 89’u (%22,8) hiç katılmıyorum, 129’u (%33,1) katılmıyorum, 103’ü (%26,4) kararsızım, 49’u (%12,6) katılıyorum, 20’si (%5,1) tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Tablo 4, ölçme araçları ve alt boyutlarının ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerini göstermektedir.

Tablo 4. Ölçek ve alt boyutları ile ilgili betimsel istatistikler

Ölçme Araçları	Ort,	SS	Çarpıklık	Basıklık	CA
Olay Bildirim Tutumu	3,07	0,326	0,162	-0,243	0,801
Suçlama/Ayıplama	3,12	0,510	-0,030	-0,344	0,747
Olay Bildirim Kriterleri	3,21	0,454	-0,059	-0,326	0,720
Meslektaş Beklentisi	3,07	0,394	0,084	-0,345	0,868
Olay Bildiriminin Faydası	2,90	0,479	0,361	0,335	0,814
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	3,02	0,712	-0,527	0,117	0,797
Olay Bildirim Engeli	2,23	0,710	0,231	-0,306	0,868

Tablo 4. (Devamı)

Ölçme Araçları	Ort,	SS	Çarpıklık	Basıklık	CA
Örgütsel Faktörler	2,41	0,862	0,283	-0,427	0,836
Bireysel Faktörler	2,05	0,704	0,484	0,312	0,740

Katılımcıların olay bildirim tutumunda toplam ölçek boyut ortalamaları 3,07 (SS=0,326), suçlama/ayıplama alt boyutu ortalamaları 3,12 (SS=0,510), olay bildirim kriterleri alt boyutu ortalamaları 3,21 (SS=0,454), meslektaş beklentisi alt boyutu ortalamaları 3,07 (SS=0,394), olay bildiriminin faydası alt boyutu ortalamaları 2,90 (SS=0,479), olay bildirimi prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutunda 3,02 (SS=0,712) olarak bulunmuştur. Katılımcıların olay bildirimi engeli toplam ölçek boyutu ortalamaları 2,23 (SS=0,710), örgütsel faktörler alt boyutu ortalamaları 2,41 (SS=0,862), bireysel faktörler alt boyutu ortalamaları 2,05 (SS=0,704) olarak bulunmuştur.

Tezde kullanılan ölçeklerin genel ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, Olay Bildirim Tutumu Ölçeği'nin genel güvenilirlik katsayısının 0,801 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından Suçlama/Ayıplama boyutuna ait Cronbach alfa katsayısı 0,747, Olay Bildirim Kriterleri boyutuna ait katsayı 0,720, Meslektaş Beklentisi boyutuna ait katsayı 0,868, Olay Bildiriminin Faydası boyutuna ait katsayı 0,814 ve Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği boyutuna ait katsayı ise 0,797 olarak hesaplanmıştır. Olay Bildirim Engeli Ölçeği'nin genel Cronbach alfa katsayısının 0,868 olduğu tespit edilmiştir. Bu ölçeğin alt boyutlarından Örgütsel Faktörler boyutuna ait Cronbach alfa katsayısı 0,836, Bireysel Faktörler boyutuna ait katsayı ise 0,740 olarak bulunmuştur. Elde edilen katsayılar, ölçeklerin genelinin ve alt boyutlarının kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Tabachnick ve Fidell'in (2013) vurguladığı gibi, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1.5 aralığında bulunması, verilerin normal dağılım gösterdiğini değerlendirmede kullanılan ölçütlerden biridir. Bu çalışmada elde edilen çarpıklık ve basıklık sonuçlarının belirtilen aralıkta olması, veri setinin parametrik testler için uygun olduğunu ve dağılımın normal ve homojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

4.7. Olay Bildirim Tutum Ölçeği ve Olay Bildirim Engel Ölçeği Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırmalı Analizleri

Bu tez çalışmasında, olay bildirimi tutumu ve olay bildirim engelleri ve alt boyutlarının demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla karşılaştırmalı analizler gerçekleştirilmiştir. Olay bildirimi tutumu ve olay bildirim engelleri ve alt faktörleri ile demografik değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek için hipotez testleri kullanılmıştır. Tablo 5'te cinsiyet değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Suçlama/ayıplama alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=3,12) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=3,11) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0,22$; $p=0,819$; $p>0,05$). Olay bildirimi kriterleri alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=3,23) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=3,16) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,25$; $p=0,211$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=3,09) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=3,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,83$; $p=0,068$; $p>0,05$).

Olay bildirimi faydası alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=2,92) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=2,86) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,05$; $p=0,291$; $p>0,05$). Olay bildirimi prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=3,03) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=2,97) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0,75$; $p=0,452$; $p>0,05$). Olay bildirim tutumu toplam ölçek boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=3,08) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=3,02) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,51$; $p=0,132$; $p>0,05$).

Örgütsel faktörler alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=2,33) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=2,65) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,78$; $p=0,006$; $p<0,05$). Kadın katılımcıların örgütsel faktörler ortalamaları erkek katılımcılara göre daha düşük düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yani, kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre kurum içerisinde istenmeyen olay bildiriminde diğer çalışanlardan etkilenip bildirimleri yapmadıkları anlamındadır. Bireysel faktörler alt boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=2,05) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=2,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0,03$; $p=0,973$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli toplam ölçek boyutunda kadın katılımcıların ortalaması (Ort=2,19) ile erkek katılımcıların ortalaması (Ort=2,35) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-1,88$; $p=0,060$; $p>0,05$).

Tablo 5. Cinsiyet değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Cinsiyet	n	Ort,	SS	t	p
Suçlama/Ayıplama	Kadın	298	3,12	0,500	0,22	0,819
	Erkek	92	3,11	0,054		
Olay Bildirimi Kriterleri	Kadın	298	3,23	0,464	1,25	0,211
	Erkek	92	3,16	0,463		
Meslektaş Beklentisi	Kadın	298	3,09	0,400	1,83	0,068
	Erkek	92	3,01	0,368		
Olay Bildiriminin Faydası	Kadın	298	2,92	0,466	1,05	0,291
	Erkek	92	2,86	0,517		
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılrlığı	Kadın	298	3,03	0,712	0,75	0,452
	Erkek	92	2,97	0,716		
Olay Bildirimi Tutumu	Kadın	298	3,08	0,322	1,51	0,132
	Erkek	92	3,02	0,337		
Örgütsel Faktörler	Kadın	298	2,33	0,805	-2,78	0,006
	Erkek	92	2,65	0,992		
Bireysel Faktörler	Kadın	298	2,05	0,711	-0,03	0,973
	Erkek	92	2,05	0,681		
Olay Bildirim Engeli	Kadın	298	2,19	0,696	-1,88	0,060
	Erkek	92	2,35	0,744		

Tablo 6’da medeni durum değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Suçlama/ayıplama alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=3,11) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=3,14) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,57$; $p=0,565$; $p>0,05$). Olay bildirimi kriterleri alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=3,22) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=3,21) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0,18$; $p=0,853$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=3,06) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=3,10) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-1,10$; $p=0,270$; $p>0,05$). Olay bildirimi faydası alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=2,90) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=2,92) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,46$; $p=0,639$; $p>0,05$). Olay bildirimi prosedürlerin anlaşılrlığı alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=3,01) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=3,03) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,29$; $p=0,768$; $p>0,05$). Olay bildirim tutumu toplam ölçek boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=3,06) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=3,08) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,66$; $p=0,509$; $p>0,05$).

Örgütsel faktörler alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=2,45) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=2,33) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,17$; $p=0,240$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=2,09) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=1,99) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,27$; $p=0,204$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli toplam ölçek boyutunda evli katılımcıların ortalaması (Ort=2,27) ile bekar katılımcıların ortalaması (Ort=2,16) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,36$; $p=0,173$; $p>0,05$).

Tablo 6. Medeni durum değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Medeni Durum	n	Ort,	SS	t	p
Suçlama/Ayıplama	Evli	252	3,11	0,525	-0,57	0,565
	Bekar	138	3,14	0,482		
Olay Bildirimi Kriterleri	Evli	252	3,22	0,464	0,18	0,853
	Bekar	138	3,21	0,465		
Meslektaş Beklentisi	Evli	252	3,06	0,392	-1,10	0,270
	Bekar	138	3,10	0,397		
Olay Bildiriminin Faydası	Evli	252	2,90	0,464	-0,46	0,639
	Bekar	138	2,92	0,507		
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	Evli	252	3,01	0,680	-0,29	0,768
	Bekar	138	3,03	0,770		
Olay Bildirimi Tutumu	Evli	252	3,06	0,325	-0,66	0,509
	Bekar	138	3,08	0,329		
Örgütsel Faktörler	Evli	252	2,45	0,830	1,17	0,240
	Bekar	138	2,33	0,916		
Bireysel Faktörler	Evli	252	2,09	0,702	1,27	0,204
	Bekar	138	1,99	0,705		
Olay Bildirim Engeli	Evli	252	2,27	0,690	1,36	0,173
	Bekar	138	2,16	0,744		

Tablo 7’de meslekte isteklilik değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları yer almaktadır. Suçlama/ayıplama alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,14) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,43$; $p=0,153$; $p>0,05$). Olay bildirim kriterleri alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,21) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,25) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,79$; $p=0,430$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,06) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların

ortalaması (Ort=3,10) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,80$; $p=0,419$; $p>0,05$). Olay bildirimi faydası alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,89) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,95) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,85$; $p=0,394$; $p>0,05$). Olay bildirimi prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,05) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,91) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1,54$; $p=0,124$; $p>0,05$). Olay bildirim tutumu toplam ölçek boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,07) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=3,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=0,44$; $p=0,655$; $p>0,05$).

Örgütsel faktörler alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,39) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,45) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,51$; $p=0,608$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,04) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,12) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-1,04$; $p=0,297$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli toplam ölçek boyutunda mesleği isteyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,22) ile mesleği istemeyerek seçen katılımcıların ortalaması (Ort=2,28) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=-0,81$; $p=0,445$; $p>0,05$).

Tablo 7. Meslekte isteklilik değişkenine ait bağımsız örneklem t testi sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	İsteklilik	n	Ort,	SS	t	p
Suçlama/Ayıplama	Evet	310	3,14	0,496	1,43	0,153
	Hayır	80	3,05	0,555		
Olay Bildirimi Kriterleri	Evet	310	3,21	0,447	-0,79	0,430
	Hayır	80	3,25	0,525		
Meslektaş Beklentisi	Evet	310	3,06	0,393	-0,80	0,419
	Hayır	80	3,10	0,400		
Olay Bildiriminin Faydası	Evet	310	2,89	0,481	-0,85	0,394
	Hayır	80	2,95	0,469		
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	Evet	310	3,05	0,707	1,54	0,124
	Hayır	80	2,91	0,728		
Olay Bildirimi Tutumu	Evet	310	3,07	0,325	0,44	0,655
	Hayır	80	3,05	0,333		
Örgütsel Faktörler	Evet	310	2,39	0,851	-0,51	0,608
	Hayır	80	2,45	0,905		
Bireysel Faktörler	Evet	310	2,04	0,732	-1,04	0,297
	Hayır	80	2,12	0,581		
Olay Bildirim Engeli	Evet	310	2,22	0,724	-0,81	0,445
	Hayır	80	2,28	0,656		

Tablo 8’de olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,40$; $p=0,238$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,24$; $p=0,293$; $p>0,05$). Olay bildiriminin faydası alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,68$; $p=0,169$; $p>0,05$). Olay bildirim prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,01$; $p=0,348$; $p>0,05$). Olay bildirim tutumu genel toplam ölçek boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,84$; $p=0,138$; $p>0,05$). Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,50$; $p=0,213$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,60$; $p=0,189$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli genel toplam ölçek boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,52$; $p=0,664$; $p>0,05$).

Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4,96$; $p=0,002$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Eğitim durumu ön lisans (Ort=3,09; SS=0,423), lisans (Ort=3,22; SS=0,473), lisansüstü (Ort=3,26; SS=0,430) olan katılımcıların olay bildirim kriterleri ortalamaları, eğitim durumu lise (Ort=3,65; SS=0,419) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Eğitim durumu lisans (Ort=3,22; SS=0,473) ve lisansüstü (Ort=3,26; SS=0,430) olan katılımcıların olay bildirim kriterleri ortalamaları, eğitim durumu ön lisans (Ort=3,09; SS=0,423) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Eğitim durumu lisans (Ort=3,22; SS=0,473) olan katılımcıların olay bildirim kriterleri ortalamaları, eğitim durumu lisansüstü (Ort=3,26; SS=0,430) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 8. Eğitim durumu alt faktörüne ait anova sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Eğitim Durumu	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- Lise	10	2,83	0,509	1,41	0,238	
	B- Ön Lisans	69	3,09	0,488			
	C- Lisans	250	3,13	0,499			
	D- Lisansüstü	61	3,18	0,568			
Olay Bildirim Kriterleri	A- Lise	10	3,65	0,419	4,96	0,002	B,C,D>A C,D>B C>D
	B- Ön Lisans	69	3,09	0,423			
	C- Lisans	250	3,22	0,473			
	D- Lisansüstü	61	3,26	0,430			
Meslektaş Beklentisi	A- Lise	10	2,91	0,353	1,24	0,293	
	B- Ön Lisans	69	3,02	0,382			
	C- Lisans	250	3,10	0,409			
	D- Lisansüstü	61	3,05	0,344			
Olay Bildiriminin Faydası	A- Lise	10	2,84	0,764	1,68	0,169	
	B- Ön Lisans	69	2,81	0,433			
	C- Lisans	250	2,94	0,456			
	D- Lisansüstü	61	2,86	0,550			
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	A- Lise	10	3,20	0,788	1,01	0,348	
	B- Ön Lisans	69	2,89	0,667			
	C- Lisans	250	3,03	0,703			
	D- Lisansüstü	61	3,09	0,782			
Olay Bildirimi Tutumu	A- Lise	10	3,08	0,297	1,84	0,138	
	B- Ön Lisans	69	2,98	0,302			
	C- Lisans	250	3,08	0,335			
	D- Lisansüstü	61	3,09	0,313			
Örgütsel Faktörler	A- Lise	10	2,56	1,031	1,50	0,213	
	B- Ön Lisans	69	2,43	0,833			
	C- Lisans	250	2,35	0,800			
	D- Lisansüstü	61	2,60	1,075			
Bireysel Faktörler	A- Lise	10	2,40	0,936	1,60	0,189	
	B- Ön Lisans	69	1,98	0,640			
	C- Lisans	250	2,08	0,684			
	D- Lisansüstü	61	1,95	0,793			
Olay Bildirim Engeli	A- Lise	10	2,48	0,961	0,52	0,664	
	B- Ön Lisans	69	2,21	0,680			
	C- Lisans	250	2,27	0,678			
	D- Lisansüstü	61	2,23	0,828			

Tablo 9’da olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının ekonomik durumu değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,89$; $p=0,151$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde

aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,31$; $p=0,33$; $p>0,05$). Olay bildiriminin faydası toplam ölçek boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,65$; $p=0,193$; $p>0,05$). Olay bildirimi prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,76$; $p=0,464$; $p>0,05$). Olay bildirimi tutumu genel toplam ölçek boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,92$; $p=0,148$; $p>0,05$). Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,89$; $p=0,151$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,45$; $p=0,235$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli genel toplam ölçek boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,73$; $p=0,177$; $p>0,05$).

Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların ekonomik durumuna göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,60$; $p=0,028$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Ekonomik durumu yüksek (Ort=3,26; SS=0,546) olan katılımcıların suçlama/ayıplama ortalamaları, ekonomik durumu düşük (Ort=2,98; SS=0,407) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 9. Ekonomik durum değişkenine ait ANOVA sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Ekonomik Durumu	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- Düşük	42	2,98	0,407	3,60	0,028	C>A
	B- Orta	299	3,12	0,512			
	C- Yüksek	49	3,26	0,546			
Olay Bildirim Kriterleri	A- Düşük	42	3,09	0,351	1,89	0,151	
	B- Orta	299	3,22	0,476			
	C- Yüksek	49	3,28	0,462			
Meslektaş Beklentisi	A- Düşük	42	3,03	0,310	0,31	0,733	
	B- Orta	299	3,08	0,407			
	C- Yüksek	49	3,07	0,378			
Olay Bildiriminin Faydası	A- Düşük	42	2,86	0,398	1,65	0,193	
	B- Orta	299	2,93	0,478			
	C- Yüksek	49	2,80	0,533			

Tablo 9. (Devamı)

Ölçek ve Alt Boyut	Ekonomik Durumu	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Olay Bildirimi Prosedürlerinin Anlaşılabilirliği	A- Düşük	42	2,94	0,664	0,76	0,464	
	B- Orta	299	3,01	0,704			
	C-Yüksek	49	3,12	0,800			
Olay Bildirimi Tutumu	A- Düşük	42	2,98	0,242	1,92	0,148	
	B- Orta	299	3,07	0,338			
	C- Yüksek	49	3,11	0,331			
Örgütsel Faktörler	A- Düşük	42	2,61	0,993	1,89	0,151	
	B- Orta	299	2,36	0,796			
	C- Yüksek	49	2,50	1,089			
Bireysel Faktörler	A- Düşük	42	2,22	0,758	1,45	0,235	
	B- Orta	299	2,04	0,661			
	C- Yüksek	49	1,99	0,884			
Olay Bildirim Engeli	A- Düşük	42	2,42	0,793	1,73	0,177	
	B- Orta	299	2,20	0,657			
	C- Yüksek	49	2,24	0,911			

Tablo 10’da olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının meslek değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,86$; $p=0,136$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,48$; $p=0,218$; $p>0,05$). Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,13$; $p=0,335$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=2,19$; $p=0,088$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli toplam ölçek boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,44$; $p=0,721$; $p>0,05$).

Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,68$; $p=0,012$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Meslek değişkeni doktor (Ort=3,34; SS=0,487) olan katılımcıların suçlama/ayıplama ortalamaları, meslek değişkeni hemşire (Ort=3,07; SS=0,513) ve diğer sağlık çalışanları (Ort=3,12; SS=0,493) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Olay bildiriminin faydası alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,76$; $p=0,011$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı

farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Meslek değişkeni ebe (Ort=3,12; SS=0,527) olan katılımcıların olay bildiriminin faydası ortalamaları, meslek değişkeni doktor (Ort=2,77; SS=0,502) ve diğer sağlık çalışanları (Ort=2,82; SS=0,520) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Olay bildirim prosedürlerinin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=5,21; p=0,002; p<0,05). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Meslek değişkeni ebe (Ort=3,34; SS=0,579) ve doktor (Ort=3,24; SS=0,674) olan katılımcıların prosedürlerin anlaşılabilirliği ortalamaları, meslek değişkeni hemşire (Ort=3,00; SS=0,659) ve diğer sağlık çalışanı (Ort=2,85; SS=0,849) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Olay bildirim tutumu boyutu katılımcıların meslek değişkenine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4,40; p=0,005; p<0,05). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek amacıyla LSD post hoc testi kullanılmıştır. Meslek değişkeni ebe (Ort=3,26; SS=0,339) olan katılımcıların olay bildirim tutumu ortalamaları, meslek değişkeni diğer sağlık çalışanı (Ort=3,03; SS=0,345) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 10. Meslek değişkenine ait ANOVA sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Meslek	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- Hemşire	242	3,07	0,513	3,68	0,012	C>A,D
	B- Ebe	26	3,25	0,485			
	C- Doktor	38	3,34	0,487			
	D-Sağlık Çalışanı	84	3,12	0,493			
Olay Bildirim Kriterleri	A- Hemşire	242	3,19	0,468	1,86	0,136	
	B- Ebe	26	3,41	0,516			
	C- Doktor	38	3,25	0,448			
	D-Sağlık Çalışanı	84	3,22	0,434			
Meslektaş Beklentisi	A- Hemşire	242	3,04	0,401	1,48	0,218	
	B- Ebe	26	3,17	0,391			
	C- Doktor	38	3,06	0,356			
	D-Sağlık Çalışanı	84	3,12	0,388			

Tablo 10. (Devamı)

Ölçek ve Alt Boyut	Meslek	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Olay Bildiriminin Faydası	A- Hemşire	242	2,93	0,446	3,76	0,011	B>C,D
	B- Ebe	26	3,12	0,527			
	C- Doktor	38	2,77	0,502			
	D-Sağlık Çalışanı	84	2,82	0,520			
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	A- Hemşire	242	3,00	0,659	5,21	0,002	B,C>A,D
	B- Ebe	26	3,34	0,579			
	C- Doktor	38	3,24	0,674			
	D-Sağlık Çalışanı	84	2,85	0,849			
Olay Bildirimi Tutumu	A- Hemşire	242	3,05	0,317	4,40	0,005	B>D
	B- Ebe	26	3,26	0,339			
	C- Doktor	38	3,14	0,289			
	D-Sağlık Çalışanı	84	3,03	0,345			
Örgütsel Faktörler	A- Hemşire	242	2,39	0,801	1,13	0,335	
	B- Ebe	26	2,20	0,883			
	C- Doktor	38	2,58	1,157			
	D-Sağlık Çalışanı	84	2,45	0,868			
Bireysel Faktörler	A- Hemşire	242	2,11	0,719	2,19	0,088	
	B- Ebe	26	1,98	0,620			
	C- Doktor	38	1,80	0,740			
	D-Sağlık Çalışanı	84	2,03	0,648			
Olay Bildirim Engeli	A- Hemşire	242	2,25	0,699	0,44	0,721	
	B- Ebe	26	2,09	0,698			
	C- Doktor	38	2,19	0,864			
	D-Sağlık Çalışanı	84	2,24	0,674			

Tablo 11’de olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının çalışma süresi değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,64$; $p=0,584$; $p>0,05$). Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,48$; $p=0,218$; $p>0,05$). Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,31$; $p=0,268$; $p>0,05$). Olay bildiriminin faydası alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,87$; $p=0,452$; $p>0,05$). Olay bildirimi prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,93$; $p=0,426$; $p>0,05$). Olay bildirimi tutumu boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark

bulunamamıştır ($F=1,40$; $p=0,240$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,39$; $p=0,244$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=2,22$; $p=0,085$; $p>0,05$).

Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışma süresine göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,21$; $p=0,023$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışma süresi değişkeni 6-10 yıl (Ort=2,63; SS=0,923) olan katılımcıların örgütsel faktörler ortalamaları, çalışma süresi değişkeni 0-5 yıl (Ort=2,30; SS=0,908) ve 16 yıl ve üzeri (Ort=2,33; SS=0,742) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 11. Çalışma süresi değişkenine ait ANOVA sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Çalışma Süresi	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- 0-5 yıl	129	3,14	0,506	0,64	0,584	
	B- 6-10 yıl	100	3,06	0,547			
	C- 11-15 yıl	59	3,14	0,497			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	3,14	0,486			
Olay Bildirim Kriterleri	A- 0-5 yıl	129	3,17	0,479	1,48	0,218	
	B- 6-10 yıl	100	3,17	0,498			
	C- 11-15 yıl	59	3,28	0,473			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	3,27	0,397			
Meslektaş Beklentisi	A- 0-5 yıl	129	3,09	0,400	1,31	0,268	
	B- 6-10 yıl	100	3,01	0,399			
	C- 11-15 yıl	59	3,10	0,409			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	3,10	0,369			
Olay Bildiriminin Faydası	A- 0-5 yıl	129	2,85	0,459	0,87	0,452	
	B- 6-10 yıl	100	2,91	0,491			
	C- 11-15 yıl	59	2,92	0,537			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	2,95	0,456			
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	A- 0-5 yıl	129	3,06	0,787	0,93	0,426	
	B- 6-10 yıl	100	2,93	0,700			
	C- 11-15 yıl	59	2,99	0,653			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	3,06	0,656			
Olay Bildirimi Tutumu	A- 0-5 yıl	129	3,06	0,344	1,40	0,240	
	B- 6-10 yıl	100	3,01	0,298			
	C- 11-15 yıl	59	3,09	0,328			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	3,11	0,326			

Tablo 11. (Devamı)

Ölçek ve Alt Boyut	Çalışma Süresi	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Örgütsel Faktörler	A- 0-5 yıl	129	2,30	0,908	3,21	0,023	B>A,D
	B- 6-10 yıl	100	2,63	0,923			
	C- 11-15 yıl	59	2,39	0,792			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	2,33	0,742			
Bireysel Faktörler	A- 0-5 yıl	129	1,96	0,714	1,39	0,244	
	B- 6-10 yıl	100	2,12	0,764			
	C- 11-15 yıl	59	2,01	0,508			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	2,13	0,720			
Olay Bildirim Engeli	A- 0-5 yıl	129	2,13	0,761	2,22	0,085	
	B- 6-10 yıl	100	2,37	0,747			
	C- 11-15 yıl	59	2,20	0,555			
	D- 16 yıl ve üzeri	102	2,23	0,672			

Tablo 12’de olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının çalışılan birim değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Olay bildiriminin faydası alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,32$; $p=0,246$; $p>0,05$). Olay bildirim prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,31$; $p=0,251$; $p>0,05$).

Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4,87$; $p=0,000$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=3,34; SS=0,461) olan katılımcıların suçlama/ayıplama ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,09; SS=0,472), ameliyathane (Ort=2,98; SS=0,658), yoğun bakım (Ort=2,84; SS=0,535) ve diğer (Ort=3,11; SS=0,435) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,09; SS=0,472), acil (Ort=3,16; SS=0,556), laboratuvar (Ort=3,43; SS=0,252) ve diğer (Ort=3,11; SS=0,435) olan katılımcıların suçlama/ayıplama ortalamaları, çalışılan birim değişkeni yoğun bakım (Ort=2,84; SS=0,535) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,30$; $p=0,003$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır.

Çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=3,40; SS=0,404) olan katılımcıların olay bildirim kriterleri ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,16; SS=0,474), acil (Ort=3,17; SS=0,457), ameliyathane (Ort=3,17; SS=0,475), yoğun bakım (Ort=3,06; SS=0,614) ve diğer (Ort=3,23; SS=0,374) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,00$; $p=0,007$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=3,20; SS=0,408) olan katılımcıların meslektaş beklentisi ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,03; SS=0,390), yoğun bakım (Ort=2,93; SS=0,405) ve diğer (Ort=3,07; SS=0,336) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışılan birim değişkeni laboratuvar (Ort=3,43; SS=0,149) olan katılımcıların meslektaş beklentisi ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,03; SS=0,390), ameliyathane (Ort=3,06; SS=0,457) yoğun bakım (Ort=2,93; SS=0,405) ve diğer (Ort=3,07; SS=0,336) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Olay bildirim tutumu boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=2,70$; $p=0,014$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=3,18; SS=0,337) olan katılımcıların olay bildirim tutumu ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=3,05; SS=0,298), acil (Ort=3,02; SS=0,289), ameliyathane (Ort=2,98; SS=0,352), yoğun bakım (Ort=2,98; SS=0,390) ve diğer (Ort=3,07; SS=0,331) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,68$; $p=0,001$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni ameliyathane (Ort=2,78; SS=0,804) ve yoğun bakım (Ort=2,75; SS=0,780) olan katılımcıların örgütsel faktörler ortalamaları, çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=2,34; SS=0,966) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Çalışılan birim değişkeni acil (Ort=2,54; SS=0,813), ameliyathane (Ort=2,78; SS=0,804), yoğun bakım (Ort=2,75; SS=0,780) ve laboratuvar (Ort=3,08; SS=1,025) olan katılımcıların örgütsel faktörler ortalamaları, çalışılan birim değişkeni servisler (Ort=2,24; SS=0,839) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışılan birim değişkeni ameliyathane (Ort=2,78; SS=0,804) ve yoğun bakım (Ort=2,75; SS=0,780) olan

katılımcıların örgütsel faktörler ortalamaları, çalışılan birim değişkeni diğer (Ort=2,35; SS=0,770) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=2,64; p=0,016; p<0,05). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni yoğun bakım (Ort=2,46; SS=0,822) olan katılımcıların bireysel faktörler ortalamaları, çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=1,91; SS=0,707), servisler (Ort=2,06; SS=0,688), acil (Ort=2,08; SS=0,583), ameliyathane (Ort=2,08; SS=0,774) ve diğer (Ort=1,96; SS=0,626) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Olay bildirim engeli boyutu katılımcıların çalışılan birime göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,10; p=0,006; p<0,05). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışılan birim değişkeni ameliyathane (Ort=2,43; SS=0,750) olan katılımcıların olay bildirim engel ortalamaları, çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=2,13; SS=0,777) ve servisler (Ort=2,15; SS=0,672) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Çalışılan birim değişkeni yoğun bakım (Ort=2,60; SS=0,775) olan katılımcıların olay bildirim engel ortalamaları, çalışılan birim değişkeni poliklinik (Ort=2,13; SS=0,777), servisler (Ort=2,15; SS=0,672) ve diğer (Ort=2,15; SS=0,613) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 12. Çalışılan birim değişkenine ait ANOVA sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Birim	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- Poliklinik	71	3,34	0,461	4,870	0,000	A>B,D,E,G B,C,F,G>E
	B- Servisler	140	3,09	0,472			
	C- Acil	40	3,16	0,556			
	D- Ameliyathane	33	2,98	0,658			
	E- Yoğun Bakım	32	2,84	0,535			
	F- Laboratuvar	5	3,43	0,252			
	G- Diğer	69	3,11	0,435			
Olay Bildirim Kriterleri	A- Poliklinik	71	3,40	0,404	3,305	0,003	A>B,C,D,E,G
	B- Servisler	140	3,16	0,474			
	C- Acil	40	3,17	0,457			
	D- Ameliyathane	33	3,17	0,475			
	E- Yoğun Bakım	32	3,06	0,614			
	F- Laboratuvar	5	3,50	0,263			
	G- Diğer	69	3,23	0,374			

Tablo 12. (Devamı)

Ölçek ve Alt Boyut	Birim	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Meslektaş Beklentisi	A- Poliklinik	71	3,20	0,408	3,005	0,007	A>B,E,G F>B,D,E,G
	B- Servisler	140	3,03	0,390			
	C- Acil	40	3,08	0,369			
	D- Ameliyathane	33	3,06	0,457			
	E- Yoğun Bakım	32	2,93	0,405			
	F- Laboratuvar	5	3,43	0,149			
	G- Diğer	69	3,07	0,336			
Olay Bildiriminin Faydası	A- Poliklinik	71	2,90	0,648	1,321	0,246	
	B- Servisler	140	2,90	0,424			
	C- Acil	40	2,75	0,352			
	D- Ameliyathane	33	2,96	0,557			
	E- Yoğun Bakım	32	3,05	0,410			
	F- Laboratuvar	5	3,00	0,244			
	G- Diğer	69	2,90	0,434			
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	A- Poliklinik	71	3,06	0,643	1,312	0,251	
	B- Servisler	140	3,09	0,642			
	C- Acil	40	2,95	0,732			
	D- Ameliyathane	33	2,72	0,839			
	E- Yoğun Bakım	32	3,01	0,665			
	F- Laboratuvar	5	2,90	0,223			
	G- Diğer	69	3,02	0,857			
Olay Bildirimi Tutumu	A- Poliklinik	71	3,18	0,337	2,705	0,014	A>B,C,D,E,G
	B- Servisler	140	3,05	0,298			
	C- Acil	40	3,02	0,289			
	D- Ameliyathane	33	2,98	0,352			
	E- Yoğun Bakım	32	2,98	0,390			
	F- Laboratuvar	5	3,25	0,070			
	G- Diğer	69	3,07	0,331			
Örgütsel Faktörler	A- Poliklinik	71	2,34	0,966	3,686	0,001	D,E>A C,D,E,F>B D,E>G
	B- Servisler	140	2,24	0,839			
	C- Acil	40	2,54	0,813			
	D- Ameliyathane	33	2,78	0,804			
	E- Yoğun Bakım	32	2,75	0,780			
	F- Laboratuvar	5	3,08	1,025			
	G- Diğer	69	2,35	0,770			
Bireysel Faktörler	A- Poliklinik	71	1,91	0,707	2,649	0,016	E>A,B,C,D,G
	B- Servisler	140	2,06	0,688			
	C- Acil	40	2,08	0,583			
	D- Ameliyathane	33	2,08	0,774			
	E- Yoğun Bakım	32	2,46	0,822			
	F- Laboratuvar	5	2,25	1,015			
	G- Diğer	69	1,96	0,626			
Olay Bildirim Engeli	A- Poliklinik	71	2,13	0,777	3,101	0,006	D>A,B E>A,B,G
	B- Servisler	140	2,15	0,672			
	C- Acil	40	2,31	0,643			
	D- Ameliyathane	33	2,43	0,750			
	E- Yoğun Bakım	32	2,60	0,775			
	F- Laboratuvar	5	2,66	0,946			
	G- Diğer	69	2,15	0,613			

Tablo 13'te olay bildirim tutum ve olay bildirim engel ölçeği ve alt boyutlarının çalışma şekli değişkenine ait ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir. Suçlama/ayıplama alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,36$; $p=0,782$; $p>0,05$). Olay bildirim prosedürlerin anlaşılabilirliği alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,40$; $p=0,751$; $p>0,05$). Olay bildirim tutumu boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=1,65$; $p=0,177$; $p>0,05$). Örgütsel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,90$; $p=0,438$; $p>0,05$). Bireysel faktörler alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,84$; $p=0,470$; $p>0,05$). Olay bildirim engeli boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,90$; $p=0,439$; $p>0,05$).

Olay bildirim kriterleri alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,26$; $p=0,022$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışma şekli değişkeni gündüz ($Ort=3,30$; $SS=0,432$) olan katılımcıların olay bildirim kriterleri ortalamaları, çalışma şekli değişkeni gece/gündüz ($Ort=3,17$; $SS=0,472$) ve diğer ($Ort=2,96$; $SS=0,697$) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Meslektaş beklentisi alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,38$; $p=0,018$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışma şekli değişkeni gündüz ($Ort=3,30$; $SS=0,386$) ve gece/gündüz ($Ort=3,06$; $SS=0,378$) olan katılımcıların meslektaş beklentisi ortalamaları, çalışma şekli değişkeni gece ($Ort=2,74$; $SS=0,540$) olan katılımcılara göre daha yüksektir. Olay bildirim faydası alt boyutu katılımcıların çalışma şekline göre değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,16$; $p=0,024$; $p<0,05$). Gruplar arasında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında oluştuğunu ortaya koymak amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Çalışma şekli değişkeni gündüz ($Ort=2,99$; $SS=0,503$) olan katılımcıların olay bildirim faydası ortalamaları, çalışma şekli değişkeni gece/gündüz ($Ort=2,85$; $SS=0,523$) olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Tablo 13. Çalışma şekli değişkenine ait ANOVA sonuçları

Ölçek ve Alt Boyut	Çalışma Şekli	n	Ort,	SS	F	p	Anlamlı Fark
Suçlama/Ayıplama	A- Gece	9	3,03	0,622	0,36	0,782	
	B- Gündüz	153	3,13	0,487			
	C- Gece/Gündüz	218	3,13	0,520			
	D- Diğer	10	2,98	0,558			
Olay Bildirim Kriterleri	A- Gece	9	3,16	0,478	3,26	0,022	B>C,D
	B- Gündüz	153	3,30	0,432			
	C- Gece/Gündüz	218	3,17	0,472			
	D- Diğer	10	2,96	0,697			
Meslektaş Beklentisi	A- Gece	9	2,74	0,540	3,38	0,018	B,C>A
	B- Gündüz	153	3,12	0,386			
	C- Gece/Gündüz	218	3,06	0,378			
	D- Diğer	10	2,96	0,554			
Olay Bildiriminin Faydası	A- Gece	9	2,68	0,145	3,16	0,024	B>C
	B- Gündüz	153	2,99	0,503			
	C- Gece/Gündüz	218	2,85	0,460			
	D- Diğer	10	2,96	0,523			
Olay Bildirimi Prosedürlerin Anlaşılabilirliği	A- Gece	9	3,27	0,440	0,40	0,751	
	B- Gündüz	153	3,01	0,671			
	C- Gece/Gündüz	218	3,01	0,756			
	D- Diğer	10	3,05	0,550			
Olay Bildirimi Tutumu	A- Gece	9	2,98	0,415	1,65	0,177	
	B- Gündüz	153	3,11	0,315			
	C- Gece/Gündüz	218	3,04	0,328			
	D- Diğer	10	2,98	0,346			
Örgütsel Faktörler	A- Gece	9	2,35	1,080	0,90	0,438	
	B- Gündüz	153	2,32	0,801			
	C- Gece/Gündüz	218	2,46	0,883			
	D- Diğer	10	2,62	1,093			
Bireysel Faktörler	A- Gece	9	2,25	0,910	0,84	0,470	
	B- Gündüz	153	2,01	0,676			
	C- Gece/Gündüz	218	2,07	0,707			
	D- Diğer	10	2,30	0,864			
Olay Bildirim Engeli	A- Gece	9	2,30	0,801	0,90	0,439	
	B- Gündüz	153	2,17	0,674			
	C- Gece/Gündüz	218	2,26	0,720			
	D- Diğer	10	2,46	0,943			

Olay bildirim tutum ölçeği ile olay bildirim engel ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda ilişkinin düzeyi değerlendirilirken Cohen'in (2013) belirttiği ölçütler

temel alınmış; r katsayısının 0,50 ve üzerindeki değerleri güçlü, 0,30–0,50 aralığındakiler orta ve 0,10–0,29 arasındaki değerler ise zayıf ilişki olarak yorumlanmıştır.

Tablo 14. Olay bildirim tutum ölçeğinin alt faktörlerinin pearson korelasyon analizi sonuçları

Alt Boyutlar	M	SD	1	2	3	4	5
1,Suçlama/Ayıplama	3,12	0,510	-				
2,Olay Bildirim Kriterleri	3,21	0,464	,516**	-			
3,Meslektaş Beklentisi	3,07	0,394	,592**	,571**	-		
4,Olay Bildirimin Faydası	2,90	0,479	-,024	,109*	,103*	-	
5,Prosedür Anlaşılabilirliği	3,02	0,712	,252**	,288**	,108*	,153**	-

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

Tablo 14'te olay bildirim tutum ölçeğinin alt faktörlerinin Pearson Korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Suçlama/ayıplama alt faktör ile olay bildirim kriterleri ($r=0,516$) ve meslektaş beklentisi ($r=0,592$) alt faktörleri arasında güçlü ilişki; olay bildirimin faydası ($r=-,024$) ve prosedür anlaşılabilirliği ($r=0,252$) alt faktörü arasında zayıf ilişki vardır. Olay bildirim kriterleri alt faktör ile meslektaş beklentisi ($r=0,571$) alt faktörü arasında güçlü ilişki; olay bildirimin faydası ($r=0,109$) ve prosedür anlaşılabilirliği ($r=0,288$) alt faktörü arasında zayıf ilişki vardır. Olay bildirimi faydası alt faktörü ile prosedür anlaşılabilirliği ($r=0,108$) alt faktörleri arasında zayıf ilişki vardır.

Tablo 15. Olay bildirim engel ölçeğinin alt faktörlerinin pearson korelasyon analizi sonuçları

Alt Boyutlar	M	SD	1	2	3
1,Örgütsel Faktörler	2,41	0,862	-		
2,Bireysel Faktörler	2,05	0,704	,642**	-	

**p<0,001

Tablo 15'te olay bildirim engel ölçeğinin alt faktörlerinin Pearson Korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Örgütsel faktörler alt faktör ile bireysel faktörler ($r=0,642$) arasında güçlü ilişki vardır.

Tablo 16. Olay bildirim tutumu ve olay bildirim engel ölçeğine ait basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Olay Bildirim Tutum	B	SE	β	t	p
Sabit	3,460	0,051		68,290	0,000
Olay Bildirim Engel	-0,174	0,022	-0,379	-8,059	0,000
$R=0,379$, $R^2=0,143$, A, $R^2=0,141$, $F=64,950$, $p=0,000$					

Tablo 16’da araştırmanın bağımsız değişkeni olan olay bildirim engellerinin olay bildirim tutumu bağımlı değişkeni üzerindeki etkisinin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucuna göre, kurulan model uygun olup, bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu olmadığı (Tolerans>0.20; VIF<10) görülmüştür (Hair vd., 2010). Olay bildirim engellerinin olay bildirim tutumu üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir ($F=64,950$, $t=68,290$, $p<0,001$). Oluşturulan model toplam varyansın %14’ünü açıklamaktadır ($R^2=0,143$). Başka bir deyişle, modelin açıklayıcılık gücü %14’tür. Olay bildirim engellerinin olay bildirim tutumunu açıklamada anlamlı ve negatif katkısı bulunmaktadır ($\beta=-0,379$, $p<0,001$). Başka bir deyişle, olay bildirim engellerinin olay bildirim tutumu üzerinde anlamlı ve negatif yönde %14,3 etkisi bulunmaktadır. Ek olarak, olay bildirim engelleri ortalamasının artması olay bildirim tutumunun azalmasına neden olmaktadır.

Araştırma kapsamında geliştirilen hipotezler istatistiksel analiz sonuçları doğrultusunda değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, olay bildirim engellerinin sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumunu anlamlı düzeyde etkilediğini ifade eden H1 hipotezi kabul edilmiştir. Olay bildirim tutumu ile olay bildirim engelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu öngören H2 hipotezi de kabul edilmiştir. Demografik değişkenlere ilişkin hipotezler incelendiğinde; olay bildirim tutumunun cinsiyet (H3), medeni durum (H4), eğitim durumu (H5), mesleğe isteyerek başlama durumu (H6), ekonomik durum (H7), çalışma süresi (H9), çalışılan birim (H10) ve çalışma şekli (H11) değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiş, bu nedenle söz konusu hipotezler reddedilmiştir. Buna karşılık, olay bildirim tutumunun meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği ve özellikle ebe olarak görev yapan sağlık çalışanlarının olay bildirim tutum puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş, bu doğrultuda H8 hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca, olay bildirim engellerinin olay bildirim tutumunun anlamlı bir yordayıcısı olduğunu öngören H12 hipotezi de regresyon analizi sonuçlarına göre kabul edilmiştir. Olay bildirim engellerinin alt boyutları değerlendirildiğinde, örgütsel faktörlerin olay bildirim tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ifade eden H13 hipotezi ile bireysel faktörlerin olay bildirim tutumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu ifade eden H14 hipotezi de kabul edilmiştir. Genel olarak elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının olay bildirimine yönelik tutumlarının demografik özelliklerden çok, olay bildirim sürecinde karşılaşılan örgütsel ve bireysel engellerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, özellikle örgütsel süreçlerin iyileştirilmesi, cezalandırıcı olmayan bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve

Çalışanların farkındalık düzeylerinin artırılmasına yönelik uygulamaların olay bildirim tutumunun geliştirilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

5.TARTIşMA

Araştırmada sağlık çalışanlarının olay bildirim tutumlarının yüksek, olay bildirim engellerinin ise genel olarak düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, katılımcıların olay bildiriminin hasta güvenliği açısından önemini benimsediklerini ve raporlama davranışına genel olarak olumlu yaklaştıklarını göstermektedir. Bununla birlikte toplam engel puanının düşük olması, bütün çalışanların aynı deneyime sahip olduğu veya kurumda raporlamayı sınırlayan hiçbir koşul bulunmadığı anlamına gelmez. Engel maddeleri ve alt boyutları, hedeflenmiş iyileştirme alanlarını belirlemek için ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Türkiye’de yürütölen çalışmalar, güvenlik költürü algısı ile olay bildirim arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Kaya vd. (2023), güvenlik költürünün hata ve olay bildirimle bağlantılı olduğunu; Aydemir ve Koç (2023) ise hemşirelerin güvenlik költürü ve tutumlarının yönetim, ekip çalışması ve çalışma koşullarından etkilendiğini bildirmiştir. Bu araştırmadaki olumlu tutum düzeyi, kurumda raporlama bilincinin belirli ölçüde yerleştiğini düşöndürmekle birlikte, költürün sürdürölebilmesi için yönetsel destek ve geri bildirimin devamlı olması gerekir.

Araştırmada olay bildirim engelleri arttıkça olay bildirim tutumunun azaldığı belirlenmiştir. Bu sonuç, engellerin yalnızca teknik güçlüklerden ibaret olmadığını; çalışanların raporlamanın yararına, güvenliğine ve uygulanabilirliğine ilişkin değerlendirmelerini etkilediğini göstermektedir. Sistematik derlemelerde cezalandırılma korkusu, geri bildirim eksikliği, zaman baskısı, yetersiz liderlik desteği ve karmaşık sistemler en sık bildirilen engeller arasında yer almaktadır (Aljabari ve Kadhim, 2021; Hamed ve Konstantinidis, 2022; Fekadu vd., 2025).

Ebe olarak çalışan katılımcıların olay bildirim tutum puanlarının bazı diğer meslek gruplarından yüksek bulunması, mesleki eğitim, bakım sorumluluğu, birim özellikleri ve güvenlik olaylarıyla karşılaşma sıklığı gibi etkenlerle ilişkili olabilir. Ancak meslek grupları arasındaki katılımcı sayıları ve çalışma ortamları farklı olduğundan bu sonuç doğrudan mesleğin etkisi olarak yorumlanmamalıdır. İlerideki araştırmalarda meslek gruplarının çalıştığı birimler, vardiya yükü, yönetim desteği ve daha önceki bildirim deneyimleri birlikte incelenmelidir.

Çalışma koşulları, olay riski ile bildirim kapasitesini aynı anda etkileyebilir. Yoğun iş yükü ve tükenmişlik, çalışanların dikkat ve karar verme süreçlerini

zorlaştırırken olay sonrasında raporlamaya ayırabilecekleri zamanı da azaltabilir. Li vd. (2024) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz, hemşire tükenmişliğinin daha düşük güvenlik ve bakım kalitesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle kurumda raporlama eğitimiyle birlikte personel planlaması, vardiya düzeni ve iş akışı da değerlendirilmelidir.

Ramak kala olaylar ve düşük zararlı olaylar, çalışanlar tarafından raporlanmaya değer görülmeyebilir. Alfayez vd. (2026), yakın olay bildiriminde güvenlik kültürü, liderlik desteği, açık iletişim ve cezalandırıcı olmayan yaklaşımın belirleyici olduğunu göstermiştir. Kurumun yalnızca ciddi sonuç doğuran olayları değil, zarar oluşmadan yakalanan riskleri de öğrenme fırsatı olarak ele alması; olay tanımlarını örneklerle açıklaması ve ramak kala bildirimlerinden yapılan iyileştirmeleri çalışanlarla paylaşması önemlidir.

Olay bildirim verileri, gerçek olay sıklığının doğrudan ölçümü olarak yorumlanmamalıdır. Rapor sayısının artması, güvenliğin kötüleşmesinden çok çalışanların sisteme güvenmeye ve olayları görünür kılmaya başladığını gösterebilir. Bu nedenle kurum performansı; rapor sayısı yanında olay türleri, tekrar eden örüntüler, analiz süresi, geri bildirim oranı ve tamamlanan iyileştirme faaliyetleriyle birlikte değerlendirilmelidir (Macrae, 2016; WHO, 2020).

Araştırmanın tek bir kamu hastanesinde ve kesitsel tasarımla yürütülmüş olması, bulguların genellenebilirliğini ve nedensel yorumları sınırlandırmaktadır. Verilerin öz bildirim dayandırması sosyal beğenirlik ve hatırlama etkisine açıktır. Buna rağmen çalışma, aynı kurumda olay bildirim tutumu ile bireysel, kurumsal ve sistemsel engeller arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak yerel iyileştirme planları için doğrudan kullanılabilecek veri sunmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlama engellerinin, olay bildirimine yönelik tutum üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yürütülmüş ve toplam 390 katılımcıdan elde edilen veriler analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik dağılımı; kadınların çoğunlukta olduğu, meslek grubu olarak hemşirelerin ağırlıkta bulunduğu, eğitim düzeyinin büyük ölçüde lisans ve üzeri olduğu ve katılımcıların önemli bir kısmının vardiyalı (gece/gündüz) çalıştığı bir örnekleme işaret etmektedir. Ortalama yaşı 30'lu yaşların başı-ortası aralığında olması, kurumun aktif hizmet yükünü taşıyan çalışma çağındaki bir profili yansıttığını düşündürmektedir.

Katılımcıların olay bildirim tutumu toplam puan ortalamasının 3'ün üzerinde olması, genel olarak raporlamaya "tam karşıt" bir yaklaşım olmadığını; bununla birlikte tutumun "çok güçlü" düzeyde içselleştiğini söylemek için yeterli bir seviyeye de ulaşmadığını göstermektedir. Alt boyutlar incelendiğinde; olay bildirim kriterleri ve suçlama/ayıplama boyutlarının ortalamalarının görece yüksek olması, çalışanların "hangi durumların bildirim konu olacağına" ilişkin zihinsel çerçeveyi belirli ölçüde kurabildiğini; ancak suçlama/ayıplama temasının hâlen önemli bir duyarlılık alanı olduğunu düşündürmektedir. Olay bildirimine ilişkin ortalamaların diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük seviyede kalması, raporlamanın çıktılarına (geri bildirim, iyileştirme, öğrenme) dair algının güçlendirilmesine ihtiyaç olduğunu işaret eder.

Engel toplam puanının 2'ler seviyesinde bulunması, katılımcıların engelleri "yüksek" algılamadığını, fakat tamamen ortadan kalkmış bir engel ikliminin de olmadığını göstermektedir. Özellikle örgütsel faktörlerin bireysel faktörlerden daha yüksek ortalamaya sahip olması; sorun alanının kişisel isteksizlikten ziyade sistem, işleyiş, kurum kültürü, zaman/iş yükü, geri bildirim mekanizmaları ve yönetsel destek gibi kurumsal değişkenlerde yoğunlaştığına işaret etmektedir. Nitekim "zaman gereksinimi", "arkadaş desteği", "kişisel bilgilerin gizliliği", "geri bildirim eksikliği", "sistem ve form zorluğu" gibi başlıklarda kararsızlık ve katılım oranlarının varlığı, engellerin özellikle süreç tasarımı ve kurum içi iletişim boyutunda ele alınması gerektiğini düşündürür.

Basit doğrusal regresyon sonucuna göre olay bildirim engelleri, olay bildirim tutumunu istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde etkilemektedir. Modelin açıklayıcılık gücü sınırlı olmakla birlikte (yaklaşık %14), pratik açıdan önemli bir mesaj

vermektedir. Kurum içinde raporlamayı zorlaştıran ya da caydıran koşullar (özellikle örgütsel nitelikte olanlar) azaltıldığında, raporlamaya yönelik tutumun güçlenmesi beklenir. Bu bulgu, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinde “bireyi ikna etme” kadar “sistemi iyileştirme” yaklaşımının da zorunlu olduğunu göstermektedir.

Bunun yanında korelasyon bulguları, tutumun alt boyutlarının birbirini besleyen bir yapı kurduğunu düşündürmektedir. Örneğin suçlama/ayıplama algısı ile kriterler ve meslektaş beklentisi arasındaki güçlü ilişkiler; kurum ikliminde “bildirim normu” ile “suçlama kaygısı”nın aynı anda var olabildiğini, yani raporlama kültürünün bir yönüyle benimsendiği ancak hâlen güven iklimi ile tam desteklenemediğini ima eder.

Araştırmada cinsiyet, medeni durum ve mesleği isteyerek seçme değişkenleri birçok alt boyutta anlamlı farklılık üretmemiş; bu durum, olay bildirim tutumu ve engellerin bazı yönlerinin demografiden bağımsız, daha çok kurumsal düzeneklerle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Erkek katılımcıların örgütsel engelleri daha yüksek algılaması; kurumsal süreçlere erişim, yönetimle iletişim, rol dağılımı, birim içi destek ve raporlama sonrası süreçlere ilişkin deneyimlerin farklılaştığını düşündürülebilir. Bu farklılık, “tek tip” müdahaleler yerine alt grupların deneyimini dikkate alan düzenlemelerin önemini artırır. Doktor grubunun suçlama/ayıplama boyutunun daha yüksek ortalamaya sahip olması, raporlama süreçlerinin “kişisel sorumluluk ve görünürlük” üzerinden deneyimlendiğine ve mesleki/etik baskı algısının daha belirgin olabildiğine işaret edebilir. Ebe grubunda olay bildiriminin faydası, prosedürlerin anlaşılabilirliği ve genel tutumun daha yüksek olması ise raporlamanın iş akışına entegrasyonunun ve prosedürel netliğin belirli meslek gruplarında daha güçlü algılanabildiğini düşündürmektedir.

Araştırma bulguları, istenmeyen olay raporlama engellerinin olay bildirim tutumunu anlamlı ve negatif yönde etkilediğini ortaya koyduğundan, öncelikle kurum düzeyinde “cezalandırıcı olmayan” bir raporlama kültürünün güçlendirilmesi önerilmektedir. Bu kapsamda raporlamanın bir “suçlu bulma” mekanizması değil, hasta güvenliğini geliştiren bir öğrenme ve iyileştirme aracı olduğu yönündeki kurumsal yaklaşımın yönetsel söylem ve uygulamalarla tutarlı biçimde görünür kılınması önem taşımaktadır. Çalışanların kimlik bilgilerinin korunacağına ve bildirimin mesleki kariyer açısından olumsuz sonuç doğurmayacağına ilişkin güvenin artırılması; gizlilik ilkelerinin açık biçimde tanımlanması, raporlama süreçlerinde erişim yetkilerinin şeffaflaştırılması ve mümkün olan durumlarda anonim/yarı anonim bildirim seçeneklerinin değerlendirilmesiyle desteklenebilir. Ayrıca bildirimin faydasına ilişkin algının görece düşük düzeyde kalması dikkate alındığında, yapılan bildirimlerin hangi

düzeltilici-önleyici faaliyetlere dönüştüğünün çalışanlara düzenli olarak geri bildirilmesi, raporlama davranışını pekiştirecek ve “bildirim yapmanın bir karşılığı olmadığı” yönündeki algıyı azaltacaktır. Bu amaçla kalite ve hasta güvenliği birimlerinin yalnızca bildirimleri toplamakla sınırlı kalmayan, analiz eden, iyileştirme döngüsü kuran ve sonuçları kurum geneline anlaşılır biçimde duyuran bir yapıda güçlendirilmesi uygun olacaktır.

Bununla birlikte engellerin özellikle örgütsel faktörler boyutunda yoğunlaştığı ve bazı meslek grupları ile kıdem düzeylerinde farklılaşabildiği dikkate alındığında, raporlama sisteminin iş akışıyla uyumlu hale getirilmesi ve süreçlerin sadeleştirilmesi önerilmektedir. Olay bildirim form ve sistemlerinin kullanıcı dostu olacak şekilde düzenlenmesi, bildirim için gereken sürenin azaltılması ve raporlamanın vardiya düzeni içinde “ek iş” olmaktan çıkarılarak rutinin bir parçası haline getirilmesi; zaman ve iş yükü kaynaklı bariyerleri azaltabilir. Ayrıca birim sorumlularının ve kıdemli çalışanların destekleyici liderlik davranışları sergilemesi, ekip içinde raporlamayı teşvik eden ve güvenli iletişimi artıran bir iklimin kurulmasına katkı sağlayacaktır. Meslek grupları arasında belirlenen farklılıklar doğrultusunda, özellikle suçlama/ayıplama algısının daha yüksek olabildiği gruplarda “adil kültür (just culture)” yaklaşımı temelli farkındalık çalışmaları yapılması; prosedürlerin anlaşılabilirliğini ve raporlamanın faydasını güçlendirecek örnek olay temelli eğitimlerin düzenlenmesi ve birim bazlı kısa geri bildirim toplantılarıyla öğrenme kültürünün sürekli kılınması, tutumu güçlendirerek raporlama davranışının sürdürülebilirliğini destekleyecektir.

Araştırma bulguları doğrultusunda Gümüşhane Devlet Hastanesi özelinde değerlendirildiğinde, istenmeyen olay bildirim kültürünün daha da güçlendirilmesine yönelik kurumsal uygulamaların geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda, sağlık çalışanlarının olay bildirim sistemine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik düzenli hizmet içi eğitim programlarının planlanması, olay bildiriminde bulunan çalışanlara sistemin işleyişi ve alınan iyileştirme önlemleri hakkında etkin geri bildirim mekanizmalarının oluşturulması, cezalandırıcı yaklaşımdan uzak, öğrenme odaklı ve hasta güvenliği kültürünü destekleyen bir yönetim anlayışının benimsenmesi önerilmektedir. Ayrıca, olay bildirim süreçlerinin dijital ortamda daha kolay erişilebilir ve kullanıcı dostu hale getirilmesi, yöneticilerin çalışanları raporlama konusunda teşvik edici liderlik davranışları sergilemeleri ve özellikle olay bildirim tutumunun görece daha düşük olduğu meslek gruplarına yönelik hedefe yönelik eğitim ve farkındalık faaliyetlerinin yürütülmesi, Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde hasta

güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve olay bildirim sisteminin etkinliğinin artırılmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Hospital survey on patient safety culture version 2.0: User's guide (AHRQ Publication No. 19-0076).
- Alfayez, A., Althumairi, A., Aljuwair, M., Althukair, D., ve Aljabri, D. (2026). Factors affecting patient safety near miss reporting: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 82(3), 2022–2035. <https://doi.org/10.1111/jan.70033>
- Aljabari, S., ve Kadhim, Z. (2021). Common barriers to reporting medical errors. *The Scientific World Journal*, 2021, 6494889. <https://doi.org/10.1155/2021/6494889>
- Aydemir, A., ve Koç, Z. (2023). Patient safety culture and attitudes among emergency care unit nurses in Türkiye. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 29(3), 195–204. <https://doi.org/10.26719/emhj.23.026>
- Baker, D. P., Day, R., ve Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41(4 Pt 2), 1576–1598. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., ve Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open*, 7, e017708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
- Bukvič, V. (2023). The European Foundation for Quality Management (EFQM) Model as an exquisite tool for the analysis of business excellence and its use in the healthcare industry. *Medical Research Archives*, 11(8). <https://doi.org/10.18103/mra.v11i8.4295>
- Chassin, M. R., ve Loeb, J. M. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *The Milbank Quarterly*, 91(3), 459–490. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
- Creswell, J. W., ve Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE.
- Çakmak, C., Konca, M., ve Teleş, M. (2018). Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 423–448.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- EFQM. (2025). The EFQM Model 2025. EFQM.

- Fekadu, G., Tobiano, G., Muir, R., Engidaw, M. T., ve Marshall, A. P. (2025). Factors influencing patient safety incident reporting in African healthcare organisations: A systematic integrative review. *BMC Health Services Research*, 25, 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12762-1>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., ve Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Pearson.
- Hamed, M. M. M., ve Konstantinidis, S. (2022). Barriers to incident reporting among nurses: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015 quality management systems—Requirements*.
- International Organization for Standardization. (2023). *ISO 7101:2023 healthcare organization management—Management systems for quality in healthcare organizations—Requirements*.
- Kaya, S., Banaz Goncuoglu, M., Mete, B., Asilkan, Z., Mete, A. H., Akturan, S., Tuncer, N., Yukselir Alasirt, F., Toka, O., Gunes, T., ve Gumus, R. (2023). Patient safety culture: Effects on errors, incident reporting, and patient safety grade. *Journal of Patient Safety*, 19(7), 439–446. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001152>
- Keleş, B. (2021). Sağlık çalışanlarının olay bildirimlerine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi].
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., ve Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., ve Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>
- Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. *BMJ Quality ve Safety*, 25(2), 71–75. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., ve Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8, e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Niñerola, A., Sánchez-Rebull, M.-V., ve Hernández-Lara, A.-B. (2020). Quality improvement in healthcare: Six Sigma systematic review. *Health Policy*, 124(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.002>
- Rathi, R., Vakharia, A., ve Shadab, M. (2022). Lean Six Sigma in the healthcare sector: A systematic literature review. *Materials Today: Proceedings*, 50, 773–781. <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.05.534>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Stavropoulou, C., Doherty, C., ve Tosey, P. (2015). How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, 93(4), 826–866. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları: Hastane (Sürüm 6).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Güvenlik Raporlama Sistemi. <https://grs.saglik.gov.tr/>
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (t.y.). Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM).
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., ve Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Winner, L. E., Reinhardt, E., Benishek, L., ve Marsteller, J. A. (2022). Lean management systems in health care: A review of the literature. *Quality Management in Health Care*, 31(4), 221–230. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000353>
- World Health Organization. (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance.
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.

- World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, ve The World Bank. (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.
- Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., ve Tortorella, G. (2020). Assessing the impact of Lean Healthcare on inpatient care: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5609. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>

EKLER

Ek 1. Anket Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSTENMEYEN OLAY RAPORLAMA ENGELLERİNİN TUTUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Değerli Katılımcı;

Bu araştırmada, Gümüşhane Devlet Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının istenmeyen olay raporlama engellerinin tutumu üzerindeki etkisini ölçmek amaçlanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen sağlık çalışanlarının sosyo demografik özellikleri ile istenmeyen olay raporlama engelleri ve tutum düzeyleri arasındaki anlamlı farklılıklar test edilecektir.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 1. Bölüm demografik bilgileri, 2. Bölüm Olay Bildirim Tutum Ölçeğini, 3. Bölüm ise Olay Bildirim Engelleri Ölçeğini içermektedir.

Ankete vereceğiniz cevaplar tamamen bilimsel amaç için kullanılacak olup tarafımızca saklı tutulacaktır. Ankete vereceğiniz cevaplar, araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için, her soruyu samimi şekilde cevaplamaya çalışmanız son derece önemlidir. Lütfen anketin üzerine isim belirtmeyiniz.

Bu çalışmaya gerekli özeni göstermenizi rica eder, şimdiden çok teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN/mervetekinarslan@gumushane.edu.tr

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nuran KOÇ/kocnuran@outlook.com

Gümüşhane Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, YL Öğrencisi

I. BÖLÜM

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız:.....

3. Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

4. Eğitim Durumunuz: Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü ()

5. Ekonomik Durumunuz Nedir? Düşük () Orta () Yüksek ()

6. Mesleğiniz:.....

7. Meslekte çalışma süreniz: 0-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl ve üzeri ()

8. Çalıştığınız birim:

9. Çalışma şekliniz: Gece () Gündüz () Gece/Gündüz () Diğer ()

10. Mesleği isteyerek mi seçtiniz?: Evet () Hayır ()

II. BÖLÜM:

OLAY BİLDİRİM TUTUM ÖLÇEĞİ

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

III. BÖLÜM:

OLAY BİLDİRİM ENGEL ÖLÇEĞİ

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

Ek 2. Bilimsel Çalışma İzni



T.C.
GÜMÜŞHANE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-60037490-044-276083595
Konu : Bilimsel Çalışma İzni Hk.

14.05.2025

GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Nuran KOÇ'un 08.05.2025 tarihli ve E-49229421-000-275793088 sayılı dilekçesi.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeye istinaden; Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran KOÇ'un "Sağlık Çalışanlarının İstenmeyen Olay Raporlama Engellerinin Tutumu Üzerindeki Etkisi: Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği" konulu bilimsel çalışması incelenmiş olup; uygulamasını sağlık tesisiniz bünyesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür. İlgili kişiye gerekli bilgilendirmenin yapılması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Emre KARATAŞ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge doğrulama kodu: B87F928D-5E89-4A36-96D4-BA8028B963E5

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Çamlıca Mahallesi - Papatya Sokak No:2 Merkez / GÜMÜŞHANE 29000
Telefon No: 0000000000
e-Posta: Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Aynur YALÇIN
Ebe
Telefon No: 04562131000 - 1232



ETİK KURUL KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU



Sayı : E-95674917-108.99-322069

Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Merve TEKİNARSLAN

“SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İSTENMEYEN OLAY RAPORLAMA ENGELLERİNİN TUTUMU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ” konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 27/03/2025 tarih ve 2025/4 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Selçuk ALEMDAĞ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 065Y-6161-0GU6

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gumushane-universitesi-ebys>

Adres:
Telefon No : Fax No :
e-Posta : <http://www.gumushane.edu.tr/>
Kep Adresi : gumushaneuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin :Özge GÖKAY
Memur
Dahili No:



1/1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Nuran KOÇ

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Gümüşhane Üniversitesi Sağlık
Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrenimi :

Bildiği Yabancı Diller :

Bilimsel Faaliyetler ve Yayınlar :

İş Deneyimi

Stajlar : Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü
Gümüşhane Devlet Hastanesi
Gümüşhane Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : Bayburt Devlet Hastanesi
Gümüşhane Devlet Hastanesi

Tarih : 10.07.2026