



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR'DE GÖREV YAPAN ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

NURAN ÖNCAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi NESRİN ŞEN CELASİN

MANİSA-2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İZMİR'DE GÖREV YAPAN ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE TIBBİ HATA YAPMA
EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

NURAN ÖNCAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

Dr. Öğr. Üyesi NESRİN ŞEN CELASİN
Doç. Dr. DİLEK ERGİN
Doç. Dr. GÜLÇİN ÖZALP GERÇEKER

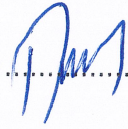
(Tez Danışmanı)
(Jüri Üyesi)
(Jüri Üyesi)

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10322618
Yazar Adı / Soyadı	NURAN ÖNCAN TÜTÜNCÜ
T.C.Kimlik No	29953123598
Telefon	5059835589
E-Posta	nrnncn@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Investigate the relationship between burnout levels and tendency to make malpractice among pediatric nurses working in Izmir
Konu	Hemşirelik = Nursing ; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları = Child Health and Diseases
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2020
Sayfa	93
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ NESRİN ŞEN CELASİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Çocuk Hemşireliği; Hemşirelikte Tıbbi Hata Yapma Eğilimi; Tükenmişlik

27.01.2020

İmza: 

**İZMİR'DE GÖREV YAPAN ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİ İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Öğrenci: Nuran ÖNCAN

Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

İkinci Tez Danışmanı: -

Bu tez çalışması 22.01.2020 tarihinde jürimiz tarafından “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Dr.Öğr.Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye :

Doç.Dr. Dilek ERGİN

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye:

Doç.Dr. Gülçin ÖZALP GERÇEKER

(Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur. /..... /.....

Prof. Dr. Ömer TETİK

Enstitü Müdürü

BEYAN

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

Nuran ÖNCAN TÜTÜNCÜ

TEŞEKKÜR

Tüm yoğun iş hayatıma rağmen, mesleki olarak ilerlememde, eğitimimi bir üst safhaya taşımak için çıktığımda yolda, bu sürece kadar gelmenin haklı gururu ve mutluluğuyla bana destek olan ;

Yüksek Lisans eğitimimde ve tez sürecimde beni yalnız bırakmayan ve her zaman destekleyen, eğitimimi sevgiyle, hoşgörüsüyle tamamlamamı sağlayan, bilgi ve deneyimleriyle bana rehber olan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN'e,

Yüksek Lisans eğitimimde tüm bilgi birikimi ve deneyimleri ile her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Dilek ERGİN'e,

Tezimin her aşamasında bana destek olan özellikle istatistik aşamasında beni yalnız bırakmayan, zaman zaman yol gösteren çok sevgili arkadaşım uzman hemşire Sıddıka KARATAY'a,

Araştırmanın yürütülmesi ve veri toplama aşamasında bana yardımları olan, İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Hastanesi ekibi ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ekibine,

Araştırmaya katılan tüm meslektaşlarıma,

İş hayatımda ve eğitim hayatımda desteğini esirgemeyen ve benimle her yolda yanımda ilerleyen sevgili eşim Özgün TÜTÜNCÜ'ye,

Beni bu yaşıma kadar getirmiş olan, gölgelerini üstümden hiç çekmeyen, sevgilerini esirgemeyen, bana hep inanan, güvenen biricik aileme ve tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Nuran ÖNCAN TÜTÜNCÜ
Manisa, Aralık 2019

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMA ve SEMBOLLER DİZİNİ.....	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
3.1. Araştırmanın Konusu	3
3.2. Araştırmanın Amacı	5
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
3.4. Araştırmanın Sorusu.....	5
3.5. Sayıtlılar	5
3.6. Araştırmanın Önemi.....	6
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
4.GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu	9
4.1.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı	9
4.1.2. Tükenmişliğin Evreleri.....	11
4.1.3. Tükenmişliğin Nedenleri ve Belirtileri.....	11
4.1.4. Tükenmişliğin Sonuçları	12
4.1.5. Hemşirelikte Tükenmişlik	13
4.1.5.1 Hemşirelikte Tükenmişlik Nedenleri	13
4.1.5.2. Hemşirelikte Tükenmişlik Belirtileri.....	15
4.1.5.3. Hemşirelikte Tükenmişlik Sonuçları.....	15
4.2. Tıbbi Hata (Malpraktis).....	16
4.2.1. Tıbbi Hatanın Tanımı	16
4.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yapılan Tıbbi Hata Sıklıkları	16
4.2.3. Tıbbi Hataların Nedenleri.....	18

4.2.4. Hemşirelikte Yapılan Tıbbi Hatalar ve Nedenleri	19
4.2.4.1. İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına Bağlı Yapılan Tıbbi Hatalar	20
4.2.4.2. Hastane Enfeksiyonlarına Bağlı Yapılan Tıbbi Hatalar	22
4.2.4.3. Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine Bağlı Hatalar	23
4.2.4.4. Düşmelere Bağlı Tıbbi Hatalar	23
4.2.4.5. İletişim Eksikliğine Bağlı Tıbbi Hatalar	24
4.2.5. Çocuk Hemşirelerinin Yaptığı Tıbbi Hatalar ve Nedenleri	24
4.2.5.1. Çocuk Hemşirelerinin İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarına Bağlı Yaptığı Tıbbi Hatalar	25
4.2.5.2. Çocuk Hemşirelerinin Hastane Enfeksiyonlarına Bağlı Yaptığı Tıbbi Hatalar	28
4.2.5.3. Çocuk Hemşirelerinin Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliğine Bağlı Yaptığı Hatalar	29
4.2.5.4. Çocuk Hemşirelerinin Düşmelere Bağlı Yaptığı Tıbbi Hatalar	30
4.2.5.5. Çocuk Hemşirelerinin İletişim Eksikliğine Bağlı Yaptığı Tıbbi Hatalar	31
5.GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
5.1. Araştırmanın Tipi	32
5.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Tarih	32
5.3. Araştırmanın Evreni	32
5.4. Araştırmanın Örneklemi	32
5.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33
5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	33
5.6.1. Birey Tanıtım Formu (Ek 1)	34
5.6.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek 2)	34
5.6.3. Tükenmişlik Ölçeği (Ek 3)	36
5.7. Veri Toplama Yöntemi	36
5.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	37
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	37
5.10. Süre ve Olanaklar	38
6. BULGULAR	39
6.1. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine ve Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular	40
6.2. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	44

6.3. Çocuk Hemşirelerinin Tanımlayıcı ve Bazı Mesleki Özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	45
6.4. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi	53
7. TARTIŞMA.....	55
7.1. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine ve Bazı Mesleki Deneyimlerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	55
7.2. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
7.3. Çocuk Hemşirelerinin Tanımlayıcı ve Bazı Mesleki Özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	56
7.4. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ Puan Ortalamalarının İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması	62
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	63
8.1. Sonuçlar	63
8.2. Öneriler.....	66
9.KAYNAKLAR	67
10.EKLER.....	75
Ek-1 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı.....	75
Ek-2: Etik Kurul İzin Formu	76
EK-3: Kurum İzinleri	78
Ek 4: Birey Tanıtım Formu	84
Ek 5 : Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	85
Ek 6: Tükenmişlik Ölçeği	89
Ek 7: Ölçek Kullanım İzinleri.....	90
11. ÖZGEÇMİŞ	92
12.TEZ ORJİNALLİK RAPORU	93

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Çocuk Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı .44	
Tablo 2. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Mesleki Deneyimlerine Göre Dağılımı.....42	
Tablo 3. Çocuk Hemşirelerinin HTHEÖ ve Alt Boyutları, TÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....44	
Tablo 4. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....47	
Tablo 5. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....49	
Tablo 6. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.53	

KISALTMA ve SEMBOLLER DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HE: Hastane Enfeksiyonu

HTHEÖ: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

IOM: Institute of Medicine

JCAHO: The Joint Commision On Accredition Of Healtcare Organizations

JCI : Joint Commission International

Ort: Ortalama

p: Anlamlılık Düzeyi

SD: Standart Sapma

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TÖ: Tükenmişlik Ölçeği

Tezin Başlığı: İzmir’de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı-Soyadı: Nuran ÖNCAN

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1. ÖZET

Amaç: İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, kesitsel ve korelasyonel nitelikte olup örneklem sayısı 227’dir. Aralık 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi’nde ve T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan çocuk hemşireleriyle yürütülmüştür. Veriler: ‘Birey Tanıtım Formu’, ‘Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği’ (HTHEÖ) ve ‘Tükenmişlik Ölçeği’ (TÖ) ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı analizler, “Tek Yönlü Varyans analizi”, “Kruskal Wallis Varyans analizi”, “Mann-Whithney U testi”, korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan çocuk hemşirelerinin; çalışırken %51, 5’ inin tıbbi hata yapmadığı, %80, 2’ sinin tıbbi hata yapıldığına şahit olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,68 \pm 1,08$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, yaş grupları, eğitim durumları, mesleki ve çocuk hemşireliği deneyim yılı, çalışırken tıbbi hata yapma, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Hemşirelerin TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r = 0,137$, $p = 0,039^*$).

Sonuçlar: İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri arttıkça tıbbi hata yapma eğilimlerinin arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hemşireliği; Hemşirelikte Tıbbi Hata Yapma Eğilimi; Tükenmişlik

The Title of The Thesis: Investigate the relationship between burnout levels and tendency to make malpractice among pediatric nurses working in Izmir.

Student name: Nuran ONCAN

Thesis Advisor: Dr. Faculty Member Nesrin SEN CELASIN

Department: Department of Nursing-Child Health and Disease Nursing Master's Program

2. ABSTRACT

Objective : To examine the relationship between burnout levels and make malpractice tendencies of pediatric nurses working in İzmir.

Materials and Methods: This study is cross-sectional and correlational and the number of nurses forming the sample is 227. Between December 2018 and April 2019, it was admitted to Ege University Medical Faculty Children's Hospital and T.C. Ministry of Health Izmir Provincial Health Directorate Buca Obstetrics and Pediatrics Hospital. The data were collected using 'Individual Presentation Form', 'the Malpractice Trend Scale in Nursing'(MTSN) and 'Burnout Scale'(BS). Descriptive statistics, "One Way Analysis of Variance", "Kruskal Wallis Analysis", "Mann-Whithney U Test", and correlation analyzes were used for analysis of the data.

Findings : In the study of the pediatric nurses aged 23-47 years were, 51,5% did not make a malpractice while working, 80,2% of them witnessed a malpractice. The mean score of MTSN was $4,59 \pm 0,32$, and average of the BS score was $3,68 \pm 1,08$.

The relationship between BS and MTSN mean scores of pediatric nurses working in İzmir was found to be positively low ($r = 0,137$, $p=0,039^*$).

Conclusions: As the burnout levels of pediatric nurses working in Izmir increase, their tendency to make medical errors increases.

Keywords: Pediatric Nursing; Malpractice; Burnout

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU

İnsan yaşamında fiziksel, mental ve psikolojik olarak olumsuz bir şekilde etki yaratan stres ve onun daha güçlü hali olan “Tükenmişlik=Burnout” kavramı 70’li yıllardan bu zamana kadar çok sık araştırılan bir konu olmuştur. Çapri’nin (2006) aktardığına göre, tükenmişlik kavramı, ilk kez Freudenberger (1974) tarafından kullanılmış ve daha çok tabiplik, avukatlık, öğretmenlik, hemşirelik gibi insanlarla yakın ilişki gerektiren mesleklerde görüldüğü ifade edilmiştir (Çapri 2006).

Günümüzde kabul olan tanımı ise Maslach tarafından 1981’de yapılmıştır (Taycan ve ark. 2006). Öztürk ve ark. (2014)’nın aktardığına göre, Maslach ve Jackson tükenmişliği; işi dolayısıyla sık sık duygusal tepkiler içinde kalan ve diğer insanlar ile sürekli yüz yüze çalışmak zorunda kalan kişilerde oluşan kronik yorgunluk, fiziksel bitkinlik ve çaresizlik görülmesi ve bu duyguların hayatlarına, işlerine ve çevredeki insanlara karşı negatif tutumlar sergilemesi ile oluşan bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Öztürk ve ark. 2014).

Sağlık çalışanları, iş yükünün fazla ve stresli olması, nöbet sayılarının fazlalığı, uyku bozuklukları, durumu ağır veya ölümcül hastalara hizmet verme, insanlara duygusal destek vermeleri gibi major stresörler ile çalışmaktadır. Sağlık çalışanları tükenmişlik sendromu açısından günümüzde en riskli meslek grupları arasında yer almaktadır (Altay ve ark. 2010).

Yapılan bazı araştırmalarda; tükenmişlik sendromunun bireylerde fiziksel, davranışsal ve psikolojik sorunları yanı sıra, yaptıkları işte hizmet verimsizliği ve kalite kayıplarını da ortaya çıkardığı görülmüştür (Çam ve Engin 2017). Verilen sağlık hizmetlerindeki aksamalar ve bozulmalar, beraberinde hasta bakımı ve hasta güvenliği konularını doğurmaktadır. Hemşireler, hastalar ile yüz yüze çalıştıklarından, hasta güvenliğinden sorumlu oldukları gibi hastaların savunucusu kimliğini de

taşımaktadır ve ayrıca istenmeyen durumların bildirilmesi de görev ve sorumlulukları içindedir (Çırpı ve ark. 2009).

Hasta güvenliğinin en önemli konuları arasında “tıbbi hatalar” yer almaktadır. Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu’na (The Joint Commisionon Accreditation of Healthcare Organizations) göre “tıbbi hata”; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda eksik ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Dikmen ve ark. 2014). Uluslararası Tıp Enstitüsü tarafından tıbbi hatanın, “bir amacı başarmak için uygun olmayan, hatalı bir planı kullanma ya da planlanmış bir eylemi bilinçli olarak ihmal ederek tamamlamak” şeklinde tanımlandığı belirtilmektedir (Johnson ve ark. 2014).

Tıbbi hatalar, ciddi sonuçlar doğurarak ve her geçen gün büyüyerek karşımıza çıkmaktadır (Er ve Altuntaş 2016). 1990’lara kadar tıbbi hataların sıklığı yeterince bilinmezken, günümüzde farklı ülkelerde tıbbi hatalar nedeni ile ölen ya da zarar gören pek çok hasta olduğu bilinmektedir. Hasta güvenliği açısından hemşirelik hizmetlerinde en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları (HE), düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir (Şahin ve Özdemir 2015; Özata ve Altunkan 2010a).

Yapılan araştırmalarda, çocuk hastalarda ilaç hatalarının görülme sıklığının yetişkinlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Ferranti ve ark. 2008). Çocuklarda ilaç hatası potansiyelini artıran en önemli etken; çocuğun yaşı, gestasyon yaşı, vücut ağırlığı ve yüzey alanına göre ilacın farklı dozlarda hesaplanarak uygulanmasıdır. Ayrıca, literatürde çocukların renal, immun ve hepatik fonksiyonlarının gelişmeye devam etmesi nedeniyle, çocuk hastalarda yapılan ilaç hataları, yetişkinlerde oluşan sonuçlara göre daha ağır olduğu da belirtilmiştir (Törüner ve Erdemir 2010).

Hasta ile doğrudan birebir ilgilenmeleri, bağımlı ve bağımsız rollerinin fazlalığı, yoğun iş yükü ile çalışmaları ve işlerinin zorluğu yönünden hemşireler, diğer meslek gruplarına kıyasla daha çok tıbbi hata riski ile karşı karşıyadırlar. Hasta güvenliğini sağlamak da hemşirelerin önceliğidir. Ayrıca hata bildirimlerinin yapılması, hata risklerinin azaltılmasını ve hata yapılmasını önlemeyi sağladığı için hasta güvenliği kapsamında önemlidir (Cebeci ve ark. 2012).

3.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

I. H_0 : İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişki yoktur.

H_1 : İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişki vardır.

II. H_0 : İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik ve tıbbi hata yapma eğilimleri ile hemşirelerin tanıtıcı değişkenleri arasında ilişki yoktur.

H_1 : İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik ve tıbbi hata yapma eğilimleri ile hemşirelerin tanıtıcı değişkenleri arasında ilişki vardır.

3.4 ARAŞTIRMANIN SORUSU

I. İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri, tıbbi hata yapma eğilimlerini etkiler mi?

II. İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tanıtıcı bilgileri tükenmişlik ve tıbbi hata yapma eğilimlerini etkiler mi?

3.5 SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek yeterliliktedir.

3.6 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hemşirelerin, iş ile ilgili psikososyal sorunlarının olması, çalışma şartlarının ağır olması, çalışma saatlerinin çokluğu, iş yükü fazlalığı, iş stresi gibi stresörlerle sık karşılaşmaları gibi etmenler nedeni ile tükenmişlik sendromu yaşama yönünden yüksek risk grubunda oldukları görülmektedir (Küçükyörük 2013).

Yapılan çalışmalarda; tükenmişlik, çalışanlar üzerinde ciddi fiziksel ve mental birçok sorunlara sebep olduğu gibi sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde de bozulmalara ve buna ek olarak, “tıbbi hatalara” yol açtığı görülmektedir (Taycan ve ark. 2006).

Hastalara verilen sağlık hizmeti sırasında istemsiz yapılan bir aksama, “tıbbi hata” olarak tanımlanmaktadır (Cebeci ve ark. 2012). Türkiye’de yapılan bir araştırmada, sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranı %6,2 ve başkasının yaptığı hataya şahit olma oranı da %10,4 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın uygulandığı hastanelerde en sık görülen tıbbi hata çeşitlerinin; HE, bası yaraları, hastanın kaçması, ameliyat sonrası ve ameliyat komplikasyonları olduğu belirlenmiştir (Özata ve Altuncan 2010b).

Yapılan araştırmalarda; her yıl sağlık hizmeti alan binlerce insanın tıbbi hatalar sebebiyle yaranma, sakatlık ve ölümle karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (Hunter ve Bains 1999). Tüm sağlık çalışanları için tıbbi hatalar önemlidir, ancak hemşirelerin bağımlı ve bağımsız görevlerinin fazlalığı, doğrudan hastaya bakım vermesi gibi nedenlerle hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha sık tıbbi hata yapma riski taşımaktadır (Ersun ve ark. 2013; Öztürk ve Özata 2013).

İletişim eksikliği, hasta güvenliği, ilaç uygulama hataları, tıbbi aletlerin kullanımında hata, yöntem ve tedaviler, kayıt eksikliği, mevcut protokollere uyulmaması, hastane enfeksiyonları, kan transfüzyonu, hasta düşmeleri ve yatak yaraları gibi hatalar hemşirelerin yasal durumlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir (Cebeci ve Tekingündüz 2012; Dikmen ve ark. 2014).

Uluslararası Tıp Enstitüsü’nün raporuna göre; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 98,000 kişinin hayatını tıbbi hatalar sebebi ile kaybettiği ileri sürülmektedir. ABD’de yapılan araştırmalar, tıbbi hataların ölüm nedenleri arasında beşinci olabileceğini ortaya koymaktadır. Tıbbi hataların sayısı; meme kanseri, trafik kazası veya AIDS’den daha fazla olduğunu saptanmıştır. Bu sonuçlara bakılarak hasta güvenliğinin ne kadar önemli bir kavram olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ) 2004 yılında, tıbbi hataların önemini göz önüne alarak hasta güvenliğine yönelik uygulamaların daha sistematik bir şekilde yürütülmesi için bir Hasta Güvenliği Birimi oluşturmuştur (Doğan Merih ve ark. 2009; Patel 2007). Yapılan bir araştırmada ise, Almanya’da her yıl 100.000 tıbbi hatanın görüldüğü ve bunun sonucunda 25.000 kişinin öldüğü tespit edilmiştir (Madegowda ve ark. 2007).

Türkiye’de tıbbi hataların boyutları kesin olarak bilinmese de dünya ülkeleri ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura’da 1931- 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin kadar dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında, sağlık personeli çok veya az kusurlu olarak bulunmuştur (Dikmen ve ark. 2014). Türkiye’de 2000-2004 yılları arasındaki acil servis hizmetlerinde yapılan bir araştırmada ise; tıbbi uygulama hatalarını kapsayan ve Yüksek Sağlık Şurası’ndan görüş alınan 112 olgunun değerlendirilmiş ve bu olguların 57’sinde hata olmadığına, 55 olguda ise tıbbi uygulama hatası olduğuna kanaat getirilmiştir (Turkan ve Tuğcu 2004). Ertem ve arkadaşlarının tıbbi hatalar ile 2009 yılında ilgili gazete haberlerinin incelendiği retrospektif çalışmalarında; hekimlerin %65,2, hemşirelerin ise %12,2 oranında hatalı tıbbi uygulama yaptığı için haber olduğu bildirilmiştir.

Yapılan araştırmalarda, hemşirelerle ilgili tıbbi hatalar en çok; bakım standartlarını uygulama yetersizliği, kayıt tutmada eksiklik, hasta güvenliği ile ilgili uygulamalarda yetersizlik, dikkat dağınıklığı, alınan önlemlerde yetersizlik, meslekte yeni olma, hemşire sayısının yetersizliği, hemşire başına düşen hasta sayının fazla olması ve iletişim eksikliği gibi nedenlerden kaynaklandığı bulunmuştur (Andsoy ve ark. 2014; Seren İntepeler ve Dursun 2012). Bununla birlikte hemşirelerin iş yükü fazlalığı, vardiya usulüyle çalışması, uzun çalışma saatleri ve çalışma şartlarının ağır olması da hata yapma oranını arttırabilmektedir (Ersun ve ark. 2013). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği açısından en çok karşılaşılan hataların başında; düşmeler, iletişim sorunları, HE, ilaç hataları, yetersiz izlem ve malzeme kullanımından kaynaklanan hatalar olduğu görülmektedir (Özata ve Altunkan 2010b).

Tıbbi hataların önüne geçebilmek için hemşirelik hizmeti alanında hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenlerinin ve olası risklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ortaya çıkan sonuçlara göre de tıbbi hataların en aza indirgenmesi ve olasılıkların ortadan

kaldırılmasına yönelik düzenlemeler ve planlamalar yapılmalıdır (Er ve Altuntaş 2016).

3.7 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, İzmir ilinde bir üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesinde çalışan çocuk hemşirelerini kapsamıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşireleri ile T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşirelerinden gönüllü olanlar çalışmaya katılmıştır.

İzmir Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izninin alınamaması nedeni ile çalışma dışı bırakılmış olması bir sınırlılıktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMU

Çalışma yaşamı insana toplumda bir rol, bir konum ve ekonomik fayda sağlama açısından önemlidir. Bireylerin işlerinde doyum sağlamaları verdiği hizmet kalitesini arttıracak gibi kendi mutlulukları yönünden de son derece önemlidir. Bireyler hem iç hem dış çevre kaynaklı birçok uyarıcıyla karşılaşmakta ve bunlardan olumlu ya da olumsuz etkilenmektedir (Metin ve Gök Özer 2007).

Bireylerin stresle karşılaştıklarında başa çıkma yönünden eksik kalmaları sonucunda mesleki tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir. Hemşireler, doktorlar, psikologlar, sosyal çalışmacılar, öğretmenler gibi sürekli insanlarla birebir çalışan meslek gruplarında tükenmişlik sendromu riski daha fazla olduğu görülmektedir. Günümüzde özellikle sağlık çalışanlarında; aşırı iş yüklerinin olması, nöbet usulü çalışmaları, hastalara bütüncül hizmet vermeleri gibi etmenler nedeni ile tükenmişlik sendromunun daha büyük sorun olduğu bilinmektedir (Kaya ve Arıöz 2014).

4.1.1 Tükenmişlik Sendromu Tanımı

Sözlük anlamında “çaba gösterememe, güçsüz hissetme, bıkkınlık” durumu olarak belirtilen tükenmişlik kavramı; ilk kez Fredeunberger tarafından 1974 yılında psikososyal literatürde yerini almıştır (Demir 2004).

Günümüzde önemli bir sorun olan ve uzun zaman önce fark edilen tükenmişlik kavramı; Greene’nin 1961 yılında yayınlanan ruhsal çöküntüye, bıkkınlığa uğramış ve işini bırakıp Afrika ormanlarına kaçmış bir mimarı anlatan “Bir Tükenmişlik Olayı (A Burnt-Out Case)” adlı romanında, “aşırı derecede bitkinlik ve bireyin işi için hissettiği öfke duygusu ile birlikte idealizmini kaybetmesi” şeklinde tanımlanmıştır (Yıldırım ve İçerli 2010; Derin ve Demirel 2012).

Literatürde tükenmişlik ile ilgili geçerli iki tanım yapıldığı görülmektedir. Bunlardan ilki ve günümüzde kabul olan tanım Maslach'ın tanımıdır. Maslach'a göre tükenmişlik; işe bağlı tutum ve davranışlardaki değişikliklerle kendini gösteren duygusal tükenmişlik, “duyarsızlaştırma ve azalmış başarı duygusu olmak üzere üç bileşene sahip olmasının yanı sıra, fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ile iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme sendromudur” (Maslach 1978; Çapri 2006).

İkincisi ise Pines ve Aronson'un tanımıdır ve onlara göre, tükenmişlik, bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır ve sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe ve kapana kısılmışlık duygularına neden olan fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumudur (Çapri 2006).

Tükenmişlik kavramının en büyük öncülerinden olan Christina Maslach, tükenmişlik kavramını üç boyutta ele almaktadır (Maslach ve Jackson 1981).

a. Duygusal tükenme (emotional exhaustion):

Duygusal tükenmişlik; tükenmişliğin daha içsel bir boyutunda olup, en belirleyici ve en kritik boyutu olduğu belirtilmektedir. Bu boyutta bireylerde duygusal yıpranış, enerjinin azalması ve yorgunluk gibi belirtileri gözlenmektedir. Duygusal tükenişte olan bir bireyin gergin, endişeli, işe gitmek istememe, sorumluluktan kaçma ve kendisini engellenmiş hissini yaşadığı görülmüştür (Ergin 1993).

b. Duyarsızlaşma (depersonalization):

Tükenmişliğin duyarsızlaşma evresi kişilerarası boyutu ele almaktadır. Duyarsızlaşma, bireyleri nesnelleştirerek duygudan yoksun, umursamaz, sert ve alaycı tavırlar sergilemesi ile belirti gösterir. Bu boyutta bireylerin hem çalıştıkları kuruma hem de hizmet verdikleri insanlara karşı mesafeli bir tutum sergileyip özel diyalog kurmaktan kaçınıp, sert davranışlarda bulundukları görülmektedir (Kaçmaz 2005).

c. Kişisel başarıda düşme hissi (low personal accomplishment):

Bu boyutta kişi kendisini olumsuz eleştirir ve kendini yetersiz hissedip başarısız olduğunu düşünür. Sarf ettiği çabanın boşa olduğunu ve işinde ilerleyemediğini

düşünüp motivasyonunu kaybeder. Bu tükenmişlik boyutunda birey kendini genel olarak başarısız hissetmeye başlamıştır (Maslach ve ark.. 2001).

4.1.2 Tükenmişliğin Evreleri

Tükenme, kişinin anlık bir durumunu değil sürekli olan bir durumunu gösterir ki dört evre ile tanımlanmaktadır (Ergin 1992).

I. Evre: Şevk ve Çoşku Evresi (Enthusiasm): Bu evrede bireylerde enerji artması, hayal üstü mesleki beklentileri olması, fazla umut taşıma gibi etkiler görülür. Yoğun iş yaşantısına bile yüksek bir uyum içindedir.

II. Evre: Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evrede bireylerde umutsuzluk, isteksizlik ve sorgulama durumu başlar. Daha önce sorgulamadığı güçlükleri sorgular. Sosyal hayatının azaldığı, işin tamamen hayatını dolduramadığını sorgular (Kaçmaz 2005).

III. Evre: Engellenme Evresi (Frustration): Bu evrede birey; olumsuz koşulları, sistemi ve insanları değiştirmenin güç olduğunu anlar ve kendini engellenmiş hisseder. Bu noktada üç yoldan biri seçilmektedir. Bunlar; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliğini ilerletme ya da durumdan kendini çekme veya kaçınmadır.

IV. Evre: Umursamazlık Evresi (Apathy): Bu evrede, çok fazla inançsızlık, derin duygusal çöküş yaşanmaktadır. Mesleğini severek ve zevkle yapmak yerine sadece ekonomik olarak katlanış olarak görülmektedir. Kişi de bir doyum olmadığından mutsuzluk ağır bir duygu olmaktadır (Kaçmaz 2005).

4.1.3 Tükenmişliğin Nedenleri ve Belirtileri

Bireyler; çalışma hayatına atılırken belli bir statü, rol ve ekonomik özgürlük sağlamanın dışında bireyler arası çatışma, sağlığı etkileyecek ortamlarda çalışma, stres gibi nedenler ile ruhsal ve fiziksel zorluklar yaşamaktadırlar. Çevresel ve bireysel etmenlerin de olması tükenmişliğe neden olabilmektedir (Oğuzberk ve Aydın 2008).

Tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde duygusal, fiziksel ve zihinsel bulgu ve belirtiler görülmektedir. Fiziksel tükenmişlik belirtileri; enerjide azalış, kronik yorgunluk hali, güç kaybı, uyku sorunları, yıpranma, hastalıklara karşı hassasiyet, sık baş ağrıları, kas krampları, bulantı, bel ağrısı gibi sorun ve yakınmalardır. Duygusal tükenmişlik bulguları; kendini güvensiz ve desteksiz hissetme, depresyon, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışmalarda artış, sabırsızlık, kızgınlık, huzursuzluk gibi negatif duygularda artma, sevgi, saygı, hoşgörü ve arkadaşlık gibi pozitif duygularda azalma içermektedir. Zihinsel tükenmişlik bulguları; hayata karşı genel negatif tutum, ve doyumsuzluk içerebilir. Sonuçta işten ayrılma, savaçklama gibi davranışlar görülebilir (Ersoy ve ark 2001).

4.1.4 Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin bireyler üzerinde ciddi fiziksel ve mental sorunlara neden olduğu bildirilmiştir. Kas ağrıları, yorgunluk, baş ağrıları, bulantı, gastrointestinal problemler, psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı veya var olan rahatsızlığın artışı, depresyon, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, sosyal geri çekilme, konsantre olamama, unutkanlık, sosyal izolasyon, libido azalması, bu sorunlardan bazılarıdır (Taycan ve ark. 2006).

Tükenmenin aile içi ilişki sorunlarından boşanmalara, iş kaybından, alkol- madde ve sigara kullanımına, psikosomatik hastalıklardan ruhsal hastalıklara uzanan ciddi sonuçları görülmektedir (Şenturan ve ark. 2009).

Tükenmişlikte, bireysel olumsuzlukların yanı sıra kurumsal olarak da verilen hizmetin kalitesinde azalış, deneyimli personelin kaybı gibi sonuçlara neden olduğu görülmektedir. Bireylerde oluşan dikkat dağınıklığı, unutkanlık, sık rapor alma, işe geç kalma, işten erken çıkma, işi bırakma, eleştirilere açık olmama, kısır üretkenlik ve girişimcilikte azalma, işten doyum almama gibi davranış ve belirtiler sonucu olarak, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalara neden olmaktadır (Öztürk ve ark. 2014).

4.1.5 Hemşirelikte Tükenmişlik

Tükenmişlik; sosyal hizmet çalışanlarında, öğretmenlerde, yöneticilerde, avukatlarda, işçilerde ve hatta iş hayatına adım atmamış üniversite öğrencilerinde bile görülebilmektedir. Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalarda, tükenmişlik yaşama olasılığı en yüksek meslek grupları arasında sağlık çalışanları (hemşire, ebe, ATT, doktor) gösterilmektedir (Çalgan ve ark. 2009).

Tükenmişlik, hemşirelik gibi insanlarla yakın ilişki gerektiren mesleklerde çok sık görüldüğü ifade edilmiştir (Çapri 2006).

Sağlık çalışanları, iş yükünün fazla ve stresli olması, nöbet sayılarının fazlalığı, uyku bozuklukları, durumu ağır veya ölümcül hastalara hizmet verme, insanlara duygusal destek vermeleri gibi major stresörler ile çalışmaktadır. Sağlık çalışanları tükenmişlik sendromu açısından günümüzde en riskli meslek grupları arasında yer almaktadır (Altay ve ark. 2010).

4.1.5.1 Hemşirelikte tükenmişlik nedenleri

Hemşirelikte tükenmişliğe neden olan etkenlere; bireysel, iş, yönetsel ve aile ile ilgili faktörler sayılmaktadır.

İşle ilgili nedenler arasında; durumu ağır bağımlı hastalara bakım verme, ölümle sık karşılaşma, ağır iş yükünün olması, rol belirsizliği, eleman azlığı, etik güçlükler, nöbet usulü çalışma, hasta-aile-ekip üyeleriyle çatışmalar, işyerinin yönetim şekli, bakımın rutinleşmesi ve ücret azlığı sayılabilmektedir.

Yönetsel etkenler arasında; yönetimle çatışma, yöneticilerle iletişim sorunları, ödüllendirme sistemi olmaması ve yönetimin otoriter olması olarak sıralanabilmektedir.

Bireysel etkenler arasında; çok çalışmaya bağlı kendi ihtiyaçlarını karşılayamama, benlik saygısının düşük olması, sosyal izolasyon, başarısızlık hissi, iş doyumsuzluğu, sabırsızlık, mükemmeliyetçilik, gergin kişilik, güçsüzlük, hayır diyememe, ekonomik sorunlar ve empati yapamama gibi nedenler sıralanabilmektedir.

Aile ilgili nedenler arasında; aile içi rolleri yapamama, gergin kişiliğe bağlı iletişim kopuklukları, yeterince zaman ayıramama gibi nedenler sayılabilmektedir (Uçar ve ark. 2016).

Hemşirelik vardiya usulü çalışan bir meslek grubu olduğundan hemşirelerin yaşam düzenini bozmakta ve tükenmişliği tetiklemektedir. Nöbet usulü ile çalışan hemşireler, çalışma saatlerinin düzensiz olması nedeniyle uyku gereksinimlerini yeterince karşılayamamaktadırlar. Bunun yanı sıra gece çalışan hemşireler, genellikle daha uzun saat aralığında çalışmakta ve daha fazla sayıda hastaya hizmet vermek zorunda kalmaktadırlar. Nöbet usulü çalışan hemşirelerin, fiziki güçleri de zorlanarak motivasyonları düşmekte ve daha hızlı tükenmelerine sebep olmaktadır (Demir 2004).

Verilen sağlık hizmetinin kalitesini; her alanda etkin görev yapan hemşirelerin, işten doyum alarak mutlu, üretken ve verimli çalışmaları büyük ölçüde etkilemektedir (Durmuş ve Günay 2007).

Hemşirelerin iş doyumlarının olmaması ve tükenmişlik yaşamaları; yaş, medeni durum, mesleği isteyerek seçme, meslekte deneyim yılı, beklentilerinin karşılanması, çalışma koşulları ve ortamı, yönetim ve iş arkadaşlarıyla ilişkiler, ağır çalışma koşulları, rol belirsizlikleri ve sözleşmeli/kadrolu çalışma, hata yapma korkusu gibi durumlardan da etkilendiği belirtilmektedir (Akgöz ve ark. 2005).

Hemşirelik mesleği, kuşkusuz sağlık profesyonelleri içinde hasta, hasta ailesi, sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında köprü oluşturan profesyonel bir disiplindir. Tükenmişlikte psikolojik stres nedenlerini inceleyen bir araştırmada, olguların %57'sinde doktorlarla iletişim, % 52'sinde hastanın yakınları ile iletişim % 49'unda hemşirelik yönetimi ile iletişim ve % 40' ının hastayla iletişim problemlerinin olduğu saptanmıştır (Vimantaite ve Seskevious 2006).

Hemşirelerin kendilerine karşı saygı eksikliğinin, çalışmaları için en stres yaratıcı faktör olduğunu ifade ettikleri bir araştırmada; sırasıyla hasta ve ailelerin şikayetleri, alkol etkisinde olan hastaların tutumlarının ve yoğun çalışma temposunun duygusal tükenmeyi arttırdığını ifade etmişlerdir (Lewandowska ve Litwin 2009). Kronik hastalıklarla sürekli karşılaşmanın ve kötü prognozlu hastalara bakım vermenin tükenmişliği tetiklediği, depresyonla tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada saptanmıştır (Sarandöl 2004). Kardiyak cerrahi merkezlerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ise fiziksel ve psikolojik yorgunluk ve duygusal

stres deneyimledikleri belirtilmiştir (Vimantaite ve Seskevicius 2006; Çam ve Engin 2017).

4.1.5.2 Hemşirelikte tükenmişlik belirtileri

Tüm tükenmişlik yaşayan bireylerde görülen belirtiler hemşirelerde de benzerlik göstermektedir. Yöneticiler bu belirtileri gösteren hemşireler için önleyici ve koruyucu bir müdahale planı geliştirebilmelidir. Bu belirtilerden bazıları; fiziksel yorgunluk, tansiyon, baş ağrısı, uyku bozuklukları, depresyon, motivasyon düşüklüğü, iletişim bozukluğu, anksiyete ve kızgınlık, libido kaybı, diğer kişilere karşı negatif duygular, düş kırıklığı, saldırganlık, unutkanlık, eleştirilere açık olmama ve sosyal geri çekilme sayılabilmektedir (Öztürk ve ark. 2014).

4.1.5.3 Hemşirelikte tükenmişlik sonuçları

Tükenmişlik sonucunda, hemşirelerde sık hata yapma, sık rapor alma, işi bırakma, işe geç gelme ve işten erken ayrılma, işten tatmin olmama sonucu yaratıcılığın kısırlığı görülmektedir. Bunun sonucu olarak kurumsal olarak da hizmet kalitesinde azalma, deneyimli hemşirelerin kaybı gibi sonuçlar görülmektedir. Ayrıca tükenmişlik yaşayan hemşirelerin, hastalarına kaliteli bakım verememekle beraber onların ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamamakta olduğu görülmektedir (Kaçmaz 2005).

Hemşirelik mesleğinde yaşanan tükenmişliğin sonuçlarından; hemşirelik mesleği, çalışılan kurum, hizmet alan bireyler, diğer hemşireler ve ülke ekonomisi doğrudan etkilenmektedir. Tükenmişlik sonucu yaşanan en önemli sorunlardan birinin ise iş değiştirme olduğu görülmektedir. Kurumda sıklıkla çalışanların değişmesi diğer çalışanların da motivasyonunu azaltmakta ve kurumların hedeflerine ulaşmasının güçleştiği belirtilmektedir (Günüşen ve Üstün 2008).

4.2 TIBBİ HATA (MALPRAKTİS)

İnsanlar daha doğarken sağlık hizmetine ihtiyaç duymakta ve bu ihtiyaçları hayatları boyu devam etmektedir. Sağlık, yaşam kalitesinin oluşturulması, korunması ve yaşamın sürdürülmesinde özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her adımında öncelik hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi şeklinde olmaktadır (Caymaz 2015).

4.2.1 Tıbbi Hatanın Tanımı

Tıbbi hata; “hastaya verilen sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç; ölüm, ciddi fiziksel ya da psikolojik hasar veya hasar riskini içeren ters veya beklenmeyen olay” olarak tanımlanmaktadır (Işık ve ark. 2012).

Bir diğer tanımlamada ise tıbbi hata, sadece bir girişim ya da tedavinin yanlış veya eksik yapılması dışında, yapılması gerekenin yapılmaması, yapılmaması gerekenin ise yapılması da tıbbi hata olarak betimlenmektedir. Tıbbi hatalar; deneyimsizlik, bilgisizlik, ilgisizlik veya teknik kullanım hatalarına bağlı oluşan ve hastaya zarar veren, taburculuk süresini uzatan veya ölümüne yol açan tüm uygulamardır (Demir Dikmen ve ark. 2014).

Sağlık Bakım Örgütleri Birleşik Akreditasyon Komisyonu (The Joint Commision On Accreditation Of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde de tanımlamaktadır (Avşar ve ark.2016).

4.2.2 Dünyada ve Türkiye’de Yapılan Tıbbi Hata Sıklıkları

Tıbbi hatalar veya hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının önemli konularından birisidir. Uluslararası Tıp Enstitüsü’nün raporuna göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde her yıl 98,000 kişinin tıbbi hatalar sebebi ile hayatını kaybettiği ileri sürülmektedir. ABD’de yapılan araştırmalar, tıbbi hataların ölüm

nedenleri arasında beşinci olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sayı trafik kazası, meme kanseri veya AIDS'den ölenlerin sayısından daha fazladır. Bu sonuçlara göre hasta güvenliğinin çok önemli bir kavram olduğu ortaya çıkmaktadır. DSÖ, tıbbi hataları önemli bir sağlık problemi olduğunu göz önüne alarak 2004 yılında bir Hasta Güvenliği Birimi oluşturmuştur ve böylelikle hasta güvenliğine yönelik uygulamalar daha sistematik halde yürütülmeye başlanmıştır (Doğan Merih ve ark., 2009; Patel 2007).

Yapılan bir araştırmada, Almanya'da her yıl 100.000 tıbbi hatanın meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin öldüğü tespit edilmiştir (Madegowda, Hill ve Anderson 2007; Özata ve Altunkan, 2010b).

Tıbbi hata olarak kabul edilen HE, gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk 10 içinde yer almaktadır. Her yıl ABD'de yatan 35 milyon hastanın 1,75-3,5 milyonunda HE geliştiği (%5-10), Avrupa'da ise % 6-9 arasında değişen oranlarda HE görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca HE, hastalar kadar sağlık çalışanları açısından da önemli bir mortalite nedenidir. Örneğin, 1993 yılında ABD'de 1450 sağlık çalışanına kan ve enfekte vücut sıvısıyla temas sonucu HBV bulaştığı, yine ABD'de 1990-2000 yılları arasında her yıl 100-200 sağlık personelinin kronik Hepatit B enfeksiyonu ile öldüğü tahmin edilmektedir (Ağırbaş 2013).

Türkiye'de tıbbi hataların boyutları kesin olarak bilinmemekle birlikte, dünya ülkeleri ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin ülkemizde değerlendirilme makamı Yüksek Sağlık Şurası olup, Şura'da 1931- 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüş ve bunların yaklaşık yarısında, sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur (Temel 2005; Şahin ve Özdemir 2015).

Türkiye'den bir diğer bulgu ise; 2000-2004 yılları arasındaki acil servis hizmetleri ile ilgili olarak, tıbbi uygulama hatalarını kapsayan ve Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş alınan 112 olgunun değerlendirilmesidir. Bu olgulardan 57'sinde hata olmadığına, 55 olguda ise tıbbi uygulama hatası olduğuna kanaat getirilmiştir (Turkan ve Tuğcu 2004). Yıl 2009'da yapılan konuyla ilgili gazete haberlerinin incelendiği retrospektif bir çalışmada da; hekimlerin %65,2, hemşirelerin ise %12,2 oranında hatalı tıbbi uygulama gösterdiği için haber olduğu bildirilmektedir (Zencirci 2010; Ertem ve ark. 2009).

Yapılan tıbbi hataların, 2002-2008 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen 219 olgu dosyasından %21'inin hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (Er ve Altuntaş 2016). Türkiye'de en çok hata yapan sağlık personellerinden Güvenlik Raporlama Sistemi'ne göre, hemşirelerin cerrahi işlemlerde %31.19, ilaç hatalarında %33,38 ile ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (Sivrikaya ve Kara 2019).

Tıbbi hataların en önemlilerinden birisi de ilaç hatalarıdır. İngiltere'de incelenen 5 437 999 olay bildirimde, ilaçla ilgili hataların %9,6 ile tıbbi hata sıralamasında ikinci sırada olduğu saptanmıştır. İspanya'da yapılan bir gözlem çalışmasında yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların %58'inin bir ya da birden fazla oranda ilaç hatasına maruz kaldığı saptanmıştır (Gök ve Yıldırım Sarı 2016).

Yapılan bir çalışmada, çocuk hemşirelerinin (% 67), yetişkin hemşirelere (% 56) göre daha fazla oranda tıbbi hata bildirdiği ve çocuk hemşirelerinin ilaç hatası yapma oranının (14,80), yetişkin birimlerde çalışan hemşirelere (5,66) kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Stratton ve ark. 2004).

Alparslan ve Erdemir (1997) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin antibiyotiklerin sulandırılmasında ve uygulamasında hatalı uygulamalar yaptıklarını ve hatalı uygulama sayısının tedavi sayısı ile doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir ve ayrıca 641 ilaç uygulamasından 533'ünün hatalı ilaç uygulaması olduğunu gözlemlemişlerdir (Alparslan ve Erdemir 1997; Törüner ve Erdemir 2010). Bir başka yapılan çalışmaya göre, çocuk hemşirelerinin %34,6'sının yanlış ilaç dozu uyguladıklarını ve %40,3'ünün yanlış zamanda ilaç uyguladıkları bulunmuştur (Ersun ve ark. 2013).

Türkiye'de çocuklara yapılan tıbbi uygulama hataları 2002-2006 yılları arasında incelenmiş 1458 vaka saptanmış ve bu vakaların %57,9'u ölümle sonuçlandığı görülmüştür (Özkaya ve ark. 2013).

4.2.3 Tıbbi Hataların Nedenleri

Geçmişten günümüze kadar her geçen gün büyüyerek problemlere neden olan tıbbi hataların, yapılan birçok çalışmadan elde edilen bulgular ile son derece önemli bir konu olduğu belirlenmiştir (Özata ve Altunkan 2010a).

Birçok nedenler sonucu tıbbi hatalar ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hataların ana etkenleri insana bağlı faktörler, kurumsal ve teknik faktörler olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. İnsana bağlı faktörler arasında; yeterli özeni göstermeme, yorgunluk, önlem almama, yetersiz eğitim, dikkatsizlik, yanlış karar, iletişim yetersizliği, mantık hatası, zamansızlık, güç/kontrol, tartışmacı kişilik gibi etkenler yer almaktadır. Kurumsal faktörler arasında; idari/finansal yapı, iş yeri yapısı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, politikalar, personelin yanlış dağıtımı olarak sıralanmaktadır. Teknik faktörler arasında ise; integrasyon eksikliği, yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, karar verme destek eksikliği gibi etkenler yer almaktadır (Akalin 2005).

Ülkemizde tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde ise; meslekten memnun olmama, niteliksiz sağlık personeli yetiştirilmesi, sağlık personelinin yetersizliği, vardiyalı çalışma, aşırı çalışma saatleri, stres, teknolojiden yararlanılamama, hasta sayısının fazlalığı, yorgunluk, cihazların yetersizliği ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekan sorunları ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması gibi birçok faktörün varlığı sayılabilmektedir (Caymaz 2015). Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren hatalar arasında ise; hasta güvenliği, ilaç uygulama hataları, yöntem ve tedaviler, iletişim eksikliği, tıbbi aletlerin kullanımında hata, kayıt eksikliği, yatak yaraları, mevcut protokollere uyulmaması, kan transfüzyonu, HE ve hasta düşmeleri olarak sayılabilir (Demir Dikmen ve ark. 2014).

4.2.4 Hemşirelikte Yapılan Tıbbi Hatalar ve Nedenleri

Hemşirelerin hastalara doğrudan bakım vermeleri ve yaptıkları hataların hastaların hayatını tehlikeye sokabilme riskinin yüksek olması dolayısıyla, tıbbi hata konusu tüm sağlık çalışanları için önemli olsa da hemşireler açısından daha büyük önem taşımaktadır. (Özata ve Aslan 2009).

Yapılan bir çalışmada hasta ölümleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Aiken ve ark. 2001). Yapılan bir diğer araştırmada da hasta güvenliğini tehlikeye sokan ilaç hatalarının (yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış uygulama yeri) genellikle hemşirelerle alakalı olduğunu saptamıştır (Özata ve Altunkan 2010a).

Hemşirenin sorumlulukları sağlık bakım sisteminde, her geçen gün artmakta ve değişmektedir. Hemşireler görevlerini yerine getirirken; hemşirelik felsefesini kişisel felsefesine uyarlayarak ve mesleki eğitiminde edindiği bilgileri, becerileri, etik kuralları, insan sevgisini ve insan haklarını göz önüne getirerek uygulamaktadır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Ağır şartlar altında çalışma nedeniyle yaşanan stres, kritik hastalara bakım verilmesi, şartların elverişsizliği, özellikle vardiya sistemi ile çalışmaları, çok fazla prosedür olması nedeni ile hemşirelerin hata yapma olasılıkları artmaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki hemşire yetersizliği nedeni ile hastalara yeterli zaman ayıramamakla beraber hastalara istenilen özen de gösterilememektedir. Bunun sonucu olarak ise rutin işler aksamakta ve hemşirelerin iş baskısına neden olmaktadır. Hasta güvenliği bu baskı nedeni ile olumsuz etkilenmektedir (Özata ve Altunkan 2010a). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği açısından en sık karşılaşılan hataların başında; ilaç hataları, HE, düşmeler, yetersiz izlem, iletişim sorunları ve malzeme kullanımına bağlı hataların geldiği belirtilmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

4.2.4.1 İlaç ve transfüzyon uygulamalarına bağlı yapılan tıbbi hatalar

Hastaların tedavisi sırasında temel ilke öncelikle hastaya zarar vermemektir. Ancak sağlık teknolojilerinin hızla gelişmesi, sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir hal alması ve sağlık gereksinimlerinin daha fazla artması hasta güvenliği sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

Amerikan İlaç Enstitüsünün (Instutio of Medicine-IOM) 1999 yılında yayımladığı To Err is Human isimli raporunda ilaç hatalarının hasta güvenli konusunda en önemli etkenlerden biri olduğunu göstermektedir. İlaç hataları, sağlığı tehlikeye attığı gibi, sağlık harcamalarını da arttırdığı, taburculuk süresini uzattığı, maddi ve manevi tüm topluma yük oluşturarak zarar verdiği belirtilmiştir (Gök ve Yıldırım Sarı 2016).

Hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaşılan tıbbi hataların başlarında ilaç hataları gelmektedir. The Joint Commision On Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO) 2005 Raporu'nda ilaç hataları istenmeyen olaylar sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır. İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir (Özata ve

Altunkan 2010a). İlaç uygulama multidispliner bir süreçtir ve ilaç uygulamasının son aşamasında olan hemşireler için ilaç hataları büyük bir önem taşımakta ve en yüksek risk alanlarındandır. (Özata ve Altunkan, 2010b).

IOM'ın 2000 yılında yayınladığı rapora göre; ABD'de her yıl hastanede yatan 7000 kişi önlenebilir ilaç hatasına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Yine IOM (2000) tarafından yayınlanan "Preventing Medication Errors" adlı rapora göre; ABD'de her yıl 1,5 milyon önlenebilir ilaç yan etkisi meydana gelmektedir (IOM 2000)

Hemşirelerin, uygulayacağı ilaçların farmakolojik özelliklerini bilmesi, ilacın hazırlanması, uygulanması ve girişimi sırasında ilaçlara ilişkin tüm önlemleri alması gerekmektedir. Hemşirelerin yaptığı ilaç hataları; uygulanacak ilacın yasal ve doktor istemi olmadan verilmesi, okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçların karıştırılması nedeniyle yanlış ilacın kullanılması, yanlış dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu üzerindeki bilgilere dikkat etmeme ve yanlış ilaç uygulamasıdır (Karan ve Aşti 2003).

Hemşire Kaynaklı İlaç Uygulama Hatalarına İlişkin Bazı Örnekler

- Yanlış ilaç verilmesi (örn; hastaya Siprofloksasin yerine Siprolam verilmesi),
- İlacın yanlış dozda verilmesi (örn; Morfinin sulandırılmadan verilmesi sonucu yüksek dozda uygulanması),
- İlacın yanlış yolla verilmesi (örn; İntramüsküler yolla verilmesi gereken Benzatin Penisilinin intravenöz verilmesi, intradermal yolla ya da subkutan yolla verilmesi gereken ilacın intramüsküler yolla verilmesi),
- İlacın yanlış zamanda verilmesi (örn; yemekten sonra verilmesi gereken Aspirinin birey aç iken verilmesi, İnsülin'in yanlış zamanda verilmesi),
- İlacın yanlış hızla verilmesi (örn; İntravenöz yolla verilmesi gereken adrenalinin yavaş infüzyonla verilmesi gerekirken bolus verilmesi),
- İlacın yanlış hastaya verilmesi (örn; yoğun bakımda kan basıncını yükseltici adrenalinin hipotansif hasta yerine hipertansif hastaya verilmesi),
- İlacın hiç verilmemesi (örn; unutulması ya da doz atlanması),
- Uygulanan ilacın kayıt edilmemesi,
- Uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi (Aydın ve Cengiz 2011).

Sonuç olarak ilaç hatalarının yasal ve tıbbi bir tehlike oluşturmaması için; hekim isteminin tekrar incelenmesi ve tekrar kontrol edilmesi, ilaçlarla ilgili tüm soruların

net olması, sorun yok ise ilacın istenilen zamanda, doğru kişiye, doğru yolla verilmesi ve kayıt edilmesi gerekmektedir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

4.2.4.2 Hastane enfeksiyonlarına bağlı yapılan tıbbi hatalar

HE tıp literatüründe ve uygulamada yaygın olarak; “değişik nedenlerle hastaneye yatan bir hastada, hastaneye başvurduğunda bulunmayan, kuluçka döneminde olmayan ve hastaneye yattıktan 48-72 saat geçtikten sonra gelişen veya taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkan enfeksiyonlar” olarak tanımlanmaktadır (Aşçıoğlu 2007). Sağlık personelinde görülen mesleki enfeksiyonlar da HE adı altında geçmektedir (DSÖ 2011).

Tıbbi hatalar olarak değerlendirilen HE oranı, bakım kalitesi ölçütlerinin en başında yer almaktadır. HE, tedavi maliyetlerinin artması, hastaneden taburculuk süresinin artması, yüksek mortaliteye ve morbidite neden olmaları nedeniyle tüm dünya ülkelerinde önemli bir sağlık sorunudur.

ABD’de her 136 hastadan biri, hastanede kaptığı enfeksiyon nedeni ile ciddi bir şekilde hasta olmaktadır. Bu ise yılda iki milyon olaya tekabül etmekte, yaklaşık 4,5-5,7 milyon dolarlık ek bir maliyete yol açmakta ve 90 bin ölüme sebep olmaktadır. İngiltere’de ise hastanelerde yılda 100 bin enfeksiyon olduğu, bunların maliyetinin yaklaşık bir milyon sterlini bulduğu ve 5 binden fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise 1994-1998 yılları arasında aktif süveyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan bir çalışmada HE hızının %1 ile %16,5 arasında olduğu tespit edilmiştir (Özata ve Altunkan 2010a). Günay yaklaşık üç yıl süren çalışmasında HE hızını %9,9 olarak bulmuştur (Günay 2008). Türkiye’de yaş gruplarına göre HE hızı ve tipleri ile ilgili yapılan çalışma sayısı daha azdır. 2000-2002 yılları arasında yapılan bir çalışmada; yenidoğan ve süt çocuğu servislerinde HE hızı %9.2, yenidoğan YBÜ’de enfeksiyon hızı %7, ÇYBÜ’de enfeksiyon hızı %12, okul öncesi çocuk servisinde %3,2, okul çocuğu ve adolesan servisinde %2 olarak bulunmuştur (Karna ve Kara 2002).

HE’nı önlemek için hemşirelerin alması istenilen başlıca basit önlemler; hastaya temas öncesi ve sonrası ellerin yıkanması, eldiven giyme, enfeksiyona duyarlı hastalarda maske takma, aspirasyon sırasında tek kullanımlık maske-gözlük kullanma, tek kullanımlık önlük kullanma sayılabilir. Ayrıca invazif girişimlerde asepti

kurallarına dikkat edilmesi, serum setlerinin uygun zaman aralıklarında değişmesi, hastaya kullanılacak malzemelerin yırtık, delik olmamasına dikkat edilmesi, hastaya kullanılan tüm aletlerin sterilasyonun uygun şekilde yapılması, yatak yaralarının önlenmesi için iki saat ara ile hasta pozisyonun değişiminin yapılması ve üremeli enfekte hastaların izolasyonun sağlanması da HE'nı önlenmesinde önemli olduğu bildirilmektedir (Görak 1994).

4.2.4.3 Hasta izlemi ve malzeme güvenliğine bağlı hatalar

Araştırmalara göre gelişmiş ülkelerin çoğunda hatalı uygulama davalarının içinde sık rastlanan konulardan biri de yetersiz hasta izlemleri olarak belirlenmiştir. Hastanın ihtiyaç ve durumuna göre sık izlem gerekiyorsa sağlık ekibi üyeleri bu zaman aralığını belirlemeli ve hastayı yeterince izlemelidir. Hastanın durumuna göre, gerektiği şekilde ve dikkatlice izlenmeli ve tüm izlemlerde elde edilen bulgular zaman belirtilerek kaydedilmelidir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Tanı ve tedavi için sağlık hizmeti veren kurumlarda malzemelerinin yanlış kullanımı hatalara ve aksaklıklara neden olabilir. Kullanılacak araç gereçlerin çalışma durumunda olması yönünden sürekli kontrol edilmesi ve kullanımının iyi bilinmesi son derece önemlidir (Karan ve Aştı 2003).

Sağlık hizmeti verirken kullanılan malzemeler hakkında şüphe duyulduğunda bu malzemeler kesinlikle kullanılmamalıdır. Sakinleştirici veya anestezi almış hastalarda sıcak uygulamalar yönünden dikkat edilmeli, elektronik ventilatör, defibrilatör ve elektrokardiyografi, gibi araç gereçler hastalarda elektriksel yanıklar oluşturabilir (Aştı ve Acaroğlu 2000). Ayrıca enfeksiyon açısından da doğru ve uygun malzeme kullanımına da dikkat edilmelidir. Kullanılacak malzemelerin steril olması, katater vb paketlerin delik, yırtık olmaması ve son kullanma tarihlerinin kontrolü son derece önemlidir (Görak 1994).

4.2.4.4 Düşmelere bağlı tıbbi hatalar

Tıbbi hatalar kapsamında en yaygın görülen hatalardan biri olan düşmeler hemşireler tarafından çok sık karşılaştıkları bir problemdir. Düşmeye neden olabilecek

risklerin bilinip hemşirelik uygulamalarının da buna göre planlanması başarılı sonuçlar sağlamaktadır (Morse 2008).

Sağlık kuruluşlarında düşmelere engel olmak için bir sistem oluşturmalı ve bu sisteme personellerin uyması sağlanmalıdır. Her hasta için riskler değerlendirilip, hasta ve yakınlarına düşme önlemleri ve nedenleri hakkında bilgi verilmeli, fiziksel ortamın düşmeler için düzeltilmesi sağlanmalıdır (Özata ve Altunkan, 2010a).

4.2.4.5 İletişim eksikliğine bağlı tıbbi hatalar

Sunulan sağlık hizmetinde, sağlık personelleri, hastalar ve refakatçılar arasındaki iletişimin sağlık kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada, hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurmada sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada iletişim kuramama nedenlerinin; iş yoğunluğunun çok olması ve yeterli hemşire ve doktorun olmaması, nöbetlerin çok olması, yorgun olma gibi etkenlerin de olduğu saptanmıştır (Arda ve ark. 2007).

Sözel ya da yazılı rapor verilmesi ile sağlık ekibi arasında iletişim sağlanır. Hastaların sağlığı ile ilgili kayıt ve raporların etkin olabilmesi için raporların tam, doğru, bütün, az ve öz olması gereklidir. Hemşirelerin hastalara ve ailelerine ulaşmasında iletişim son derece önemlidir. Hemşire hastayla ilgili bilgileri hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile düzgün olarak paylaşarak, tıbbi, yasal ve ahlaki yönden hataları en aza indirip önlemeye çalışmalıdır (Aştı ve Acaroğlu 2000).

4.2.5 Çocuk Hemşirelerinin Yaptığı Tıbbi Hatalar ve Nedenleri

Çocuk hemşiresi; Evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst seviyeye çıkarılması; hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu alanında uzmanlaşmış hemşiredir (Conk ve ark. 2013).

Çocuk klinikleri, hasta güvenliği açısından daha fazla dikkat gerektiren birimlerdir. Hastane, bebek ve çocuk için normal çevresinden farklı bir ortam olup,

onlar için çoğu zaman bir tehlike ve onları bir süre alıştığı yaşantısından alıkoyan bir yerdir. Hasta çocuklar için iyi bir fiziksel çevre yaratmanın onları ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden olumlu etkilediği, hastanede kalma sürelerini ve iyileşmelerini de olumlu yönde etkilendiği bilinmektedir (Başbakkal ve ark. 2009). Bu bağlamda, çocuk hemşirelerinin, çocuk ve ailesinin duygusal, fiziksel, sosyal ve zihinsel gereksinimlerinin farkında olarak bakımda bütüncül olarak bunlara yer vermesi gerektiği bilinmektedir. Yetişkinlere göre, çocuğun baş etme yöntemleri, benlik kavramı, sosyal davranışlarının daha az gelişmiş olması ve çocuğun büyüme-gelişme süreci içinde olması nedeniyle çocuk hemşirelerinin bu konuda bilinçli olarak daha hassas olması gerekmektedir. Ayrıca çocukların daha önce yaşadığı hastane deneyimleri, aldıkları eğitim, kültürel farklılıklar, dini inançlar ve sosyoekonomik özellikleri gibi farklılıklarla hastalığı algılayış şekilleri ve hastanede yatmaya gösterdiği tepkiler farklılık göstermektedir. Bu nedenle çocuk hemşirelerinin, farklı yaş gruplarındaki çocukların gelişimlerine göre hastalıklarını ve hastalığın yarattığı sorunlarla nasıl etkili baş etmeleri gerektiğini ve yardımcı kaynakları belirlemeyi bilmesi gerekmektedir. Ayrıca hataların en aza indirilmesi ve kaliteli bir bakım verilebilmesi için hemşirelerin çocuk hemşireliği alanında uzmanlaşmalarının son derece önemli olduğu bilinmektedir (Yüzer ve ark. 2008).

Çocuk hemşirelerini yasal durumlarla karşı karşıya getiren hatalar; hasta güvenliği, ilaç uygulama hataları, yöntem ve tedaviler, iletişim eksikliği, tıbbi aletlerin kullanımında hata, kayıt eksikliği, yatak yaraları, mevcut protokollere uyulmaması, kan transfüzyonu, HE ve hasta düşmeleri olarak sayılabilir (Demir Dikmen ve ark. 2014; Törüner ve Erdemir 2010; Özata ve Altunkan 2010a).

4.2.5.1 Çocuk hemşirelerinin ilaç ve transfüzyon uygulamalarına bağlı yaptığı tıbbi hatalar

Bebek ve çocuklar hasta güvenliği açısından ilaç uygulamalarında erişkinlere göre daha fazla riskli altındadır. Bunun nedeni olarak çocukların psikososyal, bilişsel, fiziksel, nöromotor ve duyuşsal açıdan gelişmelerinin sürmesi olduğu bilinmektedir. Çocukların savunmasız konumda olması, denge sağlamada güçlük çekmeleri, devamlı hareketli olmaları, motor sistemlerinin tam çalışmıyor olması, yavaş reaksiyonlara

sahip olmaları, sesleri tam lokalize edemeyişleri, özellikle bebeklerin görme alanlarının darlığı gibi etmenler hasta güvenliği açısından riski arttırmaktadır (Törüner ve Erdemir 2010).

Pediyatrik hastaların, sahip oldukları hepatic, immune ve renal sistem farklılıkları; onların yetişkinlere göre daha hassas bir durumda olmasına ve verilen ilaçların biyoyararlanımı, farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini, etkinlik ve yan etki durumlarını daha fazla etkilemektedir. Ayrıca çocuklar için kullanılan çoğu ilaç yetişkin formunda olduğundan çocuklara verilmeden önce onlara uygun konsantrasyonlarda hazırlanmaları gerektiğinden hemşirelerin hata yapma olasılığı da artar (Başer ve Manav 2018).

İlaçların doğru uygulanma sorumluluğu öncelikle hemşirenindir. İlaç uygulama sürecinde hemşirelerin ilacı doğru hazırlaması, tekrar kontrol etmesi ve doğru uygulaması beklenmektedir. Ayrıca ilaç hakkında bilgilerinin olması, ilacın yan etkilerini bilmesi ve herhangi bir komplikasyonda bildirmesi de son derece önemlidir (Özata ve Altunkan 2010b).

Ferranti ve arkadaşları çocuk hastalarda ilaç hatalarının yetişkinlere göre üç kat daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (Ferranti ve ark. 2008). Çocukların ilaç dozu; çocuğun metrekaresi ve ağırlığına göre farklı dozlar ile hesaplanır. Çocukların vücut yüzey alanları, kilo ve organ gelişimlerinin yetişkinlerden farklı olmasının yanı sıra immun, renal ve hepatic gelişmelerinin devam etmesi nedeni ile ilaç hatalarında, ilacın vücuttan atılması geçikebilir, fizyolojik olarak daha az tolerasyon gösterebilir ve daha ciddi sonuçlar doğurabilir. Çocuk hastalarda yanlış doz en sık rapor edilen ilaç hatasıdır (AAP 2003).

Bunun dışında, çocukların kendilerini ifade edememeleri de ilaç yan etkilerinin anlaşılmasında güçlük meydana getirdiğinden yetişkinlere göre daha fazla risk altında oldukları bilinmektedir (Törüner ve Erdemir 2010).

Yapılan bir araştırmada, çocuk hemşirelerine göre ilaç hata nedenlerinin ilk sırasında ilaç uygularken dikkatlerinin dağılması ve iş kesintisinin olması %50 olarak belirlenmiştir. Ayrıca hasta-hemşire oranını (%37), uygulanacak ilacın dozu (%35), ilaç kontrolünün yapılmayışı (%28) bir diğer ilaç hataları olarak belirlenmiştir (Stratton ve ark. 2004).

Alparslan ve Erdemir'in yaptığı bir araştırmada, çocuk hastalara uygulanan oral-parenteral toplam 641 antibiyotığın 533 ilaç uygulamasında hata gözlemlenmiştir (Alparslan ve Erdemir 1997).

Hemşirelerin güvenli bir şekilde ilaç uygulamaları ve hataları önlemeleri için “sekiz doğru ilkesi (doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru çocuk, doğru zaman, doğru yaklaşım, doğru bilgilendirme, doğru kayıt)” büyük önem taşımaktadır (Aydın ve Cengiz 2011).

Çocuk servislerinin yoğun ve hareketli olması nedeni ile iş kesintisinin çok olması ve dikkat dağınıklığı gibi etkenler göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alınması gerektiği bilinmektedir (Törüner ve Erdemir 2010).

Günümüzde, hastanın güvenliğini sağlama ve hata riskini en aza indirmek için, ilaç uygulamaları sırasında elektronik orderlar, bilişim ve otomasyon teknolojilerine bağlı ekipmanlar, hasta takip sistemleri, akıllı pompa teknolojisinin kullanımı, hasta bileklikleri, elektronik barkodlamaya sahip stoklama sistemleri, PYXIS ilaç yönetim sistemi ve bütün bu sistemlere entegre bir hastane bilgi sisteminin kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Buna rağmen hemşirelerin ilaç hazırlama ve uygulamalarında güçlükler yaşadığı ve hatta ilaç hatalarının hala büyük bir sorun olduğu görülmektedir. Çocuğa uygun dozda oral tabletlerin hazırlanamayışı ve verilmeyişile ilgili de doz hataları görülmektedir (Başer ve Manav 2018). Hemşireler, çocuklara oral ilaç uygularken ilaçların yeterince çözülmesi %54,6 ve tabletlerin uygun dozda kırılmaması %45,3 oranında güçlük yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bebek/çocukların ilacın tadını sevmemeleri, almak istememeleri ve kusmaları %75,9 oranında olduğu saptanmıştır (Boztepe ve ark. 2014).

Literatürdeki araştırmalara göre hasta güvenliği sistemlerinin kullanılması ile ilaç uygulama hatalarının yıllar içinde giderek azalmasına rağmen halen hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir sorun olduğu görülmektedir (Başer ve Manav 2018).

Önlenebilir hata olarak kabul edilen ilaç hataları gerçekleştiğinde ilaç hatası bildirim formu doldurulması gerekir. Ancak soruşturma açılma korkusu, kınanma kaygısı gibi nedenlerle uygulama hataları çok az bildirilir. Kurumların; hata yapanları cezalandırmaması, suçlamaması, ayıplamaması ve hataların raporlanması konusunda cesaretlendirip hasta güvenliği konusunun kaliteli bir iyileştirme süreci olduğunu kabullendirmesi ve böylece sağlık hizmetinde farklılık yaratması gerekmektedir (Conk ve ark. 2013).

4.2.5.2 Çocuk hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarına bağlı yaptığı tıbbi hatalar

HE; herhangi bir enfeksiyon hastalığı kuluçka döneminde olmayan ve enfeksiyonu bulunmayan hastada, hastaneye yatışından itibaren 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan 10 gün sonrasına kadar geçen sürede enfeksiyon oluşmasıdır (Aşçıoğlu 2007).

Gelişmiş ülkelerde 1960'lı yıllarda HE ile ilgili çalışmaların başladığı ve bu yapılan enfeksiyon kontrol çalışmaları ile HE'nin ve buna bağlı ölümlerin azaldığı görülmüştür. Bunun yanı sıra paralel olarak tedavi maliyetlerinin de düştüğü görülmektedir. Türkiye'de ise HE oranının %5-15 arasında olduğu kabul edilmektedir. Bu oran yoğun bakım ünitelerinde ise %20- 30'a kadar çıkmaktadır (Ersoy ve ark. 2014).

Yapılan çalışmalarda, HE'nin yaklaşık %40'ının önlenabilir olduğunu bulunmuştur. DSÖ, her yıl dünyada insanların 190 milyondan fazlasının hastaneye yattığını ve bunların %5'inin HE'nuna yakalandığını bildirmektedir (Özata ve Altunkan 2010a).

Bazı üniversite hastanelerinin 2005 yılında yenidoğan ünitelerinde yaşanan HE salgınları, konu ile ilgili çalışmaların hız kazanmasına neden olmuştur. Öncelikle HE'nin kontrolü ve önlenmesi çalışmalarının etkili bir şekilde yürütülebilmesi için mevzuattaki temel eksiklikler saptanmış ve 2005-2007 yılları arasında bu eksiklikler giderilmiştir (Öztürk 2011).

HE hızı erişkinlerde yaşla beraber doğru orantılı olarak artarken, çocuklarda yaşla ters orantılı olduğu saptanmıştır. Bir yaş altındaki çocuklarda HE %7-9 iken, bu oran ilk 10 yaşta %1,5-4 olduğu saptanmıştır. Erişkinlerde en sık üriner sistem enfeksiyonu görülürken, çocuklarda ise en sık kan dolaşımı enfeksiyonları görülmektedir (Özçetin ve ark. 2009).

Enfeksiyon hastalıkları gelişmekte olan ülkelerde özellikle bebek ve çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Enfeksiyonun yayılması patojen organizmanın konakçıdan çıkıp diğer duyarlı bir konakçıya ulaşması gerekir. Eğer birey patojen organizmaya bağlı enfeksiyonu önceden geçirmiş veya aşılanmış ise bu patojene karşı direnç kazanmıştır (Conk ve ark. 2013).

Erişkinler daha önce geçirdikleri enfeksiyonlar veya yaptırdıkları aşılar sayesinde HE'dan çocuklar kadar etkilenmezler. Ayrıca çocukların immun sistemi tam gelişmemiş olduğundan HE ve viral enfeksiyonlar erişkinlere göre daha fazla görülür. İmmün sistemi baskılanmış çocuklar veya yenidoğanlar gibi immun sistemi yetersiz olanlar HE için daha riskli grup olduğu gibi enfeksiyonlara yanıt vermeleri de zayıftır (Özçetin ve ark. 2009).

HE önlenmesi bir ekip işidir. Enfeksiyonların önlenmesi için öncelikle enfekte kişilerin izole edilmesi, el yıkama ve bağışıklama önemlidir. Enfeksiyon, çocuklarda en sık kan yolu, fekal-oral yol ve solunum yolu ile bulaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda, enfeksiyon riskinin daha fazla artmasının el yıkama ve kurulamanın yetersizliği ile doğrudan ilgili olduğu belirtilmektedir. Sağlık personellerinin el yıkama protokollerine yeterince uymaması ise iş yükü fazlalığı ve hasta başına düşen hemşire sayısının yetersiz olması bilgi ve motivasyon eksikliğine bağlanmaktadır. Bunun için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Önlemlerin amaca ulaşabilmesi için, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda bilgilendirilmeleri ve bunları tam olarak uygulamaları gerekmektedir. HE ile doğrudan yatak başı bakım veren hemşirelerin arasındaki ilişkiyi görmesi önemlidir (Özçetin ve ark. 2009; Conk ve ark. 2013).

4.2.5.3 Çocuk hemşirelerinin hasta izlemi ve malzeme güvenliğine bağlı yaptığı hatalar

Hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren en önemli hatardan biri hasta izleminde eksikliğe bağlı yapılan hatalardır (Cebeci ve Tekingündüz 2012).

Hastanın ihtiyaç ve durumuna göre sık izlem gerekiyorsa sağlık ekibi üyeleri bu zaman aralığını belirlemeli ve hastayı yeterince izlemelidir. Hastanın durumuna göre, gerektiği şekilde ve dikkatlice izlenmeli ve tüm izlemlerde elde edilen bulgular zaman belirtilerek kaydedilmelidir (Aştı ve Acaroğlu 2000).

Hasta güvenliği kapsamına malzeme güvenliği de girmektedir. Uygun olmayan ya da yanlış malzeme kullanımı, tedavi ve bakım gibi verilen hizmeti etkileyerek hastaya zarar verebilmektedir. Hemşirelerin kullanacağı malzemeleri kontrol edip, cihazların bakımının düzenli yapılmasını sağlamalı, cihaz kalibrasyonlarını ve

hijyenini sağlamalıdır. Ayrıca özellikle çocuk hemşireleri kullanacağı malzemeleri hastaya uygun ebatta seçmelidir. Tüm araç gereçlerin ve sarf malzemelerin uygunluğa göre temin edilmesi malzeme kullanımına bağlı hataların önlenmesinde önemlidir (Cebeci ve Tekingündüz 2012).

4.2.5.4 Çocuk hemşirelerinin düşmelere bağlı yaptığı tıbbi hatalar

Hastane ortamının hastaların normal ortamından farklı olması, vücut aktivitelerindeki değişiklikler, zihinsel ve fiziksel sorunlar, demans, görme ve kas gücü kaybı düşme olasılığını arttıran başlıca nedenlerdir (Aştı ve Acaroğlu 2000). Pediatri ünitelerinde özellikle 10 yaş altı hasta gruplarında ise daha çok çevresel etkenler düşmelere yol açmaktadır. Yatak parmaklıklarının yukarı kaldırılmamış olması ve çocuğun refakatsiz kalması çocuğun yatağından düşmesine neden olan en büyük faktörlerden bazılarıdır (Caymaz 2015).

Düşmeler sonucu en çok görülen komplikasyon kırıklardır. Düşmelerin dörtte birinden fazlasında kesik, yumuşak doku yaralanması, çürükler veya kırık gibi fiziksel yaralanmalar görüldüğü vurgulanmaktadır. Düşmelerin %24'ünde küçük ve %4'ünde ise ciddi yaralanmalar ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Ciddi yaralanmalarda sütur gerektiren yaralanmalar, pelvis, kalça, radius kırığı, intraserebral hematoma veya ölümle sonuçlanabildiği görülmektedir (Çapacı 2007).

Yapılan bir araştırmada yataktan düşmeleri önlemek için alınan hemşirelik tedbirlerinin başında hastanın refakatçi yanında bırakılması (%74,5) ve sırasıyla yatak kenarlarının kaldırılması (%60), direktifle sedatif ilaç uygulama (%17,3), fiziksel tespit kullanma (%7,3) olduğu bulunmuştur (Savcı ve ark. 2007).

Düşmeler bazı basit çevresel güvenlik önlemleri alınarak önlenabilmektedir. Hastanın yataktan düşmesini önlemek için; yatak kenarlıkları yerleştirilmesi ve yukarı kaldırılması, mobilyaların ve yatağın sabit olması, hastanın giydiği ayakkabıya dikkat edilmesi, hasta nakillerinde son derece dikkatli olunması gerekmektedir. Sağlık personelleri arasında iyi bir iletişim kurulmasında düşme sıklığını azaltmada son derece önem taşımaktadır. Ayrıca hasta ve ailesine de düşme konusunda gerekli bilgiler verilerek kişisel riskler azaltılabilmektedir (Özata ve Altunkan 2010a).

4.2.5.5 Çocuk hemşirelerinin iletişim eksikliğine bağlı yaptığı tıbbi hatalar

Özellikle küçük ve sözel iletişim kuramayan çocuklar, sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yetişkinlere bağımlıdır. Pediatrik grupla çalışan hemşirelerin bu durumu göz ardı etmemesi gerekir (Törüner ve Erdemir 2010).

Hemşirelik bakımının ve tedavinin etkin ve başarılı olmasının temelinde hastalar ile kurulan etkili ve doğru iletişim olduğunu bilinmektedir. Hemşire hastayla iletişimi sırasında hastayı tanımayı, ihtiyaçlarını ve önceliklerini belirlemeyi ve bu doğrultusunda uygulamalarını yaparak, uygulama sonuçlarını değerlendirmeyi sağlar. Başarılı bir hemşirelik bakımı, etkili ve doğru iletişim ile hastanın psikososyal bütünlüğünün ve güven duygusunun geliştirilmesi ile daha mümkündür (Kahraman ve Bostanoğlu 2012).

Entübe hastalarla iletişim deneyimlerinin ele alındığı bir araştırmada, doğru ve etkin bir iletişimin hasta anksiyetisini azalttığı ve yoğun bakımda kalma sürecinin kısalmasını sağladığı belirlenmiştir (Yava ve Koyuncu 2006).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin, yapılan tıbbi hataların %83,1'inin iletişimden kaynaklı olduğu bulunmuştur (Gökdoğan ve Yorgun 2010).

Hekim-hemşire arasındaki iletişim bozukluğu yada diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim kopukluğu hatalı tıbbi uygulamalara sebep olmaktadır (Zencirci 2010)

Sağlık ekibi içinde sözel ya da yazılı rapor verme sıklıkla kullanılan iletişim yolların başındadır. Tıbbi bir hata yapılmaması için rapor ve kayıtların tam ve eksiksiz olması, doğru bilgi ve olayları içermesi, bütünlüğün olması, kısa ve öz olması gerekmektedir (Temel 2005).

Bakım verenler arasındaki iletişimin artırılması için kurumsal bir yaklaşım geliştirilmelidir. İletişim hatalarının engellenmesinde; sözel/telefon direktifleri ile ilgili politika ve yöntemlerin belirlenerek kurum çalışanlarına bildirilmesi ve hasta ile ilgili bilgilerin yazılı olması önemle üzerinde durulan konular arasındadır (Cebeci ve Tekingündüz 2012).

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışma, kesitsel ve korelasyonel tipte bir araştırmadır.

5.2 ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER VE TARİH

Bu araştırma, Aralık 2018 – Nisan 2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi’nde görev yapan çocuk hemşireleri ile T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan çocuk hemşirelerinden gönüllü olanlar ile yürütülmüştür.

5.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi’nde görev yapan çocuk hemşireleri ile T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde görev yapan çocuk hemşireleri oluşturmuştur (N=258).

5.4 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemine, araştırma verilerinin toplandığı süre içinde araştırmaya dahil olma kriterlerine sahip tüm çocuk hemşireleri oluşturmuştur (n=227). Otuz bir hemşire araştırmaya dahil olmak istemediği için çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri;

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşiresi olması,
2. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşiresi olması,
3. Çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olması.

Araştırmada Dışlanma Kriterleri;

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşiresi olmaması,
2. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan çocuk hemşiresi olmaması,
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması.

5.5 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Tükenmişlik Ölçeği puan ortalaması, Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği puan ortalaması

Bağımsız Değişkenler: Hemşirenin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, meslekte deneyim yılı, çocuk hemşireliğinde deneyim yılı, çalıştığı kurumu, mesleğini isteyerek seçip seçmediği, mesleğini sevip sevmeyişi, son 5 yılda branşı ile ilgili mesleki bir kongreye katılıp katılmadığı, çalışırken tıbbi bir hatada bulunup bulunmadığı, tıbbi hata yapıldığına şahit olma durumu ve tıbbi hataya şahit olma sıklığıdır.

5.6 ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacılar tarafından üç form kullanılmıştır.

1. Birey Tanıtım Formu (Ek 4)
2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek 5)
3. Tükenmişlik Ölçeği (Ek 6)

5.6.1 Birey Tanıtım Formu (Ek 4)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmış olan Birey Tanıtım Formu; hemşirenin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, meslekte deneyim yılı, çocuk hemşireliğinde deneyim yılı, çalıştığı kurumu, mesleğin isteyerek seçip seçmediği, mesleğini sevip sevmeyişi, son 5 yılda branşı ile ilgili mesleki bir kongreye katılıp katılmadığı, çalışırken tıbbi bir hatada bulunup bulunmadığı, tıbbi hata yapıldığına şahit olma durumu ve tıbbi hataya şahit olma sıklığı olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

5.6.2 Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek 5)

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği, Özata ve Altuncan (2010) tarafından sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakımında doğrudan görev alan sağlık bakım profesyonellerinin (hemşire, ebe, A.T.T) tıbbi hata yapma eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan beşli Likert tipi bir ölçektir. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplamda 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu=18 (1-18. madde), “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu =12 (19-30. madde), “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu =9 (31-39. madde), “Düşme” alt boyutu= 5 (40-44. madde) ve “İletişim” alt boyutu=5 (45-49. madde) maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, her bir alt boyut ve toplam tıbbi hataya eğilim puanları maddelere verilen cevapların madde sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Ölçekteki puanlama düzeni; (1) Hiç, (2) Çok nadir, (3) Zaman zaman, (4) Genellikle ve (5) Her zaman şeklindedir. Skorlama yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir (Özata ve Altuncan 2010b; Cebeci ve Tekingündüz 2012).

Özata ve Altuncan (2010) yapmış oldukları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,95 olarak bulmuştur. Ölçekte, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarından “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı

0,69; “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,69; “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,88; “Düşmeler” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,85 ve “İletişim” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,88 olarak belirlenmiştir (Ek-5).

Bu araştırmada ise Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısını 0,885 olarak bulmuştur. Ayrıca bu araştırmada, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarından “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,768; “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,843; “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı= 0,827; “Düşmeler” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı =0,768 ve “İletişim” alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,708 olarak bulunmuştur.

HTHE Ölçeğinin Madde Sayısına Bölünerek Bulunan Değerleri

	Madde Sayısı	Arit. Ort.	Arit. Ort. Daraltılmış	Min.	Max.
HTHEÖ	49	203,35	4,15	1	5
HTHEÖ Enfeksiyon	12	50,04	4,17	1	5
HTHEÖ İlaç-transfüzyon	18	77,04	4,28	1	5
HTHEÖ İzlem-malzeme	9	36,45	4,05	1	5
HTHEÖ Düşmeler	5	19,55	3,91	1	5
HTHEÖ İletişim	5	20,35	4,07	1	5

(Özata ve Altunkan 2010b).

5.6.3 Tükenmişlik Ölçeği (Ek 6)

Tüm meslek grupları kadar meslek dışı gruplar üzerinde de kullanılmak üzere Pines ve Aronson (1988) tarafından geliştirilen Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Çapri (2006) tarafından yapılmıştır. TÖ; kişilerin fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmişlik düzeyini değerlendirmek üzere yedili Likert (1=Hiçbir zaman" ve "7=Her zaman" biçiminde) tipi, görüşmecilerin beyanına dayalı [self-report] olarak hazırlanmış ve yirmibir (21) maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte 3-6-19 ve 20. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin "1=Hiçbir zaman" ve "7=Her zaman" biçiminde puanlanması sonucu TÖ'den tek bir toplam puan elde edilmekte ve her bir kişinin tükenmişlik düzeyi aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir;

- 1) Ölçekten alınan "2 ve altındaki" puanlar herhangi bir tükenmişlik durumu olmadığı şeklinde değerlendirilmektedir.
- 2) Ölçekten alınan "3" puan tükenmişlik için bir tehlike sinyali olarak değerlendirilmektedir.
- 3) Ölçekten alınan "4" puan tükenmişlik durumuna işaret etmektedir.
- 4) Ölçekten alınan "5" puan bir kriz durumunda olma olarak değerlendirilmektedir.
- 5) Ölçekten alınan "5 ve üzerindeki" puanlar derhal yardım gerektiren bir durum olarak değerlendirilmektedir (Çapri 2006).

Pines ve Aronson (1988) tarafından geliştirilen Tükenmişlik Ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,90'dır. Çapri (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ise TÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. (Ek-6).

Bu araştırmada hesaplanan TÖ' nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,773 olarak bulunmuştur.

5.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından, hafta içi ve hafta sonu mesai saatleri arasında (08:00-16:00), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde ve T.C.

Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görevli olan, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun tüm hemşirelere anket formları tanıtılarak, bireylerin yazılı onamları alınarak, anket formunu doldurmaları istenmiştir. Her bir anket yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Araştırma verileri, Etik kurul onayı ve resmi kurum izinleri alındıktan sonra Aralık 2018 - Nisan 2019 tarihleri arasında yüz-yüze görüşülerek Anket yöntemi ile toplanmıştır

5.8 ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayara aktarılarak verilerin denetimi, yönetimi ve analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırılma verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı - yüzde dağılımı, puan ortalaması gibi tanımlayıcı analizler ile one way anova, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

5.9 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'dan yazılı onay alınmıştır (20478486-050) (Ek 4). Araştırmanın yapıldığı kurumdan; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nden ve T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden resmi yazılı kurum izni alınmıştır (Ek 5).

Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği ve Tükenmişlik Ölçeği'nin kullanımı için yazarlarından e-mail yolu ile izin alınmıştır.

Gerekli yasal izinler (Etik Kurul onayı, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin, ankete katılan çocuk hemşirelerinin bilgilendirilmiş onamları) alındıktan sonra araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler, çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında araştırmaya dahil edilmiştir.

5.10 SÜRE VE OLANAKLAR

Yapılan Çalışmalar	TARİH							
	Mart 2018 Mayıs 2018	Mayıs 2018	Eylül 2018	Eylül 2018 Ekim 2018	Kasım 2018	Kasım 2018 Nisan 2019	Nisan 2019 Temmuz 2019	Nisan 2019 Aralık 2019
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi	X							
Araştırma Deseninin Seçimi		X						
Tez Önerisi			X					
Düzeltilmelerin Yapılması ve İzinlerin Alınması				X				
Örneklem Grubunun Belirlenmesi					X			
Veri Toplama Aşaması						X		
Veri Girişi							X	
Verilerin Analizi							X	
Literatür İnceleme					X	X	X	X
Tez Yazımı							X	X
Tez Savunma Sınavı: 22 Ocak 2020								

6. BULGULAR

İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular beş bölümde incelenmiştir.

- 6.1. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine ve Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre Dağılımına İlişkin Bulgular
- 6.2. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- 6.3. Çocuk Hemşirelerinin Tanımlayıcı ve Bazı Mesleki özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- 6.4. Çocuk Hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ ile Puan Ortalamalarının İlişkisi

6.1 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE BAZI MESLEKİ DENEYİM ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çocuk hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımlarına ilişkin bulgulara ve bazı mesleki deneyimlerine göre dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çocuk hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin verilerde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim yılı, çocuk hemşireliği deneyim yılı ve çalışılan kurum hakkında ulaşılan sonuçlar yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan çocuk hemşirelerinin %95, 6' sini kadınların, %4,4' ünü erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır.

Araştırmada çocuk hemşirelerinin %48'i 23-30 yaş aralığında, %33'ü 31-38 yaş aralığında, %15,4'ü 39-46 yaş aralığında ve %3,5'i 47 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması $32,5 \pm 6,4$ 'dür (min.= 23 yaş, maks.= 52 yaş).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin öğrenim durumları incelendiğinde %16, 3' ünün lise-ön lisans, %69, 2' sinin lisans ve %14, 5'inin yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; % 26,9' u 0-4 yıl, %30,8' i 5-9 yıl, %19,8' i 10-14 yıl, %13,2' si 15-19 yıl ve %9,3' ü 20 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %42,3' ünün 0-4 yıl, %29,5' inin 5-9 yıl, %20,3' ünün 10-14 yıl, %4,8' inin 15-19 yıl ve %3,1' inin ise 20 yıl ve üzerinde çocuk hemşiresi olarak çalıştıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çocuk hemşirelerin %74,4' ünün üniversite hastanesinde, %25,6' sinin ise devlet hastanesinde görev yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Çocuk Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=227)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş Grubu		
23-30 yaş	108	47,6
31-38 yaş	76	33,5
39-46 yaş	35	15,4
47 yaş ve üzeri	8	3,5
Yaş ortalaması 35.52±6.43 yaş (min.= 23 yaş, maks.= 52 yaş)		
Cinsiyet		
Kadın	217	95,6
Erkek	10	4,4
Eğitim Durumu		
Lise	37	16,3
Lisans	157	69,2
Yüksek lisans	33	14,5
Mesleki Deneyim Yılı		
0-4 yıl	61	26,9
5-9 yıl	70	30,8
10-14 yıl	45	19,8
15-19 yıl	30	13,2
20 yıl ve üzeri	21	9,3
Mesleki Deneyim Yılı Ort 9,60±7,05 (min.=1 yıl, maks.=35 yıl)		
Çocuk Hemşireliği Deneyim Yılı		
0-4 yıl	96	42,3
5-9 yıl	67	29,5
10-14 yıl	46	20,3
15-19 yıl	11	4,8
20 yıl ve üzeri	7	3,1
Çocuk Hemşireliği Deneyim Yılı Ort. 6,61±5,48(min.=1 yıl, maks.=30 yıl)		
Çalışılan Kurum		
Üniversite hastanesi	169	74,4
Devlet hastanesi	58	25,6

Tablo 2. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre Dağılımı (n=227)

Mesleği İsteyerek Seçme	n	%
Evet	157	69,2
Hayır	70	30,8
Mesleği Sevme		
Evet	204	89,9
Hayır	23	10,1
Son Beş Yılda Branşla İlgili Mesleki Kongreye Katılım		
Evet	127	55,9
Hayır	100	44,1
Çalışırken Tıbbi Hata Yapma		
Evet	110	48,5
Hayır	117	51,5
Tıbbi Hata Yapıldığına Şahit Olma		
Evet	182	80,2
Hayır	45	19,8
Tıbbi Hata Yapıldığına Şahit Olma Sıklığı		
Nadiren	183	80,6
Sık sık	44	19,4
*Her zaman seçeneğini tercih eden bir kişi sık sık seçeneğine dahil edilmiştir.		
Hemşirelerin Tıbbi Hata Yaptığında Veya Yapıldığında Bildirimde Bulunma		
Evet	174	76,7
Hayır	8	3,5
Kararsızım	45	19,8
Toplam	227	100

Tablo 2’de Çocuk hemşirelerinin bazı mesleki deneyim özelliklerine göre dağılımlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan çocuk hemşirelerinin %69,2’sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %30,8’inin istemeyerek seçtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %89,9’unun hemşirelik mesleğini sevdikleri ve %10,1’inin ise hemşirelik mesleğini sevmedikleri saptanmıştır.

İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin %55,9’unun son beş yılda branşları ile ilgili bir kongreye katıldıkları ve %44,1’i hiç kongreye katılmadıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %48,5’inin çalışırken tıbbi hata yaptığı, %51,5’inin ise hiç tıbbi hata yapmadığı belirlenmiştir.

İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin %80,2’sinin tıbbi hata yapıldığına şahit oldukları, %19,8’inin ise tıbbi hata yapıldığına şahit olmadıkları belirlenmiştir. Çocuk hemşirelerinin %80,6’sının nadiren, %19,4’ünün sık sık tıbbi hataya şahit oldukları saptanmıştır.

İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin %76,7’sinin çalışırken tıbbi hata yaptığında veya yapıldığına şahit olduklarında bildirimde bulunacakları, %3,5’inin bildirimde bulunmayacakları ve %19,8’inin ise bu konuda kararsız kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

6.2 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÖ VE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde İzmir’de çalışan pediatri hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ puan ortalamalarına ait bulgular verilmiştir.

Tablo 3. Çocuk Hemşirelerinin HTHEÖ ve Alt Boyutları, TÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Madde sayısı	Toplam Madde Sayısına Bölünmeden		Toplam Madde Sayısına Bölündüğünde	
		Ölçek Toplam Puan	Ölçek min-max puanı	X± SS	Min.-Max.
HTHEÖ	49	225,12	178,00-245,00	4,59±0,32	3,63-5,00
HTHEÖ Alt Boyutları					
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	84,98	65,00-90,00	4,72±0,29	3,61-5,00
Hastane Enfeksiyonları	12	55,30	43,00-60,00	4,60±0,29	3,58-5,00
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	38,80	23,00-45,00	4,31±0,03	2,56-5,00
Düşmeler	5	22,52	13,00-25,00	4,50±0,03	2,60-5,00
İletişim	5	23,49	15,00-25,00	4,69±0,02	3,00-5,00
TÖ	21			3,68±1,08	1,38-6,38

Hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması 4,59±0,32 (min: 3,63, max: 5,00), HTHEÖ ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutu puan ortalaması 4,72±0,29 (min: 3,61, max: 5,00), HTHEÖ hastane enfeksiyonları alt boyutu puan ortalaması 4,60±0,29 (min: 3,58, max: 5,00), HTHEÖ hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutu puan ortalaması 4,31±0,03 (min: 2,56, max: 5,00), HTHEÖ düşmeler alt boyutu puan ortalaması 4,50±0,03 (min: 2,60, max: 5,00), HTHEÖ iletişim alt boyutu puan ortalaması 4,69±0,02 (min: 3,00, max: 5,00) olarak saptanmıştır. Hemşirelerin TÖ puan ortalaması 3,68±1,08 (min: 1,38, max: 6,38) olarak saptanmıştır (Tablo 3).

6.3 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TANIMLAYICI VE BAZI MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE TÖ VE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çocuk hemşirelerinin tanımlayıcı ve bazı mesleki özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamalarına ait bulgular verilmiştir.

Hemşirelerin yaş ortalamaları ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; 23-30 yaş arası hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,53 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,66 \pm 1,09$, 31-38 yaş arası hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,57 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,79 \pm 1,07$, 39-46 yaş arası hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,75 \pm 0,22$, TÖ puan ortalaması $3,57 \pm 1,09$, 47 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,83 \pm 0,20$, TÖ puan ortalaması $3,44 \pm 1,12$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin yaş grupları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=6,041$, $p=0,001^*$). Hemşirelerin, yaş grupları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,494$, $p=0,687$). Anlamlı farkın, HTHEÖ’de; 47 yaş ve üzeri olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyet ile TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; cinsiyeti kadın olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,68 \pm 1,07$, cinsiyeti erkek olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,61 \pm 0,27$, TÖ puan ortalaması $3,72 \pm 1,41$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin cinsiyetleri ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $Z= -0,071$, $p=0,943$, TÖ; $Z= -0,564$, $p=0,573$).

Hemşirelerin eğitim durumları ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; lise-önlisans mezunu hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,68 \pm 0,23$, TÖ puan ortalaması $3,65 \pm 1,00$, lisans mezunu hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,60 \pm 0,31$, TÖ puan ortalaması $3,67 \pm 1,06$, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin ise HTHEÖ puan ortalaması $4,45 \pm 0,39$, TÖ puan ortalaması $3,76 \pm 1,28$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=4,905$, $p=0,008^*$). Hemşirelerin eğitim durumları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,103$, $p=0,902$). Anlamlı

farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ'de; lise mezunlarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; 0-4 yıl arası deneyimi olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,53 \pm 0,31$, TÖ puan ortalaması $3,37 \pm 0,97$, 5-9 yıl arası deneyimi olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,51 \pm 0,35$, TÖ puan ortalaması $3,86 \pm 1,10$, 10-14 yıl arası deneyimi olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,61 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,98 \pm 1,17$, 15-19 yıl arası deneyimi olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,69 \pm 0,22$, TÖ puan ortalaması $3,63 \pm 0,89$, 20 yıl ve üzerinde deneyimi olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,89 \pm 0,15$, TÖ puan ortalaması $3,43 \pm 1,18$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin mesleki deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $F=6,563$, $p=0,000*$, TÖ; $F=2,948$, $p=0,021*$). Anlamlı farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ'de meslekte 20 yıl ve üzerinde deneyim yılında olunlardan ve TÖ'de bu anlamlı farkın nedeni ise 10-14 yıl arasında mesleki deneyim yılında olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Çocuk hemşireliği deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; 0-4 yıl arası deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,53 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,54 \pm 1,06$, 5-9 yıl arası deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,35$, TÖ puan ortalaması $3,86 \pm 1,16$, 10-14 yıl arası deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,63 \pm 0,31$, TÖ puan ortalaması $3,91 \pm 0,97$, 15-19 yıl arası deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,79 \pm 0,13$, TÖ puan ortalaması $3,47 \pm 0,90$, 20 yıl ve üzerinde deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,83 \pm 0,16$, TÖ puan ortalaması $2,71 \pm 0,82$ olarak saptanmıştır. Çocuk hemşireliği deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $F=3,079$, $p=0,017*$; TÖ; $F=2,977$, $p=0,020*$). Anlamlı farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ'de 20 yıl ve üzerinde çocuk hemşireliği yapanlardan ve TÖ'de bu anlamlı farkın nedeni 10-14 yıl arasında çocuk hemşireliği deneyim yılına sahip olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 4. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=227)

Tanıtıcı Özellikler		n	%	HTHEÖ X±SS	TÖ X±SS
Yaş grubu	23-30 yaş (a)	108	47,6	4,53±0,33	3,66±1,09
	31-38 yaş (b)	76	33,5	4,57±0,33	3,79±1,07
	39-46 yaş (c)	35	15,4	4,75±0,20	3,57±1,09
	47 yaş ve üzeri (d)	8	3,5	4,83±0,20	3,44±1,12
				F=6,041 p=0,001* (d>c>b>a)	F=0,494 p=0,687
Cinsiyet	Kadın	217	95,6	4,59±0,32	3,68±1,07
	Erkek	10	4,4	4,61±0,27	3,72±1,41
Eğitim durumu				Z= -0,071 p=0,943	Z= -0,564 p=0,573
	Lise (a)	37	16,3	4,68±0,23	3,65±1,00
	Lisans(b)	157	69,2	4,60±0,31	3,67±1,06
	Yüksek Lisans (c)	33	14,5	4,45±0,39	3,76±1,28
				F=4,905 p=0,008* (a>b>c)	F=0,103 p=0,902

F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), F=Bağımsız gruplar T-testi Z= Mann Whitney U Testi p<0,05

Tablo 4. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=227)(devamı)

Tanıtıcı Özellikler		n	%	HTHEÖ X±SS	TÖ X±SS
Mesleki deneyim yılı	0-4 yıl (a)	61	26,9	4,53±0,31	3,37±0,97
	5-9 yıl (b)	70	30,8	4,51±0,35	3,86±1,10
	10-14 yıl (c)	45	19,8	4,61±0,32	3,98±1,17
	15-19 yıl (d)	30	13,2	4,69±0,22	3,63±0,89
	20 yıl ve üzeri (e)	21	9,3	4,89±0,15	3,43±1,18
				F=6,563	F=2,948
				p=0,000*	p=0,021*
				(e>d>c>a>b)	(c>b>d>e>a)
Çocuk hemşireliği deneyim yılı	0-4yıl (a)	96	42,3	4,53±0,32	3,54±1,06
	5-9 yıl (b)	67	29,5	4,59±0,35	3,86±1,16
	10-14 yıl (c)	46	20,3	4,63±0,31	3,91±0,97
	15-19 yıl (d)	11	4,8	4,79±0,13	3,47±0,90
	20 yıl ve üzeri(e)	7	3,1	4,83±0,16	2,71±0,82
				F=3,079	F=2,977
				p=0,017*	p=0,020*
				(e>d>c>b>a)	(c>b>a>d>e)
Çalışılan kurum	Üniversite hast.	169	74,4	4,59±0,33	3,71±1,13
	Devlet hastanesi	58	25,6	4,60±0,30	3,59±0,93
				Z= -0,066	Z= -0,708
				p=0,947	p=0,479

F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), F=Bağımsız gruplar T-testi Z= Mann Whitney U Testi p<0,05

Hemşirelerin çalıştığı kurum ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,71 \pm 1,13$, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,60 \pm 0,30$, TÖ puan ortalaması $3,59 \pm 0,93$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştığı kurum ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $Z = -0,066$, $p = 0,947$, TÖ; $Z = -0,708$, $p = 0,479$) (Tablo 4).

Tablo 5. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=227)

	Deneyim Özellikleri	n	%	HTHEÖ X±SS	TÖ X±SS
Mesleği isteyerek seçme	Evet (a)	157	69,2	$4,62 \pm 0,31$	$3,57 \pm 1,14$
	Hayır (b)	70	30,8	$4,53 \pm 0,35$	$3,92 \pm 0,90$
				$Z = -1,694$ $p = 0,090$	$Z = -2,315$ $p = 0,021^*$ (b>a)
Mesleği sevmeye	Evet (a)	204	89,9	$4,59 \pm 0,32$	$3,59 \pm 1,08$
	Hayır (b)	23	10,1	$4,63 \pm 0,36$	$4,45 \pm 0,82$
				$Z = -0,801$ $p = 0,423$	$Z = -3,631$ $p = 0,000^*$ (b>a)
Mesleki kongreye katılım	Evet	127	55,9	$4,57 \pm 0,33$	$3,58 \pm 1,07$
	Hayır	100	44,1	$4,61 \pm 0,30$	$3,80 \pm 1,09$
				$Z = -0,691$ $p = 0,490$	$Z = -1,521$ $p = 0,128$
Çalışırken tıbbi hata yapma	Evet (a)	110	48,5	$4,53 \pm 0,30$	$3,66 \pm 1,11$
	Hayır(b)	117	51,5	$4,65 \pm 0,33$	$3,70 \pm 1,06$
				$Z = -3,254$ $p = 0,001^*$ (b>a)	$Z = -0,563$ $p = 0,573$

Tablo 5. Çocuk Hemşirelerinin Bazı Mesleki Deneyim Özelliklerine Göre TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=227) (devamı)

	Deneyim Özellikleri	n	%	HTHEÖ X±SS	TÖ X±SS
Tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığı	Evet	182	80,2	4,59±0,31	3,74±1,09
	Hayır	45	19,8	4,59±0,37	3,44±1,04
				Z= -0,365 p=0,715	Z= -1,317 p=0,188
Tıbbi hata şahit olma sıklığı	Nadiren	183	80,6	4,58±0,32	3,65±1,10
	Sık Sık	44	19,4	4,62±0,32	3,80±1,01
				Z= -0,787 p=0,431	Z= -0,828 p=0,407
Tıbbi hata bildirimde bulunma	Evet (a)	174	76,7	4,62±0,32	3,68±1,10
	Hayır (b)	8	3,5	4,30±0,33	3,28±0,74
	Kararsızım(c)	45	19,8	4,54±0,31	3,75±1,07
				KW= 8,393 p=0,015* (a>c>b)	KW= 1,102 p=0,576

F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Z= Mann Whitney U Testi, KW= Kruskal Wallis H testi p<0,05

Tablo 5’de çocuk hemşirelerinin bazı mesleki deneyim özelliklerine göre TÖ ve HTHEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir.

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması 4,62±0,31, TÖ puan ortalaması 3,57±1,14, hemşirelik mesleğini istemeyerek seçen hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması 4,53±0,35, TÖ puan ortalaması 3,92±0,90 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Z= -1,694, p=0,090). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Z= -2,315, p=0,021*). Yapılan ileri

analizde bu anlamın nedeni mesleği isteyerek seçmeyenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; hemşirelik mesleğini seven hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,59 \pm 1,08$, hemşirelik mesleğini sevmeyen hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,63 \pm 0,36$, TÖ puan ortalaması $4,45 \pm 0,82$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -0,801$, $p = 0,423$). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve bu anlamın mesleği sevmeyenlerden kaynaklandığı saptanmıştır ($Z = -3,631$, $p = 0,000*$).

Hemşirelerin, son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılım ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; kongreye katılan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,57 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,58 \pm 1,07$, kongreye katılmayan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,61 \pm 0,30$, TÖ puan ortalaması $3,80 \pm 1,09$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılım ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $Z = -0,691$, $p = 0,490$, TÖ; $Z = -1,521$, $p = 0,128$).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; çalışırken tıbbi hata yapan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,53 \pm 0,30$, TÖ puan ortalaması $3,66 \pm 1,11$, çalışırken tıbbi hata yapmayan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,65 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,70 \pm 1,06$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve bu anlamın tıbbi hata yapmayan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır ($Z = -3,254$, $p = 0,001*$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -0,563$, $p = 0,573$).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,31$, TÖ puan ortalaması $3,74 \pm 1,09$, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olmayan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,37$, TÖ puan ortalaması $3,44 \pm 1,04$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin,

çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $Z = -0,365$, $p = 0,715$, TÖ; $Z = -1,317$, $p = 0,188$).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; çalışırken nadiren tıbbi hata yapıldığına şahit olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,58 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,65 \pm 1,10$, çalışırken sık sık tıbbi hata yapıldığına şahit olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,62 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,80 \pm 1,01$. Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığı ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; $Z = -0,787$, $p = 0,431$, TÖ; $Z = -0,828$, $p = 0,407$).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları incelenmiş buna göre; tıbbi hata bildirimini yapan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,62 \pm 0,32$, TÖ puan ortalaması $3,68 \pm 1,10$, tıbbi hata bildirimini yapmayan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,30 \pm 0,33$, TÖ puan ortalaması $3,28 \pm 0,74$, tıbbi hata bildirimini konusunda kararsız olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,54 \pm 0,31$, TÖ puan ortalaması $3,75 \pm 1,07$ olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile HTHEÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bu anlamın tıbbi hata yapıldığında veya şahit olunduğunda gerekli bildirimini yapan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (HTHEÖ; $KW = 8,393$, $p = 0,015^*$). Hemşirelerin çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $KW = 1,102$, $p = 0,576$) (Tablo 5).

6.4 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÖ İLE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARININ İLİŞKİSİ

Bu bölümde çocuk hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ puan ortalamalarının ilişkisine ait bulgular verilmiştir.

Tablo 6. Çocuk Hemşirelerinin TÖ İle HTHEÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki Durumunun İncelenmesi

	TÖ	
	r	p
HTHEÖ	0,137*	0,039
HTHEÖ İlaç ve Transfüzyon	0,050	0,449
HTHEÖ Enfeksiyon	0,096	0,151
HTHEÖ İzlem ve Malzeme	0,148*	0,026
HTHEÖ Düşmeler	0,160*	0,015
HTHEÖ İletişim	0,118	0,076

r= Pearson Korelasyon *p<0.05 **p<0.001

Tablo 6’da İzmir’de çalışan pediatri hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre;

İzmir’de çalışan pediatri hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (r=0,137, p=0,039*). Bu anlamın, HTHEÖ alt boyutlarından ‘Hasta İzlem ve Malzeme Güvenliği’ ile ‘Düşmeler’ alt boyutlarından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 6).

7.TARTIŞMA

İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Bu bölümde elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır ve beş bölümde ele alınmıştır.

7.1 Çocuk Hemşirelerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine ve Bazı Mesleki Deneyimlerine Göre Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2 Çocuk Hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.3 Çocuk Hemşirelerinin Tanımlayıcı ve Bazı Mesleki özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ ve TÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.4 Çocuk Hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ Puan Ortalamalarının İlişkisine Ait Bulguların Tartışılması

7.1 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE VE BAZI MESLEKİ DENEYİMLERİNE GÖRE DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %48,5' inin çalışırken tıbbi hata yaptığı, %51,5' inin ise hiç tıbbi hata yapmadığı belirlenmiştir (**Tablo 2**). Özata ve Altunkan'ın (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışırken %6,2'sinin tıbbi hata yaptığı ve %93,8'inin tıbbi hata yapmadığı saptanmıştır (Özata ve Altunkan 2010a). İzmir'de çalışan çocuk hemşirelerinin %80,2' sinin tıbbi hata yapıldığına şahit oldukları, %19,8' inin ise tıbbi hata yapıldığına şahit olmadıkları belirlenmiştir (**Tablo 2**). Er ve Altuntaş'ın (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin %33,6'sının tıbbi hataya şahit oldukları, %63,4'ünün tıbbi hata yapıldığına şahit olmadıkları ve %3'nün yanıtızsız kaldıkları saptanmıştır (Er ve Altuntaş 2016).

Çocuk hemşirelerinin %80,6' sinin nadiren, %19,4' ünün sık sık tıbbi hataya şahit oldukları saptanmıştır. İzmir'de çalışan çocuk hemşirelerinin %76,7' sinin çalışırken tıbbi hata yaptığına veya yapıldığına şahit olduklarında bildirimde bulunacakları, %3,5' inin bildirimde bulunmayacakları ve %19,8' inin ise bu konuda kararsız kaldıkları belirlenmiştir (**Tablo 2**). Yine Er ve Altuntaş'ın (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin %36,4'ü karşılaştıkları tıbbi hatayı bildirdiklerini, %63,6'sının bildirmediği saptanmıştır (Er ve Altuntaş 2016). Yiğitbaş ve Tercan (2016)'ın çalışmasında hemşirelerin %69,2'si, bir hata oluşması durumunda “kesinlikle bildirilmelidir” şeklinde düşünürken %30,8'ı “ortaya çıkan duruma göre bildirilmelidir” şeklinde görüş belirtmiştir. Yapılan araştırma bulguları, çalışmamız bulgularını desteklemektedir.

7.2 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÖ VE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde İzmir'de çalışan çocuk hemşirelerinin TÖ ve HTHEÖ puan ortalamalarına ait bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,32$ ile tıbbi hata eğilimlerin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamalarının ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($4,72 \pm 0,29$), en düşük puan ortalamasının ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($4,31 \pm 0,03$) olduğu bulunmuştur. (Tablo 3). Andsoy ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada HTHEÖ toplam puan ortalamalarının $4,80 \pm 0,21$ olduğu tespit edilmiştir (Andsoy ve ark. 2014). Bu çalışmada elde edilen bulgular ile Andsoy'un çalışmasında elde edilen bulgular paralellik göstermektedir. Andsoy ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamalarının enfeksiyonun önlenmesi ($x = 4,83 \pm 0,003$) ve iletişim ($x = 4,83 \pm 0,003$), en düşük puan ortalamalarının ise hasta izlemi ve malzeme cihaz güvenliği ($x = 4,72 \pm 0,012$) olduğu belirlendi. Yiğitbaş ve Tercan (2016)'ın araştırmasında bizim çalışmamızla paralel olarak hemşirelerin en yüksek puan ortalamasının ilaç uygulamaları ve transfüzyon ($4,76$) olduğu görülmüştür. Ancak HTHEÖ alt grubunda, en düşük puan ortalamasının ise düşmeler ($4,50$) alt grubunda aldıkları görülmüştür.

Hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,68 \pm 1,08$ ile tükenmişlik durumunda oldukları saptanmıştır (Tablo 3). Kaya ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin tükenme puan ortalamasının $3,46 \pm 0,68$ olduğu saptanmış ve buna göre literatür ve çalışma bulguları paralellik göstermektedir (Kaya ve ark. 2010).

7.3 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TANIMLAYICI VE BAZI MESLEKİ ÖZELLİKLERİ İLE TÖ VE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde çocuk hemşirelerinin tanımlayıcı ve bazı mesleki özellikleri ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hemşirelerde 23-30 yaş arası hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,53 \pm 0,33$ ile tıbbi hata eğilimlerinin en yüksek olduğu, 31-38 yaş arası hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,79 \pm 1,07$ ile en yüksek tükenmişlik düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin yaş grupları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=6,041$, $p=0.001*$) (Tablo 4). Hemşirelerin yaş ortalaması arttıkça tıbbi

hata yapma eğilimleri azalmaktadır. Cebeci ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada yaş ile HTHEÖ'nin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Cebeci ve ark. 2012). Hemşirelerin, yaş grupları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,494$, $p=0,687$) (**Tablo 4**). Ancak literatürde yaşın TÖ ile anlamlı olduğuna dair bazı çalışmalar da vardır. Gök Balcı ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada ise bu çalışmanın aksine hemşireler arasında yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak da, ilerleyen yaş ile hemşirelerin deneyim kazandıkları ve kendilerini daha yeterli ve başarılı görmeleri ve zorluklarla başa daha kolay çıkmaları gösterilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hemşirelerin yaş grupları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve yaş yükseldikçe tükenme puanlarının düştüğü saptandı (Kaya ve ark. 2010). Ergin (1993) yaş değişkeni ile tükenmişliğin ters yönlü bir ilişki içinde olduğunu bildirmiştir. Tükenmişliğin gençlerde daha fazla görülmesinin sebebi olarak, gençlerin işle ilgili sorunlarla başa çıkmak için gerekli bazı özellikleri henüz kazanmamış olmaları yada mesleğe bağlanmanın henüz oluşmaması ile açıklandığı belirtilmiştir (Ergin 1993).

Cinsiyeti kadın olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59\pm0,32$ ile tıbbi hata yapma eğilimleri cinsiyeti erkek (HTHEÖ puan ortalaması $4,61\pm0,27$) olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (**Tablo 4**).Yapılan bir araştırmada erkek hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,62\pm0,319$, kadın hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,74\pm0,254$ bulunmuş olup, bizim çalışmamızın aksine erkek katılımcıların kadınlara oranla daha yüksek düzeyde tıbbi hataya eğilim davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Öztürk ve Özata 2013). Yiğitbaş ve Tercan'ın (2016) yaptığı çalışmada ise paralellik göstermiş olup kadın hemşirelerin HTHEÖ puan ortalamasının ($4,70\pm0,40$), erkek hemşirelerin HTHEÖ puan ortalamasından ($4,38\pm0,55$) yüksek olduğu saptanmıştır (Yiğitbaş ve Tercan 2016). Cinsiyeti erkek olan hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,72\pm1,41$ ile tükenmişlik durumları cinsiyeti kadın (TÖ puan ortalaması $3,68\pm1,07$) olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin cinsiyetleri ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z= -0,564$, $p=0,573$; HTHEÖ; $Z= -0,071$, $p=0,943$) (**Tablo 4**).

Lise-önlisans mezunu hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,68\pm0,23$ ile tıbbi hata yapma eğilimlerinin en düşük olduğu belirlenmiştir. Yüksek lisans mezunu olan

hemşirelerin ise TÖ puan ortalaması $3,76 \pm 1,28$ ile tükenmişlik durumunun en yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=4,905$, $p=0,008^*$). Hemşirelerin eğitim durumları yükseldikçe tıbbi hata yapma eğilimleri artmaktadır. Hemşirelerin eğitim durumları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,103$, $p=0,902$) (**Tablo 4**). Yapılan bir başka araştırma ise hemşirelerin eğitim düzeylerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Dikmen ve ark.2014). Kaya ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da tüm eğitim gruplarındaki hemşirelerin aynı seviyede tükenmişlik düzeyinde oldukları bildirilmektedir (Kaya ve ark. 2010).

Mesleki deneyim yılı 10-14 yıl arası olan hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,98 \pm 1,17$ ile tükenmişlik durumu en yüksek grup olarak bulunmuştur. Mesleki deneyim yılı 20 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,89 \pm 0,15$ ile tıbbi hata yapma eğilimlerinin en düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin mesleki deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (TÖ; $F=2,948$, $p=0,021^*$; HTHEÖ; $F=6,563$, $p=0,000^*$). Hemşirelerin mesleki deneyim yılı arttıkça tıbbi hata yapma eğilimleri azalmaktadır. Hemşirelerin mesleki deneyimin ilk yıllarında ve son yıllarında tükenmişlik düzeyleri, orta deneyim yılında olan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (**Tablo 4**). Andsoy ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada HTHEÖ alt boyutları puan ortalamaları ile cinsiyet, öğrenim durumu, görev süresi, meslekte çalışma süresi, mesleki yaşamında tıbbi hata yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Andsoy Işık ve ark. 2014). Çalışmalarında örneklem sayılarının bizim çalışmamızın yarısı kadar olduğundan onların çalışmasında anlamlı bir sonuç çıkmadığı düşünülmektedir. Ancak Cebeci ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında da hemşirelerin, meslekte çalışma süreleri ile HTHEÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Cebeci ve Tekingündüz 2012).

Çocuk hemşireliği deneyim yılı 10-14 yıl arası olan çocuk hemşirelerinin TÖ puan ortalaması $3,91 \pm 0,97$ ile en yüksek tükenmişlik durumuna sahip oldukları belirlenmiştir. 20 yıl ve üzerinde deneyimi olan çocuk hemşirelerinin HTHEÖ puan ortalaması $4,83 \pm 0,16$ ile tıbbi hata yapma eğilimlerinin en düşük olduğu bulunmuştur. Çocuk hemşireliği deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (TÖ; $F=2,977$, $p=0,020^*$; HTHEÖ; $F=3,079$, $p=0,017^*$).

Hemşirelerin çocuk hemşireliği deneyim yılı arttıkça tıbbi hata yapma eğilimleri azalmaktadır. Hemşirelerin çocuk hemşireliği deneyimin ilk yıllarında ve son yıllarında tükenmişlik düzeyleri, orta deneyim yılında olan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (**Tablo 4**). Deneyim yılları arttıkça mesleki beceri ve bilgi donanımları arttığı için hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri azaldığı çalışmamızla açıkça saptanmıştır. Külcü ve Yiğit'in çalışması (2017) ise bizim çalışmamızın aksine hemşirelerin çocuk kliniğinde çalışma sürelerinin hatalı tıbbi uygulamalara olan eğilimlerini etkilemediğini saptamıştır (Külcü Polat ve Yiğit 2017). Metin ve Özer'in çalışmaları da bizim çalışmamıza paralellik gösterip yaşın ilerledikçe baş etme davranışlarının daha kolay gelişebileceği ve meslekte tükenmenin deneyimle paralel olarak azalabileceği saptanmıştır (Metin ve Özer Gök 2007).

Hemşirelerin çalıştığı kurum ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -0,708$, $p = 0,479$; HTHEÖ; $Z = -0,066$, $p = 0,947$). Hemşirelerin çalıştığı kurumun, tükenmişlik ve tıbbi hata yapma eğilimi durumunu etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 4**). Araştırma bulguları, çalışma sonuçlarına benzerdir.

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,62 \pm 0,31$ ile tıbbi hata yapma eğilimi hemşirelik mesleğini istemeyerek seçen hemşirelere göre daha düşüktür (**Tablo 5**). Hemşirelik mesleğini istemeyerek seçen hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,92 \pm 0,90$ ile hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelere göre tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -1,694$, $p = 0,090$). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z = -2,315$, $p = 0,021^*$). Hemşirelik mesleğinin istemeyerek seçilmesi hemşirelerde tükenmişlik durumunu arttırdığı, tükenmişlik durumunu olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (**Tablo 5**). Mesleği isteyerek seçme ya da meslekten memnun olmama durumu tükenmişliği etkileyen değişkenlerdir. Bizim çalışmamızla paralellik gösteren Gönüşen ve Üstün'ün (2010) çalışmasında mesleği isteyerek seçmeyen ya da mesleğinden memnun olmayanların tükenmişlik yaşama olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gönüşen Partlak ve Üstün 2010).

Hemşirelik mesleğini sevmeyen hemşirelerin TÖ puan ortalaması $4,45 \pm 0,82$ ile hemşirelik mesleğini seven hemşirelere göre tükenmişlik durumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -0,801$, $p = 0,423$). Sivrikaya ve Kara'nın (2019) çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine mesleği sevmeye durumlarına göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, mesleği seven hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır (Sivrikaya ve Kara 2019). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z = -3,631$, $p = 0,000*$). Hemşirelik mesleğini sevmeyen hemşirelerde, mesleğini seven hemşirelere göre tükenmişlik durumunu arttırdığı belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılan hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,58 \pm 1,07$ ve HTHEÖ puan ortalaması $4,57 \pm 0,33$; kongreye katılmayan hemşirelerin TÖ puan ortalamasının $3,80 \pm 1,09$ olduğu ve çocuk hemşirelerinin tükenmişlik durumunda olduğu ve HTHEÖ puan ortalamasının $4,61 \pm 0,30$ olarak düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılım ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -1,521$, $p = 0,128$; HTHEÖ; $Z = -0,691$, $p = 0,490$). Son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılımının hemşirelerin tükenmişlik durumunu ve tıbbi hata eğilimlerini etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Çalışırken tıbbi hata yapmayan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,65 \pm 0,33$ ile tıbbi hata yapan hemşirelere göre tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (**Tablo 5**). Er ve Altuntaş'ın (2016) çalışmasında hemşirelerin çalışırken tıbbi hata yapma durumları incelendiğinde hemşirelerin çoğunun daha önceden herhangi bir tıbbi hata yapmadığı (%77,9) belirlenmiştir (Er ve Altuntaş 2016). Araştırma sonuçları yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin çoğunun çalışma yaşamı süresince tıbbi hata yapmaması iki yönlü düşündürmektedir. Kurumların hizmet içi eğitimlerini arttırarak, hemşirelerin hasta güvenliğine giderek daha fazla önem verildiğini ve bununla ilgili gerekli düzenlemelerin yapıldığını ya da hata yapsalar da ceza almaktan korkmaları tıbbi hata bildirim sisteminin olmaması, işini kaybetme endişeleri gibi nedenlerden dolayı açıkça söyleyemediklerini düşündürmektedir. Çalışırken tıbbi hata yapmayan hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,70 \pm 1,06$ olup tıbbi hata yapan hemşirelere göre tükenmişlik

durumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z = -3,254$, $p = 0,001^*$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -0,563$, $p = 0,573$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma durumları tükenmişlik durumunu etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -1,317$, $p = 0,188$; HTHEÖ; $Z = -0,365$, $p = 0,715$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olması tıbbi hata yapma eğilimi ve tükenmişlik durumunu etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 6**) Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -0,828$, $p = 0,407$; HTHEÖ; $Z = -0,787$, $p = 0,431$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığının tıbbi hata yapma eğilimi ve tükenmişlik durumunu etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 5**). Hemşirelerin şahit oldukları tıbbi hataların, endişe duymadıkları veya benim başıma gelmez düşünceleri ile tıbbi hata yapma durumları ya da tükenmişlik konusunda etkilenmedikleri düşünülmektedir.

Tıbbi hata bildirimi yapan hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,62 \pm 0,32$ ile tıbbi hata bildirimi yapmayan ve tıbbi hata bildirimi konusunda kararsız olan hemşirelere göre tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Tıbbi hata bildirimi konusunda kararsız olan hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,75 \pm 1,07$ ile tükenmişlik durumunun tıbbi hata bildirimi yapan ve yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $KW = 1,102$, $p = 0,576$; HTHEÖ; $KW = 8,393$, $p = 0,015^*$). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma durumunda kararsız olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri artmaktadır (**Tablo 5**). Literatür ve yapılan araştırma bulguları, çalışma bulgularına benzerdir.

7.4 ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÖ İLE HTHEÖ PUAN ORTALAMALARININ İLİŞKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=0,137$, $p=0,039*$). İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin tıbbi hata eğilimleri arttıkça tükenmişlik durumları da artmaktadır (**Tablo 6**). Çalışma sonucu, **‘İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişki vardır’ H_1 hipotezini desteklemektedir.**

Literatürde TÖ ile HTHEÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen tam bir kaynak bulunamamış olup, bu konuda daha çok araştırılma yapılması gerekmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmamızın sonuçları ve önerileri yer almaktadır.

8.1 SONUÇLAR

Araştırma kapsamına alınan çocuk hemşirelerinin %95,6’ sini kadınların oluşturduğu, %48’inin 23-30 yaş aralığında yer aldığı, %69,2’ sinin lisans mezunu, %30,8’ inin 5-9 yıl arası mesleki deneyimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %42,3’ ünün 0-4 yıl arası çocuk hemşiresi olarak çalıştıkları, çocuk hemşirelerinin %74,4’ ünün üniversite hastanesinde görev yaptığı belirlenmiştir. Çocuk hemşirelerinin %69,2’ sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %89,9’ unun hemşirelik mesleğini sevdikleri saptanmıştır. İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin %55,9’ unun son beş yılda branşları ile ilgili bir kongreye katıldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %51,5’ inin tıbbi hata yapmadığı, %80,2’ sinin tıbbi hata yapıldığına şahit oldukları, %80,6’ sinin nadiren, %19,4’ ünün sık sık tıbbi hataya şahit oldukları saptanmıştır. İzmir’de çalışan çocuk hemşirelerinin %76,7’ sinin çalışırken tıbbi hata yaptığına veya yapıldığına şahit olduklarında bildirimde bulunacakları belirlenmiştir.

Hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması $4,59 \pm 0,32$), Hemşirelerin TÖ puan ortalaması $3,68 \pm 1,08$ olarak saptanmıştır. TÖ ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=0,137$, $p=0,039^*$). Bu anlamın HTHEÖ alt boyutlarından hasta izlem ve malzeme güvenliği ile düşmeler alt boyutundan olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin yaş grupları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=6,041$, $p=0,001^*$). Hemşirelerin, yaş grupları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($F=0,494$, $p=0,687$). Anlamlı farkın, HTHEÖ’de; 47 yaş ve üzeri olanlardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hemşirelerin cinsiyetleri ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -0,564$, $p = 0,573$, HTHEÖ; $Z = -0,071$, $p = 0,943$).

Hemşirelerin eğitim durumları ile HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F = 4,905$, $p = 0,008^*$). Hemşirelerin eğitim durumları ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($F = 0,103$, $p = 0,902$). Anlamlı farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ’de; lise mezunlarından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin mesleki deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (TÖ; $F = 2,948$, $p = 0,021^*$; HTHEÖ; $F = 6,563$, $p = 0,000^*$). Anlamlı farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ’de meslekte 20 yıl ve üzerinde deneyim yılında olanlardan ve TÖ’de bu anlamlı farkın nedeni ise 10-14 yıl arasında mesleki deneyim yılında olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Çocuk hemşireliği deneyim yılı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (TÖ; $F = 2,977$, $p = 0,020^*$; HTHEÖ; $F = 3,079$, $p = 0,017^*$). Anlamlı farkların nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, HTHEÖ’de 20 yıl ve üzerinde çocuk hemşireliği yapanlardan ve TÖ’de bu anlamlı farkın nedeni 10-14 yıl arasında çocuk hemşireliği deneyim yılına sahip olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı kurum ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; $Z = -0,708$, $p = 0,479$; HTHEÖ; $Z = -0,066$, $p = 0,947$).

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -1,694$, $p = 0,090$). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z = -2,315$, $p = 0,021^*$). Yapılan ileri analizde bu anlamın nedeni mesleği isteyerek seçmeyenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır ($Z = -0,801$, $p = 0,423$). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini sevmeye durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin

anlamli olduğu ve bu anlamın mesleği sevmeyenlerden kaynaklandığı saptanmıştır (Z= -3,631, p=0,000*).

Hemşirelerin, son beş yılda branşlarıyla ilgili mesleki kongreye katılım ile HTHEÖ ve TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; Z= -0,691, p=0,490, TÖ; Z= -1,521, p=0,128).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma ile HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve bu anlamın tıbbi hata yapmayan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (Z= -3,254, p=0,001*). Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapma durumu ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (Z= -0,563, p=0,573).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (HTHEÖ; Z= -0,365, p=0,715, TÖ; Z= -1,317, p=0,188).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yapıldığına şahit olma sıklığı ile TÖ ve HTHEÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; Z= -0,828, p=0,407; HTHEÖ; Z= -0,787, p=0,431).

Hemşirelerin, çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile HTHEÖ puan ortalaması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş ve bu anlamın tıbbi hata yapıldığında veya şahit olunduğunda gerekli bildirim yapan hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (HTHEÖ; KW= 8,393, p=0,015*). Hemşirelerin çalışırken tıbbi hata yaptığında veya tıbbi hata yapıldığına şahit olduklarında gerekli bildirimde bulunma ile TÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu saptanmıştır (TÖ; KW= 1,102, p=0,576).

Bu çalışmada genel olarak hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu, bunun yanında İzmir’de çalışan pediatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri arttıkça tıbbi hata yapma eğilimleri de artmaktadır.

Tükenmişlik, hemşireler üzerinde ciddi fiziksel ve mental birçok sorunlara sebep olduğu gibi sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde de bozulmalara ve buna ek olarak, “tıbbi hatalara” yol açtığı görülmektedir.

8.2 ÖNERİLER

Bu bölümde, İzmir’de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmamızın önerileri yer almaktadır.

- Tıbbi hataların önlenmesi için tıbbi hata türlerinin ve hataya yol açan faktörlerin belirlenmesi ve izlenmesi önerilebilir. Bunun yanında, bu çalışma sonucuna göre, hastanelerde kalite çalışmaları kapsamında tıbbi hatalara yönelik hizmet-içi eğitimlerin belli dönemlerde tekrarlanması ve gözden geçirilmesi de önemli görünmektedir.

- Tükenmişlik hataların temel nedenleri arasında gösterildiğinden, tükenmişlik kaynakları belirlenmeli ve tükenmişliğe neden olan kaynakları en aza indirecek önlemler alınmalıdır. Ayrıca uzmanlaşmış hemşirelerin görevlendirilmesi, ülkemizdeki hastanelerde tıbbi hata rapor sisteminin kurulması, tıbbi hataları farklı boyutları ile detaylı irdelenmesi için başka araştırmaların yapılması önerilebilir.

- Pediatri hemşireliğinde, tükenmişlik düzeylerinin düşmesiyle, tıbbi hataların azalacağı, tıbbi hataların en aza indirgenmesiyle de daha kaliteli bakım hizmeti sunulacağı düşünülmektedir.

- Hastanenin pediatri birimi ve diğer birimlerinde yatan çocuk hastaların tedavisinde kullanılan bütün ilaçların hazırlama, uygulama, izlem bilgilerini içeren rehberlerin hazırlanması, basılı ve elektronik ortamda ulaşılabilir olması, güncellenmesi tıbbi hatayı azaltacağı için önerilebilir.

- Pediatri kliniğinde çalışmaya başlayacak bütün yeni hemşirelere ilaçların hazırlanması ve uygulanmasında pediatrik farklılıkları içeren oryantasyon programının uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

AAP. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics* 2003; 112: 431-436.

Ağırbaş İ. Hastane enfeksiyonları maliyet analizi. *Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri* 2013; 1: 28-38.

Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20(3): 45-53.

Akalın H. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005; 5(3): 141-146.

Akgöz S, Özçakır A, Kan İ, Tombul K. Uludağ Üniversitesi sağlık uygulama merkezinde çalışan hemşirelerin mesleki doyumları. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 2005; 13: 86-96.

Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 2015; 3(1): 21-34.

Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2010; 15(1): 10-16.

Alparslan Ö, Erdemir F. Pediatri servislerinde kullanılan antibiyotiklerin sulandırılması, saklanması ve hastaya verilmesi konusunda hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1997; 1(1): 41-52.

Andsoy I, Kar G, & Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *Journal of Health Science and Profession-HSP* 2014; 1(1): 17-27.

Arda H, Ertem M, Baran G, Durgun Y. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşlerin alınması. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi* 2007; 15(59): 68-74.

Aşçıoğlu S. Hastane enfeksiyonları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2007; 64(1): 1-3.

Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4(2): 22-27.

Avşar G, Ataberk Armutçu E., & Karaman Özlü Z. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: bir hastane örneği. Journal of Health Science and Profession 2016; 3(2): 115-122.

Aydın D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni 2011; 45(1): 110-114.

Başbakkal Z, Taş F, Yılmaz H. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği kültürüne ilişkin görüşlerin incelenmesi. Ege Pediatri Bülteni 2009; 16(1): 87-93.

Başer S, Manav G. Çocuk hemşirelerinin ilaç hatası yapma durumları ve eğilimlerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 7(3): 41-49.

Boztepe H, Özdemir H, Karababa C, Yıldız Ö. Ağızdan ilaç hazırlama ve uygulama sırasında yaşanan güçlükler. Türk Pediatri Arşivi 2014; 49: 231-237.

Caymaz M. Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015; 2(4): 1-15.

Cebeci F, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(3): 188-196.

Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (2013). Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi: Ankara; 2013, s:1-993

Çalgan Z, Yeğenoğlu S, Aslan D. Eczacılar da mesleki bir sağlık sorunu: tükenmişlik. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2009; 29(1): 61-74.

Çam O, Engin E. Hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017; 10(51): 502-507.

Çapacı K. İnmede düşme ve kırıklar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2007; 53(1): 7-10.

Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 2(1): 62-77.

Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerin belirlenmesi. 28. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(3): 1-2.

Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(1): 10-19.

Derin N, Demirel E. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığı zayıflatıcı etkilerinin Malatya Merkez'de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi 2012; 17(2): 509-530.

Dikmen Demir Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Fakültesi Dergisi 2014; 1: 44-56.

Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008; 12(1-2): 1-11.

Doğan Merih Y, Çırpı F, Yaşar Kocabey, M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. 28. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(3): 1-2.

Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(2):139-146.

Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 2016; 3(3): 133-139.

Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. İçinde: Rüveyde Bayraktar ve İhsan Dağ (Eds.), VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği: Ankara; 1993 s:28-50.

Ersoy S, Çetinkaya F, Alp E. Hastane temizlik çalışanlarının hastane enfeksiyonları ve korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 23(1): 1-9.

Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013; 29(2): 33-45.

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

Ferranti J, Horvath M, Cozart H. Reevaluating the safety profile of pediatrics: a comparison of computerized adverse drug even surveillance and voluntary reporting in the pediatric environment. Pediatrics 2008; 121(5): 1201-1207.

Gök Balcı U, Demir Ş, Kurdal Y, Koyuncu G, Deniz Y, Tereci Ö, Mandus F, Yalçinkaya S, Öngel K. Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2013; 23(2): 83-87.

Gök D, Yıldırım Sarı H. Pediatriye ilaç hataları ve hata bildirimi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 2016; 6(3): 165-173.

Gökdoğan F, Yorgun S. Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 53-59.

Görak G. Hemşire infeksiyonlarını önlemede hemşirelik hizmetlerinin rolü ve tek kullanımlık malzemenin kullanım alanları. Hemşirelik Bülteni 1994; 8(34): 29-36.

Günay F. A.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görülen hastane enfeksiyonlarının etyoloji, epidemiyoloji, klinik özellikleri ve etkenlerin duyarlılığı bakımından incelenmesi. Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi: Ankara; 2008.

Günüşen Partlak N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3(1): 40-51.

Hunter D, Bains N. Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in ontario from 1992 to 1997. Canadian Medical Association Journal 1999; 11(160): 1585-1596.

IOM. To Err is human: building a safer health system. Shaping the Future for Health 1999; 1:1-6.

Işık O, Akbolat M, Çetin M, & Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012; 11(4):421-430.

Johnson S, Adkinson J M, Chung KC. Addressing medical errors in hand surgery. J Hand Surg Am 2014; 39(9): 1877-1882.

Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2016; 5(2): 65-74.

Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 68(1): 29-32.

Kahraman B, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15: 236-243.

Karna G, Kara A. Çocuk servislerinde hastane enfeksiyonları. Hastane Enfeksiyonları Derneği 2002; 1: 28-701.

Karan İ, Aşti T. Hastanelerde fiziksel ortamın hastalar üzerindeki etkilerin araştırılması. İ.Ü.F.N.Y.O Hemşirelik Dergisi 2003; 8(50): 15-27.

Kaya N, Kaya H, Ayık S, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1): 401-418.

Kaya Ş, Arıöz A. Ebe ve hemşire öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergis 2014; 1(31): 89-99.

Küçükyürük Ş. Ameliyathanede çalışan hemşirelerin fazla mesailerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisinin belirlenmesi. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi 2013; 1: 1-175.

Külcü Polat D, Yiğit R. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(1): 34-39.

Lewandowska A, Litwin B. Burnout as an occupational risk for nurses. Ann Acad Med Stetin 2009; 55(3): 86-89.

Madegowda B, Hill P, Anderson M. Medication errors in a rural hospital. MEDSURG Nursing 2007; 16(3): 18-25.

Maslach C. The client role in staff burn-out. Journal of Social Issues 1978; 34(4): 111-124.

Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burout. Journal oj Occupational Behavior 1981; 2(1): 99-113.

Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Jop burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52(1): 397-422.

Metin Ö, Özer Gök F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1): 58-66.

Morse J. Preventing patient falls: Establihing a fall intervention program. *Second Publishing* 2008; 1: 3-15.

Oğuzberk M, Aydın A. Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik. Klinik Psikiyatri 2008; 167-179.

Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7: 100-108.

Oğuz I Akbolat M Çetin M Çimen M Hemşirelerin bakışıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. Preventin Mediicine Bulletin 2012; 11(4): 21-430.

Özata M, Altunkan, H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010a; 8(2): 100-111.

Özata M, Altunkan H. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenirlik analizinin yapılması. İçinde: Kırılmaz H. (Ed.). T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı: Ankara; 2010b s; 415-432.

Özata M, Aslan Ş. (2009). Hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinin hasta güvenliğine etkilerinin belirlenmesi. İçinde: Kırılmaz H. (Ed.). I. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongreleri Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayınları: Ankara;2009.

Özçetin M, Saz E, Karapınar B, Özen S. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2009; 3: 49-53.

Özkaya N, Özkaya H, Özkara E. Pediatric malpractice: An overview of Turkey. Pediatrics International 2013; 55(5): 637-640.

Öztürk R. Türkiye'de enfeksiyon kontrolü ile ilgili son gelişmeler. ANKEM Dergisi 2011; 25(2): 9-16.

Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sarıakçalı N, Aslaner E, Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Dinçer Yıldızbaş R. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. Çukurova Medical Journal 2014; 39(4): 752-764.

Öztürk Y, Özata M. Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013; 18(3): 365-381.

Patel V. Tıbbi hataların yönetimi. *1.Hasta Güvenliği Kongresi (Kongre Kitabı): Antalya; 2007; 24-28.*

Sarandöl A. Acil servis yoğun bakım hemşirelerinde depresyon ve tükenme düzeyleri. Bursa Devlet Hastane Bülteni 2004; 19(2):75-78.

Savcı C, Kaya H, Acaroğlu R, Kaya N, Bilir A, Kahraman H, Gökerler N. Nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde hastaların düşme riski düzeyi ve alınan önlemlerin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2007; 2(1): 19-25.

Seren İntepeler Ş. Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15(2): 129-135.

Sivrikaya S, Kara A. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 8(1): 7-14.

Stratton K, Blegen M, Pepper G. Reporting of medication errors by pediatric nurses. J Ped Nur 2004; 19: 385-392.

Şahin Z, Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(3): 210-214.

Şenturan L, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. 34 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(2): 35-47.

Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7: 100-108.

Temel M. Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: malpraktis. Hemşirelik Forum Dergisi 2005; 3: 84-90.

Törüner E, Erdemir F. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi . Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 1: 63-71.

Turkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46(3): 226-231.

Uçar N, Aygün D, Uzun E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(4): 18-37.

Vimantaite R. The burnout syndrome among nurses working in lithuanian cardiac surgery centers. Medicina (Kaunas) 2006; 42(7): 600-605.

Yava A, Koyuncu A. Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: Olgu sunumları. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48(3): 175-179.

Yıldırım M, İçerli L. Tükenmişlik sendromu: Maslach ve Kopenhag Tükenmişlik Ölçeklerinin karşılaştırmalı analizi. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2010; 2(1): 123-131.

Yiğitbaş Ç, Tercan B. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. Anadolu Kliniği 2016; 21(3): 207-214.

Yüzer S, Alıcı D, Yiğit R. Pediatri hemşirelerinin rolleri ve fonksiyonları ölçeğinin uygulanmasının geliştirilmesi: Güvenirliliği ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(4): 19-29.

Zencirci A. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010; 1: 67-74.



10. EKLER

Ek 1: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
06.09.2019	28	7

Karar 7- Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 151365001 numaralı öğrencisi Nuran ÖNCAN TÛTÛNCÛ'nun tez konusunun, etik kurul onayı alınması kaydı ile "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ömer TETİK Enstitü Müdürü		
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÛRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı		(İzinli) Dr. Öğr. Üyesi Süheyla RAHMAN Üye
e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye	(İzinli) Dr. Öğr. Üyesi Nursen BOLSOY Üye	e-imzalıdır Prof. Dr. Murat TAŞ Üye
e-imzalıdır Aynur PALAMUTÇUOĞLU Enstitü Sekreteri		

Ash Gibidir
03/12 /2019

Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri

Ek 2 : Etik Kurul İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/09/2018-E.76964



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Nesrin ŞEN
CELASİN - İzmir'de görev yapan

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

"İzmir'de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi"başlıklı dosyanız görüştürülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Nesrin ŞEN CELASİN - İzmir'de görev yapan 12.09.2018 karar tutanağı (1 sayfa)

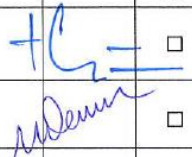
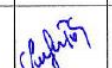
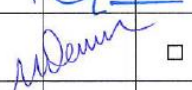
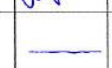
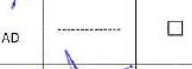
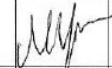
Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin:İsa Köse
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	12 / 09 / 2018 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	İzmir'de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr.Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASIN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran Öncan						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	31 / 08 / 2018 / Tarih ve 39713 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD		☐	☒
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		☐	☒	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü		☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY		☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

Ek 3: Kurum İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2018-57965
Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 21/11/2018-E.98885



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-302.08.01
Konu : Nuran ÖNCAN'ın Tez Çalışma İzni
Hk.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 12/11/2018 tarihli ve 33217 sayılı yazı.

Enstitünüz Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Nuran ÖNCAN'ın "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasını Kasım 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim

Ek:Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 333414 sayılı yazı.

Evrak Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEND6R2HU
Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEND6R2HU adresinden yapılabilir.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 72707009-044
Konu : Nuran ÖNCAN'ın Tez Çalışması Hk.

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ
(Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne)

İlgi : 16/11/2018 tarihli ve 332045 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızda adı geçen Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Nuran ÖNCAN'ın "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasını Kasım 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapmasında sakınca yoktur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. R.Kaan KAVAKLI
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran
ÖNCAN'ın Araştırma İzni Hk.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELASIN'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran ÖNCAN'ın hazırlamış olduğu "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Anıl ESEN
İl Sağlık Müdürü V.

Ek:
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Rp. (1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-1 Sümer
Mah. 451 Sok. No:2 35260 Konak/İzmir

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Uzman

Telefon: Faks No: 02324849087

-1160

e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyonu

Telefon No: (0 232) 444 35 01

Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4fad1fed-f2fb-4d19-a3c8-5df753b12e86 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İL Sağlık Müdürlüğü	Kod	ARGE 1-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
	KAMU HASTANELERİ BAŞKANLIĞI-1 AR-GE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU FORMU	Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/81	07.12.2018 82536676	12.12.2018	UYGUN

Açıklama:
Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı "Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ŞEN CELAŞIN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Nuran ÖNCAN tarafından kurulumuza sunulan "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye
Uzm.Dr. Leyla Sündüs ARSLAN

Komisyon Başkanı
Dr. Mustafa KURTULUŞ



İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR
Tel: (0232) 441 81 11 Faks : (0232)483 36 39
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :325



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Buca Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi



Sayı : 38348992-929
Konu : Nuran ÖNCAN'ın Tez Çalışma İzni

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 14/11/2018 tarihli ve 38348992 sayılı yazı.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi öğrencisi Nuran ÖNCAN'ın, "İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi, Çocuk Cerrahisi Servisi ve Çocuk Acil Servisi ünitelerinde yapma isteği idarelerimizce uygun görülmüş olup, dilekçesi yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Gökhan TOSUN
Başhekim

EK:
Dilekçe (1 Adet)

Hoca Ahmed Yesevi Caddesi No:27/95 Buca İZMİR
Faks No:02324540592 Telefon No: 454 01 01 / 1525
e-Posta:emine.aksu1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: emine.aksu1

Bilgi için:Emine GÖKDEMİR
Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd0a1991-1093-4303-9a96-0e96c502a129 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BUCA KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ

BASHEKİMLİĞİNE

Sorumlu araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Nesrin ZEN CELASIN'ın abrimenliğinde,
Yüksek Lisans öğrencisi Nuran ÖNCAN'ın hazırlanmış olduğu
"İzmir'de Görev Yapan Çocuk Hemşirelerinin Tchenmişlik Dteyleri
ile Tıbbi Hata Yapma Etilimleri Arasındaki İlişkinin İncelemesi"
kavulu araştırma basvurusunun Buca Kadın Doğum ve Çocuk
Hastalıkları Hastanesi'nde subat-Mart 2019 tarihleri arasında
yapılabilmesi için onay T.C İzmir valiliği il Sağlık Müdürlüğü'nden
çıkması olup; 19.12.2018 tarihi 77597247-619-E.287 sayılı
onay, Ektedir -

30.01.2019

Nuran Öncan



Ek-4 Birey Tanıtım Formu

Sevgili meslektaşlarım bu anket, çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacağından lütfen her soruyu içtenlikle ve eksiksiz yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ediyoruz.

- 1) Yaşınız....
- 2) Cinsiyetiniz
- 3) Eğitim durumunuz: 1.Lise-Önlisans 2.Lisans 3.Yükseklisans
- 4) Meslekte deneyim yılınız.....
- 5) Çocuk hemşireliğinde deneyim yılınız.....
- 6) Çalıştığınız kurum: 1.Üniversite hastanesi 2.Devlet hastanesi
- 7) Mesleği isteyerek mi seçtiniz ? 1.Evet 2.Hayır
- 8) Mesleğinizi seviyor musunuz ? 1. Evet 2. Hayır
- 9) Son 5 yılda branşınızla ilgili mesleki bir kongreye katıldınız mı? 1.Evet 2. Hayır
- 10) Çalışırken hiç tıbbi bir hatada bulunduğunuz oldu mu? 1.Evet 2. Hayır
- 11) Tıbbi hata yapıldığına şahit oldunuz mu? 1.Evet 2. Hayır
- 12) Tıbbi hataya ne sıklıkla şahit oluyorsunuz? 1. Nadiren 2.Sık sık 3.Her zaman

Ek-5: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz					
İLAC VE TRANSFÜZYON UYGLAMALARI	HİÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum					
Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum					
İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım					
Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					

Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim					
Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim					
Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım					
Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim					
Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım					
Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					

İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim					
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim					
Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim					
Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim					
Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım					

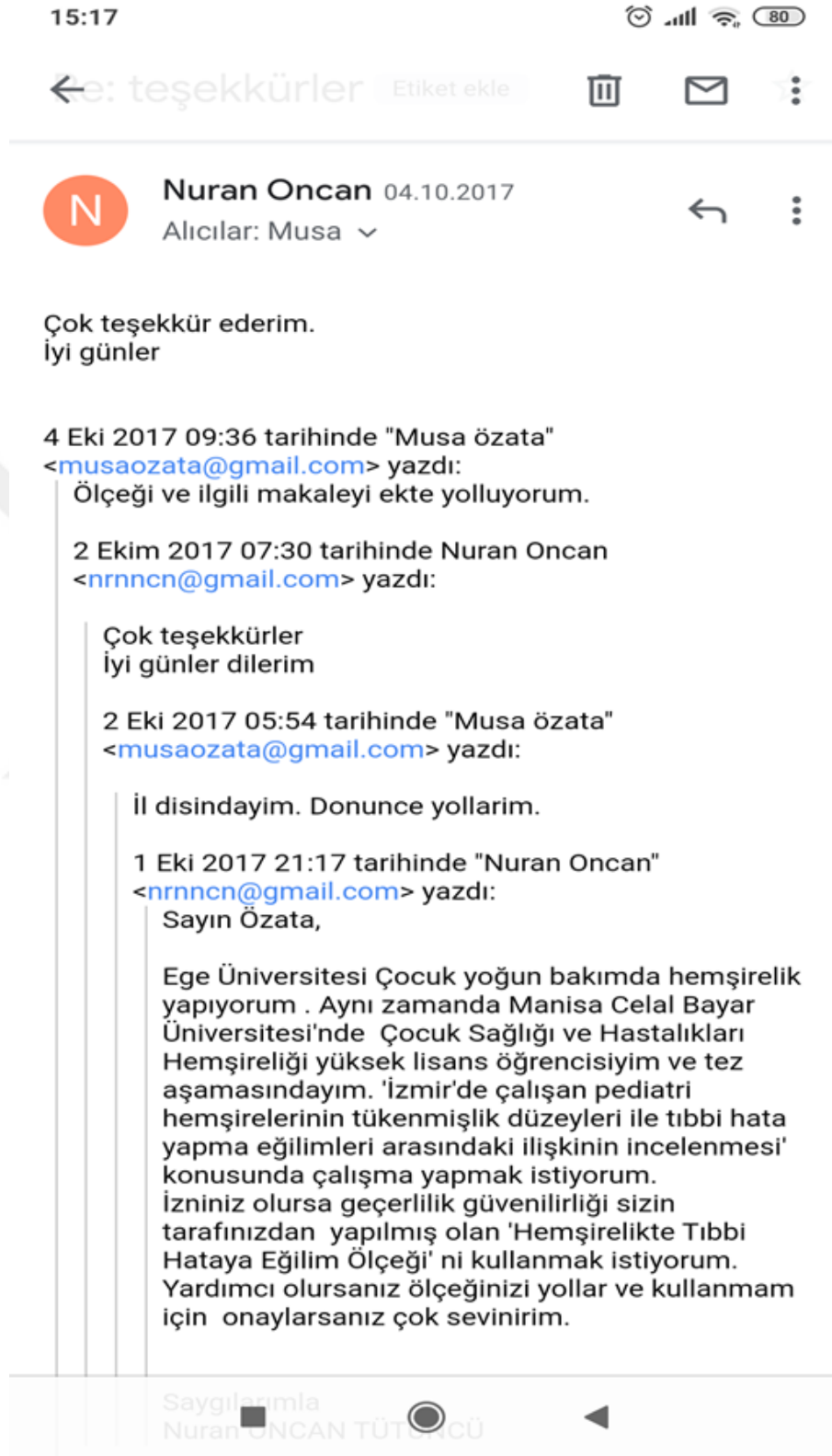
Ek-6: Tükenmişlik ölçeği

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. İş ortamınız ve mesleğiniz ile ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın. **ÖRNEK: 5 1- YORGUN**

1	2	3	4	5	6	7
HİÇBİR ZAMAN	SADECE BİR DEFA	NADİRE N	BAZEN	SIKSIK	ÇOĞUNLUKLA	HER ZAMAN

- ____ 1- YORGUN.
- ____ 2- ÇÖKMÜŞ.
- ____ 3- NEŞELİ, KEYİFLİ.
- ____ 4- FİZİKSEL OLARAK YORGUN (TÜKENMİŞ).
- ____ 5- DUYGUSAL OLARAK YORGUN (TÜKENMİŞ).
- ____ 6- MUTLU.
- ____ 7- BİTKİN.
- ____ 8- TÜKENMİŞ.
- ____ 9- MUTSUZ.
- ____ 10- SAĞLIKSIZ.
- ____ 11- KAPANA KISILMIŞ.
- ____ 12- DEĞERSİZ.
- ____ 13- BIKKIN.
- ____ 14- KAFASI KARIŞMIŞ, SIKINTILI.
- ____ 15- İNSANLARLA İLGİLİ HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRAMIŞ VE GÜCENMİŞ.
- ____ 16- ZAYIF.
- ____ 17- UMUTSUZ.
- ____ 18- REDDEDİLMİŞ.
- ____ 19- İYİMSER.
- ____ 20- ENERJİK.
- ____ 21- KAYGILI.

Ek 7: Ölçek Kullanım İzinleri



15:18

🕒 📶 📶 79



Teşekkürler

Etiket ekle



Nuran Oncan 04.10.2017

Alıcılar: burhan ▾



İlginiz için teşekkür ederim.

İyi günler.

4 Eki 2017 10:59 tarihinde "burhan Çapri"
<burhancapri@gmail.com> yazdı:

Nuran Hanım,
İlgili ölçme aracının hem kısa hem de uzun formlarını
ekte gönderiyorum.
Hangisini kullanmak istediğinize danışman hocanızla
karar verebilirsiniz.
Kolay gelsin...

1 Ekim 2017 21:05 tarihinde Nuran Oncan
<nrnncn@gmail.com> yazdı:

Sayın Burhan Çapri,

Ege Üniversitesi Çocuk yoğun bakımda hemşirelik
yapıyorum . Aynı zamanda Manisa Celal Bayar
Üniversitesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim ve tez
aşamasındayım. 'İzmir'de çalışan pediatri
hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata
yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi'
konusunda çalışma yapmak istiyorum.
İzniniz olursa geçerlilik güvenilirliği sizin tarafınızdan
yapılmış olan 'Tükenmişlik Ölçeği' ni kullanmak
istiyorum.
Yardımcı olursanız ölçeğinizi yollar ve kullanmam için
onaylarsanız çok sevinirim.

Saygılarımla
Nuran ÖNCAN TÜTÜNCÜ

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Nuran	Soyadı	ÖNCAN
Doğum Yeri	Muğla	Doğum Tarihi	21.04.1989
Uyruğu	T.C	Tel.	05442181989
E-mail	nrnnncn@gmail.com		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2012
Lise	Muğla Anadolu Öğretmen Lisesi	2007

Deneyim

Görev	Kurum	Süre
Yenidoğan Hemşiresi	Grandmedical Hospital	4 Ay (2012)
İş Yeri Hemşiresi	İKEA	12.12.2012- 31.12.2013
Çocuk Hemşiresi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi	2014 Ocak-2016 Aralık
Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım	2016- Halen

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	Orta
SPSS	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,27603	72,41537	65,05419

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

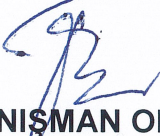
Tez Adı: "İZMİR'DE GÖREV YAPAN ÇOCUK HEMŞİRELERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ"

Tezime ilişkin 08/01/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 29'dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
08.01.2020

Adı Soyadı : Nuran ÖNCAN
Öğrenci No : 151365001
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı


DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.

Dr.Öğr.Üyesi Nesrin ŞEN CELASİN

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>