T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

İKİNCİL MAĞDUR DENEYİMİ DESTEK ÖLÇEĞİ-REVİZE'NİN (SVEST-R) TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Gamze DEMİRAY

EDİRNE – 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimiyle desteğini hep yanımda hissettiğim başta tez danışmanı hocam Prof. Dr. Galip EKUKLU olmak üzere, anabilim dalımızın değerli öğretim üyeleri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a ve Doç. Dr. Ülfiye ÇELİKKALP'e, Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Burcu TOKUÇ'a teşekkür ederim.

Beni her zaman destekleyen ve yüreklendiren, her zaman yanımda olduğunu bildiğim, sevgileri ve varlıklarıyla beni güçlendiren sevgili eşime ve canım kızıma, hayatım boyunca desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili aileme ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
İKİNCİL MAĞDUR KAVRAMI 3
İKİNCİL MAĞDUR DENEYİMİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLER 4
İSTENMEYEN TIBBİ OLAY VE HATALARIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ 7
GEREÇ VE YÖNTEM 10
BULGULAR 23
TARTIŞMA 68
SONUÇLAR 78
ÖZET 82
SUMMARY 84
KAYNAKLAR 86
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AFA : Açıklayıcı Faktör Analizi
AMOS : Analysis of Moment Structures
CFI : Comparative Fit Index
CMIN : Chi-Square Goodness
CMIN/DF : Ki-kare/serbestlik derecesi
DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
İMDDÖ-R : İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize
GFI : Goodness of Fit Index
KGO : Kapsam Geçerlik Oranı
KMO : Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği analizi
Maks. : Maksimum
Med. : Medyan
MITSS : Medically Induced Trauma Support Services
Min. : Minimum
Ort. : Ortalama
RISE : Resilience in Stressful Events
RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation
SVEST : Second Victim Experince And Support Tool
SVEST-R : Second Victim Experince And Support Tool- Revised
SPSS : Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

SS. : Standart sapma

TÜRK-İŞ : Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

WMA : World Medical Association

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinde kalite programlarının en önemli konularından birisini hasta güvenliği oluşturmaktadır (1). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamı olup, nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinin temel amaçları, sağlık hizmetlerinin sunumunda hata oluşmasını önleyecek ve olası hatalar nedeniyle hastayı zararlardan koruyacak bir sistemin kurulmasıdır (2).

Sağlık hizmetleri yalnızca hastalar için değil, aynı zamanda sağlık çalışanları için de bir takım riskler içermektedir. Fiziksel bütünlüğe yönelik iğne batmasına bağlı yaralanmalar, psikolojik stres gibi iyi bilinen risklerin yanı sıra; genellikle sağlık hizmetlerindeki eksikliklerden kaynaklanan hasta güvenliğini tehdit eden beklenmeyen/istenmeyen tıbbi olaylar veya sonuçlar da mevcuttur (3). Beklenmedik tıbbi olaylar, advers olayları ve tıbbi hataları kapsamaktadır. Beklenmeyen advers hasta olayına, tıbbi bir hataya ve/veya hastayla ilgili bir yaralanmaya karışan ve bu olay nedeniyle travmatize olup mağdur hale gelen sağlık çalışanları "ikincil mağdur" olarak tanımlanmaktadır. Terim aslında bu tür deneyimleri, sağlık profesyonellerini, karmaşık ve yetersiz sağlık sistemlerinin mağduru olabilecek hastaları etkin bir şekilde destekleme ihtiyacı nedeniyle geliştirilmiştir (4).

İkincil mağdur deneyimi, sağlık çalışanlarında işlevsiz başa çıkma stratejilerine yol açarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine ve sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz sonuçlara yol açabilir (5). Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının kendisini izole etmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve hatta intihar dahil olmak üzere psikolojik ve psikosomatik sonuçlardır (6). Ayrıca, sonrasında verilen sağlık hizmetleri (defansif tıp uygulamaları vb.) olumsuz etkilenebilir, genel olarak sağlık

hizmetlerinin kalitesinin düşmesine ve hastanelere ek maliyetlere yol açabilir (7). Literatürde henüz çok yeni olan bu konu hakkında ülkemizde sınırlı çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'yi Türkçeye uyarlamak, geçerlik ve güvenirliğini test etmek ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin ikincil mağdur olma ve algıladıkları destek düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasındaki olası ilişkileri incelemektir.

GENEL BİLGİLER

İKİNCİL MAĞDUR KAVRAMI

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu sırasında bazen beklenmedik hasta sonuçlarıyla karşılaşabilmektedir. Komplikasyonlardan kaçınmak tüm hasta güvenliği çabalarının ana hedefidir; bununla birlikte, tıbbi hatalar ve istenmeyen (advers) olaylar, insanın yanılabilirliğinin evrensel doğası gereği, muhtemelen her zaman tıbbi sistemin bir parçası olacaktır (8, 9). Bu advers olaylar, bir hastanın ciddi şekilde zarar görmesine veya ölümüne neden olabilir; dolayısıyla hasta bu olayların "ilk mağduru" olur. Bununla birlikte, tıbbi hata ve advers olayların mağdurları hastanın çok ötesine ulaşır. Hatalar meydana geldiğinde, dört grup üzerinde zincirleme bir etki yaratır: 1. Hasta ve ailesi (ilk mağdur), 2. Sağlık Bakım Görevlileri (ikincil mağdur), 3. Hastanenin itibarı (üçüncül mağdur) ve 4. sonradan zarar gören hastalar (dördüncül mağdur). Her şeyden önce, hastalara ve ailelerine (ilk mağdur) odaklanmak gerekir. Ancak, sağlık hizmeti sunarken iyi sonuçlar elde etmek isteyen ve sonra kendilerini duygusal olarak karmaşık bir durumun içinde bulan ikincil mağdurlar (sağlık çalışanları) da göz ardı edilmemelidir (10, 11).

Wu "ikincil mağdur/second victim" terimini ilk kez 2000 yılında tıbbi hata veya istenmeyen/ beklenmeyen/advers olay yaşayan sağlık çalışanlarının olay sonrasında yaşadığı duygusal sıkıntıyı tanımlamak için kullanmıştır (10).

Tanımı ve Önemi

Beklenmeyen advers hasta olayına, tıbbi bir hataya ve/veya hastayla ilgili bir yaralanmaya karışan ve bu olay nedeniyle travmatize olup mağdur hale gelen sağlık çalışanları ikincil mağdur olarak tanımlanmaktadır. Terim aslında bu tür deneyimleri

yaşayan sağlık profesyonellerini, karmaşık ve yetersiz sağlık sistemlerinin mağduru olabilecek hastaları etkin bir şekilde destekleme ihtiyacı nedeni ile geliştirilmiştir (4).

Literatürde geçen "victim" kelimesi, kurban edilen bir varlık anlamında Latince "victima" dan gelmektedir (12). Türkçeye "kurban" olarak çevrilmesi stigmatizasyondan dolayı uygun görülmemiş ve benzer anlama gelen "mağdur'' kelimesi tercih edilmiştir.

İkincil mağdur olma prevalansı bir sistematik derlemede % 10,4 ile % 43,3 arasında bildirilmiştir (13). Yapılan çalışmalarda ikincil mağdur olgularının beklenmedik hasta sonuçlarından kişisel olarak sorumlu ve hastalarını hayal kırıklığına uğratmış gibi hissettikleri, ek olarak bilgi ve klinik becerilerinden şüphe duymaya başladıkları gösterilmiştir (14). Yapılan çalışmalarda ikincil mağdurların fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak etkilendikleri belirtilmiştir. Özellikle hasta, hastanın ailesi, meslektaşları veya hastane yöneticisi/işveren dahil olmak üzere başkalarının eylemleri bu olumsuz sonuçları güçlendirmektedir. Uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, güven kaybı ve dikkat eksikliği gibi belirtiler sağlık çalışanlarının kendilerinin ve hastalarının sağlığını tehdit etmekte ayrıca ek hatalara yol açmaktadır (10). Bu ek hata riski, bir olaydan sonra çalışanlarda potansiyel iş bırakma ile birleştiğinde, hasta bakımını olumsuz etkileyebileceği ve sağlık kuruluşları için önemli maliyetlere yol açabileceği için endişe vericidir (15). Bir çalışma, tıbbi hataların toplam yıllık maliyetinin ulusal olarak 17.1 milyar ABD Doları olduğunu bulurken, diğer bir çalışmada da bir akademik tıp merkezindeki yıllık iş bırakma maliyetinin 17 ile 29 milyon ABD Doları arasında olduğunu bildirmektedir (16). Bu yönüyle ikincil mağdur kavramı sağlık sistemi ve sağlık ekonomisi içerisinde önem verilmesi gereken bir konudur.

İKİNCİL MAĞDUR DENEYİMİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

İkincil mağdur olgusuna neden olan faktörler tıbbi hata ve hasta güvenliğini tehdit eden olayları kapsamaktadır (11).

Tıbbi Hata

Hastalara sağlık hizmeti verilirken tıbbi müdahalenin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması tıbbi hata olarak tanımlanır. Tıbbi hatalar; yanlış işlemi yapmak, doğru işlemi yapmamak (ihmal) ve doğru işlemi yanlış yapmaktan dolayı meydana gelebilir (17). Tıbbi hata yerine genellikle "malpraktis" terimi kullanılabilmektedir. Malpraktis, Latince kökenli "Male" ve "Praxis" kelimelerinden türemiş olup "hatalı uygulama" anlamına gelir (18). Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association=WMA) malpraktisi; hekimin tıbbi

uygulamaları sırasında "standart güncel uygulamayı yapmaması", "beceri eksikliği" veya "hastayı ihmal ederek tedavi etmemesi" ile oluşan zarar olarak tanımlamaktadır (19). Bununla birlikte, Türk Tabipleri Birliği, "malpraktis" teriminin Türkçeleştirilmesi ve "sağlık hizmetinden kaynaklanan zarar", "tıbbi uygulama hataları" anlamlarını kapsayacak daha uygun bir karşılık bulunması çabası içindedir (20).

Sağlık çalışanlarının yaptığı her tıbbi hata nedeniyle hastada zarar meydana gelmeyebilir. Örneğin bir ilacın fazla dozda verilmesiyle yapılan hata, hastada herhangi bir zarar oluşturmamış olabilir ama bu yine de tıbbi bir hatadır. Malpraktiste, muhakkak zarar gelişmesi beklenirken tıbbi hataların bir kısmı zarara neden olmamakta ve dolayısıyla ortaya da çıkmayabilmektedir (21).

Tıbbi hataların sınıflandırılması: Sağlık hizmeti verilirken hastaların zarar görmesine yol açan tıbbi hatalar, insan hatasından, teknolojik hatalardan veya bunların oluşturduğu sistemler bütününden kaynaklanabilmektedir (22). Tıbbi hatalar, kök nedenleri veya hata türleri açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir (17).

Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar; işe bağlı hatalar (yanlış işlem yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama)

Hata türü açısından tıbbi hatalar: İlaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb)

Adams ve Garber'a göre tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun oluşturmaktadır. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde yalnızca % 1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan % 99'nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve görevlerinde başarılı olan kişilerin olmasına karşın sistemden kaynaklandığı anlaşılmaktadır (23). Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim sorunları, zamansızlık, yanlış karar, tartışmacı kişilik yapısı gibi insan kaynaklı sorunlar tıbbi hatalara neden olabilmektedir. İşyerinin fiziksel yapısı, yöneticiler, uygulanan politikalar, personelin yanlış dağılımı, sorunların çözümü konusunda yetersizlik gibi nedenler kurumsal kaynaklı sorunları oluşturmaktadır. Yetersiz otomasyon, eksik ya da eski teknolojili cihaz gibi teknik faktörler de tıbbi hata nedeni olabilmektedir (21, 24, 25).

Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olaylar

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirme bağlamında güncel ve önemli konulardan biridir. Hasta güvenliği, Sağlık hizmetlerinin bireye vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (26). Hasta güvenliğinin sağlanmasında ve sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında tıbbi hataların önlenmesi temel uygulamalar arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda benzer hataların sürekli olarak tekrar edildiği ve hastaların bu önlenebilir hatalar nedeniyle zarar gördüğü gösterilmiştir (27). Tüm bu hataların insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan belirlenmesi, bildirim sistemlerinin kullanımı ile hataların tekrarlanmasının önlenmesi ve çözüm yollarının üretilmesi gerekmektedir (28).

Hasta güvenliği ile ilgili olaylar hastanede yatan hastalar için zararlı sonuçlar doğurmakla beraber hastaneye ek bir maliyet de getirebilmektedir. Hastanın yaşadığı zarar ciddi yaralanmalara, hastanede kalış süresinin uzamasına, sakatlığa, hatta kişinin ölümüne neden olabilmektedir. Hasta güvenliği konusunda önemli olan "hatalara" ve "kaynaklarına" sistem yaklaşımı ile odaklanmaktır (23).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılında hasta güvenliği hakkında teknik bir rapor ve rehber yayınlamıştır. Buna göre; hasta güvenliği olayları Şekil 1'de gösterilmiştir. (27).



Şekil 1. Hasta güvenliği olayları sınıflaması (27).

Hasta güvenliği olayları hastaya ulaşan ve ulaşmayan olaylar olarak 2'ye ayrılmaktadır. Hastaya ulaşmayan olaylar ramak kala olarak adlandırılmıştır.

Ramak kala (near miss): Hastaya ulaşmayan herhangi bir olaydır. Bir ünite kanın yanlış hastanın intravenöz hattına bağlanması, ancak hatanın transfüzyon başlamadan önce fark edilmesi ramak kala olaya örnek verilebilir (27).

Hastaya ulaşan olaylar zarar verici ve zararsız olaylar olarak sınıflandırılmıştır (27).

1. Zararsız olay (no harm incident): Bir olayın hastaya ulaştığı, ancak fark edilebilir bir zararın olmadığı (örneğin, bir ünite kan transfüzyonu yapılmış ancak uyumsuz değil) durumlardır.

2. Zarar verici olay (harmful incident): Hastaya zarar veren tüm olaylardır. Örnek olarak yanlış bir kan transfüzyonu sonrası hastanın hemolitik reaksiyondan ölmesi zarar verici olaydır.

Zarar verici olaylar advers olay ve advers reaksiyon olarak gruplandırılmıştır (27).

a. Advers olay (advers event): Hastaya zarar veren, önlenebilir olaylardır.

b. Advers etki (advers reaction): Olayın meydana geldiği bağlam için doğru sürecin izlendiği haklı bir eylemden kaynaklanan önlenemez zarardır.

İSTENMEYEN TIBBİ OLAY VE HATALARIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

İkincil mağdurlar, hastayla ilgili bir advers olaya veya tıbbi hataya karışan ve bunun sonucunda duygusal ve bazen fiziksel sıkıntı yaşayan sağlık çalışanları olarak tanımlanır (29). Sağlık bakımında bir hata olmasa bile, birçok sağlık çalışanı hasta ile arasındaki ilişkiye, geçmiş klinik deneyimlerine veya hastanın bir aile üyesine benzerliği gibi nedenlerle hastalardaki olumsuz sonuçlardan etkilenebilir. Hasta/hasta yakınları tarafından saldırı veya iş arkadaşları ile ciddi tartışmalar gibi işyerindeki diğer olaylar da sağlık çalışanları arasında ciddi duygusal sıkıntılara yol açabilir (30).

İkincil mağdurlar için Scott ve arkadaşları tarafından 6 aşamalı bir iyileşme modeli tanımlanmıştır (11, 31).

1.Aşama: Kaos ve kaza tepkisi; olayın farkına varıldığı, hastayı stabilize etmek için çaba sarf edildiği ve sağlık çalışanının olayın büyüklüğünü fark etmeye başladığı zamandır.

Bu süreçte sağlık çalışanının sık sık dikkati dağılır, kendi kendine düşünmeye ve aynı zamanda krizdeki bir hastayı yönetmeye çalışır.

2.Aşama: İkincil mağdur hayalinde olayı canlandırır ve olay hakkında tekrar tekrar düşünür, kendinden şüphe duyar ve mesleki becerilerine olan güvenini kaybedebilir.

3.Aşama: Kişisel bütünlüğü geri kazanma, kabul arayışı ve meslektaşların güvenini yeniden kazanma ihtiyacı ile karakterize edilir. Pek çok sağlık çalışanı kime başvurması gerektiğini bilemez. En büyük zorluklardan biri, "başkaları benim hakkımda ne düşünecek?" ve "Bana bir daha asla güvenilmeyecek mi?" gibi kişisel düşüncelerle başa çıkmaktır.

4.Aşama: İkincil mağdur kendini sorgulamaya devam eder, kurumun soruşturma süreci boyunca olayı birçok kez anlatır. Gelecekteki istihdam ve kariyeri hakkında yüksek bir endişe duygusuna sahiptir.

5.Aşama: Bu dönemde ikincil mağdurlar duygusal destek ararlar, ancak bu desteği nerede bulacakları veya kime güvenebilecekleri konusunda emin değildirler.

6. Aşama: Bu sürecin 3 olası sonucu vardır: I. İşi bırakma (farklı bir kliniğe geçme, profesyonel rolü değiştirme veya mesleği bırakma), II. Hayatta kalma (olayın etkisi sürmekte iken çalışmaya devam etme) ve III. Gelişme (olaydan öğrenme ve hasta güvenliği iyileştirmelerine katkıda bulunma).

Olayın ikincil mağdur üzerindeki etkisinin derecesi, iş arkadaşlarının tepkisi ve kurumun kültürü ile belirlenir. İkincil mağdurların olay hakkında konuşmaları ve iş arkadaşlarından duygusal destek almaları gerekebilir. İkincil mağdurlar, yöneticileri tarafından desteklenmenin ve yapılandırılmış bir kurumsal destek programı aracılığıyla yardım almanın önemini vurgulamışlardır (11).

İkincil mağdurların tüm bu süreçlerde fiziksel, duygusal, psikolojik ve profesyonel olarak olumsuz etkilendikleri bilinmektedir. İkincil mağdurların öz eleştirisi veya hasta, hastanın ailesi, meslektaşları ve işveren dahil olmak üzere diğer kişilerin yargıları ve eylemlerinin bir sonucu olarak yaşayabileceği belirli semptomlar Tablo 1'de özetlenmektedir (10, 11, 32-34).

Tablo 1. İkincil mağdurların semptomları

FİZİKSEL	DUYGUSAL	PSİKOLOJİK	PROFESYONEL
Bitkinlik/yorgunluk	Kızgınlık	Anksiyete	Tükenmişlik
Kas krampları	Güvensizlik	Depresyon	İş tatmininde azalma
Kalp hızında artma	Şaşkınlık	Geçmişe dönüşler	Disiplin cezası korkusu
Kan basıncında yükselme	Hayal kırıklığı	Tekrarlayan anılar	İş kaybı ve dava korkusu
Solunum hızında artma	Yas	Konsantrasyon güçlüğü	Yetersizlik duyguları
Sindirim sistemi sorunları	Suçluluk Üzüntü Utanç		Meslek seçimini sorgulama
Uyku düzeninin bozulması	Vicdan azabı		Güven kaybı Kendinden şüphe

Uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, güven kaybı ve katılım eksikliği gibi belirtiler, sağlık hizmeti sunucularının ve hastalarının sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilir ayrıca ek hatalara yol açabilir (33, 35, 36). İkincil mağdurlar, advers olayların etkilerinin aylar hatta yıllarca sürdüğünü; bazıları hiçbir zaman tam olarak etkisinden kurtulamadıklarını belirtmektedirler. Olumsuz olayların ardından, bazı ikincil mağdurların işlerini değiştirdiği, mesleklerini bıraktığı ve hatta intiharı düşündüğü bildirilmiştir (10).

Bu konuda yapılan çalışmalarda advers olaylara karışan sağlık çalışanlarının yalnızca % 10'u, çalıştıkları kurumun stresle başa çıkmada yeterince destek verdiğini belirtmiştir (37). İkincil mağdurlar yardım arama çabalarının başkaları tarafından genellikle profesyonel/kişisel zayıflık ve savunmasızlık belirtisi olarak görüldüğünü düşünmektedir. Bu noktada empati duyan ve duygusal destek sağlayan klinik liderlerin rolü son derece önemlidir. Arkadaşlar veya aileden ziyade iş arkadaşları en faydalı desteği sunarken; bazı ikincil mağdurlar için terapi veya psikolojik danışmanlık da gerekmektedir (38). İş arkadaşları, danışman veya bir amir tarafından duygusal ve bilgilendirici destek, en çok talep edilen ve en faydalı stratejiler olarak saptanmıştır (39).

Scott ve arkadaşları, erken aşamalarda eğitimli süpervizörlerin ve meslektaşların destek sağlamak için ideal olacağı; sonraki aşamalarda ruh sağlığı uzmanlarının faydalı olabileceği sonucuna varmıştır. En iyi strateji bireysel, örgütsel, ulusal veya uluslararası düzeyde destekleyici ağlar oluşturmak gibi görünmektedir (4).

Bazı ülkelerde birincil ve ikincil mağdurların yaşadıkları sorunlara odaklanan destek programları bulunmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde bu tür destek programlarına rastlanmaktadır. En belirgin olanı, kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan Tıbbi

Kaynaklı Travma Destek Hizmetleri (Medically Induced Trauma Support Services - MITSS) ’dir (40). Bir diğeri Johns Hopkins Hastanesi’nde, sağlık çalışanlarına bakım ve destek sağlamada hastane yönetimine yardımcı olmak için çalışan çok disiplinli bir ikincil mağdur çalışma grubu bulunmaktadır (41). Duygusal i desteği için gönüllü sağlık çalışanlarından oluşan RISE (Resilience in Stressful Events) programı yürütülmektedir. Bu gönüllüler, multidisipliner akran müdahale ekibinin bir parçası olarak ikincil mağdurlar ile nasıl konuşulacağını öğrenmekte ve travmatik bir olaydan sonra duygusal destek vermektedir (42).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ocak 2022 – Aralık 2022 tarihleri arasında, İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test etmek, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerin ikincil mağdur ve algılanan destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Veri toplama işlemi araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 28 soru ve İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'ye ait 35 soru olmak üzere toplam 63 sorudan oluşan anket formu ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Araştırma veri toplama işlemi Şubat 2022 – Ekim 2022 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yürütülmüştür.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

1974 yılında İstanbul Üniversitesi'ne bağlı olarak "Edirne Tıp Fakültesi" adı altında kurulan Tıp Fakültesi, daha sonra 1982 yılında kurulan Trakya Üniversitesi'ne bağlanmış ve aynı yıl Devlet Hastanesi ek binalarında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kurulmuş sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. Merkezde 2022 yılında 182 öğretim üyesi, 569 Araştırma Görevlisi Doktor, 699 hemşire görev yapmaktadır (43).

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında örneklem sayısının belirlenmesinde bazı kaynaklarda ölçek madde sayısının en az beş katı büyüklükte örneklem belirlenmesi

gerektiği, daha sağlıklı analiz yapabilmek için ölçek madde sayısının 10 katı örneklem alınmasının gerektiği belirtilmektedir (44-46). Söz konusu ölçek 35 maddeden oluşmakta olup araştırma için örnek büyüklüğü 350 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini Edirne ilinde Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşire ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki öğretim üyesi ve araştırma görevlileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemleri arasında yer alan tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve araştırma grubu unvanlara, cinsiyetlere ve çalışılan birimlere göre tabakalandırılmıştır. Olası veri kayıpları da düşünülerek araştırmayı kabul eden 400 kişiden veri toplanmıştır. Araştırmaya meslek hayatı boyunca hasta güvenliğini tehdit eden olayları yaşamış veya tanık olmuş bireyler dahil edilmiştir. Araştırma evren-örneklem seçimi Tablo 2'de verilmiştir. Güvenirliğin belirlenmesinde kullanılan test tekrar test yöntemi için de 15 hemşire ve 15 hekim olmak üzere 30 kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 2. Araştırma evren ve örneklem seçim tablosu.

Toplam ve örnek büyüklüğü	CERRAHİ BÖLÜMLER			DAHİLİ BÖLÜMLER			Toplam
	Öğretim Üyesi	**Arş.Gör .Dr.**	**Hemşire**	**Öğretim Üyesi**	**Arş.Gör .Dr.**	**Hemşire**	
Toplam Kadın Personel sayısı (N)	15	53	252	49	229	312	**910**
Kadın Personel Örnek Sayısı (n)	*4*	*14*	*70*	*13*	*62*	*87*	**250**
Toplam Erkek Personel sayısı (N)	53	95	53	65	192	82	**540**
Erkek Personel Örnek Sayısı (n)	*14*	*26*	*14*	*17*	*54*	*25*	**150**
Toplam Personel Sayısı (N)	68	148	305	114	421	394	**1450**
Personel Toplam Örnek Sayısı (n)	*18*	*40*	*84*	*30*	*116*	*112*	**400**

Araştırma Tipi

Araştırma, Winning ve arkadaşları tarafından hasta güvenliği olaylarının sağlık çalışanları üzerindeki etkisini ölçmek ve destek faaliyetlerinin etkinliğini test etmek

amacıyla 2020 yılında geliştirilmiş olan İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test etmeyi ve çalışma grubunda ikincil mağdur olma ve algılanan destek düzeyi ile sosyodemografik özellikler arasındaki olası ilişkileri incelemeyi amaçlayan, metodolojik, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın Hipotezleri

H0A: İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize versiyonu Türkçe geçerli ve güvenilir değildir.

H1A: İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize versiyonu Türkçe geçerli ve güvenilirdir.

H0B: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ikincil mağdur olma ve algılanan destek düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1B: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ikincil mağdur olma ve algılanan destek düzeyleri arasında ilişki vardır.

H0C: Katılımcıların advers olay veya tıbbi hata yaşamış olmaları ile ikincil mağdur olma ve algılanan destek düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1C: Katılımcıların advers olay veya tıbbi hata yaşamış olmaları ile ikincil mağdur olma ve algılanan destek düzeyleri arasında ilişki vardır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler:

- İkincil Mağdur deneyimi Destek Ölçeği-Revize'den alınan puan

Bağımsız değişkenler:

- Demografik: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk varlığı, gelir, aile tipi, hayatın çoğunun geçirildiği yer, unvan
- Katılımcıların çalıştıkları birim (cerrahi/dahili bilimler)
- Meslekte ve kurumdaki çalışma süreleri
- Nöbetli çalışma durumu
- Haftalık çalışma saati
- İş yoğunluğu
- Katılımcıların çalışırken stresli/gergin olma durumu
- Alkol/sigara kullanımı
- Kronik/psikiyatrik hastalık ve sürekli ilaç kullanım öyküsü

- Katılımcıların fiziksel aktivite durumu
- Katılımcıların ikincil mağdur kavramını bilme durumu
- Katılımcıların ikincil mağdur deneyimi yaşama/tanık olma durumu

İzinler

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek-1). Ölçeği geliştiren araştırmacılardan Jonathan Burlison'a e-mail yoluyla ulaşılıp kendisinden ölçeğin Türkçeye uyarlanması için izin alınmıştır (Ek-2). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.01.2022 tarihli etik kurul onayının (Ek-1) ardından Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi müdürlüğünden gerekli izinler (Ek-3) alındıktan sonra araştırmaya başlanmış olup, onay yazıları ekler bölümünde sunulmuştur. Çalışmada kullanılmış olan ölçek, revize versiyon olduğu için "revize" ve "SVEST-R" kelimeleri araştırma başlığına sonradan eklenerek etik kurulda isim değişikliği yapılmıştır (Ek-1).

Veri Toplama Aracı

Çalışmanın verileri 2 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu sırasıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 28 soru, İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'ye ait 35 soru olmak üzere toplam 63 sorudan oluşmaktadır.

1) Anket Formu: Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan demografik bilgi formu katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, unvanlarını, meslekteki ve bu kurumdaki çalışma sürelerini, alkol/sigara kullanımlarını, ikincil mağdur kavramını bilme ve deneyimleme durumlarını sorgulayan 28 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunda; katılımcıların sosyodemografik özellikleri kısmında; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, aylık gelir-gider durumu, aile tipi, hayatlarının büyük kısmını geçirdikleri yer ile öğrenim durumlarına yönelik sorular yer almaktadır. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili kısımda; egzersiz yapma durumları, kronik hastalık varlığı ile psikiyatrik hastalık varlığını sorgulayan sorular yer almaktadır. Katılımcıların alkol ve sigara kullanımı ile ilgili kısımda; bunları kullanıyorlarsa ne sıklıkta kullandıkları sorgulanmıştır. Katılımcıların meslekleri ile ilgili kısımda; çalıştıkları birim, unvanları, meslekte geçirdikleri süre, bu kurumda geçirdikleri süre, çalışma şekli (mesai/vardiya/nöbet), nöbet tutma durumu, haftalık çalışma saati, iş yoğunluğu ve çalışırken stresli/gergin olma, ikincil

mağdur kavramını bilme ile meslek hayatları boyunca bu deneyimi yaşama veya şahit olma durumlarını sorgulayan sorular yer almaktadır. Anket formu soruları Ek-4'te verilmiştir.

2) İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize: Second Victim Experience and Support Tool (SVEST), Burlison ve ark. tarafından ABD'de 2017 yılında, hasta güvenliği olaylarının sağlık çalışanları üzerindeki etkisini ölçmek ve destek faaliyetlerinin etkinliğini test etmek amacıyla geliştirilmiştir (33, 47). Orijinal dili İngilizce olan ölçek daha sonra İspanyolca, Çince, Korece, Danca ve İtalyanca geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (33, 47-50). Ölçek 7 psikososyal (psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurumsal destek, işle ilgili olmayan destek, profesyonel öz yeterlilik) ve 2 istihdam (iş değiştirme/işten ayrılma niyeti ve işe devamsızlık) olmak üzere 9 alt boyut ve toplamda 29 madde olarak 5'li likert (1= Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) şeklinde geliştirilmiştir (33).

Ölçeği geliştirenler, bazı alanların yeterince iyi temsil edilmemesi ve olumlu sonuçların ölçekte yeterince yer almadığı gerekçesiyle 2020 yılında ölçeği revize etmiştir. Yeni ölçek "Second Victim Experience and Support Tool - Revised (SVEST-R), 7 psikososyal (psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurumsal destek, profesyonel öz yeterlilik, dayanıklılık) ve 2 istihdam (iş değiştirme/işten ayrılma niyeti ve işe devamsızlık) olmak üzere 9 alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 10 madde ters puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi ortalama puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten alınacak puanlar 1 ile 35 arasında değişmekte olup; yüksek puanlar yüksek ikincil mağduriyeti, daha fazla yetersiz destek algısını ve ikincil mağdurla ilgili olumsuz istihdam sonuçlarını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı 0.66 ile 0.86 'dir (15). Ölçek soruları ve Türkçe uyarlaması Ek-5'te verilmiştir.

Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma zaman çizelgesi Şekil 2'de gösterilmiştir.

<table>
<tr><th rowspan="2">2019
Temmuz</th><th rowspan="2">2021 yılı</th><th colspan="12">2022 yılı</th></tr>
<tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th></tr>
<tr><td colspan="2">Araştırmanın planlanması ve anket formlarının oluşturulması</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4">İzinlerin alınması</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="8">Ölçek Çevirisi, Uzman görüşü ve Verilerin toplanması</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6">Veri Girişi ve Analiz</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6">Rapor Yazımı</td></tr>
<tr><td colspan="14">Literatür Tarama</td></tr>
</table>

Şekil 2. Araştırma zaman çizelgesi

Araştırmanın Ön Uygulaması

30 sağlık çalışanı (15 hekim ve 15 hemşire) ile araştırmanın ön denemesi yapılmış olup bu kişiler asıl araştırmaya alınmamıştır. Katılımcılar 10-15 dakikalık bir süre içinde anketi doldurabilmişlerdir. Kendilerinden yüz yüze alınan bildirimler ve doldurdukları anketlerden alınan bildirimler üzerine anlaşılırlığı değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılıp anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmada uygulanan anket Ek 4'te verilmiştir.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, katılımcılar ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgi vermiş olup; araştırmaya hasta güvenliğini tehdit eden olay yaşamış veya bu tür bir olaya şahit olmuş bireyler dahil edilmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen katılımcılara ankette kimlik bilgileri istenmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanarak onamları alınmış, formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine uygun olduğu şekilde doldurup geri vermeleri istenmiştir. Formların uygulanması 15-20 dakika sürmüştür. Her uygulama sırasında araştırmacı mutlaka katılımcıların başında bulunmuştur.

Ölçek Uyarlama

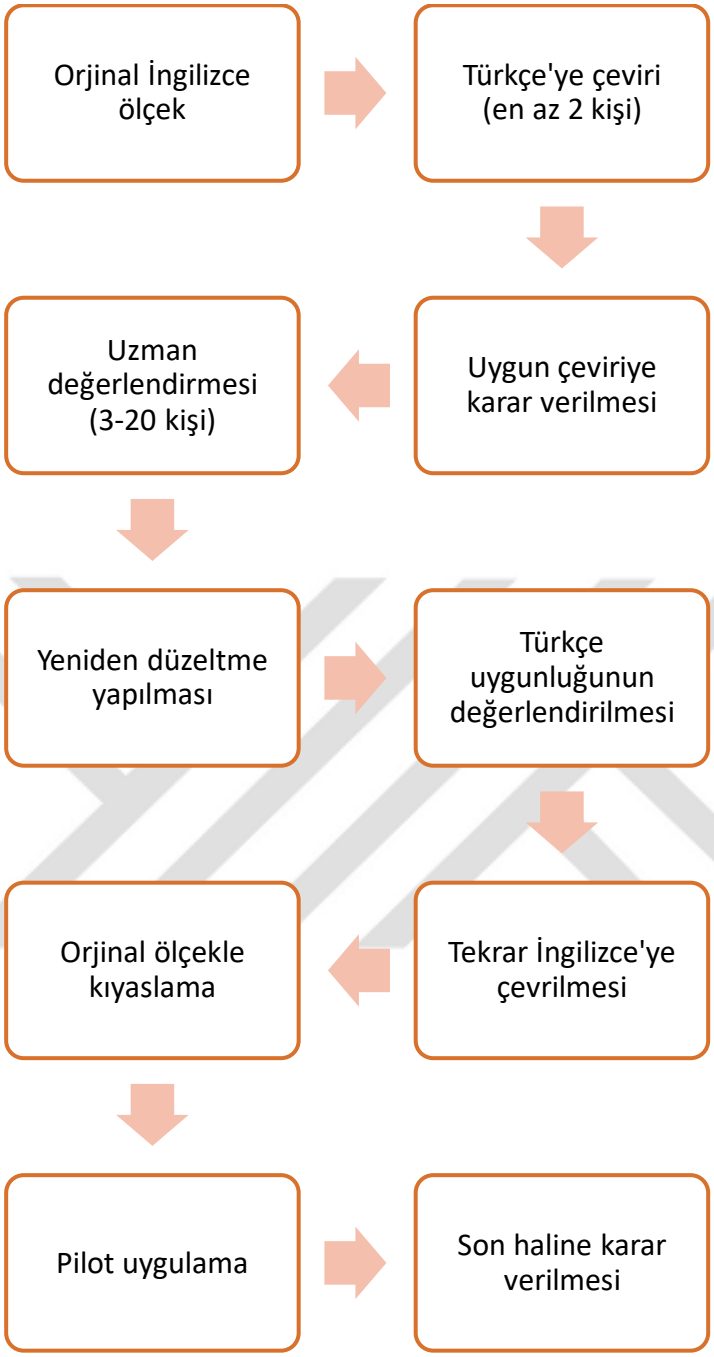
Belli bir dilde ve kültürde geliştirilmiş bir ölçeğin başka bir kültür ve dilde kullanılabilmesi için uygulanan sistematik çalışmalara ölçek uyarlama denir. Öncelikle çeviri ölçekteki ifadelerin orijinal ölçekle anlamının benzerliği denetlenir. Sonra psikometrik

özelliklerde ve içyapıda farklılaşmayı denetlemek için kültür açısından, anlam açısından ve istatistik açıdan bazı işlemlere tabi tutulur (51). Bu işlemler aşağıda sırası ile detaylı açıklanmıştır.

Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Bir ölçeğin başka bir dile uyarlanması çalışmalarında değişim kaçınılmazdır. İki ayrı kültürün anlatım ve kavramlaştırma farklılıklarından dolayı değişim olmaktadır. Ölçek uyarlama çalışmalarında, bu farkların en aza indirilebilmesi için temelde ölçek maddelerinin ayrıntılı incelenmesi, ölçeğin çevrildiği dilde anlamlı olması için gerekli dönüştürmenin yapılması ve çevrilen dili konuşan bireylere göre standardize edilmesi aşamaları yer alır (51).

Orijinal dildeki bir ölçeği hedef dile çevirme işleminde "Tek yönlü çeviri" ve "Grup çevirisi" sonrası "Geri çeviri" yöntemi olmak üzere üç farklı yol kullanılmaktadır. Bu çalışmada grup çevirisi ve geri çeviri yöntemi tercih edilmiştir. Tek yönlü çeviri bazı kısıtlılıklarından dolayı tercih edilmemiştir. Grup çeviride her iki dili iyi derecede bilen üç kişi üzerinde hiçbir değişiklik yapmadan ayrı ayrı ölçeği İngilizceden Türkçeye çevirdi. Bu çeviriler incelenip, üzerinde tartışılarak en uygun ifadeler belirlendi. Daha sonra uzman görüşü alındı ve ardından Türkçeden İngilizceye geri çeviri yapıldı. Elde edilen İngilizce çeviri araştırmacılar tarafından orijinal ölçek ile karşılaştırılmış ve ölçek maddelerinin birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Böylece ölçeğin psikolinguistik değerlendirme aşaması tamamlanmıştır. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesinde izlenen iş akışı şeması Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. Psikolinguistik özelliklerin incelenmesinde izlenen iş akışı şeması

Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Psikometrik özellikler, ölçeğin güvenirlik ve geçerliğini ifade eder. Bir ölçeğin ortaya koyduğu sonuçların doğru olabilmesi için ölçeğin hem güvenilir hem de geçerli olması gerekmektedir (52). Orijinal ölçek 7 psikososyal (psikolojik sıkıntılar, fiziksel

sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurumsal destek, profesyonel öz yeterlilik, dayanıklılık) ve 2 istihdam (iş değiştirme/işten ayrılma niyeti ve işe devamsızlık) olmak üzere 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu nedenle ölçeğin geçerlik ve güvenirliği hem bütün olarak ve hem de alt boyutlar açısından incelenmiştir.

Geçerlik Analizi

Bir testin ölçmek istenen şeyi ölçmesi onun geçerliliği ile ilgilidir. Yani eğer bir test ölçmek istenen özellikleri başka özelliklere karışmadan doğru bir şekilde ölçebiliyorsa bu durum bu testin geçerli olduğunu gösterir (52). Bir ölçme aracının geçerliliğini sınarken pek çok ölçüt kullanılmaktadır. Bu ölçütler genel olarak "Kapsam (içerik) geçerliği", "Ölçüt Bağıntılı Geçerlik" ve "Yapı Geçerliği" şeklinde üç başlık altında toplanırlar (51).

Kapsam (içerik) geçerliği: Geliştirilen ölçek, incelediği konuların tüm önemli alt bileşenlerini içeriyorsa testin kapsam/içerik geçerliğinin olduğu söylenir. Kapsam geçerliğinin belirlenmesine yönelik farklı yaklaşımlar mevcuttur. Uzman görüşüne başvurma ile aynı kapsamı ölçtüğü bilinen farklı bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması bu yaklaşımlar arasındadır (52).

Araştırmamızda, ölçek çevirisindeki ifadelerle orijinal ölçeğin dilsel ve anlamsal eş değerliliğini ölçmek için kapsam eş değerliliği basamağı uygulanmıştır. Sonucu değerlendirmek için Davis tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte uzmanlardan görüşlerini her bir madde için "Uygun", "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "Madde uygun değil" şeklinde değerlendirmeleri istenir. Daha sonra "Madde uygun" ve "Madde hafifçe gözden geçirilmeli" diyen uzmanların sayıları toplanıp toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlik oranı (KGO) değerleri hesaplanır. Her bir madde için elde edilen KGO değerleri 0,80 değeri ile karşılaştırılarak maddenin ölçekte kalıp kalmamasına karar verilir. Davis tekniği üç ile yirmi arasındaki uzman ekibi ile uygulanabilir (52, 53). Bu çalışma için yedi uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüş formu Ek 6'da yer almaktadır.

Yapı Geçerliği: Bu ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Faktör analizi öncesi verilerin ve örneklemin büyüklüğünün faktör analizine uygun olup olmadığı bazı metodlarla sınanır.

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için genellikle Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği (KMO) ölçütü kullanılmaktadır. Bu yöntem verilerin faktör analizi ile modellenebilir olup olmadığını ölçen bir değer sunmaktadır. KMO değeri

0 ile 1 arsında bir değer olup 0,50'nin altındaki sonuçlar verilerle faktör analizi yapılamayacağını göstermektedir. KMO'nun "1" olması her bir değişkenin diğer değişkenler tarafından mükemmel ve hatasız bir şekilde kestirildiği anlamına gelmektedir. Şayet değişkenler arasında kayda değer bir ilişki yoksa, faktör analizinin bağımsızlaştırma amacı gerçekleştirilmeyecektir. Boyut indirgemek de işe yaramayacaktır. Bu yüzden bazı değişkenler arasında anlamlı korelasyonların varlığı tümel olarak gösterilmelidir. Bunun için de Barlett Küresellik Testi kullanılmaktadır. Barlett Küresellik Testi'nde p değerinin 0,05 ve altında olması verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (52).

Doğrulayıcı faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi ile Varimax Döndürme metoduna başvurulmuştur. Açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanarak faktörler arasında yeterli ilişki olup olmadığı, değişkenlerin ilişkili olduğu faktörleri ve faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığının tespit edilmesi ile faktörlerin modeli açıklamadaki yeterliliği sınanır (52,54). Doğrulayıcı faktör analizlerinde birçok uyum istatistiği kullanılmaktadır. Bu araştırmada x^2, x^2/df, GFI, CFI, RMSEA uyum indeksleri kullanıldı.

Güvenirlik analizi

Geçerli bir testin sahip olması gereken ikinci önemli özellik, güvenirliktir. Güvenirlik, bir ölçme aracı ile tekrar eden ölçümlerde tutarlı bir şekilde benzer sonuçlar elde edilmesidir. Yani bir özelliğin bağımsız ölçümleri arasındaki tutarlılık, zamana göre değişmezliktir. Bir testin güvenilirliği onun geçerliliğine de katkıda bulunur. Ama güvenilir olan bir test geçerli olmayabilir. Bir test geçerli bulunmuş ise mutlaka güvenilir de olmalıdır. Çünkü ölçülmek istenen özelliği ölçebilen bir test, kişilerde o özellikle ilgili durum değişmediği sürece sürekli aynı bilgiyi vermelidir (51). "Paralel testler yöntemi", "Test-tekrar test yöntemi", "Testin iki yarıya bölünmesi" güvenilirliğin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (52).

Güvenirliğin incelenmesinde test tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık kullanılmıştır. İç tutarlılığın değerlendirilmesinde ölçeğin 5'li likert olmasından dolayı Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonları kullanılmıştır. Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test tekrar test yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu amaçla ölçek aynı bireylere, aynı koşullarda belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulanmıştır. Zamana karşı değişmezliğin test edildiği bu yöntem için 15 hemşire ve 15 hekimden oluşan 30 sağlık çalışanına iki hafta aralıkla ölçek tekrar uygulanmıştır. Bu iki uygulama sonrasında, iki testten elde edilen

toplam puanlar ve alt boyut puanları korelasyon analizi, Bağımlı gruplarda T testi ve Wilcoxon T testi kullanılarak incelenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı (SPSS 20.0 programı için seri numarası: 10240642) ve AMOS 26 programının deneme sürümü kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, ortanca ve maksimum değerler ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler için basıklık ve çarpıklık düzeyleri ±2 arasında kalan değerler normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (55).

Veri seti ile katılımcı sayısının faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser Meyer Olkin Örneklem Yeterliği Ölçüsü (KMO) ve Barlett Küresellik Testi yardımıyla incelenmiştir. Açıklayıcı Faktör Analizinde ise Temel Bileşenler Analizi ile Varimax Döndürme yöntemi, yapı geçerliliğini sınamak amacıyla kullanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizinde de x^2, x^2/df, CFI, GFI, RMSEA uyum indekslerinden yararlanılmıştır.

Güvenilirlik değerlendirilirken iç tutarlılığı test etmek için Cronbach alfa katsayısı; test tekrar test değerlendirmesi içinse Pearson/Spearman korelasyon analizi ile Bağımlı gruplarda T testi ve Wilcoxon T Testi'nden yararlanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısı 0,00-0,24 arasında olması zayıf ilişkiyi, 0,25-0,49 arasında olması orta düzeyde ilişkiyi, 0,50-0,74 arasında olması güçlü ilişkiyi, 0-75-1,00 arasında olması çok güçlü ilişkiyi göstermektedir (56). İkincil Mağdur deneyimi Destek Ölçeği-Revize'den alınan puanların değişkenler ile karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren alt boyutlar için Student T testi ve ANOVA testi; normal dağılıma uymayanlar için Man Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Analiz sonrası farklılıkların kaynağı post-hoc testlerle belirlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde İMDDÖ-R puanı ile ilişkili bulunan değişkenler modele alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ alınmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Üstünlükleri

- Araştırma verileri, katılımcıların ankete verdikleri cevaplarla sınırlıdır.
- Araştırma üniversite hastanesi çalışanlarında yapılmış olup, sonuçları sadece kendi evrenine genellenebilir, tüm sağlık çalışanlarına genellenebilecek sonuçlar için daha

geniş örneklem ve farklı çalışma gruplarında (klinik ve toplum tabanlı örneklem vs.) araştırma yapılması gerekmektedir.

- Araştırmamız İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe geçerlik güvenirliğinin araştırıldığı ilk çalışmadır.

BULGULAR

A) İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize Formunun Türkçeye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Geçerlik analizi

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçeye uyarlandığı bu çalışmada dil geçerliği ve kapsam geçerliğinden sonra istatiksel yöntemler kullanılarak yapı geçerliği incelenmiştir. Yapı geçerliliği incelenirken açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerinden yararlanılmıştır.

1.İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Dil Geçerliği

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe dil geçerliğinin sağlanma aşaması gereç yöntem bölümünde psikolinguistik özelliklerin değerlendirilmesinde anlatılmaktadır.

2.İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Kapsam Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliği yedi alan uzmanı tarafından "Davis Tekniği'ne" göre değerlendirilmiştir. Bu çalışma için yedi uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşleri sonrasında her bir maddenin KGO değerleri Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Davis Tekniği'nde Kapsam Geçerliliğinin Sonuçları.

Madde No	"Uygun" veya "Madde biraz gözden geçirilmeli" diyen uzman sayısı	Toplam uzman sayısı	Kapsam geçerlik Oranı
1	7	7	1
2	7	7	1
3	7	7	1
4	7	7	1
5	7	7	1
6	7	7	1
7	7	7	1
8	7	7	1
9	7	7	1
10	7	7	1
11	7	7	1
12	7	7	1
13	7	7	1
14	7	7	1
15	7	7	1
16	7	7	1
17	7	7	1
18	7	7	1
19	7	7	1
20	7	7	1
21	7	7	1
22	7	7	1
23	7	7	1
24	7	7	1
25	7	7	1
26	7	7	1
27	7	7	1
28	7	7	1
29	6	7	0,85
30	7	7	1
31	7	7	1
32	7	7	1
33	7	7	1
34	7	7	1
35	7	7	1

Ölçek maddelerinden bir madde haricinde tüm KGO değerleri "1"dir. Madde 29'un KGO değeri 0,85 olup 0,80'in üzerinde bir değer olduğu için kapsam geçerliliği ölçütü karşılanmaktadır.

3.İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Yapı Geçerliği

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

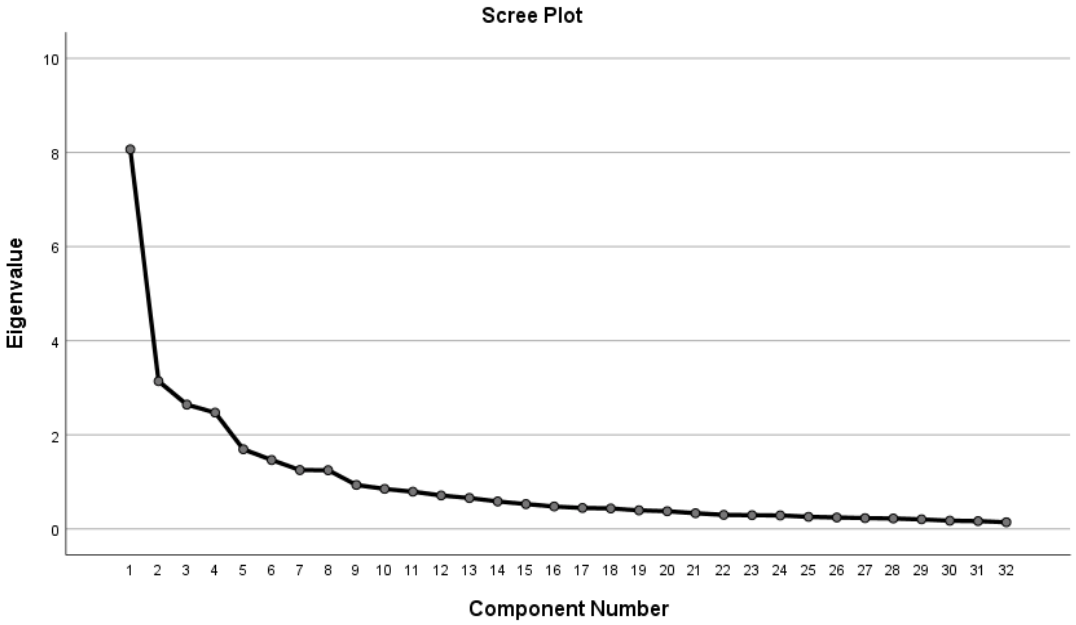
Çalışmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu için yapılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği analizi ve Barlett Küresellik Testi sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi ile Barlett Küresellik Testi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,844
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	6923,546
	df	496
	Sig.	<0,001

Tablo 4 değerlendirildiğinde, KMO değerinin 0,84 olduğu görülmektedir. Örneklem yeterliği "iyi" düzeydedir. Barlett Küresellik Testi için x^2 test istatistiği 6923,546 ve p=0,00 bulunmuştur. Veriler birbiri ile ilişkili ve faktör analizine uygundur.

Veriler KMO ve Barlett testleri ile incelendikten sonra açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Genel anlamda faktör analizinde türetilecek maksimum faktör sayısı değişken sayısı ile sınırlıdır. Özdeğer ölçütü kullanılarak özdeğeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınır. Temel Bileşenler Analizi ve Dik döndürme yaklaşımlarından varimax yöntemi seçilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda özdeğerleri 1'den büyük olan 8 bileşen vardır ancak ölçeğin orijinal yapısı da göz önünde bulundurularak 9 faktör belirlenmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin temel bileşenler analizi çizgi grafiği

Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucu, her bir maddenin faktör yükleri incelenerek; iş arkadaş desteği 2 (11.madde), işe devamsızlık/absenteizm 3 (31.madde) ve süpervizör/yönetici desteği 3 (16.madde) maddeleri çakışık maddeler olduğundan ve aradaki fark 0,10'dan az olduğundan ölçekten çıkarılmıştır.

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin maddelerinin ve faktörlerinin ölçeğin toplam varyansını açıklama oranları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. İkincil Mağdur deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin maddelerinin ve faktörlerinin ölçeğin toplam varyansını açıklama oranları

	Initial Eigen values			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
Component	Total	%of Variance	Cumulative %	Total	%of Variance	Cumulative %	Total	%of Variance	Cumulative %
1	8,066	25,207	25,207	8,066	25,207	25,207	3,439	10,748	10,748
2	3,139	9,810	35,017	3,139	9,810	35,017	3,242	10,131	20,879
3	2,641	8,254	43,271	2,641	8,254	43,271	2,821	8,815	29,694
4	2,472	7,724	50,995	2,472	7,724	50,995	2,750	8,594	38,288
5	1,693	5,289	56,285	1,693	5,289	56,285	2,518	7,870	46,158
6	1,464	4,575	60,860	1,464	4,575	60,860	2,193	6,854	53,012
7	1,250	3,908	64,768	1,250	3,908	64,768	2,053	6,415	59,427
8	1,247	3,898	68,665	1,247	3,898	68,665	1,972	6,163	65,591
9	,934	2,920	71,585	,934	2,920	71,585	1,918	5,994	71,585
10	,850	2,656	74,241						
11	,791	2,472	76,713						
12	,710	2,220	78,932						
13	,657	2,052	80,984						
14	,584	1,824	82,808						
15	,528	1,649	84,457						
16	,476	1,487	85,944						
17	,446	1,394	87,338						
18	,434	1,357	88,695						
19	,394	1,232	89,927						
20	,377	1,177	91,104						
21	,334	1,044	92,148						
22	,298	,931	93,078						
23	,292	,911	93,989						
24	,286	,895	94,885						
25	,257	,804	95,689						
26	,243	,759	96,448						
27	,230	,719	97,167						
28	,221	,690	97,857						
29	,203	,635	98,492						
30	,175	,547	99,039						
31	,166	,518	99,557						
32	,142	,443	100,000						
Extraction Method: Principal Component Analysis.									

Tablo 5 değerlendirildiğinde, 32 maddeden oluşan 9 faktörlü yapı toplam varyansın %71,59'unu açıkladığı görülmektedir. Döndürme sonrası bu 9 faktörün açıkladıkları varyans da tabloda belirtilmiştir.

Döndürülmüş bileşenler Tablo 6'te sunulmuştur.

Tablo 6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

	Faktör								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Bu gibi durumları yaşamaktan utanç duydum.				0,710					
2.Bu gibi durumlara karışmış olmak, gelecekte de tekrarı olacağı korkusuna yol açıyor.				0,776					
3.Yaşadığım bu olaylar beni mutsuz hissettirdi.				0,812					
4.Geçmişte bu olaylara karıştığım için derin bir pişmanlık/suçluluk hissediyorum.				0,501					
5.Yaşadıklarımın zihinsel ağırlığı benim için çok yıpratıcı oluyor.		0,577							
6.Bu yaşadıklarım uyku düzenimin bozulmasına neden oldu.		0,729							
7.Bu yaşadıklarımın neden olduğu stres, midemin bulanmasına ya da kusacakmışım gibi hissetmeme neden oluyor.		0,804							
8.Bu durumları düşündüğümde iştahım kaçabiliyor.		0,727							
9.Bu durumlar nedeniyle kötü rüyalar gördüğüm oluyor.		0,778							
10.İş arkadaşlarım bu durumların benim üzerimdeki etkisine ilgisiz kalabilirler.							0,567		
11.İş arkadaşlarım artık bana güvenmiyor.							0,819		
12.Mesleki itibarım bu durumlar nedeniyle zarar gördü.							0,801		
13.Bu durumlardan sonra süpervizörün /öğretim üyesinin bana iyi davrandığını hissediyorum.						0,778			
14.Yöneticimin olaylar sonrası gösterdiği tepkileri adil buluyorum.						0,862			
15.Yöneticim bu durumları değerlendirirken sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını göz önünde bulundurur.						0,795			
16.Çalıştığım kurum, sağlık çalışanlarını etkileyen bu olaylara karışan kişilerin sorunlarının ele alınması ve çözülmesi için yardıma ihtiyaç duyduklarının farkındadır.								0,719	
17.Çalıştığım kurum, bu durumlara karışmanın etkilerini aşmaya yardımcı olacak çeşitli imkanlar sunmaktadır.								0,788	
18.Çalıştığım kurum bu durumlara maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlığıyla pek ilgilenmemektedir.								0,711	

Tablo 6 (devamı). Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

19.Bu olaylara karıştıktan sonra hasta bakım becerilerimle ilgili yetersizlik duygusu yaşadım.	0,786				
20.Bu yaşadıklarım, gerçekten iyi bir sağlık hizmeti sunucusu olup olmadığımı sorgulamama neden oluyor.	0,746				
21.Bu yaşadıklarımdan sonra, zor veya yüksek riskli işlemlere girişmekten korkar oldum.	0,822				
22.Bu durumlar iş performansımı olumsuz etkiledi.	0,785				
23.Bu olayları yaşamış olmak, bende hasta bakımı dışında bir işe/göreve geçme isteğine yol açtı.			0,734		
24.Bu durumlara karışmış olmanın getirdiği stres, bazen işimi bırakmak istememe neden oluyor.			0,721		
25.Bu olaylardan sonra çevremdekilere başka iş imkanlarını sormaya başladım.			0,812		
26.Bu yaşadıklarım nedeniyle önümüzdeki 6 ay içinde işimden ayrılmayı planlıyorum.			0,598		
27.Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya hata nedeniyle işten 1 günlük izin aldığım oldu.					0,869
28.Bu durumlardan biri gerçekleştikten sonra izin kullandım.					0,873
29.Bu durumlardan dolayı işime daha fazla özen göstermeye başladım.		0,739			
30.Bu durumlar daha kaliteli sağlık hizmeti vermeme yol açtı.		0,884			
31.Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, birimimizdeki prosedürlerde veya sağlık hizmeti sunumunda olumlu değişikliklerle sonuçlandı.		0,798			
32.Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, beni daha profesyonel hale getirdi.		0,855			
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.					
a. Rotation converged in 7 iterations.					

Tablo 6 değerlendirildiğinde; madde1-madde4 arası psikolojik sıkıntılar, madde 5-madde 9 arası fiziksel sıkıntılar, madde 10-madde 12 iş arkadaşı desteği, madde 13-madde 15 süpervizör/yönetici desteği, madde 16-madde 18 arası kurum desteği, madde 19-madde 22 arası öz yeterlilik, madde 23-madde 26 arası iş değiştirme/işten ayrılma, madde 27-28 işe

devamsızlık/absenteizm ve madde 29-madde 32 arası dayanıklılık olarak ortaya çıkmıştır. Maddelerin faktörlerdeki yüklerinin ise 0,410 ile 0,731 arasında değiştiği görülmüştür.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Araştırmamızda İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin açıklayıcı faktör analizinde elde ettiğimiz faktör yapısının örneklemimizde doğrulanıp doğrulanmayacağını ortaya koymak üzere doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA'da sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak üzere pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Bu çalışmada yapılan DFA için Ki-kare uyum testi (Chi-Square Goodness), iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI) ve tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) incelenmiştir.

Uyum indekslerine ilişkin dikkate alınması gereken ölçütler hakkında araştırmacılar arasında tam bir uzlaşı bulunmamaktadır (57). Bununla birlikte genel olarak; GFI ve CFI indeksleri için 0.90 değeri kabul edilebilir uyuma ve 0.95 değeri mükemmel uyuma işaret etmektedir (58-60). RMSEA için 0.08 kabul edilebilir uyuma ve 0.05 mükemmel uyuma işaret etmektedir (61, 62).

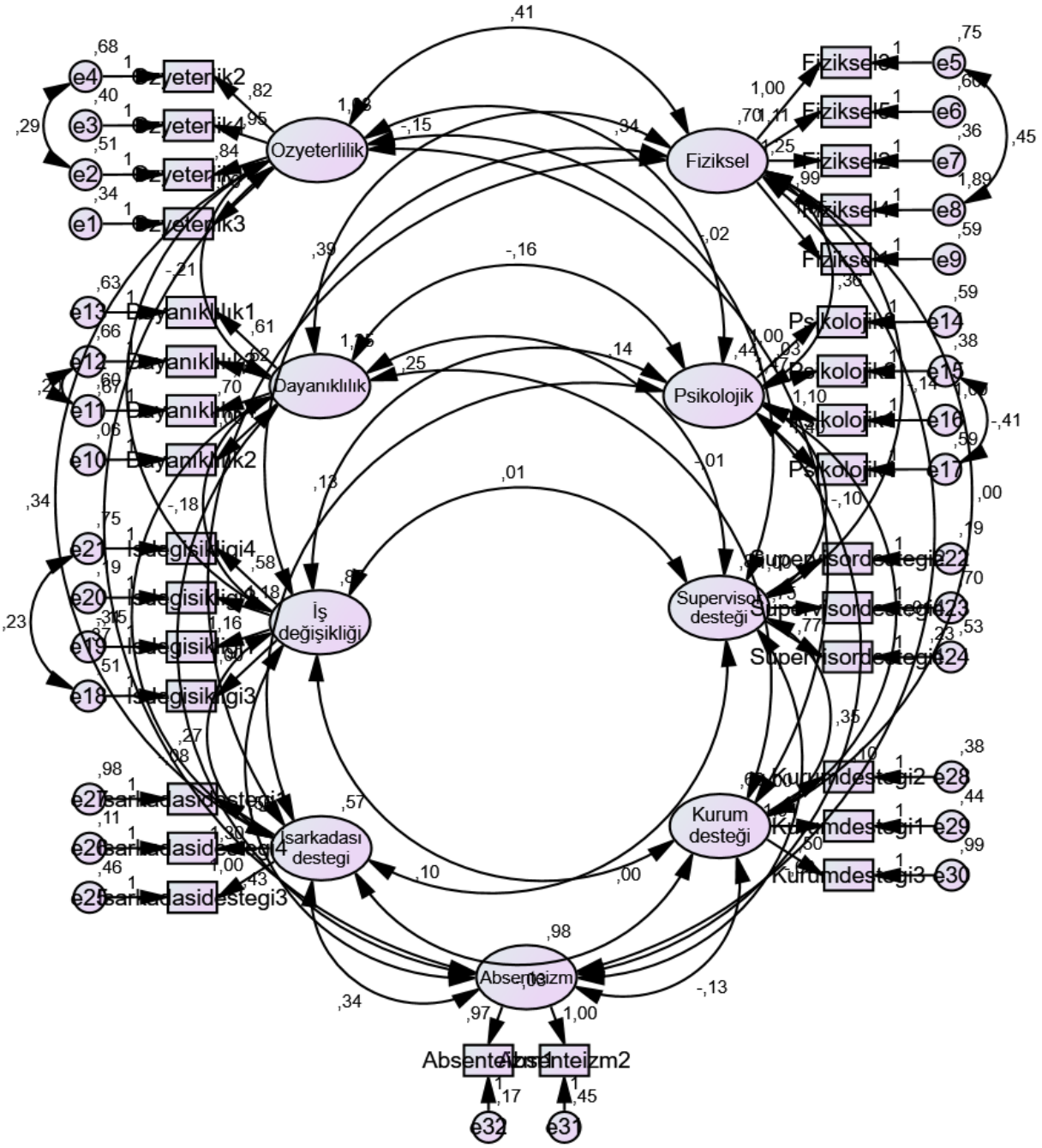
Normal uyum indeksleri değerleri ve İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'ye ait değerler Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Normal uyum indeksleri değerleri ve İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'ye ait değerler (63)

Uyum indeksleri	İyi uyum	Kabul edilebilir Uyum	Ölçek değeri
x^2	$0 \leq x^2 \leq 2df$	$2df \leq x^2 \leq 3df$	976,953
p değeri	0,05≤p≤1,00	0,01≤p≤0,05	0,000
x^2/df	$0 \leq x^2/df \leq 2$	$2 \leq x^2/df \leq 3$	2,310
RMSEA	0≤RMSEA≤0,05	0,05≤RMSEA≤0,08	0,057
CFI	0,95≤CFI≤1	0,90≤CFI<0,95	0,916
GFI	0,95≤GFI≤1	0,90≤CFI≤0,95	0,862

Tablo 7 incelendiğinde; yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ki-kare istatistiğinin serbestlik derecelerine oranı (χ^2/df) 2,310 (χ^2 = 976,953; df=423; p=0,000); RMSEA=0,057; GFI=0,862; CFI=0,916 olarak hesaplanmıştır. Bir modelin özellikle karşılaştırmalı uyum indeks (CFI) değerinin 0,95 üzerinde olması iyi uyum sağladığı

anlamına gelmektedir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin 9 boyutlu faktör yapısının yeterli uyum değerlerini sağladığını göstermektedir. Ölçeğin dokuz boyutlu faktör yapısı için yapılan doğrulayıcı faktör analizi path diagramı Şekil 5'te sunulmuştur.



Şekil 5. İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Path Diyagramı

Güvenirlik Analizi

9 alt boyut ve 32 maddeden oluşan İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin güvenirlik analizinde iç tutarlılık için Cronbach's Alpha katsayısı; test tekrar test değerlendirmesi için Pearson/Spearman korelasyon analizi ile Bağımlı gruplarda T testinden yararlanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Güvenirlik Analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize	0,849	32
Psikolojik sıkıntılar	0,773	4
Fiziksel sıkıntılar	0,845	5
İş arkadaşı desteği	0,709	3
Süpervizör/yönetici desteği	0,783	3
Kurum desteği	0,680	3
Profesyonel öz yeterlilik	0,887	4
İş değiştirme/ayrılma	0,879	4
Absenteizm	0,860	2
Dayanıklılık	0,850	4

Tablo 8 değerlendirildiğinde; ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa) 0,849 olarak hesaplandığı görülmektedir. Dolayısı ile ölçek oldukça güvenilir bulunmuştur. Yani katılımcıların ölçeğe verdiği yanıtlar oldukça tutarlıdır. İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin alt boyutları olan psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, süpervizör/yönetici desteği, kurum desteği, öz yeterlilik, iş değişikliği, işe devamsızlık (absenteizm) ve dayanıklılık alt boyutları da oldukça güvenilirdir.

Madde toplam istatistikleri Tablo 9'da sunulmuştur. Madde toplam istatistikleri tablosunda, "Cronbach's Alpha if Item Deleted" sütunu incelendiğinde söz konusu madde ölçme aracından çıkarıldığında, ölçmenin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının alacağı değer mevcut güvenirlik katsayısından daha iyi olmadığından dolayı herhangi bir maddenin ölçme aracından çıkarılması ölçeğin bütünü ve alt boyutları için gerekli değildir.

Tablo 9. Madde Toplam İstatistikleri

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Psikolojik sıkıntılar alt boyutu					
Madde 1	85,7075	219,997	0,337	0,419	0,845
Madde 2	85,2675	217,485	0,442	0,553	0,842
Madde 3	84,9925	221,772	0,369	0,530	0,844
Madde 4	86,0525	215,619	0,476	0,493	0,841
Fiziksel sıkıntılar alt boyutu					
Madde 5	85,5225	214,295	0,537	0,576	0,839
Madde 6	85,9050	212,958	0,557	0,668	0,839
Madde 7	86,1850	214,106	0,522	0,569	0,840
Madde 8	86,0525	215,428	0,338	0,430	0,846
Madde 9	86,1725	213,501	0,538	0,584	0,839
İş Arkadaşı Desteği alt boyutu					
Madde 10	86,1575	221,311	0,360	0,283	0,845
Madde 11	86,7575	223,152	0,323	0,569	0,846
Madde 12	86,7150	218,600	0,465	0,612	0,842
Süpervizör/yönetici Desteği alt boyutu					
Madde 13	85,9075	231,347	0,051	0,477	0,849
Madde 14	86,0125	229,807	0,101	0,586	0,849
Madde 15	85,9975	233,531	-0,022	0,425	0,848
Kurum Desteği alt boyutu					
Madde 16	85,8100	228,641	0,127	0,500	0,847
Madde 17	85,5500	229,251	0,118	0,532	0,847
Madde 18	85,6675	225,115	0,238	0,275	0,848
Profesyonel Öz yeterlik alt boyutu					
Madde 19	86,1725	213,857	0,580	0,687	0,838
Madde 20	85,9975	214,278	0,534	0,648	0,839
Madde 21	85,9850	212,265	0,596	0,681	0,838
Madde 22	85,9525	212,085	0,610	0,638	0,837
İş değiştirme/ İşten ayrılma alt boyutu					
Madde 23	86,0425	209,936	0,640	0,751	0,836
Madde 24	86,0125	209,266	0,680	0,781	0,835
Madde 25	86,3275	211,780	0,608	0,689	0,837
Madde 26	86,8525	218,502	0,478	0,588	0,842

Tablo 9 (devam). Madde Toplam İstatistikleri

İşe devamsızlık alt boyutu					
Madde 27	86,9650	220,625	0,396	0,680	0,844
Madde 28	86,9250	219,368	0,371	0,624	0,844
Dayanıklılık/Dirençlilik alt boyutu					
Madde 29	86,3825	233,736	-0,027	0,504	0,851
Madde 30	86,0750	235,613	-0,084	0,688	0,850
Madde 31	85,8625	231,267	0,048	0,595	0,853
Madde 32	86,2100	232,502	0,008	0,594	0,850

Çalışmada güvenilirliğin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri olan test tekrar test yönteminde İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize formu çalışmaya katılan 30 kişiye 2 hafta arayla tekrar uygulandı. Analiz sonuçları Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Test tekrar test yönteminde İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize ve ölçeğin alt boyutlarında kararlılık katsayıları

Korelasyonu test edilen boyut	**N**	**Korelasyon Katsayısı**	**p**
İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği- Revize	30	0,655*	0,000
Psikolojik sıkıntılar	30	0,430**	0,018
Fiziksel sıkıntılar	30	0,445**	0,014
İş arkadaşı desteği	30	0,747**	0,000
Supervizör/yönetici desteği	30	0,617*	0,000
Kurum desteği	30	0,669*	0,000
Profesyonel öz yeterlik	30	0,480**	0,007
İş değiştirme/ayrılma	30	0,659*	0,000
Absenteizm	30	0,640**	0,000
Dayanıklılık	30	0,640**	0,000

*Pearson korelasyon katsayısı
** Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 10 değerlendirildiğinde; korelasyon katsayılarının 0,43 ile 0,75 arasında değiştiği görülmektedir. Her iki uygulama arasında korelasyon saptanmıştır.

Bu 2 ölçüm arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ise Bağımlı gruplarda T Testi aracılığıyla değerlendirildi ve sonuçları Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin ön test ve tekrar testlerinin ve tanımlayıcı istatistik sonuçları

Korelasyonu test edilen boyut	Ortalama	Standart sapma	p
İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği- ön test puanı	104,06	17,93	0,524
İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-son test puanı	105,70	14,75	
Psikolojik sıkıntılar- ön test	13,7	3,9	0,447
Psikolojik sıkıntılar- ön test	13,5	3,0	
Fiziksel sıkıntılar- ön test	15,5	5,0	0,943
Fiziksel sıkıntılar- son test	16,0	4,1	
İş arkadaşı desteği- ön test	10,9	2,3	0,201
İş arkadaşı desteği- son test	10,5	1,8	
Supervizör/yünetici desteği- ön test	12,6	3,2	0,465
Supervizör/yünetici desteği- son test	13,0	2,9	
Kurum desteği- ön test	10,4	2,5	1,000
Kurum desteği- son test	10,4	2,5	
Profesyonel öz yeterlik- ön test	10,8	3,5	0,234
Profesyonel öz yeterlik- son test	11,8	3,5	
İş değiştirme/ayrılma- ön test	11,8	3,9	0,715
İş değiştirme/ayrılma- son test	11,6	3,2	
Absenteizm- ön test	6,2	2,0	0,119
Absenteizm- son test	6,7	2,0	
Dayanıklılık- ön test	11,8	3,9	0,481
Dayanıklılık- son test	11,6	3,2	

Tablo 11 değerlendirildiğinde; İki ölçüm arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

B) Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri, İkincil Mağdur ve Destek Puanları, Mesleki Tecrübeleri ve İlişkili Faktörler

Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya toplam 400 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,3 ± 9 (en küçük=21, en büyük= 64) idi. Katılımcıların % 64'ü (n=256) 33,3 yaş ve altında, % 36'sı (n=144) 33,3 yaş üzerindedir.

Çalışmamıza katılanların % 63,5'i (n=254) kadın, % 36,5'i (n=146) erkektir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; % 53,0'ü (n=212) evli, % 42,8'i (n=171) bekar, % 3,3'ü (n=13) boşanmış, % 0,8'i (n=3) birlikte yaşıyor ve % 0,3'ü (n=1) dul idi.

Katılımcıların % 37,5'inin (n=150) çocuğu vardı. Çocuğu olan katılımcıların % 23,8'inin (n=95) bir çocuğu, % 13,8'inin (n=55) iki ve daha fazla çocuğu vardı.

Katılımcıların hayatlarının çoğunu geçirdiği yer sorgulandığında % 86,3'ünün (n=345) il merkezi, % 10,5'inin (n=42) ilçe merkezi, % 2,8'inin (n=11) belde/köy ve % 0,5'inin (n=2) yabancı ülke olduğu görülmüştür.

Katılımcıların % 79,8'i (n=319) çekirdek ailede, % 19,0'u (n=76) geniş ailede ve % 1,3'ü (n=5) anne-babanın ayrı olduğu ailede büyüdüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların öğrenim durumu sorgulandığında % 42,0'si (n=168) üniversite, % 41,0'i (n=164) yüksek lisans, % 11,8'i (n=42) doktora, % 4,5'i (n=18) lise, % 0,5'i (n=2) ön lisans ve %0,3'ü (n=1) ortaokul mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aylık toplam hane geliri ortalama 23765 ± 13747 TL'dir. Gelir düzeyleri TÜRK-İŞ'in (Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu) Eylül 2022 ayı verilerine göre toplam aylık geliri 7245 TL ve altında olanlar açlık sınırı, 7245 TL -23600 TL arası olanlar yoksulluk sınırı ve 23600 TL üzeri olanlar yoksulluk sınırının üstünde geliri olanlar olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre katılımcıların % 59'u (n=236) yoksulluk sınırının altında olanlar, % 40,8'i (n=163) yoksulluk sınırının üzerinde ve % 0,3'ü (n=1) , açlık sınırının altında gelire sahiptir.

Katılımcılardan aylık gelirlerini kendilerinin değerlendirmeleri istendiğinde % 54,5'i (n=218) gelirlerinin giderlerine denk olduğunu, % 25,5'i (n=102) gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ve % 20,0'si (n=80) gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların % 64,5'i (n=258) dahili branşlarda, % 35,5'i (n=142) cerrahi branşlarda çalışmaktadır. Dahili branşlarda çalışan katılımcıların % 45,0'i (n=116) araştırma görevlisi doktor, % 43,4'ü (n=112) hemşire ve % 11,6'sı öğretim üyesidir. Cerrahi

branşlarda görev yapmakta olanların ise % 59,2'si (n=84) hemşire, % 28,2'si (n=40) araştırma görevlisi doktor ve % 12,7'si (n=18) öğretim üyesidir.

Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 12'de toplu halde sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların tanımlayıcı sosyodemografik özellikleri

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Yaş grubu (n=400)		
33,3 yaş ve altı	256	64,0
33,3 yaş üstü	144	36,0
Cinsiyet (n=400)		
Kadın	254	63,5
Erkek	146	36,5
Medeni durum (n=400)		
Evli	212	53.0
Bekar	171	42,8
Boşanmış	13	3,3
Birlikte yaşıyor	3	0,8
Dul	1	0,3
Çocuk varlığı (n=400)		
Var	150	37,5
Yok	250	62,5
Çocuk sayısı (n=150)		
1 çocuk	95	23,8
2 ve daha fazla çocuk	55	13,8
Hayatının çoğunu geçirdiği yer (n=400)		
İl merkezi	345	86,4
İlçe merkezi	42	10,5
Köy/belde	11	2,8
Yabancı ülke	2	0,5

Tablo 12 (devam). Katılımcıların tanımlayıcı sosyodemografik özellikleri

Büyüdüğü aile tipi (n=400)		
Çekirdek aile	319	79,8
Geniş aile	76	19.0
Anne-baba ayrı	5	1,3
Eğitim durumu (n=400)		
Ortaokul	1	0,3
Lise	18	4,5
Ön lisans	2	0,5
Üniversite	168	42,0
Yüksek lisans	164	41,0
Doktora	42	11,8
Çalışılan birim (n=400)		
Cerrahi bölüm	142	35,5
Dahili bölüm	258	64,5
İstihdam durumu (n=400)		
Öğretim üyesi	48	12,0
Araştırma görevlisi	156	39,0
Hemşire	196	49,0
Gelir durumu (n=400)		
Açlık sınırının altında	1	0,3
Yoksulluk sınırının altında	236	59,0
Yoksulluk sınırının üzerinde	163	40,8

Katılımcıların mesleklerindeki ortalama çalışma süresi 10,2 ± 9,2 yıl (min.1 maks.40); bu kurumda ortalama çalışma süreleri ise 7,6 ± 8,0 yıldır (min.1 maks. 38 yıl).

Çalışmaya katılanların % 33,5'i (n=134) gündüz (mesai), % 38,3'ü (n=153) gündüz (mesai) + nöbet, % 10,0'u (n=40) nöbet usulü, % 9,5'i (n=38) vardiya + nöbet, % 6,5'i (n=26) gündüz (mesai) + icap nöbeti ve % 2,3'ü (n=9) gündüz (mesai) + vardiya + nöbet usulü çalışmaktaydı. Çalıştığı birimde nöbet tutan katılımcıların ortalama aylık nöbet sayısı 7,1 ± 2,4 (en az 2, en çok 14) idi. Katılımcıların haftalık ortalama çalışma süresi 54,4 ± 19,4 (en az 35 en çok 150) saattir.

Katılımcıların çalıştıkları birimde iş yoğunluğu değerlendirildiğinde; % 49,8'i (n=199) "çok yoğun", % 44,0'ü (n=176) "orta yoğun" ve % 6,3'ü (n=25) "az yoğun" şeklindedir. Katılımcıların çalışırken kendilerini stresli/gergin hissetme durumları sorgulandığında ise % 50,5'i (n=202) "hayır" cevabını vermiştir.

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımlarıyla ilgili özellikleri.

Özellik	**Sayı**	**Yüzde**
Sigara kullanma durumu (n=400)		
Hayır	265	66,3
Evet	112	28,0
Bıraktım	23	5,8
Alkol kullanma durumu(n=400)		
Hiç kullanmıyorum	176	44,0
Ayda bir ya da daha az	116	26,0
Haftada bir veya daha az	73	18,3
Haftada 2-4 kez	27	6,8
Haftada 5 kez veya daha fazla	6	1,5
Bıraktım	2	0,5

Tablo 13 değerlendirildiğinde; katılımcıların sigara kullanma durumları sorgulandığında % 66,3'ü (n=265) hayır, % 28,0'i (n=112) evet, % 5,8'i (n=23) bıraktım cevabını vermişti. Sigara kullanan katılımcılar ortalama 9,6 ± 5,9 (min:1, maks:35) yıldır, ortalama 15,0 ± 10,8 (min:1, maks:60) adet/gün sigara kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamıza katılanların % 44,0'ü (n=176) alkol kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların % 29,0'u (n=116) ayda bir veya daha az kullandıklarını, %18,3'ü (n=73) haftada bir veya daha az kullandıklarını, % 6,8'i (n=27) haftada 2-4 kez alkol kullandıklarını, % 1,5'i (n=6) haftada 5 kez veya daha fazla kullandıklarını ve % 0,5'i (n=2) daha önce kullanıp bıraktığını belirtmişlerdir. Alkol kullandığını belirten katılımcıların % 40,0'ı (n=160) günde 1-2 standart içki, % 12,8'i (n=51) günde 3-4 standart içki ve % 2,8'i (n=11) 5 standart içkiden fazla kullanmaktadırlar.

Katılımcıların % 21,5'inin (n=86) kronik hastalık öyküsü varken, % 9,5'inin (n=38) bir veya daha fazla psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Her 5 katılımcıdan biri (n=77) herhangi bir ilacı sürekli kullanmaktadır.

Katılımcıların fiziksel aktivite yapıp yapmama durumları sorgulandığında % 45,0'i (n=180) fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmiştir. % 39,5'i (n=158) haftada 1-2 kez, % 13,0'ü (n=52) haftada 3-4 kez, % 2,5'i (n=10) haftada 5'ten fazla fiziksel aktivite yapmaktadırlar.

Katılımcıların sağlık durumlarıyla ilgili özellikleri Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların sağlık durumlarıyla ilgili özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Kronik hastalık durumu (n=400)		
Var	86	21,5
Yok	314	78,5
Psikiyatrik hastalık durumu(n=400)		
Var	38	9,5
Yok	362	90,5
İlaç kullanma durumu (n=400)		
Var	77	19,3
Yok	323	80,8
Fiziksel aktivite durumları (n=400)		
Yapmıyorum	180	45,0
Haftada 1-2 kez	158	39,5
Haftada 3-4 kez	52	13,0
Haftada 5'den fazla	10	2,5

İkincil Mağdur Deneyimi ve İlişkili Faktörler

Katılımcıların ikincil mağdur terimini daha önceden bilme durumları sorgulandığında % 84,2'sinin (n=337) ise ilk defa duyduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların % 39,0'u (n=156) meslek hayatları süresince ikincil mağdur deneyimi yaşadığını belirtirken, % 61,0'i (n=244) ise yaşamadığını fakat tanık olduğunu belirtmiştir. İkincil mağdur deneyimine neden olacak olaydan sonra herhangi bir resmi işlemin yapılma oranı % 1,5 (n=6)'dir. Katılımcıların ikincil mağdur deneyimi ve bilgi düzeyleri Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların ikincil mağdur deneyimi ve bilgi düzeyleri

Özellik	Sayı	Yüzde
İkincil Mağdur Kavramını bilme (n=400)		
Evet	63	15,8
Hayır	337	84,2
İkincil Mağdur deneyimi yaşama (n=400)		
Evet	156	39,0
Tanık olma	244	61,0

İMDDÖ-R Sonuçları ve Sonuçların Diğer Parametrelerle İlişkileri

İkincil mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize (İMDDÖ-R) sürekli bir ölçek olup herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi ortalama puan üzerinden yapılmakta olup İMDDÖ-R'den en az 1 en fazla 5 puan alınabilmektedir. Ölçekte bulunan 13,14,15,16,17,29,30,31 ve 32.maddeler ters puanlanmaktadır. Alınan ortalama puan ne kadar yüksekse kişinin ikincil mağdur olma düzeyi o kadar yüksek, bu konuda algıladığı destek düşük demektir. Katılımcıların İMDDÖ-R ortalama puanları Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve uyum yüzdeleri

Değişkenler	Ortalama ± SS	Minimum	Medyan	Maksimum	Uyum %
İMDDÖ-R genel	2,8 ± 0,5	1,2	2,8	4,4	
İMDDÖ-R alt boyutları					
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	1,0	3,5	5,0	32,5
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	1,0	2,8	6,4	18,8
İş arkadaşı desteği	2,9 ± 0,9	1,0	2,0	5,0	6,0
Yönetici desteği	2,9 ± 0,9	1,0	3,0	5,0	15,0
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	1,0	3,0	5,0	20,5
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	1,0	2,8	5,0	18,8
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,0	1,0	2,5	5,0	11,5
İşe devamsızlık	1,9 ± 1,0	1,0	2,0	5,0	9,3
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	1,0	2,8	5,0	13,5

Tablo 16 değerlendirildiğinde; katılımcıların İMDDÖ-R ölçeğinden aldıkları ortalama puan 2.8 ± 0.5'tir. İMDDÖ-R'nin alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde; psikolojik sıkıntılar puanı 3.3 ± 0.9, fiziksel sıkıntılar puanı 2.9 ± 1.0, iş arkadaşı desteği puanı 2.9 ± 0.9, yönetici/süpervizör desteği puanı 2.9 ± 0.9, kurum desteği puanı 3.2 ± 0.8, öz yeterlilik puanı 12.8 ± 1.0, iş değiştirme puanı 2.5 ± 1.0, işe devamsızlık (absenteizm) puanı 1.9 ± 1.0 ve dayanıklılık puanı 2.7 ± 0.9'dur.

Ölçeği geliştiren araştırmacılar, alt boyutların her birinden alınan toplam puanların ortalamasını hesaplayarak; 4 ve üzeri puan alanların yüzdesini uyum yüzdesi olarak değerlendirmişlerdir (33). Buna göre bu çalışmada uyum yüzdeleri; psikolojik sıkıntılar için % 32.5, fiziksel sıkıntılar için % 18.8, iş arkadaşı desteği için % 6.0, yönetici desteği için % 15.0, kurum desteği için % 20.5, profesyonel öz yeterlilik için %18.8, iş değiştirme isteği için % 11.5, işe devamsızlık için % 9.3 ve dayanıklılık için % 13.5 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların unvanlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Katılımcıların unvanlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Öğretim üyesi**	**Araştırma görevlisi**	**Hemşire**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,2 ± 0,8	3,4 ± 0,8	3,3 ± 1,0	0.148*
Fiziksel sıkıntılar	2,5 ± 0,8	3,0 ± 1,0	2,9 ± 1,0	**0.006***
İş arkadaşı desteği	2,1 ± 0,6	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,9	0.100*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 1,0	2,9 ± 0,8	2,9 ± 0,9	0.664*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,8	3,1 ± 0,8	0.219*
Profesyonel öz yeterlilik	2,4 ± 0,7	3,1 ± 1,0	2,7 ± 1,0	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,1 ± 0,8	2,7 ± 0,9	2,5 ± 1,0	**0.001***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,5 ± 0,7	2,0 ± 1,0	1,9 ± 1,1	**0.015***
Dayanıklılık	2,9 ± 0,8	2,8 ± 0,8	2,6 ± 1,0	0.066*
İMDDÖ-R puanı	2,6 ± 0,4	2,9 ± 0,5	2,7 ± 0,5	**0.000***

*ANOVA, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 17 değerlendirildiğinde; katılımcıların unvanlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post-hoc analizlerde; araştırma görevlilerinin İMDDÖ-R ortalama puanının hemşirelerden ve öğretim üyelerinden yüksek olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca, hemşirelerin İMDDÖ-R puanları da öğretim üyelerinden yüksektir ($p=0,042$). Katılımcıların unvanları ile ölçek alt boyutlarından fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık puanları değişmektedir ($p<0,05$). Yapılan post hoc analizlerde; fiziksel sıkıntılar alt boyutunda öğretim üyelerinin aldığı puan, araştırma görevlileri ve hemşirelerin puanlarından daha düşük bulunmuştur. Araştırma görevlileri ve hemşirelerin puanları benzerdir. Öz yeterlilik alt boyutunda araştırma görevlilerinin puanı hemşireler ve öğretim üyelerinden yüksektir ($p<0,05$). Hemşirelerin öz yeterlilik alt boyut puanı ise öğretim üyelerinden yüksektir ($p<0,05$). İş değiştirme alt boyutunda öğretim üyelerinin puanı, araştırma görevlileri ve hemşirelerden düşüktür ($p<0,005$); araştırma görevlileri ve hemşirelerin puanları ise benzerdir. İşe devamsızlık alt boyutunda ise araştırma görevlilerinin aldıkları puan, öğretim üyelerinden yüksektir ($p<0,001$).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 18'de değerlendirilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların cinsiyetlerine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Kadın**	**Erkek**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,2 ± 0,9	**0.015***
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.079*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.556*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.424*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,1 ± 0,9	0.156*
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.502*
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.370*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.840*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.645*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,5	**0.033***

*Bağımsız gruplarda T testi Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Tablo 18'e göre; kadınların puanı erkeklerden yüksektir (p<0,05). Psikolojik sıkıntılar alt boyutu puanı, kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (p<0,05) (Tablo 8).

Katılımcıların yaşlarına göre İMDDÖ-R ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 19'da değerlendirilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların yaşlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Yaş ≤ 33,3**	**Yaş > 33,3**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,2 ± 0,9	**0.011***
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,1	2,6 ± 0,9	**0.000***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,7	0.053*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.218*
Kurum desteği	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.280*
Öz yeterlilik	3,0 ± 1,0	2,5 ± 0,9	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,3 ± 0,9	**0.000***
İşe devamsızlık (absenteizm)	2,0 ± 1,0	1,8 ± 0,9	0.077*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.082*
İMDDÖ-R puanı	2,9 ± 0,5	2,6 ± 0,4	**0.000***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 19 değerlendirildiğinde; 33,3 yaş ve altında olan katılımcıların diğerlerine göre ölçekten aldıkları puanlar yüksek bulunmuştur. Yaş ile İMDDÖ-R ölçeğinden alınan ortalama puan ilişkilidir (p<0,05). Psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik ve iş değiştirme alt boyutlarında 33,3 yaş ve altında olan kesim anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır (p<0,05).

Katılımcıların medeni durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların medeni durumlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Evli	Evli olmayan	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,2 ± 0,9	0.752*
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,1	2,6 ± 0,9	0.122*
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,7	0.109*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.704*
Kurum desteği	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.510*
Öz yeterlilik	3,0 ± 1,0	2,5 ± 0,9	**0.007***
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,3 ± 0,9	**0.004***
İşe devamsızlık (absenteizm)	2,0 ± 1,1	1,8 ± 0,9	0.531*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.345*
İMDDÖ-R puanı	2,9 ± 0,5	2,6 ± 0,4	**0.009***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 20 değerlendirildiğinde; evli olmayanların (bekâr, dul, boşanmış / ayrı yaşıyor) İMDDÖ-R ortalama puanları, evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; öz yeterlilik ve iş değiştirme boyutlarında evli olmayanların puanları, evli olanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların çocuk varlığına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Çocuk var	Çocuk yok	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.844*
Fiziksel sıkıntılar	2,8 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.121*
İş arkadaşı desteği	2,2 ± 0,8	2,4 ± 0,9	0.035*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0.242*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0.938*
Öz yeterlilik	2,6 ± 1,0	2,9 ± 1,0	**0.001***
İş değiştirme/ayrılma	2,3 ± 0,9	2,7 ± 1,0	**0.000***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 0,9	1,9 ± 1,1	0.126*
Dayanıklılık	2,7 ± 1,0	2,7 ± 1,0	0.355*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,4	2,8 ± 0,5	**0.001***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 21'e göre; çocuk sahibi olmayanların olanlara göre İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir ($p<0.05$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; öz yeterlilik ve iş değiştirme boyutlarında çocuk sahibi olmayanların puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların hayatlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yere göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların hayatının çoğunu geçirdiği yere göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	İl merkezi	İlçe merkezi	Belde/köy	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,7	3,6 ± 0,8	0.371*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,9 ± 1,1	3,2 ± 0,9	0.495*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,5 ± 1,0	2,5 ± 1,1	0.192*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,9	2,8 ± 1,1	0.765*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,3 ± 0,8	3,1 ± 1,0	0.587*
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	3,0 ± 1,2	2,6 ± 0,8	0.575*
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,0	2,6 ± 1,1	2,4 ± 1,1	0.823*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,8 ± 1,1	1,6 ± 0,6	0.448*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 1,1	2,5 ± 1,1	0.532*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,9 ± 0,5	2,8 ± 0,5	0.726*

*Kruskal Wallis testi, Ort: Ortalama SS: Standart sapma.

Tablo 22 değerlendirildiğinde; katılımcıların hayatlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yere göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar benzerdir ($p>0.05$).

Katılımcıların büyüdükleri aile tipine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların büyüdüğü aile tipine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanların ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Çekirdek aile	Geniş aile	Anne baba ayrı	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,3 ± 0,9	3,6 ± 1,1	0.904*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,8 ± 1,0	3,4 ± 1,5	0.505*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	2,7 ± 1,3	0.758*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	2,3 ± 0,8	0.261*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,9	3,7 ± 0,9	0.220*
Öz yeterlilik	2,9 ± 1,0	2,6 ± 1,0	3,1 ± 0,8	0.195*
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,4 ± 0,9	2,6 ± 1,0	0.688*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,1	1,8 ± 0,9	1,5 ± 0,5	0.610*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 1,0	2,3 ± 1,1	0.495*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,4	2,9 ± 0,6	0.448*

*Kruskal Wallis testi, Ort: Ortalama SS: Standart sapma.

Tablo 23 değerlendirildiğinde; katılımcıların büyüdükleri aile tipine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar benzerdir ($p>0.05$).

Katılımcıların eğitim seviyesine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Üniversite ve altı	Yüksek lisans	Doktora	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,9	3,2± 0,8	0.409*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	3,0 ± 1,0	2,5 ± 0,8	**0.010***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,3 ± 0,7	2,1 ± 0,6	0.090*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,8	2,8 ± 1,0	0.641*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.178*
Öz yeterlilik	2,7 ± 1,0	3,1 ± 1,0	2,4 ± 0,7	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,1	2,7 ± 0,9	2,1 ± 0,8	**0.001***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,1	2,0 ± 1,0	1,5 ± 0,7	**0.019***
Dayanıklılık	2,6 ± 1,0	2,8 ± 0,8	2,9 ± 0,8	**0.021***
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,5	2,9 ± 0,5	2,6± 0,4	**0.000***

*ANOVA, Ort: Ortalama SS: Standart sapma.

Tablo 24 değerlendirildiğinde; katılımcıların eğitim seviyeleri ile İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puanlar arasında farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc analizlerde yüksek lisans mezunu katılımcıların İMDDÖ-R ortalama puanları doktora ile üniversite ve altı mezunu olan katılımcılardan daha yüksek olup; üniversite ve altı mezun olanların puanları doktora mezunu olanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,030$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların eğitim seviyeleri ile fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik, iş değiştirme, işe devamsızlık ve dayanıklılık boyutlarından aldıkları puanlar farklı bulunmuştur ($p<0.005$).

Fiziksel sıkıntılar alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde doktora mezunu olanların aldıkları puan, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar benzer bulunmuştur ($p=0,739$). Öz yeterlilik alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde; yüksek lisans mezunu katılımcıların puanları doktora ile üniversite ve altı mezunu olan katılımcılardan daha yüksek olup; üniversite ve altı mezun olanların puanları

doktora mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,033). İş değiştirme alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde doktora mezunu olanların aldıkları puan, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan düşük bulunmuştur (p<0,005). Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar benzerdir (p=0,486). İşe devamsızlık alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde doktora mezunu olanların aldıkları puan, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan düşük bulunmuştur (p<0,05). Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar benzerdir (p=0,726). Dayanıklılık alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde yüksek lisans mezunu olanların aldıkları puanlar, üniversite ve altı mezun olanlara göre yüksek bulunmuştur (p=0,029).

Katılımcıların aylık toplam hane gelirlerine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların aylık hane gelirlerine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Yoksulluk sınırının altında**	**Yoksulluk sınırının üzerinde**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.577*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.159*
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,8	**0.047***
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.105*
Kurum desteği	3,2 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.676*
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.988*
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,0	**0.014***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,8 ± 1,0	0.512*
Dayanıklılık	2,8 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.293*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,5	**0.033***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 25'e göre; yoksulluk sınırının altında aylık hane gelirine sahip olanların İMDDÖ-R ortalama puanları, yoksulluk sınırının üstünde gelire sahip olanlara göre daha

yüksektir (p<0.05). Ölçek alt boyutlarından yalnızca iş değiştirme alt boyut puanları ile gelir durumları arasında ilişki bulunmuştur. Yoksulluk sınırının altında gelire sahip olanların iş arkadaşı desteği ve iş değiştirme alt boyut puanları, yoksulluk sınırının üzerinde gelire sahip olanlara göre daha yüksektir (p<0,05).

Katılımcıların gelir-gider durumu algılarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların gelir – gider durumu algılarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Gelirlerim giderlerimden fazla**	**Gelirlerim giderlerime eşit**	**Gelirlerim giderlerimden az**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,8	3,3 ± 0,9	3,4 ± 1,0	0.860*
Fiziksel sıkıntılar	2,7 ± 0,9	2,9 ± 1,0	3,0 ± 1,1	0.260*
İş arkadaşı desteği	2,2 ± 0,7	2,4 ± 0,8	2,3 ± 0,9	0.263*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,8	3,0 ± 0,9	0.063*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0.430*
Öz yeterlilik	2,8 ± 0,9	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.851*
İş değiştirme/ayrılma	2,4 ± 1,0	2,5 ± 1,0	2,7 ± 1,0	0.090*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	1,9 ± 1,0	1,9 ± 1,1	0.899*
Dayanıklılık	2,8 ± 0,9	2,7 ± 0,9	2,6 ± 0,9	0.562*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,5	2,9 ± 0,5	2,6± 0,4	0.326*

*ANOVA, Ort: Ortalama SS: Standart sapma.

Tablo 26 incelendiğinde; giderleri gelirlerinden daha fazla olan katılımcıların İMDDÖ-R ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak gelir-gider algısı durumuna göre İMDDÖ-R'den alınan puanlar benzerdir (p>0.05). Ölçek alt boyutları incelendiğinde ise alt boyutlar ile gelir-gider durumu arasında ilişki saptanamamıştır (p>0.05).

Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	**Cerrahi bölümler**	**Dahili bölümler**	**p**
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,2 ± 0,9	3,4 ± 0,9	0.129*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.695*
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,3 ± 0,8	0.285*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 0,9	2,9 ± 0,8	0.409*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0.585*
Öz yeterlilik	2,7 ± 0,9	2,9 ± 1,0	0.193*
İş değiştirme/ayrılma	2,4 ± 0,9	2,6 ± 1,0	**0.027***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.441*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.715*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,4	2,8 ± 0,5	0.083*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 27 değerlendirildiğinde; dahili bölümlerde görev yapan katılımcıların İMDDÖ-R ortalama puanları cerrahi bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmekle birlikte fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$). Alt boyutlar incelendiğinde ise; iş değiştirme boyutunda dahili bölümlerde çalışanların puanları anlamlı bir biçimde cerrahi bölümde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların meslekteki çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların meslekteki çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	10,2 yıl ve altı	10,2 yıl üzeri	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,2 ± 0,9	**0.004***
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,0	2,6 ± 0,9	**0.000***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,7	**0.005***
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.437*
Kurum desteği	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.494*
Öz yeterlilik	3,0 ± 1,0	2,5 ± 0,9	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,2 ± 0,9	**0.000***
İşe devamsızlık (absenteizm)	2,0 ± 1,0	1,7 ± 0,9	**0.023***
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,8 ± 1,0	0.180*
İMDDÖ-R puanı	2,9 ± 0,5	2,6 ± 0,4	**0.000***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 28'e göre; meslekte çalışma süresi ile İMDDÖ-R ortalama puanları ilişkilidir. Meslekte 10,2 yıl ve altı süre tecrübesi olanların İMDDÖ-R ortalama puanları, 10,2 yıl üzeri süre tecrübesi olanlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık boyutlarında 10,2 yıl ve altı tecrübesi olanların puanları 10,2 yıl üzeri tecrübesi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	7,6 yıl ve altı	7,6 yıl üzeri	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,2 ± 0,9	**0.007***
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,0	2,6 ± 0,9	**0.000***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,1 ± 0,7	**0.002***
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.541*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.256*
Öz yeterlilik	3,0 ± 1,0	2,5 ± 0,9	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,2 ± 0,9	**0.000***
İşe devamsızlık (absenteizm)	2,0 ± 1,1	1,7 ± 0,9	**0.030***
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,8 ± 1,0	0.344*
İMDDÖ-R puanı	2,9 ± 0,5	2,6 ± 0,4	**0.000***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 29 değerlendirildiğinde; bu kurumda çalışma süresi ile İMDDÖ-R ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır. Bu kurumda 7,6 yıl ve altında süre çalışmış olanların İMDDR ortalama puanları, 7,6 yıl üzeri süre çalışmış olanlardan daha yüksektir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde; psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık boyutlarında 7,6 yıl ve altında çalışma süresi olanların puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların nöbetli çalışma durumlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların nöbet tutma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Nöbet tutanlar	Nöbet tutmayanlar	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.280*
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,1	2,7 ± 0,9	**0.016***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,7	**0.028***
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0.197*
Kurum desteği	3,1 ± 0,9	3,3 ± 0,8	0.094*
Öz yeterlilik	2,9 ± 1,0	2,7 ± 0,9	**0.020***
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,0	**0.020***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,1	1,8 ± 0,9	0.383*
Dayanıklılık	2,6 ± 0,9	2,9 ± 0,9	**0.010***
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,5	0.116*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 30'a göre; katılımcıların nöbetli çalışma durumları ile İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar benzerdir ($p>0,05$). Ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde de; fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve dayanıklılık alt boyutlarında nöbetli çalışanların aldıkları puanlar yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların haftalık çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların haftalık çalışma sürelerine göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Çalışma süresi ≤40 saat	Çalışma süresi >40 saat	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,2 ± 0,9	3,4 ± 0,9	**0.018***
Fiziksel sıkıntılar	2,6 ± 0,9	3,1 ± 1,0	**0.000***
İş arkadaşı desteği	2,2 ± 0,8	2,4 ± 0,9	0.056*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0.916*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,1 ± 0,9	0.228*
Öz yeterlilik	2,6 ± 0,9	3,0 ± 1,0	**0.000***
İş değiştirme/ayrılma	2,3 ± 1,0	2,7 ± 1,0	**0.000***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	2,0 ± 1,1	0.065*
Dayanıklılık	2,8 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.448*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,5	2,9 ± 0,5	**0.000***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 31 değerlendirildiğinde; katılımcıların haftalık çalışma süreleri ile İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puanlar ilişkili bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi 40 saat üzeri olan katılımcıların İMDDÖ-R ortalama puanları 40 saat ve altı olanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde; psikolojik ve fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik ve iş değiştirme alt boyutlarında haftalık çalışma süresi 40 saat üzeri olanların aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların haftalık çalışma süreleri ile İMDDÖ-R ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; katılımcıların haftalık çalışma süresi ile psikolojik sıkıntılar ($r=0,11$ ve $p<0,05$), fiziksel sıkıntılar ($r=0,16$ ve $p<0,05$), öz yeterlilik ($r=0,19$ ve $p<0,05$), iş değiştirme ($r=0,17$ ve $p<0,05$), işe devamsızlık ($r=0,11$ ve $p<0,05$) alt boyutları ve İMDDÖ-R ortalama puanları ($r=0,24$ ve $p<0,05$) arasında düşük ve pozitif korelasyon saptanmıştır.

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki iş yoğunluklarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların iş yoğunluğuna göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Az yoğun	Orta	Çok yoğun	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 1,0	3,3 ± 0,9	3,4 ± 0,9	0.434*
Fiziksel sıkıntılar	2,8 ± 1,0	2,7 ± 1,0	3,0 ± 1,0	**0.030***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 1,0	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.628*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,5 ± 0,7	2,8 ± 0,9	2,9 ± 0,9	**0.047***
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.754*
Öz yeterlilik	2,9 ± 1,1	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.841*
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,0	2,5 ± 1,0	2,6 ± 1,0	0.707*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 0,9	1,7 ± 0,9	2,0 ± 1,1	**0.035***
Dayanıklılık	2,8 ± 0,7	2,6 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.434*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,6	2,7 ± 0,5	2,8 ± 0,5	0.062*

*Kruskal Wallis testi; Ort: Ortalama SS: Standart sapma.

Tablo 32'ye göre; Katılımcıların iş yoğunluğunu değerlendirmeleri ile İMDDÖ-R puanları benzerdir ($p>0,05$). Yapılan Post-hoc analizlerde; fiziksel sıkıntılar ve işe devamsızlık alt boyutlarında iş yoğunluğunu "çok yoğun" olarak değerlendirenlerin puanları "orta" olarak değerlendirenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların çalışırken stresli/gergin olma durumlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 33'te gösterilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların çalışırken stresli/gergin olma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Stresli/gergin olanlar	Stresli/gergin olmayanlar	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,5 ± 0,9	3,2 ± 0,9	**0.004***
Fiziksel sıkıntılar	3,1 ± 1,0	2,7 ± 1,0	**0.000***
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,2	0.162*
Süpervizör/ yönetici desteği	3,0 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.074*
Kurum desteği	3,3 ± 0,8	3,1 ± 0,8	**0.005***
Öz yeterlilik	3,0 ± 1,0	2,7 ± 0,9	**0.003***
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,4 ± 0,9	**0.004***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.522*
Dayanıklılık	2,8 ± 0,9	2,6 ± 0,9	0.100*
İMDDÖ-R puanı	2,9 ± 0,4	2,7 ± 0,5	**0.000***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 33 değerlendirildiğinde; katılımcıların çalışırken stresli/gergin olma durumları ile İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar değişmektedir ($p<0,05$). Çalışırken stresli/gergin olanların İMDDÖ-R puanları daha yüksektir. Ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde ise; psikolojik ve fiziksel sıkıntılar, kurum desteği, öz yeterlilik ve iş değiştirme alt boyutlarından alınan puanlar çalışırken stresli/gergin olanlarda daha yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların alkol kullanım durumlarına göre İMDDÖ-R aldıkları puan ortalamaları Tablo 34'te sunulmuştur.

Tablo 34. Katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Evet	Hayır	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.053*
Fiziksel sıkıntılar	2,9 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.858*
İş arkadaşı desteği	2,4 ± 0,9	2,2 ± 0,8	0.076*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0.911*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0.485*
Öz yeterlilik	2,9 ± 0,9	2,7 ± 1,0	0.088*
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.976*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.573*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.605*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,7 ± 0,5	0.201*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 34 değerlendirildiğinde; alkol kullanım ile İMDDÖ-R'den alınan puanlar benzerdir ($p>0.05$).

Katılımcıların tütün kullanım durumlarına göre İMDDÖ-R aldıkları puan ortalamaları Tablo 35'te sunulmuştur.

Tablo 35. Katılımcıların tütün kullanma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Evet	Hayır	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.749*
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,1	2,8 ± 1,0	0.349*
İş arkadaşı desteği	2,2 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.277*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0.870*
Kurum desteği	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.401*
Öz yeterlilik	2,7 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.282*
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,1	2,5 ± 1,0	0.950*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.325*
Dayanıklılık	2,5 ± 1,0	2,8 ± 0,9	**0.021***
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,4	2,8 ± 0,5	0.293*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 35'teki verilere göre; tütün ürünü kullanımı ile İMDDÖ-R'den alınan puanlar benzerdir ($p>0.05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde; işe devamsızlık alt boyutunda tütün ürünleri kullanmayanların puanı kullanan katılımcılardan daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Var	Yok	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,2 ± 0,9	3,4 ± 0,9	0.072*
Fiziksel sıkıntılar	2,8 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.383*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.739*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,7 ± 0,9	2,9 ± 0,9	**0.028***
Kurum desteği	3,2 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.757*
Öz yeterlilik	2,7 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.116*
İş değiştirme/ayrılma	2,3 ± 1,0	2,6 ± 1,0	**0.025***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.281*
Dayanıklılık	2,6 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.213*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,5	2,8 ± 0,5	**0.011***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 36 değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olmayan katılımcıların İMDDÖ-R puanları, olanlara göre daha yüksektir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde ise; süpervizör/yönetici desteği ve iş değiştirme alt boyutlarında kronik hastalığı olmayanların aldıkları puanlar, olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Var	Yok	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,6 ± 0,8	3,3 ± 0,9	0.093*
Fiziksel sıkıntılar	3,0 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.377*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,7	2,3 ± 0,8	0.805*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,7 ± 1,0	2,9 ± 0,9	0.255*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.853*
Öz yeterlilik	2,9 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.451*
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.590*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 0,9	1,9 ± 1,0	0.812*
Dayanıklılık	2,6 ± 0,8	2,7 ± 0,9	0.502*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,4	2,8 ± 0,5	0.450*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 37 değerlendirildiğinde; kişinin psikiyatrik hastalığının varlığı İMDDÖ-R puanıyla ilişkisizdir ($p>0.05$).

Katılımcıların sürekli ilaç kullanımına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 38'de sunulmuştur.

Tablo 38. Katılımcıların sürekli ilaç kullanımına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Var	Yok	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.731*
Fiziksel sıkıntılar	2,8 ± 0,9	2,9 ± 1,0	0.656*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.696*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,7 ± 0,8	2,9 ± 0,9	**0.024***
Kurum desteği	3,2 ± 0,9	3,2 ± 0,8	0.956*
Öz yeterlilik	2,7 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.193*
İş değiştirme/ayrılma	2,6 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.673*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,0	1,9 ± 1,0	0.906*
Dayanıklılık	2,6 ± 0,8	2,7 ± 0,9	0.664*
İMDDÖ-R puanı	2,7 ± 0,4	2,8 ± 0,5	0.214*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 38'e göre; sürekli ilaç kullanımıyla İMDDÖ-R puanları ilişkisizdir ($p>0.05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde ise; süpervizör/yönetici desteği alt boyutunda sürekli ilaç kullanmayan katılımcıların puanlarının kullanan katılımcılardan göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Düzenli fiziksel aktivite yapıyor	Düzenli fiziksel aktivite yapmıyor	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 0,9	3,3 ± 0,9	0.906*
Fiziksel sıkıntılar	2,8 ± 1,0	2,9 ± 1,0	0.240*
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,9	2,3 ± 0,8	0.446*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 0,8	2,9 ± 0,9	0.284*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.989*
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.802*
İş değiştirme/ayrılma	2,5 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.841*
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,8 ± 1,0	2,0 ± 1,1	0.127*
Dayanıklılık	2,7 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.507*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,8 ± 0,4	0.362*

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 39 değerlendirildiğinde; düzenli fiziksel aktivite yapma ile İMDDÖ-R'den alınan puanlar ilişkisiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Katılımcıların "ikincil mağdur deneyimi" kavramını daha önceden bilme durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 40'ta sunulmuştur.

Tablo 40. Katılımcıların "ikincil mağdur deneyimi" kavramını daha önceden bilme durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Evet	Hayır	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,3 ± 1,0	3,4 ± 0,9	0.499*
Fiziksel sıkıntılar	3,1 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.063*
İş arkadaşı desteği	2,2 ± 0,9	2,3 ± 0,8	0.295*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,8 ± 0,8	2,9 ± 0,9	0.296*
Kurum desteği	3,1 ± 0,8	3,2 ± 0,8	0.297*
Öz yeterlilik	2,8 ± 1,0	2,8 ± 1,0	0.626*
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,5 ± 1,0	0.300*
İşe devamsızlık (absenteizm)	2,1 ± 1,0	1,8 ± 1,1	0.072*
Dayanıklılık	2,8 ± 0,9	2,7 ± 0,9	0.462*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,5	2,8 ± 0,5	0.636*

*Bağımsız gruplarda T testi **Man Whitney U testi.
Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 40 değerlendirildiğinde; "ikincil mağdur deneyimi" kavramını daha önceden bilme durumunun İMDDÖ-R puanlarını etkilemediği anlaşılmaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların "ikincil mağdur deneyimi" yaşama durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları Tablo 41'de sunulmuştur.

Tablo 41. Katılımcıların "ikincil mağdur deneyimi" yaşama durumlarına göre İMDDÖ-R puan ortalamaları

Değişkenler (İMDDÖ-R ve alt boyutları)	Evet	Hayır, ama tanık olmuş	p
	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Psikolojik sıkıntılar	3,5 ± 0,8	3,2 ± 0,9	**0.009***
Fiziksel sıkıntılar	3,1 ± 1,0	2,8 ± 1,0	**0.005***
İş arkadaşı desteği	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,8	0.560*
Süpervizör/ yönetici desteği	2,9 ± 0,9	2,8 ± 0,9	0.514*
Kurum desteği	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,9	0.599*
Öz yeterlilik	2,9 ± 1,1	2,8 ± 1,0	0.546*
İş değiştirme/ayrılma	2,7 ± 1,0	2,5 ± 1,0	**0.044***
İşe devamsızlık (absenteizm)	1,9 ± 1,1	1,9 ± 1,0	0.677*
Dayanıklılık	2,7 ± 1,0	2,8 ± 0,9	0.301*
İMDDÖ-R puanı	2,8 ± 0,4	2,7 ± 0,5	**0.036***

*Bağımsız gruplarda T testi, Ort: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tablo 41'e göre; ikincil mağdur deneyimi yaşayan katılımcıların İMDDÖ-R puanı, tanık olanların puanlarına göre daha yüksektir ($p<0,05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar ve iş değiştirme boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların ikincil mağdur deneyimi yaşama durumları ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). İkincil mağdur deneyimi yaşayan katılımcıların puanları yaşamayanlara göre daha yüksektir.

İMDDÖ-R puanını istatiksel olarak etkileyen bağımsız değişkenler ile model oluşturularak; İMDDÖ-R puanını etkileyen temel faktörler doğrusal regresyon analizi ile de değerlendirilmiştir.

Doğrusal regresyon modelinde İMDDÖ-R puanı bağımlı değişken; katılımcıların unvanları, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, öğrenim durumu, hane geliri, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalışırken stresli ve gergin olma, kronik hastalık varlığı ve ikincil mağdur deneyimi yaşama durumları bağımsız

değişkenler olarak alınmıştır. Geriye dönük basamaklama yöntemiyle yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde en uygun model Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42. Çoklu Doğrusal regresyon modeli

Coefficients[a]

Model			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
			B	Std. Error	Beta		
10	(Constant)		124,460	4,695		26,510	0.000
	Cinsiyet	Kadın	4,608	1,490	-0,146	-3,093	0.002
		Erkek	Referans				
	Çalışırken stresli/gergin olma	Evet	6,874	1,439	-0,226	-4,776	0.000
		Hayır	Referans				
	Meslekte çalışma süresi	10,2 yıl ve altı	7,569	1,541	-0,239	-4,911	0.000
		10,2 yıl üstü	Referans				
	Kronik hastalık varlığı	Evet	-3,552	1,785	-0,096	-1,989	0.047
		Hayır	Referans				
	İkincil mağdur deneyimi yaşama	Evet	2,665	1,466	-0,085	-1,818	0.070
		Hayır	Referans				

*Model: F=14,5 p= 0,000 R=0,395 R^2= 0,156

Çok değişkenli analiz sırasında; katılımcıların unvanları, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, öğrenim durumu, hane geliri, nöbetli çalışma, haftalık çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi bağımsız değişkenleri ilişkili olmadıkları için modelden atılmıştır (p>0.05). Son aşamada cinsiyet, meslekte çalışma süresi, çalışırken stresli/gergin olma, kronik hastalık varlığı ve ikincil mağdur deneyimi yaşama durumunun İMDDÖ-R puanını etkilediği ortaya çıkmıştır(p<0,05) (Tablo 42). Son modelde p>0,05 olan "ikincil mağdur deneyimi yaşama" değişkeni model uyumundan dolayı çalışmada bırakılmış olup; tek başına bağımsız bir değişken olmadığı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucu aşağıdaki model oluşmuştur.

İMDDÖ-R= 124,460 + (cinsiyet_kadın x 4,608) + (çalışırken stresli/gergin olma_evet x 6,874) + (meslekte çalışma süresi/10,2 yıl ve altı süre x 7,569) –– (kronik hastalık varlığı_evet x 3,552) + (ikincil mağdur deneyimi yaşama_evet x 2,665)

Yapılan bu analize göre değişkenlerin İMDDÖ-R'yi açıklama gücü % 15,6 bulunmuştur. İMDDÖ-R puanını en çok etkileyen değişken meslekteki çalışma süresidir.

TARTIŞMA

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşireler olmak üzere toplam 400 kişi ile yürütülmüş olup, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize adlı ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise katılımcıların ölçekten aldıkları puanların bazı sosyodemografik özellikler, meslek tecrübeleri ve ikincil mağdur deneyimi yaşama durumları gibi değişkenlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgularla ilgili tartışma, araştırmanın ilk bölümü ve ikinci bölümü için ayrı ayrı sunulmuştur.

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Bulgusuna İlişkin Tartışma

Bu çalışmada Winning ve arkadaşları tarafından hasta güvenliğini tehdit eden olay yaşamış veya tanık olmuş sağlık çalışanlarında ikincil mağdur ve algılanan destek düzeyini ölçmek amacıyla 2020 yılında geliştirilmiş olan 35 maddelik İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize formunun Türkçe'ye uyarlanması ve çalışma grubunda ikincil mağdur düzeyi ile bazı sosyodemografik özellikler arasında olası ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Katılımcılar Edirne ilinde, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul edenlerden oluşmaktadır.

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin geçerliğinin değerlendirilmesinde, dil ve kapsam geçerliğinin sağlanmasının ardından, yapı geçerliği değerlendirilmiştir.

Katılımcı sayısının gerekli istatistiksel analizlerin uygulanması için KMO değeri ile yeterli büyüklükte olduğu saptanmıştır. Barlett Küresellik Testi yardımıyla da verilerin faktör analizine uygun olduğu bulunmuştur.

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin yapı geçerliliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi aracılığıyla sınanmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucu, her bir maddenin faktör yükleri incelenerek; "İş arkadaşlarım, yaptığım hatalara rağmen hala iyi bir sağlık çalışanı olduğumu hissetmeme yardımcı oluyor." (11.madde), "Yöneticim hata yapıldığında bireyleri suçlar." (16.madde) ve "Bu durumlara karıştığım için işteyken dikkatim dağınık ve kendimi işe % 100 hazır hissetmiyorum." (31.madde) maddeleri çakışık maddeler olduğundan ve aradaki fark 0,10'dan az olduğundan ölçekten çıkarılmıştır. Bizim çalışmamızda 32 maddeden oluşan 9 faktörlü yapı toplam varyansın %71,59'unu açıklamaktadır. Açıklayıcı faktör analizinde varyansın büyüklüğü ölçeğin ilgili yapıyı ölçebilmesi ile doğru orantılıdır. Genellikle açıklayıcı faktör analizinde elde edilen faktörlerin ortak varyanslarının toplam varyansın % 50-70 arasında açıklaması istenir. Bu oranın sosyal bilimlerde % 40-60 arasında olması "yeterli" görülmektedir (52). Buna göre, bizim çalışmamızdaki % 71.59'luk oran "yeterli" görülmektedir.

Açıklayıcı faktör analizinin ardından yapılan DFA sonucunda dokuz faktörlü yapı x^2, x^2/df, RMSEA, CFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde "kabul edilebilir uyum" göstermiştir (63). Çalışmadan elde edilen uyum indeksi verileri orijinal çalışma ile benzerdir (15). Kamaruzaman ve arkadaşlarının SVEST-R'nin Malayca geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 32 maddelik 7 alt boyutlu uyarladıkları M-SVEST-R ölçeğinin uyum indeksleri bizim çalışmamızla benzer değerler içermektedir (64).

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık ve test tekrar test yöntemlerinden yararlanılmıştır. İç tutarlılığın sınanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Bu çalışmada Croncbach alfa katsayısı 0,849 olarak bulunmuştur ve ölçeğin "iyi" düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kurum desteği dışında tüm alt boyutlarının güvenilirliği "iyi" düzeyde olup; kurum desteği alt boyutunun güvenirliği "kabul edilebilir" düzeydedir (65). Bu değerler, orijinal SVEST-R'nin alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayılarına benzerdir (15). Ölçeğin 2017'de geliştirilen ilk versiyonu SVEST'in Cronbach alfa değeri 0.79; orijinal formunun uyarlama çalışmalarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla; Kore versiyonu için 0.71, Arjantin versiyonu için 0.80, farsça versiyonu için 0.76, Danca versiyonu için 0.91, İtalyanca versiyonu için 0.88, Çince versiyonu için 0.87 ve Türkçe versiyonu için 0.90 olarak bulunmuştur (47, 48, 50, 66-69). Strametz ve

arkadaşlarının SVEST-R'nin Almanca versiyonu G-SVEST-R çalışmasında cronbach alfa değeri 0,884 olup çalışmamıza benzer şekilde "iyi" düzeyde güvenilir bulunmuştur (72).

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin madde ayırıcılığını incelemek için madde toplam korelasyon değerlerine bakılmış ve madde toplam korelasyonlarının -0,084 ile 0,680 arasında değiştiği bulunmuştur. Güvenirlik araştırmalarında kullanılan madde toplam korelasyonunun pozitif yönde ve 0.25'in üstünde olması istenir. Madde toplam puan korelasyonu yükseldikçe maddelerin bireyleri ölçülen yapı açısından iyi derecede ayırt ettiği düşünülür (52). Ölçek geliştirme çalışmalarında ayırt ediciliği düşük olan maddeler düzeltilirken, ayırt ediciliği olmayan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (44-46). Uyarlama çalışmalarında ise madde çıkarmak uyarlanan ölçeği orjinal ölçekten farklılaştırmaktadır. Bu nedenle bu maddelerin ölçekten çıkarılmamasına karar verilmiştir. Ayrıca alan yazında istatistiksel anlamlılık yerine pratik anlamlılık önerilmektedir (65).

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin test-tekrar test güvenirlik analizinde, ölçeğin ilk uygulama toplam puanı ile ikinci uygulama toplam puanları arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Buna göre ölçeğin bütünü, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurum desteği, iş değiştirme, işe devamsızlık ve dayanıklılık alt boyutları yüksek korelasyon göstermiştir. Psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar ve öz yeterlilik alt boyutları orta derece korelasyon göstermiştir. Bütün alt boyutlarda ve ölçeğin bütününde p değeri istatistiksel olarak anlamlıdır.

Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, Cronbach alfa katsayısı ve test tekrar test yöntemi kullanılarak geçerlik ve güvenirliği sınanan İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize formunun Türkçe dilinde de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur (Ek 7).

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri, İkincil Mağdur Ve Destek Puanları, Mesleki Tecrübeleri Ve İlişkili Faktörler Hakkında Tartışma

Çalışmamızda katılımcıların % 39'u meslek hayatları süresince ikincil mağdur deneyimi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yan ve arkadaşlarının Çin'de geniş bir sağlık çalışanı grubunda yürütmüş oldukları çalışmada bu oran % 25,8'dir (70). Scarpis ve arkadaşlarının 2019 yılında İtalya'da yaptığı çalışmada bu oran % 58,7 ve Knudsen ve arkadaşlarının 2021 yılında Danimarka'da yaptığı çalışmada ise bu oran %60,1'dir (48, 71). Bizim çalışmamızda bu oranın düşük bulunmasının olası nedeni ülkemiz sağlık sisteminde henüz hasta güvenliği ve ikincil mağdur kavramlarının yeterince yaygın olmaması olabilir.

Çalışmamızda kullandığımız SVEST-R ölçeğinin ilk formu olan SVEST ölçeği, 29 madde ve 9 alt boyutlu olarak 2017 yılında ABD'de Burlison ve arkadaşları tarafından, hasta güvenliği olaylarının sağlık çalışanları üzerindeki etkisini ölçmek ve destek faaliyetlerinin etkinliğini test etmek amacıyla geliştirilmiştir (33, 47). Ölçeği geliştirenler, bazı alanların yeterince iyi temsil edilmemesi ve olumlu sonuçların ölçekte yeterince yer almadığı gerekçesiyle 2020 yılında ölçeği revize etmiştir. Yeni ölçek SVEST-R, 7 psikososyal (psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurum desteği, profesyonel öz yeterlilik, dayanıklılık) ve 2 istihdam (iş değiştirme/ayrılma ve işe devamsızlık) olmak üzere 9 alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışma ABD'de bir çocuk hastanesinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan ve meslek hayatları süresince ikincil mağdur deneyimi yaşamış veya gözlemlemiş çalışanlarla yürütülmüş olup; çalışmaya doktor, hemşire, eczacı, diyetisyen, teknisyen, solunum terapisti, idareci olmak üzere toplam 316 kişi dahil edilmiştir (15). Bizim çalışmamız ise dahili ve cerrahi tüm bölümlerden tabakalama yöntemi ile seçilmiş ve meslek hayatları süresince ikincil mağdur deneyimi yaşamış veya gözlemlemiş öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve hemşirelerden oluşan 400 kişilik bir örnek ile yürütülmüştür. Bizim çalışmamızda örnek hekim ve hemşireler ile sınırlı tutulmuştur.

Hali hazırda literatürde SVEST-R'nin Almanca (G-SVEST-R) ve Malayca (M-SVEST-R) olmak üzere 2 farklı dilde uyarlaması mevcuttur (64, 72). Ölçeğin önceki versiyonuyla yeni versiyonun aynı olduğu alt boyutları psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, yönetici desteği, kurum desteği, profesyonel öz yeterlik, iş değiştirme ve işe devamsızlıktır. Tartışma bölümünde ölçeğin son versiyonu ile ilk versiyonundaki ortak alt boyutlar üzerinden karşılaştırmalar yapılmıştır.

Araştırmamız sonuçlarına göre İMDDÖ-R ölçek ortalama puanı 2,8 ± 0,5 bulunmuştur. Alt boyutlardan alınan ortalama puan en yüksek psikolojik sıkıntılar (3,3 ± 0,9) alt boyutunda; en düşük ortalama puan ise işe devamsızlık (1,9 ± 1,0) alt boyutundadır. İkincil mağdur tepkileri arasında en yüksek ortalama puanın psikolojik sıkıntıya ait olduğu bulgusu, SVEST'in Kore (Kim ve ark. 2018), Arjantin (Brunelli ve ark. 2018), İran (Ajoudani ve ark. 2021) ve Singapur (Mok ve ark. 2019) çalışmalarının sonuçlarıyla tam olarak örtüşmektedir (66-68, 73). Bizim çalışmamız ve mevcut literatür, ikincil mağdur deneyimlerinin sağlık çalışanları üzerindeki en önemli olumsuz etkisinin fiziksel değil, psikolojik olduğunu göstermektedir. Burlison ve arkadaşlarının (2017) ve Zhang ve

arkadaşlarının (2019) çalışmalarının bulgularının aksine, katılımcılarımızda fiziksel sıkıntıların (%18) sık olmadığı saptanmıştır (33, 74).

Araştırmamızda Winning ve arkadaşlarının çalışmasındaki gibi ölçek alt boyutlarından alınan ortalama puanlarda 4 ve üzeri alanların yüzde olarak hesaplanması ile uyum yüzdeleri değerlendirilmiştir (15). Buna göre ölçek alt boyutlarında en yüksek uyum yüzdeleri psikolojik sıkıntılar boyutunda (% 32,5), en düşük uyum yüzdeleri ise iş arkadaşı desteği boyutunda (% 6,0) bulunmuştur. Bunun anlamı; ikincil mağdur deneyimi sonrasında katılımcıların yaklaşık 1/3'ü psikolojik sıkıntılar yaşadığının bildirmiş; % 6'sı ikincil mağdur deneyimi sonrası meslektaş desteğinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Winning ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek uyum yüzdesi kurum desteği (% 12,3); en düşük uyum yüzdeleri ise iş arkadaşı desteği (% 0,6) ve dayanıklılık alt boyutlarında bulunmuştur (15). Yan ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek uyum psikolojik sıkıntılarda (% 64,9); en düşük uyum iş arkadaşı desteğinde (% 4,3) bulunmuştur (70). Kamaruzaman ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek uyum psikolojik sıkıntılar (% 11,4); en düşük uyum ise iş arkadaşı desteğinde (%1,4) olduğu belirtilmiştir (64). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda katılımcıların iyi iş arkadaşı desteği algılarına rağmen, yönetici (% 15) ve kurum desteğinin (% 20,5) eksik olduğu yönünde bir eğilimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Önceki çalışmaların bulguları bizim sonuçlarımızla çelişmektedir (33, 47, 66, 67, 73). Yine sonuçlarımıza göre ikincil mağdur deneyimi sonrası işe devamsızlık oranı (% 9,3) mevcut literatüre göre daha yüksek bulunmuştur (15, 33, 64). Diğer çalışmalarda işe devamsızlığın daha düşük olması, bazı ülkelerde ruh sağlığı ile ilgili durumlarda izin kullanmanın daha zor olması ve personel eksiklikleri nedeniyle izin alınamaması gibi nedenler olabilir (66, 67).

Araştırma sonuçlarına göre, mesleki unvanlar ile İMDDÖ-R'den alınan ortalama puanlar ilişkili bulunmuş olup; ölçekten alınan puanlar yüksekten düşüğe doğru sıralandığında; araştırma görevlileri, hemşireler ve öğretim üyeleri şeklinde bir sıralama ortaya çıkmıştır. Bu fark araştırma görevlilerinin en düşük yaş ortalamasına sahip olması nedeniyle daha tecrübesiz olmaları ve ikincil mağdur deneyimi sonrasında tepkilerinin daha belirgin olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yan ve arkadaşlarının çalışmasında akademik unvanlar arttıkça psikolojik sıkıntılar alt boyutunun puanları artmaktadır. Bu farkın profesyonel unvanlara sahip sağlık çalışanlarının, tıbbi uygulama hatası riskini algılama konusunda daha fazla farkındalığa sahip olmalarından kaynaklandığını öne sürülmektedirler

(70). Bizim çalışmamızda ise fiziksel sıkıntılar, profesyonel öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık alt boyutlarından alınan ortalama puanlar ile katılımcıların unvanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların İMDDÖ-R ortalama puanlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Seys ve arkadaşlarının yayınladığı bir sistematik derlemede kadınların ikincil mağdur deneyimi sonrası tepkilerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (13). Ölçek alt boyutları incelendiğinde; psikolojik sıkıntılar boyutunda kadınların ortalama puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların meslekte ve bu kurumda çalışma sürelerinin erkeklere göre yüksek olması İMDDÖ-R ve psikolojik sıkıntılar boyutu ortalama puanlarının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda 33,3 yaş ve altındaki katılımcıların İMDDÖ-R, psikolojik ve fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik ve iş değiştirme puanlarının, 33,3 yaş üzeri katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımıza benzer şekilde Mok ve arkadaşlarının Singapur'da yaptıkları çalışmada daha genç yaş gruptaki hemşirelerin ve daha kısa çalışma deneyimine sahip olanların daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları gösterilmiştir (73). Daha genç yaştaki bireylerin mesleki tecrübesinin daha az olması nedeniyle hata yapmaya daha meyilli olabilmeleri bu durumun nedeni olabilir.

Mevcut çalışmamızda evli olmayanların (bekâr, dul, boşanmış / ayrı yaşıyor) İMDDÖ-R, öz yeterlilik ve iş değiştirme puanlarının, evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yan ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (70). Çalışmamızda evli kişilerde İMDDÖ-R puanlarının düşük çıkmasının nedeni, aile yapısında hayatı birlikte paylaşmanın, bireylerin aile bireyleri sayesinde yaşanılan hatanın olumsuz etkilerinden uzaklaşmasının, sorumlulukları ve yükü azaltma noktasında çiftlerin birbirlerine desteğinin bireylerin yaşadıkları olumsuz olay veya tıbbi hata ile baş etme noktasında psikolojik açıdan önemli bir etken olması olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre çocuk sahibi olmayanların İMDDÖ-R, öz yeterlilik ve iş değiştirme puanlarının, çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yan ve arkadaşlarının çalışmasında çocuk varlığı, yönetici desteği ile ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların büyüdüğü yer ve aile tipi özellikleri ile İMDDÖ-R'den alınan puanlar ilişkisiz bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda yüksek lisans mezunu katılımcıların İMDDÖ-R puanları doktora ile üniversite ve altı mezunu olan katılımcılardan daha yüksek olup; üniversite ve altı mezun olanların puanları doktora mezunu olanlara göre daha yüksektir. Fiziksel sıkıntılar alt boyutu için doktora mezunu olanların puanları, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan daha düşük bulunmuştur. Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar benzer bulunmuştur. Öz yeterlilik alt boyutu için yüksek lisans mezunu katılımcıların puanları doktora ile üniversite ve altı mezunu olan katılımcılardan daha yüksek olup; üniversite ve altı mezun olanların puanları doktora mezunu olanlara göre daha yüksektir. İş değiştirme alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde doktora mezunu olanların aldıkları puan, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan düşük bulunmuştur. Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. İşe devamsızlık alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde doktora mezunu olanların aldıkları puan, yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanlardan düşük bulunmuştur. Yüksek lisans ile üniversite ve altı seviyede mezun olanların aldıkları puanlar benzer bulunmuştur. Dayanıklılık alt boyutu için yapılan post-hoc analizlerde yüksek lisans mezunu olanların aldıkları puanlar, üniversite ve altı mezun olanlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda doktora mezunlarının önemli bir bölümünün öğretim üyesi olması, yüksek lisans mezunlarının çoğunluğunu araştırma görevlilerinin oluşturması ve üniversite ve altı mezun olanların hemşireler olması nedeniyle unvanlara göre alınan puanlar değişmiş olabilir.

Çalışmamızda yoksulluk sınırının altında aylık hane gelirine sahip olanların İMDDÖ-R ort. puanları, iş arkadaşı desteği ve iş değiştirme alt boyut puanları, yoksulluk sınırının üstünde aylık hane gelirine sahip olanlara göre daha yüksektir. Yoksulluk sınırının altında aylık hane gelirine sahip olanların iş değiştirme niyetlerinin bulunması, işte yeni olma ve buna bağlı olarak nispeten tecrübesiz olma, iş tatminsizliği, yüksek enflasyon ve artan hayat pahalılığı ile açıklanabilir. Katılımcıların gelir-gider algısı ile İMDDÖ-R ve alt boyut puanları ise benzer bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarımıza göre yalnızca iş değiştirme alt boyutunda, dahili bölümlerde çalışanların puanları cerrahi bölümdekilere yüksek saptanmıştır. Cerrahi bölümlerin daha riskli ve yoğun olduğu varsayılırsa bu bulgu beklenmeyen ve ilginç bir sonuçtur. Bu sonuca cerrahi bilimlerde iş yoğunluğunun ve mevcut bir takım risklerin öncesinde kabul edilerek tercih edilmesi gerekçe gösterilebilir.

Çalışmamızda meslekte 10,2 yıl ve altı süre tecrübesi olanların İMDDÖ-R ortalama puanları, 10,2 yıl üzeri süre tecrübesi olanlardan yüksektir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık boyutlarında 10,2 yıl ve altı tecrübesi olanların puanları 10,2 yıl üzeri tecrübesi olanlara göre yüksektir. Sonuçlarımıza benzer şekilde Mok ve arkadaşlarının Singapur'da yaptıkları çalışmada daha genç yaş gruptaki hemşirelerin ve daha kısa çalışma deneyimine sahip olanların daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları gösterilmiştir (73). Katılımcılardan bu kurumda 7,6 yıl ve altında süre çalışmış olanların İMDDÖ-R ortalama puanları, 7,6 yıl üzeri süre çalışmış olanlardan yüksektir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve işe devamsızlık boyutlarında 7,6 yıl ve altında çalışma süresi olanların puanları 7,6 yıl üzeri olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Nöbetli çalışan katılımcıların fiziksel sıkıntılar, iş arkadaşı desteği, öz yeterlilik, iş değiştirme ve dayanıklılık alt boyutlarından aldıkları puanlar, nöbetsiz çalışanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Nöbetli çalışan katılımcılar daha fazla fiziksel sıkıntı çekmekte, profesyonel öz yeterlilikleri daha düşük ve iş değiştirme niyetleri daha fazla olmasına rağmen dayanıklılıkları daha yüksek saptanmıştır. Nöbetli çalışma, uzun vadede uyku düzensizlikleri, dikkat dağınıklıklarına neden olarak advers olay ve tıbbi hata oluşumuna yol açmış olabilir.

Ülkemizde 657 sayılı Devlet memuru Kanunu'na göre devlet memurlarının haftalık çalışma süreleri 40 saat olarak belirlenmiştir (75). Çalışmamızda haftalık 40 saat üzeri çalışanların İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puan, psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar, öz yeterlilik ve iş değiştirme alt boyutlarından aldıkları puanlar 40 saat ve altı çalışanlara göre yüksektir. Haftalık 40 saat üzeri çalışanlar daha fazla psikolojik ve fiziksel sıkıntılar çekmekte; profesyonel öz yeterlilikleri daha düşük ve iş değiştirme niyetleri daha fazladır. Uzun çalışma süreleri, çalışanların daha fazla yorulması, motivasyon düşüklüğü ve dikkat dağınıklarına neden olarak advers olay ve tıbbi hata oluşumuna yol açmış olabilir.

Çalışma sonuçlarımıza göre düşük bir korelasyon saptanmış olsa da haftalık çalışma süreleri arttıkça katılımcıların psikolojik ve fiziksel sıkıntıları, iş değiştirme istekleri ve işe devamsızlıkları artmakta; profesyonel öz yeterlilikleri azalmaktadır.

Çalışmamızda ölçek alt boyutlarından fiziksel sıkıntılar ve işe devamsızlık alt boyutlarında "çok yoğun" olarak değerlendiren katılımcıların puanları "orta" olarak değerlendirenlerden yüksek bulunmuştur. Yönetici desteği alt boyutunda ise "çok yoğun"

diyenlerin ortalama puanları, "az yoğun" diyenlerden yüksektir. Yoğun çalışma temposuna sahip olan katılımcıların daha fazla fiziksel sıkıntıları olup yönetici desteğinin daha az olduğunu belirtmektedirler. Ve iş devamsızlıkları daha fazladır. Yoğun iş temposu çalışanların daha fazla yorulması, motivasyon düşüklüğü ve dikkat dağınıklarına neden olarak advers olay oluşumuna ve işe devamsızlıklara yol açmış olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre; İMDDÖ-R ortalama puanı, psikolojik ve fiziksel sıkıntılar, kurum desteği, öz yeterlilik ve iş değiştirme alt boyutlarında çalışırken stresli/gergin olanların ortalama puanları olmayanlara göre yüksek saptanmıştır. Çalışırken stresli/gergin olanlar daha fazla psikolojik ve fiziksel sıkıntılar çekmekte; profesyonel öz yeterlilikleri daha düşük ve iş değiştirme niyetleri daha fazladır. Katılımcıların stresli/gergin kişilik yapıları bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların alkol kullanma durumları ile İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar ilişkisiz bulunmuştur. Katılımcıların tütün ürünleri kullanma durumlarına göre ise ölçeğin "dayanıklılık" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan analizlerde tütün ürünleri kullanan katılımcıların, ikincil mağdur deneyimi sonrası dayanıklılıkları artmıştır.

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre İMDDÖ-R'den aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olmayan katılımcıların, olanlara göre İMDDÖ-R puanı, süpervizör/yönetici desteği ve iş değiştirme alt boyut puanları daha yüksek saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan katılımcılar daha az yönetici desteği aldıkları ve iş değiştirme niyetlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olmayanların İMDDÖ-R puanlarının yüksek bulunmasının nedeni; özellikle Covid 19 pandemisinde bazı kronik hastalıklara sahip bireylerin idari izinli sayılması, bazılarınınsa nöbetli ve esnek çalışmama gibi durumlardan dolayı diğer personellerin iş yükü artışına neden olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların psikiyatrik hastalığa sahip olma durumlarına ile İMDDÖ-R ortalama puanları ilişkisiz bulunmuştur. Katılımcılardan sürekli ilaç kullanmayanların süpervizör/yönetici desteği alt boyutundan aldıkları puanlar kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarına ile İMDDÖ-R ortalama puanları ilişkisiz bulunmuştur.

Katılımcıların "ikincil mağdur deneyimi" kavramını daha önceden bilme durumları ile İMDDÖ-R ortalama puanları arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda ikincil mağdur deneyimi yaşayan katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan, psikolojik sıkıntılar, fiziksel sıkıntılar ve iş değiştirme alt boyut puanları, tanık olanlara göre daha yüksektir. İkincil mağdur deneyimi yaşayanların daha fazla psikolojik ve fiziksel sıkıntılar çekmekte ve daha fazla iş değiştirme istekleri olduğu belirlenmiştir. Yaşanan advers olay veya tıbbi hatanın sağlık çalışanları üzerinde psikolojik ve fiziksel etkilerinin olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuştur (36, 76-78).

SONUÇLAR

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşireler ile yürütülmüş olup, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm metodolojik bir çalışma olup, İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize adlı ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. İkinci bölüm ise tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olup, katılımcıların ölçekten aldıkları puanların bazı sosyodemografik özellikler, meslek tecrübeleri ve ikincil mağdur deneyimi yaşama durumları gibi değişkenlerle ilişkisi değerlendirilmiştir. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar iki alt başlıkta sunulmuştur.

İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

1) İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin kapsam geçerliği "Davis Tekniği" ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliği göstergesi olarak tüm maddelerin KGO değerleri 0,80'den büyük saptanmış olup kapsam geçerlik ölçütünü sağlamıştır.
2) İMDDÖ-R'nin KMO değeri 0,84 saptanmış olup, Bartlett Küresellik Testi analiz sonucuna göre faktör analizi için uygun olduğuna karar verilmiştir.
3) İMDDÖ-R'nin AFA sonuçlarına göre madde yük değerleri 0,410 ile 0,731 aralığında değişmekte olup; ölçekteki 11, 16 ve 31.maddeler çakışık maddeler olduğundan ve aradaki fark 0,10'dan az olduğundan dolayı ölçekten çıkarılmıştır.
4) AFA sonuçlarına göre 9 faktörün açıkladığı toplam varyans %71,59 olarak bulunmuştur.

5) DFA sonuçlarına göre elde edilen uyum indeksleri "kabul edilebilir uyum" göstermiştir.
6) Ölçeğin bütününe ait Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,849 olup "iyi düzeyde güvenilir" olduğu saptanmıştır.
7) Ölçeğin kurum desteği dışında tüm alt boyutlarının güvenilirliği "iyi" düzeyde olup; kurum desteği alt boyutunun güvenirliği "kabul edilebilir" düzeydedir.
8) Bütün bu sonuçlar ışığında 9 alt boyutlu, 32 maddelik İMDDÖ-R formunun Türkçe dilinde "geçerli" ve "güvenilir" bir araç olduğu gösterilmiştir.

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri, İkincil Mağdur ve Destek Puanları, Mesleki Tecrübeleri ve İlişkili Faktörlerin Sonuçları

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerin İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puan 2,8 ± 0,5 olarak bulunmuştur.

1) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ikincil mağdur olma ve algıladıkları destek durumları değerlendirildiğinde;
   a- Kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre,
   b- 33 yaş ve altındaki katılımcılar, 33 yaş üzerindeki katılımcılara göre,
   c- Evli olmayan (bekâr, dul, boşanmış / ayrı yaşıyor) katılımcılar, evli olanlara göre,
   d- Çocuk sahibi olmayanlar olanlara göre,
   e- Yüksek lisans mezunu olanlar, doktora ile üniversite ve altı mezun olanlara göre,
   f- Üniversite ve altı mezun olanlar, doktora mezunu olanlara göre,
   g- Yoksulluk sınırının altında aylık hane gelirine sahip olanlar, yoksulluk sınırının üstünde aylık hane gelirine sahip olanlara göre,
   h- Kronik hastalığı olanlar, kronik hastalığı olmayanlara göre, daha fazla ikincil mağdur semptomları göstermekte ve bu konuda daha az destek algılamaktadır.
2) Katılımcıların mesleki özelliklerine göre ikincil mağdur ve algıladıkları destek durumları değerlendirildiğinde;
   a- Araştırma görevlileri hemşire ve öğretim üyelerine göre,
   b- Hemşireler öğretim üyelerine göre,
   c- Mesleki tecrübesi 10,2 yıl ve altında olanlar, 10,2 yıl üzeri olanlara göre,
   d- Bu kurumda çalışma süresi 7,6 yıl ve altında olanlar, 7,6 yıl üzeri olanlara göre,
   e- Haftalık çalışma süresi 40 saat üzeri olanlar, 40 saat ve altı olanlara göre,

f- Çalışırken stresli/gergin olan katılımcılar olmayanlara göre,

i- "İkincil mağdur deneyimi"ni daha önce yaşamış olanlar, yaşamamış ama şahit olmuşlara göre daha fazla ikincil mağdur semptomları göstermekte ve bu konuda daha az destek algılamaktadırlar.

3) Katılımcıların tütün ürünleri kullanımına göre ikincil mağdur ve algıladıkları destek durumları değerlendirildiğinde; katılımcılardan tütün ürünleri kullananların "dayanıklılık/başa çıkma durumu, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

4) Katılımcıların çalıştıkları birim, iş yoğunluğu, gelir-gider durumu algıları, psikiyatrik hastalık varlığı, alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ile ikincil mağdur ve algıladıkları destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

5) Katılımcıların sürekli ilaç kullanımına göre ikincil mağdur ve algıladıkları destek durumları değerlendirildiğinde; sürekli ilaç kullanmayanların algıladıkları "yönetici desteği", kullananlara göre daha düşük bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler şu şekildedir;

1) Hasta güvenliği olayları ülkemizde henüz yeterince bilinmemekte olup sağlık sistemimiz içerisinde gereken önem verilmelidir.

2) İkincil mağdur kavramı, sağlık çalışanları üzerindeki olumsuz etkileri ve sağlık hizmeti sunumunda yarattığı aksaklıklar nedeniyle önemle üzerinde durulması gereken bir konudur.

3) İkincil mağdur olgularının yaşadıkları travma nedeniyle işe gelmeme, iş bırakma ve mesleği değiştirme davranışlarının sağlık harcamalarını olumsuz etkilediği ve sağlık ekonomisine fazladan yük oluşturduğu göz önünde bulundurulmalıdır. İkincil mağdur olguları ile ilgili durum tespiti için Türkçeye uyarlamış olduğumuz İMDDÖ-R ölçeği kullanılabilir.

4) Sağlık çalışanlarının ikincil mağdur deneyimi yaşamaması için öncelik verilmesi gereken konu, buna yol açan etmenlerin ortadan kaldırılmasıdır. Tıbbi hata ve advers hasta olaylarının büyük bir çoğunluğu önlenebilir olaylardır. Sağlık kuruluşlarının kalite birimleri tarafından önlenebilir olaylar saptanarak nedenlerine odaklanılmalı, bu nedenlere yönelik çözüm önerileri geliştirilmelidir.

5) Ramak kala olayların tespiti, advers olayların önlenmesinde en önemli adımlardan biridir. Bu nedenle ramak kala olayların bildirimi için sağlık çalışanlarında

farkındalık oluşturulmalıdır. Bildirilen ramak kala olaylar için hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, sağlık çalışanlarından geri bildirimler alınmalıdır. Çalışanlara tıbbi hata ve advers olaylar hakkında periyodik eğitimler verilmelidir.

6) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlığı birimleri içerisinde ikincil mağdur deneyimi yaşayan sağlık çalışanları için destek birimleri kurulmalıdır. Bu destek birimlerinde yine sağlık çalışanları, psikologlar, psikoterapistler görev alabilir.
7) İkincil mağdur deneyimi yaşamış sağlık çalışanları, bu destek yapılarının geliştirilmesinde aktif rol almaya teşvik edilmelidir.
8) İkincil mağdur deneyimi, sağlık çalışanları üzerindeki olumsuz etkileri ve sağlık kuruluşlarında önemli maliyetlere yol açabileceği için sağlık politikaları hazırlanırken göz önünde bulundurulmalıdır.
9) Ülkemizde "ikincil mağdur" fenomeni henüz çok yenidir ve konuyla ilgili sınırlı araştırma bulunmaktadır. Bu fenomenin tanınırlığı arttırılmalı, sağlık çalışanlarının farkındalık seviyeleri yükseltilmeli ve ikincil mağdurlar için destek sistemleri oluşturulmalıdır.

ÖZET

Beklenmeyen advers hasta olayına, tıbbi bir hataya ve/veya hastayla ilgili bir yaralanmaya karışan ve bu olay nedeniyle travmatize olup mağdur hale gelen sağlık çalışanları "ikincil mağdur" olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışmayla İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini test etmek, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan sağlık personellerinin ikincil mağdur olma ve algıladıkları destek düzeylerini belirlemek bunu etkileyen sosyodemografik değişkenleri ortaya koymak ve çözüm önerilerinde bulunmak amaçlanmıştır.

Çalışma metodolojik ve kesitsel nitelikte olup, Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan hemşirelerden oluşan toplam 400 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılara araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 28 soru ve İkincil mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'ye ait 35 soru olmak üzere toplam 63 sorudan oluşan bir soru formu uygulanmıştır.

İkincil Mağdur deneyimi Destek Ölçeği –Revize'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında; ölçeğin Kaiser Meyer Olkin test değeri 0,84, Barlett Testi için p değeri <0,001 bulunmuş olup; yapılan açıklayıcı faktör analizinde, dokuz faktör toplamda varyansın % 71,58'ini açıklamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda x^2=976.95, x^2/df=2.3, CFI= 0.92, GFI= 0.87, RMSEA= 0.05 bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı 0,85 bulunmuş olup sonuç olarak ölçek geçerli ve güvenilir kabul edilmiştir. Araştırmaya

katılan sağlık çalışanlarının İMDDÖ-R'den aldıkları ortalama puan 2,8±0,5 olarak bulunmuştur. Kadınların, 33 yaş ve altındaki katılımcıların, evli olmayanların, çocuk sahibi olmayanların, yüksek lisans mezunu olanların, yoksulluk sınırının altında hane geliri olanların, kronik hastalığı olanların, araştırma görevlisi olanların, meslekteki tecrübesi 10,2 yıl ve altında olanların, kurumda çalışma süresi 7,6 yıl ve altında olanların, haftalık çalışma süresi 40 saat üzerinde olanların, çalışırken stresli/gergin olanların ve ikincil mağdur deneyimi yaşamış olanların İMDDÖ-R puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada ikincil mağdur deneyimi destek ölçeği-Revize'nin Türkçe dilinde de geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur. Advers hasta olayları veya tıbbi hata nedeniyle "ikincil mağdur" olan sağlık çalışanlarının tespit edilmeli, hasta güvenliği sistemleri içerisinde ikincil mağdurlar için destek birimleri oluşturulmalı ve bu fenomenin tanınırlığının artması için araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: İkincil mağdur, Advers olay, Türkçe, geçerlik, güvenirlik

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SECOND VICTIM EXPERIENCE AND SUPPORT TOOL-REVISED (SVEST-R)

SUMMARY

Healthcare workers who are involved in an unexpected adverse patient event, a medical error and/or a patient-related injury and become traumatized and victimized by this event are defined as "second victims".

In this study, it was aimed to test the validity and reliability of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in Turkish, to determine the second victim and perceived support levels of the health personnel working at Trakya University Health Research and Application Center, to reveal the sociodemographic variables affecting this and to offer solutions.

The study is methodological and cross-sectional and was carried out between January 2022 and December 2022, with a total of 400 people consisting of academicians and research assistant physicians of Trakya University Faculty of Medicine, and nurses working at Trakya University Health Research and Application Center. A questionnaire consisting of 63 questions, 28 questions developed by the researchers using the literature, and 35 questions belonging to the Second Victim Experience and Support Tool-Revised, was applied to the participants.

In the Turkish validity and reliability study of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised; the Kaiser Meyer Olkin test value of the scale was found to be 0.84, and the p value for the Barlett test was <0.001. In the explanatory factor analysis, nine factors explained 71.58% of the total variance. As a result of confirmatory factor analysis, x^2=976.95, x^2/df=2.3, CFI= 0.92, GFI= 0.87, RMSEA= 0.05 were found. Cronbach alpha coefficient was found as 0,85 and consequently, the scale was accepted to be a "reliable, valid" scale. The mean score of the participants in the study from the SVEST-R was found to be 2.8 ± 0.5. Women, participants aged 33 and under, unmarried, have no children, have a master's degree, have household income below the poverty line, have chronic diseases, those who are research assistants physicians, those who have 10.2 years or less of professional experience in the institution, those who have 6 years or less, those who work on shifts, those who work more than 40 hours a week, those who are stressed/tense while working, and those who have had a second victim experience were found to have higher SVEST-R scores.

In this study, it was revealed that the Second Victim Experience and Support Tool-Revised is a valid and reliable scale in Turkish as well. Healthcare workers who are “second victim” due to adverse patient events or medical errors should be identified at an early stage, support units for second victims should be established within patient safety systems, and research should be conducted to increase the recognition of this phenomenon.

Keywords: Second victim, Adverse event, Turkish, validity, reliability

KAYNAKLAR

1. Yönt GH. Hasta güvenliği kültürü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;27(1):77-82.

2. Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(2):53-9.

3. Strametz R, Koch P, Vogelgesang A, Burbridge A, Rosner H, Abloescher M, Et Al. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young german physicians in internal medicine (Sevid-I Survey). Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2021;16(1):11.

4. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Et Al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. International Journal of Nursing Studies. 2013;50(5):678-87.

5. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, Et Al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the united states and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33(8):467-76.

6. Busch IM, Moretti F, Campagna I, Benoni R, Tardivo S, Wu AW, Et Al. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):17.

7. Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, Et Al. Physicians' difficulties due to patient safety incidents in korea: a cross-sectional study. J Korean Med Sci. 2020;35(17):E118.

8. Wienke A. Errors And Pitfalls: Briefing and accusation of medical malpractice–the second victim. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery. 2013;12.

9. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu, II. Second victims in health care: current perspectives. Advances in Medical Education and Practice. 2019;10:593-603.

10. Wu AW. Medical error: the second victim. Western Journal Of Medicine. 2000;172(6):358-9.

11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, Mccoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality & Safety in Health Care. 2009;18(5):325-30.

12. Wu ABW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L, Et Al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? Journal of Patient Safety. 2020;16(1):65-72.

13. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, Et Al. health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Evaluation & The Health Professions. 2013;36(2):135-62.

14. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2017;213:11-6.

15. Winning AM, Merandi J, Rausch JR, Liao N, Hoffman JM, Burlison JD, Et Al. Validation of the second victim experience and support tool-revised in the neonatal intensive care unit. J Patient Saf. 2020.

16. Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL. The shocking cost of turnover in health care. Health Care Management Review. 2010;35(3):206-11.

17. Akalın HE. Medikasyon hataları. ANKEM Dergisi. 2004;18(2):10-11.

18. Metin B. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği ve tıbbi hata (malpraktis). Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018;5(1):76-8.

19. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan A. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Medical Journal. 2009;31(4):356-66.

20. ttb.org [İnternet]. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, 2020. (Erişim tarihi: 07.12.2022). https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etikbildirgeler2020.pdf

21. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2010;17(3):233-6.

22. Bernstein M, Hebert PC, Etchells E. Patient safety in neurosurgery: detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors. Neurosurgery Quarterly. 2003;13(2):125-37.

23. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2010;8(2):100-11.

24. Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: nasıl geliştirebiliriz? Ankem Dergisi. 2004;18:12-13.

25. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi. 2009;84(1):1-10.

26. Elston DM, Stratman E, Johnson-Jahangir H, Watson A, Swiggum S, Hanke CW. Patient safety: part ii. opportunities for improvement in patient safety. J Am Acad Dermatol. 2009;61(2):193-205; Quiz 6.

27. who.int [İnternet]. Patient safety incident reporting and learning systems technical report and guidance. (Erişim tarihi: 07.12.2022). Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338

28. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi. 2012;15(2):129-35.

29. Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F. Emergency nurses as second victims of error a qualitative study. Advanced Emergency Nursing Journal. 2017;39(1):68-76.

30. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. Nursing Clinics of North America. 2012;47(3):383.

31. Tamburri LM. Creating healthy work environments for second victims of adverse events. Aacn Advanced Critical Care. 2017;28(4):366-74.

32. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. Bmj Quality & Safety. 2014;23(4):325-31.

33. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second

victim effects and the quality of support resources. Journal of Patient Safety. 2017;13(2):93-102.

34. Burlison JD, Quillivan RR, Scott SD, Johnson S, Hoffman JM. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported caregiver distress to turnover intentions and absenteeism. Journal of Patient Safety. 2021;17(3):195-9.

35. Lewis EJ, Baernholdt MB, Yan GF, Guterbock TG. Relationship of adverse events and support to rn burnout. Journal of Nursing Care Quality. 2015;30(2):144-52.

36. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2016;42(8):377-+.

37. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The Emotional Impact Of Medical Errors On Practicing Physicians In The United States And Canada. The Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety. 2007;33(8):467-76.

38. Han K, Bohnen JD, Peponis T, Martinez M, Nandan A, Yeh DD, et al. The surgeon as the second victim? results of the boston intraoperative adverse events surgeons' attitude (bisa) study. Journal Of The American College Of Surgeons. 2017;224(6):1048-56.

39. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. BMJ Quality & Safety. 2012;21(4):271-8.

40. Carr S. Disclosure and apology: what's missing? advancing programs that support clinicians. Medically induced trauma support services induced trauma support services. 2009.

41. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? Bmj Quality & Safety. 2012;21(4):267-70.

42. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open. 2016;6(9):E011708.

43. tuh.trakya.edu [İnternet]. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi. (Erişim tarihi: 07.12.2022) Available From: https://tuh.trakya.edu.tr/pages/hastanemiz

44. Tavşancil E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık, 2002.

45. Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci: SPSS Ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık, 2018.

46. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme. Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 2012.

47. Chen JJ, Yang Q, Zhao QH, Zheng SJ, Xiao MZ. Psychometric validation of the chinese version of the second victim experience and support tool (C-SVEST). Journal Of Nursing Management. 2019;27(7):1416-22.

48. Knudsen T, Abrahamsen C, Jorgensen JS, Schroder K. Validation Of The Danish Version Of The Second Victim Experience And Support Tool. Scandinavian Journal Of Public Health. 2022;50(4):497-506.

49. Santana-Domínguez I, González-De La Torre H, Martín-Martínez A. Cross-cultural adaptation to the spanish context and evaluation of the content validity of the second victim experience and support tool (SVEST-E) questionnaire. Enfermería Clínica (English Edition). 2021;31(6):334-343.

50. Scarpis E, Ruscio E, Bianchet B, Doimo A, Moretti V, Cocconi R, et al. Second victim experience and support tool: cultural adaptation and psychometric evaluation in Italy. European Journal Of Public Health. 2020;30:1.

51. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları Ve Dil Uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2002;4(1):9-14.

52. Alpar R. Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık, 2022;527-638.

53. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005;1:771-4.

54. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler) 2. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.

55. George D. SPSS For Windows Step By Step: A Simple Study Guide And Reference, 17.0 Update, 10/E: Pearson Education India; 2011.

56. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Ve Çözümleme. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi, 2006;125-139.

57. Weston R, Gore Jr PA. A brief guide to structural equation modeling. The Counseling Psychologist. 2006;34(5):719-51.

58. Bentler PM. Multivariate analysis with latent variables: causal modeling. Annual Review of Psychology. 1980;31(1):419-56.

59. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin. 1980;88(3):588.

60. Marsh HW, Hau K-T, Artelt C, Baumert J, Peschar JL. OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs: cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. International Journal of Testing. 2006;6(4):311-60.

61. Cudeck R. Of Assessing Model Fit. Testing Structural Equation Models. 1993;154:136.

62. Byrne BM, Campbell TL. Cross-cultural comparisons and the presumption of equivalent measurement and theoretical structure: a look beneath the surface. Journal Of Cross-Cultural Psychology. 1999;30(5):555-74.

63. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı Faktör Analizi Ve Uyum İndeksleri. Turkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences. 2013;33(1):210-23.

64. Mohd Kamaruzaman AZ, Ibrahim MI, Mokhtar AM, Mohd Zain M, Satiman SN, Yaacob NM. Translation and validation of the malay revised second victim experience and support tool (M-SVEST-R) among healthcare workers in kelantan, malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(4):2045.

65. Kiliç S. Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. Journal of Mood Disorders. 2016;6(1):47-8.

66. Kim EM, Kim SA, Lee JR, Burlison JD, Oh EG. Psychometric properties of korean version of the second victim experience and support tool (K-SVEST). Journal of Patient Safety. 2020;16(3):179-86.

67. Brunelli MV, Estrada S, Celano C. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a second victim experience and support tool (SVEST). J Patient Saf. 2021;17(8):E1401-E5.

68. Ajoudani F, Habibzadeh H, Baghaei R. Second victim experience and support tool: persian translation and psychometric characteristics evaluation. International Nursing Review. 2021;68(1):34-40.

69. Koca A, Elhan AH, Genç S, Oğuz AB, Eneyli MG, Polat O. Validation of the Turkish version of the second victim experience and support tool (T-SVEST). Heliyon. 2022;8(9):E10553.

70. Yan LP, Tan JX, Chen H, Yao LL, Li YR, Zhao QH, et al. Experience and support of chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: a cross-sectional study. Perspectives In Psychiatric Care.11.

71. Scarpis E, Ruscio E, Bianchet B, Doimo A, Moretti V, Cocconi R, et al. Second victim experience: cross-sectional survey at the department of maternal-child health in udine. European Journal of Public Health. 2020;30(Supplement_5).

72. Strametz R, Siebold B, Heistermann P, Haller S, Bushuven S. Validation of the German version of the second victim experience and support tool—revised. Journal of Patient Safety. 2022;18(3):182-92.

73. Mok WQ, Chin GF, Yap SF, Wang WR. A Cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. Journal of Nursing Management. 2020;28(2):286-93.

74. Zhang X, Li QY, Guo YS, Lee SY. From organisational support to second victim-related distress: role of patient safety culture. Journal of Nursing Management. 2019;27(8):1818-25.

75. mevzuat.gov [İnternet]. Devlet Memurları Kanunu 14.07.1965; Kanun No: 657 (Erişim tarihi:07.12.2022).Https://Www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuatmetin/1.5.657.Pdf.

76. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. Journal of Patient Safety. 2020;16(2):E61-E74.

77. Luk LA, Lee FKI, Lam CS, So HY, Wong YYM, Lui WSW. Healthcare professional experiences of clinical incident in hong kong: a qualitative study. Risk Management and Healthcare Policy. 2021;14:947-57.

78. Huang HH, Chen JJ, Xiao MZ, Cao SM, Zhao QH. experiences and responses of nursing students as second victims of patient safety incidents in a clinical setting: a mixed-methods study. Journal Of Nursing Management. 2020;28(6):1317-25.

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2021/496	
	PROTOKOL ADI	İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği-Revize'nin **(SVEST-R)** Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:24/21**		**Tarih:12.12.2022**
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Gamze DEMİRAY'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endodonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek-3

Evrak Tarih Sayısı: 13.01.2022-189084

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İdari İşler Birimi

Sayı : E-35727477-044-189084 13.01.2022
Konu : Anketler

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 06.01.2022 tarihli ve 302.99-E.184552 sayılı yazı

Anabilim Dalınız Arş. Gör. Dr. Gamze DEMİRAY' ın " İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği' nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği" konulu tez çalışmasının Fakültemiz Öğretim Üyeleri ve Araştırma Görevlilerine uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüş, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nün konu ile ilgili yazısı da ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Dinçer AVLAN
Dekan V.

Ek:10.01.2022 tarih ve 187118 sayılı yazı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSC6LC8SSK Pin Kodu :03982 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys
Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon : 2842357653 Faks : 2842357652
e-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Web:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr
Bilgi için : Selay DANACI
Unvanı : Memur
Tel No : 1332

Ek-3 (devamı)

Evrak Tarih Sayısı: 13.01.2022-187088

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-79056779-600-187118 11.01.2022
Konu : Tez Çalışması (Araş. Gör. Dr. Gamze DEMİRAY)

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 07.01.2022 tarihli ve 185133 sayılı yazı.

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araş. Gör. Dr. Gamze DEMİRAY'ın "İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği" konulu tez çalışması için izin isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah TAŞ
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSL6K9E6NT Pin Kodu :46772 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys
Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Balkan Yerleşkesi Edirne 22030
Telefon : (0284) 235 27 31 Faks : (0284) 235 27 30
e-Posta:bashekim@trakya.edu.tr Web:http://tuh.trakya.edu.tr/
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr
Bilgi için : Neriman ÜNAL
Unvanı : Evrak Kayıt Birimi Görevlisi

Ek-4

ANKET FORMU

Uzmanlık Tezi **Anket No:……**

Sayın katılımcı;

<u>İkincil mağdur deneyimi terimi;</u> meslek hayatları boyunca herhangi bir beklenmeyen yan etki, komplikasyon, tıbbi hata veya ramak kala olaylar gibi hasta ile ilgili tüm olumsuz durumları gözlemleme veya bunlara dahil olma durumunu tanımlamaktadır. Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan personelin ikincil mağdur deneyimi yaşama düzeyleri ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Anket anonimdir, lütfen isim yazmayınız. Elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkürler.

Prof. Dr. Galip EKUKLU **Arş. Gör. Dr. Gamze DEMİRAY**
Halk Sağlığı ABD Öğretim Üyesi **Halk Sağlığı ABD asistanı**

1.Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek

2.Yaşınız? .....

3.Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Dul

d) Boşanmış-ayrı yaşıyor e)Birlikte yaşıyor f)Diğer……

4.Çocuğunuz var mı? a) Var…… tane b) Yok

5.Hayatınızın çoğunu geçirdiğiniz yer;

a)il b)ilçe c)Belde/Köy d)Yabancı ülke

6.Büyüdüğünüz aile tipi nedir?

a)Çekirdek aile b) Geniş aile c) anne-baba ayrı d)diğer…….

7.Öğrenim durumunuz:

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite mezunu e) Yüksek lisans f) Doktora

8.Haneye giren aylık toplam geliriniz :……

9.Aylık gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a) Gelirlerim giderlerimden fazla
b) Gelirlerim giderlerime denk (yaklaşık olarak)
c) Gelirlerim giderlerimden az

10.Üniversitede hangi birimde çalışıyorsunuz?

……
……..

11.Çalıştığınız birimdeki ünvanınız (öğretim üyesi/araştırma görevlisi/hemşire/ebe/ vs.)?

……
……

12.Meslekte kaçıncı yılınızdasınız?.....

13.Bu kurumda kaçıncı yılınızdasınız?.....

14.Çalışma şekliniz? a) Gündüz (mesai) b)Vardiya c) Nöbet d) Diğer……
(14.soruya 1'den fazla yanıt verebilirsiniz.)

15.Çalıştığınız birimde nöbet tutuyor musunuz?

a)Evet, aylık nöbet sayısı:…….
b)Hayır.

16.Haftalık çalışma saatiniz nedir (nöbet dahil)? ……..

17.Çalıştığınız birimde iş yoğunluğunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a)Az yoğun b)Orta c) Çok yoğun

18.Çalışırken kendinizi stresli/gergin olarak tanımlar mısınız?

a)Evet b) Hayır

19.Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hiç kullanmıyorum. b) Ayda 1 veya daha az
c) Haftada 1 veya daha az d) Haftada 2-4 kez
e) Haftada 5 kez veya daha fazla
f) Kullandım, bıraktım (süre……...miktar....……..)

20.Alkol aldığınız günde ortalama ne kadar içersiniz (1 standart içki=1 kadeh şarap) ?

a)1-2 standart içki
b)3-4 standart içki
c)5 standart içkiden daha fazla

21.Tütün ürünleri kullanıyor musunuz (sigara, nargile, elektronik sigara vb.)?

a) Evet…… Günde ..…… adet, ……..……yıldır kullanıyorum.
b) Hayır.
c) Kullanıyordum bıraktım…….Günde ……..adet,……yıl kullandım.

22.Kronik bir hastalığınız var mı (Astım, şeker, romatizmal hastalıklar, tansiyon vb)?

a) Yok b) Var (lütfen belirtiniz) ……..

23.Tanı almış psikiyatrik bir hastalığınız var mı (Depresyon, Anksiyete, Panik bozukluğu vb)?

a) Yok

b) Var (lütfen belirtiniz: ……

24.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı (Tansiyon ilacı, Diyabet ilacı, Psikiyatrik ilaç vb)?

a)Yok

b) Var (lütfen belirtiniz: ……

25.Düzenli olarak fiziksel aktivite (örn. Haftada en az 3 gün 25 dk tempolu yürüyüş vs) yapar mısınız?

a)Yapmıyorum b)Haftada 1-2 kez c)Haftada 3-4 kez

d)Haftada 5'ten fazla

26.Daha önce yukarıda tanımı yapılmış olan "ikincil mağdur" terimini duydunuz mu?

a)Evet b) Hayır

27.Meslek hayatınız boyunca yukarıda tanımı yapılmış "ikincil mağdur deneyimi" yaşadınız mı?

a)Evet b) Hayır c) Yaşamadım ama tanık oldum

28.Cevabınız evet ise yaşadığınız bu olaydan dolayı herhangi bir resmi işlem uygulandı mı?

a)Evet ise; ne oldu? ……

b)Hayır

Ek-5

SVEST-R (Second Victim Experience and Support Tool-Revised)

	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
Psychological Distress					
1. I have experienced embarrassment from these instances.					
2. My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.					
3. My experiences have made me feel miserable.					
4. I feel deep remorse/guilt for my past involvements in these types of events.					
Physical distress					
5. The mental weight of my experience is exhausting.					
6. My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.					
7. The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.					
8. Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.					
9. I have had bad dreams as a result of these situations.					
Colleague Support					
10. My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.					
11. My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made.*					
12. My colleagues no longer trust me.					
13. My professional reputation has been damaged because of these situations.					
Supervisor Support					
14. I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions.*					
15. My supervisor's responses are fair.*					
16. My supervisor blames individuals.					
17. I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices.*					
Organization Support					
18. My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers.*					
19. My organization offers a variety of resources to help get me over the effects of involvement with these instances.*					
20. Concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.					

	Strongly disagree	Disagree	Undecided	Agree	Strongly agree
Professional Self-efficacy					
21. Following my involvement, I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.					
22. My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.					
23. After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.					
24. These situations have negatively affected my performance at work.					
Turnover					
25. My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.					
26. Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.					
27. I have started to ask around about other job opportunities.					
28. I plan to leave my job in the next 6 months because of my experience with these events.					
Absenteeism					
29. My experience with an adverse patient event or error has resulted in me taking a mental health day.					
30. I have taken time off after one of these instances occurs.					
31. When I am at work, I am distracted and not 100% present because of my involvement in these situations.					
Resilience					
32. Because of these situations, I have become more attentive to my work.*					
33. These situations have caused me to improve the quality of my care.*					
34. My experience with an adverse patient event or error has resulted in positive changes in procedures or care on our unit.*					
35. I have grown as a Professional as a result of an adverse patient event or error.*					

*****Indicates reverse-scored item.

İKİNCİL MAĞDUR DENEYİMİ DESTEK ÖLÇEĞİ- REVİZE

İkincil mağdur deneyimi terimi; meslek hayatları boyunca herhangi bir **beklenmeyen yan etki, komplikasyon, tıbbi hata veya ramak kala olaylar** gibi hasta ile ilgili tüm olumsuz durumları gözlemleme/ şahit olma veya bunlara dahil olma durumunu tanımlamaktadır. Buna göre aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
Psikolojik Sıkıntılar						
1.	Bu gibi durumları yaşamaktan utanç duydum.					
2.	Bu gibi durumlara karışmış olmak, gelecekte de tekrarı olacağı korkusuna yol açıyor.					
3.	Yaşadığım bu olaylar beni mutsuz hissettirdi.					
4.	Geçmişte bu olaylara karıştığım için derin bir pişmanlık/suçluluk hissediyorum.					
Fiziksel Sıkıntılar						
5.	Yaşadıklarımın zihinsel ağırlığı benim için çok yıpratıcı oluyor.					
6.	Bu yaşadıklarım uyku düzenimin bozulmasına neden oldu.					
7.	Bu yaşadıklarımın neden olduğu stres, midemin bulanmasına ya da kusacakmışım gibi hissetmeme neden oluyor.					
8.	Bu durumları düşündüğümde iştahım kaçabiliyor.					
9.	Bu durumlar nedeniyle kötü rüyalar gördüğüm oluyor.					
İş Arkadaşı Desteği						
10.	İş arkadaşlarım bu durumların benim üzerimdeki etkisine ilgisiz kalabilirler.					
11.	İş arkadaşlarım, yaptığım hatalara rağmen hala iyi bir sağlık çalışanı olduğumu hissetmeme yardımcı oluyor.					
12.	İş arkadaşlarım artık bana güvenmiyor.					
13.	Mesleki itibarım bu durumlar nedeniyle zarar gördü.					
Servis Sorumlu Hemşiresi/ Klinik Yöneticisi/ AD Başkanı Desteği						
14.	Bu durumlardan sonra süpervisorün / öğretim üyesinin bana iyi davrandığını hissediyorum.					
15.	Yöneticimin olaylar sonrası gösterdiği tepkileri adil buluyorum.					
16.	Yöneticim hata yapıldığında bireyleri suçlar.					
17.	Yöneticim bu durumları değerlendirirken sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını göz önünde bulundurur.					
Kurum Desteği						
18.	Çalıştığım kurum, sağlık çalışanlarını etkileyen bu olaylara karışan kişilerin sorunlarının ele alınması ve çözülmesi için yardıma ihtiyaç duyduklarının farkındadır.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19.	Çalıştığım kurum, bu durumlara karışmanın etkilerini aşmaya yardımcı olacak çeşitli imkanlar sunmaktadır.					
20.	Çalıştığım kurum bu durumlara maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlığıyla pek ilgilenmemektedir.					
Profesyonel Öz yeterlilik						
21.	Bu olaylara karıştıktan sonra hasta bakım becerilerimle ilgili yetersizlik duygusu yaşadım.					
22.	Bu yaşadıklarım, gerçekten iyi bir sağlık hizmeti sunucusu olup olmadığımı sorgulamama neden oluyor.					
23.	Bu yaşadıklarımdan sonra, zor veya yüksek riskli işlemlere girişmekten korkar oldum.					
24.	Bu durumlar iş performansımı olumsuz etkiledi.					
İşten Ayrılma- İş Değiştirme						
25.	Bu olayları yaşamış olmak, bende hasta bakımı dışında bir işe/göreve geçme isteğine yol açtı.					
26.	Bu durumlara karışmış olmanın getirdiği stres, bazen işimi bırakmak istememe neden oluyor.					
27.	Bu olaylardan sonra çevremdekilere başka iş imkanlarını sormaya başladım.					
28.	Bu yaşadıklarım nedeniyle önümüzdeki 6 ay içinde işimden ayrılmayı planlıyorum.					
İşe Devamsızlık						
29.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya hata nedeniyle işten 1 günlük izin aldığım oldu.					
30.	Bu durumlardan biri gerçekleştikten sonra izin kullandım.					
31.	Bu durumlara karıştığım için işteyken dikkatim dağınık ve kendimi işe % 100 hazır hissetmiyorum.					
Başa Çıkma-Dayanıklılık-Kendini Geliştirme						
32.	Bu durumlardan dolayı işime daha fazla özen göstermeye başladım.					
33.	Bu durumlar daha kaliteli sağlık hizmeti vermeme yol açtı.					
34.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, birimimizdeki prosedürlerde veya sağlık hizmeti sunumunda olumlu değişikliklerle sonuçlandı.					
35.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, beni daha profesyonel hale getirdi.					

Ek-6

UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

		TÜRKÇEYE ÇEVİRİSİ UYGUN: U, BİRAZ GÖZDEN GEÇİRİLMELİ: BGG, CİDDİ OLARAK GÖZDEN GEÇİRİLMELİ: COGG, UYGUN DEĞİL: UD			
BAŞLIK	Second victim experience and support tool –revised İkincil Mağdur Deneyimi Destek Ölçeği – Revize	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
1.BÖLÜM	**Psychological Distress** **Psikolojik Sıkıntılar**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
1.SORU:	I have experienced embarrassment from these instances. Bu gibi durumları yaşamaktan/şahit olmaktan utanç duydum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
2.SORU:	2. My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences. Bu gibi durumlara karışmış olmak, gelecekte de tekrarı olacağı konusunda bende endişe oluşturuyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
3.SORU	My experiences have made me feel miserable. Yaşadığım bu olaylar beni kötü hissettirdi.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
4.SORU	I feel deep remorse/guilt for my past involvements in these types of events. Geçmişte bu olaylara karıştığım için derin bir pişmanlık/suçluluk hissediyorum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

2.BÖLÜM	**Physical distress** **Fiziksel Sıkıntılar**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
5.SORU	The mental weight of my experience is exhausting. Yaşadıklarımın zihinsel ağırlığı benim için çok yorucu oluyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
6.SORU	6. My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly. Bu yaşadıklarım düzenli uyumamı bazen zorlaştırabiliyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
7.SORU	The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous. Bu yaşadıklarımın neden olduğu stres, bana midem bulanıyormuş ya da kusacakmışım gibi hissettirdi.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
8.SORU	Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite. Bu durumları düşündüğümde iştahım kaçabiliyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
9.SORU	I have had bad dreams as a result of these situations. Bu durumlar nedeniyle kötü rüyalar gördüğüm oluyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

3.BÖLÜM	**Colleague Support** **İş arkadaşı Desteği**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
10.SORU	My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me. İş arkadaşlarım bu durumların bana olan etkisine ilgisiz kalabilirler.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
11.SORU	My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made. İş arkadaşlarım, yaptığım hatalara rağmen hala iyi bir sağlık hizmeti sunucusu olduğumu hissetmeme yardımcı oluyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
12.SORU	My colleagues no longer trust me. İş arkadaşlarım artık bana güvenmiyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
13.SORU	My professional reputation has been damaged because of these situations. Mesleki itibarım bu durumlar nedeniyle zarar gördü.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

4.BÖLÜM	**Supervisor Support** **Servis sorumlu hemşiresi /klinik yöneticisi/ABD başkanı Desteği**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
14.SORU	I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions. Bu durumlardan sonra bile süpervisor / öğretim üyesinin bana hala iyi davrandığını hissediyorum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
15.SORU	My supervisor's responses are fair. Yöneticimin olaylar sonrası gösterdiği tepkileri adil bulurum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
16.SORU	My supervisor blames individuals when mistakes are made. Yöneticim hata yapıldığında bireyleri suçlar.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
17.SORU	I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices. Yöneticimin bu durumları sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını göz önünde bulundurarak değerlendirdiğini düşünürüm.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

5.BÖLÜM	**Organization Support** **Kurum Desteği**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
18.SORU	My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers. Çalıştığım kurum, sağlık çalışanlarını etkileyen bu olaylara karışan kişilerin sorunlarının ele alınması ve çözülmesi için yardıma ihtiyaç duyduklarının farkındadır.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
19.SORU	My organization offers a variety of resources to help get me over the effects of involvement with these instances. Çalıştığım kurum, bu durumlara karışmanın etkilerini aşmaya yardımcı olacak çeşitli imkanlar sunmaktadır.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
20.SORU	Concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization. Çalıştığım kurum bu durumlara maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlığıyla pek ilgilenmemektedir.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

6.BÖLÜM	**Professional Self-efficacy Profesyonel Öz-yeterlilik**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
21.SORU	Following my involvement, I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities. Bu olaylara karıştıktan sonra hasta bakım becerilerimle ilgili yetersizlik duygusu yaşadım.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
22.SORU	My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider. Bu yaşadıklarım, gerçekten iyi bir sağlık hizmeti sunucusu olup olmadığımı sorgulamama neden oluyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
23.SORU	After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures. Bu yaşadıklarımdan sonra, zor veya yüksek riskli işlemlere girişmekten korkar oldum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
24.SORU	These situations have negatively affected my performance at work. Bu durumlar iş performansımı olumsuz etkiledi.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

7.BÖLÜM	**Turnover** İşten ayrılma/ iş değiştirme	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
25.SORU	My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care. Bu olayları yaşamış olmak, bende hasta bakımı dışında bir pozisyon alma isteğine yol açtı.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
26.SORU	Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job. Bu durumlara karışmış olmanın getirdiği stres, bazen işimi bırakmak istememe neden oluyor.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
27.SORU	I have started to ask around about other job opportunities. Bu olaylardan sonra çevremdekilere başka iş imkanlarını sormaya başladım.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
28.SORU	I plan to leave my job in the next 6 months because of my experience with these events. Bu yaşadıklarım nedeniyle önümüzdeki 6 ay içinde işimden ayrılmayı planlıyorum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

8.BÖLÜM	**Absenteeism** **İşe devamsızlık**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
29.SORU:	My experience with an adverse patient event or error has resulted in me taking a mental health day. Yaşadığım advers olay ve hata nedeniyle işten bir günlük izin aldığım oldu.	U	BGG	COGG	UD
NOT: "mental health day" kavramı, ölçek geliştirenler tarafından "bir günlük izin" olarak çevrilmesi önerilmiştir. ÖNERİLER:					
30.SORU	I have taken time off after one of these instances occurs. Bu durumlardan biri gerçekleştikten sonra izin kullandım.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
31.SORU	When I am at work, I am distracted and not 100% present because of my involvement in these situations. Bu durumlara karıştığım için işteyken dikkatim dağınık ve kendimi % 100 hazır hissetmiyorum.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

9.BÖLÜM	**Resilience** **Başa çıkma/kendini geliştirme**	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
32.SORU	Because of these situations, I have become more attentive to my work. Bu durumlardan dolayı işime daha fazla özen göstermeye başladım.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
33.SORU	These situations have caused me to improve the quality of my care. Bu durumlar verdiğim sağlık hizmetinin kalitesini artırmama neden oldu.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
34.SORU	My experience with an adverse patient event or error has resulted in positive changes in procedures or care on our unit. Olumsuz bir hasta olayı veya hatasıyla ilgili yaşadıklarım, birimimizde prosedürlerde veya sağlık hizmeti sunumunda olumlu değişikliklerle sonuçlandı.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					
35.SORU	I have grown as a Professional as a result of an adverse patient event or error. Yaşadığım istenmeyen olay veya hata, beni daha profesyonel hale getirdi.	U	BGG	COGG	UD
ÖNERİLER:					

Ek-7

İKİNCİL MAĞDUR DENEYİMİ DESTEK ÖLÇEĞİ- REVİZE (T-SVEST-R)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Psikolojik Sıkıntılar						
1.	Bu gibi durumları yaşamaktan utanç duydum.					
2.	Bu gibi durumlara karışmış olmak, gelecekte de tekrarı olacağı korkusuna yol açıyor.					
3.	Yaşadığım bu olaylar beni mutsuz hissettirdi.					
4.	Geçmişte bu olaylara karıştığım için derin bir pişmanlık/suçluluk hissediyorum.					
Fiziksel Sıkıntılar						
5.	Yaşadıklarımın zihinsel ağırlığı benim için çok yıpratıcı oluyor.					
6.	Bu yaşadıklarım uyku düzenimin bozulmasına neden oldu.					
7.	Bu yaşadıklarımın neden olduğu stres, midemin bulanmasına ya da kusacakmışım gibi hissetmeme neden oluyor.					
8.	Bu durumları düşündüğümde iştahım kaçabiliyor.					
9.	Bu durumlar nedeniyle kötü rüyalar gördüğüm oluyor.					
İş Arkadaşı Desteği						
10.	İş arkadaşlarım bu durumların benim üzerimdeki etkisine ilgisiz kalabilirler.					
11.	İş arkadaşlarım artık bana güvenmiyor.					
12.	Mesleki itibarım bu durumlar nedeniyle zarar gördü.					
Supervizör-Servis Sorumlu Hemşiresi/ Klinik Yöneticisi/ AD Başkanı Desteği						
13.	Bu durumlardan sonra süpervisorün / öğretim üyesinin bana iyi davrandığını hissediyorum.*					
14.	Yöneticimin olaylar sonrası gösterdiği tepkileri adil buluyorum.*					
15.	Yöneticim bu durumları değerlendirirken sağlık hizmetlerinin karmaşıklığını göz önünde bulundurur.*					
Kurum Desteği						
16.	Çalıştığım kurum, sağlık çalışanlarını etkileyen bu olaylara karışan kişilerin sorunlarının ele alınması ve çözülmesi için yardıma ihtiyaç duyduklarının farkındadır.*					
17.	Çalıştığım kurum, bu durumlara karışmanın etkilerini aşmaya yardımcı olacak çeşitli imkanlar sunmaktadır.*					
18.	Çalıştığım kurum bu durumlara maruz kalan sağlık çalışanlarının sağlığıyla pek ilgilenmemektedir.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Profesyonel Öz yeterlilik						
19.	Bu olaylara karıştıktan sonra hasta bakım becerilerimle ilgili yetersizlik duygusu yaşadım.					
20.	Bu yaşadıklarım, gerçekten iyi bir sağlık hizmeti sunucusu olup olmadığımı sorgulamama neden oluyor.					
21.	Bu yaşadıklarımdan sonra, zor veya yüksek riskli işlemlere girişmekten korkar oldum.					
22.	Bu durumlar iş performansımı olumsuz etkiledi.					
İşten Ayrılma/İş Değiştirme						
23.	Bu olayları yaşamış olmak, bende hasta bakımı dışında bir işe/göreve geçme isteğine yol açtı.					
24.	Bu durumlara karışmış olmanın getirdiği stres, bazen işimi bırakmak istememe neden oluyor.					
25.	Bu olaylardan sonra çevremdekilere başka iş imkanlarını sormaya başladım.					
26.	Bu yaşadıklarım nedeniyle önümüzdeki 6 ay içinde işimden ayrılmayı planlıyorum.					
İşe Devamsızlık						
27.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya hata nedeniyle işten 1 günlük izin aldığım oldu.					
28.	Bu durumlardan biri gerçekleştikten sonra izin kullandım.					
Dayanıklılık-Kendini Geliştirme						
29.	Bu durumlardan dolayı işime daha fazla özen göstermeye başladım.*					
30.	Bu durumlar daha kaliteli sağlık hizmeti vermeme yol açtı.*					
31.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, birimimizdeki prosedürlerde veya sağlık hizmeti sunumunda olumlu değişikliklerle sonuçlandı.*					
32.	Yaşadığım olumsuz hasta olayı veya tıbbi hata, beni daha profesyonel hale getirdi.*					

*Ters puanlı maddeler.