



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
TIBBİ HATA EĞİLİMİ İLE TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Gamze GÜNDOĞDU**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018



T.C.  
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
TIBBİ HATA EĞİLİMİ İLE TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Gamze GÜNDOĞDU**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

**T.C.**  
**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ile  
Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Gamze GÜNDOĞDU

Yüksek Lisans Tezi

22.05.2018

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI

Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için  
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

22/05 /2018

Gamze GÜNDOĞDU



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen, değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI'ya,

Değerli katkılarında dolayı Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI ve Dr. Öğr. Üyesi Sevcan AVCI IŞIK'a

Tez araŐtırmam için gerekli izin ve desteği veren Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine ve hemşire arkadaşlarıma,

Desteklerini her zaman yanımda hissettiren canım aileme, tüm zorlukları benimle göğsleyen sabırlı ve anlayıŐlı eŐime,

Emeği geçen herkese içtenlikle teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Tıbbi Hata Tanımı ve Önemi .....	4
2.2. Tıbbi Hata Nedenleri.....	6
2.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması .....	7
2.4. Tıbbi Hataların Raporlanması .....	12
2.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar .....	13
2.6. Tükenmişlik Kavramının Tanımı ve Önemi .....	14
2.7. Tükenmişliğin Etkileri.....	16
2.7.1. Birey Üzerinde Etkileri.....	16
2.7.2. Çalışma Hayatı Üzerindeki Etkileri.....	17
2.7.3. Aile Hayatı Üzerindeki Etkileri.....	17
2.8. Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme Yöntemleri .....	18

2.8.1. Örgütsel Yöntemler .....	18
2.8.2. Bireysel Yöntemler.....	19
2.9. Hemşirelik ve Tükenmişlik .....	19
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	21
3.2. Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri .....	21
3.2.1. Bağımlı Değişkenler .....	21
3.2.2. Bağımsız Değişkenler.....	21
3.3. Verilerin Toplanması.....	22
3.3.1. Veri Toplama Formu .....	22
3.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ).....	22
3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) .....	23
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	24
3.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	24
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>25</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
6.1. Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler.....	46
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>68</b>
EK-1. Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu .....	68

EK-2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği .....	70
EK-3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni.....	72
EK-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	73
EK-5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanım İzni.....	74
EK-6. Etik Kurul Onay Formu .....	75
EK-7. Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği İzin Yazısı .....	76
EK-8. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı ...	77
EK-9. Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı.....	78
EK-10. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı .....	79
EK-11. Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı.....	80
EK-12. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	81
EK-13. Özgeçmiş .....	82

## ÖZET

### **Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Hemşireler, sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin arttırılmasında ve hastanın yerine getiremediği günlük ihtiyaçlarının karşılanmasında doğrudan görevli olan sağlık profesyonelleridir.

Bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, 11.11.2015-20.09.2016 tarihleri arasında Ankara ilindeki 3 eğitim araştırma hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan 338 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmada Veri Toplama Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılmıştır. Sorular araştırmacılara birebir görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %82,20'sinin daha önce tıbbi hata kavramını duyduğu, %80,9'unun tıbbi hata ile ilgili bir eğitim aldığı ve %55,0'inin de tıbbi hataların önlenabilir olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutuna ilişkin aldıkları en yüksek puan ilaç ve transfüzyon uygulamaları ( $4,47 \pm 0,538$ ), en düşük puan ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği ( $3,99 \pm 0,686$ ) konularında olduğu görülmüştür. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları bakımından cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Duygusal tükenme ile tıbbi hata eğilimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ( $p > 0,05$ ), duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma ile tıbbi hata eğilimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Sonuç olarak, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile tükenmişlik düzeyleri arasında kısmen bir ilişki olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi Hemşireliği, Tıbbi Hata, Tükenmişlik Sendromu

## ABSTRACT

### Examining the Correlation Between Medical Error Tendencies and Burnout Levels of the Nurses Working at Surgical Clinics

Nurses are healthcare professionals who are directly in charge of protection and promotion of health, improve the quality of life and meet the daily needs of the patients that they can not carry out by themselves.

This study was conducted with the methods of descriptive and cross-sectional research on the purpose of examining the correlation between medical error tendencies and burnout levels of the nurses working at surgical clinics. A total of 338 nurses working at surgical clinics of three main training and research hospitals situated in Ankara attended to the research conducted between the dates of November 11, 2015 to September 20, 2016. The Maslach Burnout Inventory Manual, Malpractice Trend Scale in Nursing and questionnaire were benefited during the research. Questions were asked to the participants by using the method of face-to-face.

It has been detected that 82,20 percent of the nurses attending the study have heard about the concept of medical error before, 80,9 percent of those have attended a training about medical error and 55,0 percent of those think that medical errors are preventable. The highest scores of nurses are applications of medication and transfusion ( $4,47 \pm 0,538$ ), while their lowest scores are on the topics of following-up of patients and material safety ( $3,99 \pm 0,686$ ) according to the subdimensions of malpractice trend scale in nursing. According to the subdimension scores of the Maslach Burnout Inventory, there aren't any statistically significant findings on the topics of sex, marital status, childbearing or sickness ( $p > 0,05$ ). Although there isn't any statistically significant correlation between the subdimensions of emotional exhaustion and medical error tendencies ( $p > 0,05$ ), a statistically significant correlation detected between the subdimensions of desensitisation and decrease in personal success with medical error tendencies ( $p < 0,05$ ).

As a result, a partial association has been observed between medical error tendencies and burnout levels of the nurses working at surgical clinics.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Medical Error, Surgical Nursing

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

JCAHO	: Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu)
IOM	: Institute of Medicine (Tıp Enstitüsü)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
ABD	: Amerikan Birleşik Devletleri
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Derneği)
WHO	: Word Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
NCCMERP	: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi)
TCK	: Türk Ceza Kanunu
NPDB	: National Practitioner Data Bank (Ulusal Uygulayıcı Veri Bankası)
HTHEÖ	: Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. İsviçre Peynir Modeli. ....	5
--	---



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Tıbbi hataların ana nedenleri.....	6
<b>Tablo 3.1.</b> HTHEÖ alt boyutlarının güvenilirliklerinin incelenmesi .....	23
<b>Tablo 3.2.</b> MTÖ alt boyutlarının güvenilirliklerinin incelenmesi. ....	23
<b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımı.....	25
<b>Tablo 4.2.</b> Hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili görüşlerinin dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.3.</b> Hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ile ilgili görüşlerin dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.4.</b> Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı. ....	29
<b>Tablo 4.5.</b> Hemşirelerin bazı sosyo demografik özellikleri ile Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 4.6.</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı. ....	33
<b>Tablo 4.7.</b> Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.8.</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ile Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi. ....	37

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Dünyada tıbbi uygulama hataları etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle ele alınmakta ve alınması gereken önlemler üzerinde tartışılmaktadır (1). Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations- JCAHO) tıbbi hata kavramını, hemşirelik girişimlerinin yetersiz ve ihmalkar davranılması, sağlık profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması sonucunda bireylerin bundan olumsuz etkilenmesi olarak tanımlamaktadır (2).

Sağlık çalışanları, hastalarının genel durumunu iyileştirmek veya sürdürebilmek için gerekli uygulamaları yaparken güncel bilimsel kurallara uymalı ve yürürlükteki yasal düzenlemeleri bilerek ona göre hastaya uygun tedavi ve bakımı uygulamalıdır (3). Aksi takdirde hastalara yanlış ya da eksik bir girişim yapılabilmektedir. Bunun sonucunda, birçok kişi tıbbi hatalardan olumsuz yönde etkilenmektedir (4, 5). Tıp enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), 1999 yılında yayınladığı raporda Amerika Birleşik Devletlerin (ABD)'de her yıl 44 000-98 000 kişi tıbbi hata nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmekte ve hastalıklara bağlı ölüm nedenleri içerisinde tıbbi hatalar beşinci sırada yer almaktadır (6, 7). Gallagher ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada, ABD'de her gün ortalama 100 hastanın tıbbi hatalar nedeni ile öldüğü bildirilmiştir (8). Osmon ve arkadaşları da (2004) yoğun bakımda hasta başına günlük 1.7 hata yapıldığını ve bunların da %29'unun ciddi yaralanmalara hatta ölümlere bile neden olduğunu çalışmalarında belirtmişlerdir (9). Almanya'da ise ortalama 100 000 kişi tıbbi hatalardan etkilenmektedir (10). Ülkemizde tıbbi hata uygulama oranları, hata bildirim sistemindeki eksiklikler nedeniyle tam olarak bilinmemektedir (11, 12). Ertem ve arkadaşlarının (2009) "Hatalı Tıbbi Uygulamalar ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme" adlı çalışmasında 172 habere ulaşılmıştır ve doktorların %65.2'si, hemşirelerin ise %12.2'sinin tıbbi hata yaptığı saptanmış ve hatanın uygulandığı klinikler arasında %43.6'lık oranla ameliyathane bölümünde yapıldığı görülmüştür (13). Kachalia ve

arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, tıbbi hataların en çok (%58) cerrahi hatalardan kaynaklandığını belirlemişlerdir (14). Can ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise 30 olgu dosyası geriye dönük olarak incelenmiş ve kliniklere göre tıbbi hata uygulanma oranına bakıldığında genel cerrahi alanıyla ilgili daha fazla olduğu gözlenmiştir (3).

Hemşireler, hasta bakımında doğrudan görev alan ve hastalar ile daha uzun zaman geçiren sağlık profesyonelleri oldukları için yapılabilecek yanlış uygulamalar, hastanın hayatını riske atmakta veya istenmeyen durumlar yaratabilmektedir. Sadece hatalı uygulamalar değil aynı zamanda hasta güvenliğini tehlikeye sokabilecek hemşirelik uygulamaları, bakım standartlarına uymama, iletişim eksikliğinden kaynaklı hatalar, ilaç ve transfüzyon uygulama hataları, hastanın yetersiz izlenmesi ve uygun olmayan ya da yanlış malzemenin kullanımından kaynaklı hatalar nedeniyle de hastalar zarar görebilmektedir (15, 16, 17). Tüm bu hatalı uygulamaların getirdiği sıkıntıların yanı sıra çalışma saatlerinin uzun olması, vardiya sistemi ile çalışmak, personel eksikliği, çalışma şartlarının ağır olması, eğitim düzeyinin yetersiz olması gibi etkenler de eklenince sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin tükenmişlik yaşaması kaçınılmaz olabilmektedir. Yaşanılan bu tükenmişlik duygusu da tıbbi hata yapma olasılığını arttırdığı düşünülmektedir (18, 19). Tükenmişlikle ilgili çalışmalar 1992 yılında Maslach ile başlamıştır. Maslach tükenmişlik kavramını, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç grupta tanımlamaktadır (20). Dizer ve arkadaşları (2008) tükenmişliği, iş yaşamındaki strese bağlı fiziksel ve duygusal olarak bireyin gergin bir ruh hali olarak tanımlamaktadır (21).

Hemşireler, insan odaklı çalıştıkları ve hastalar ile en çok vakit geçiren sağlık profesyonelleri oldukları için, tükenmişliği yoğun yaşayan meslek gruplarından bir tanesidir. Bu durumun da duygusal, zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (22). Ergin tarafından 1996'da yapılan çalışmada, sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin tükenmişlik yönünden en riskli grup olduğu belirlenmiştir (23). Özkan (2008) yaptığı çalışmada, hemşirelerin duygusal tükenmişlik düzeylerinin çalıştıkları servis ile ilgili olduğunu ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin diğer servislerde çalışan hemşirelere oranla tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (24).

Hemşireler, hastalara tıbbi zarar vermemek amacıyla hasta güvenliğini tehlikeye sokan uygulamalara karşı dikkatli olmalı ve hastaları bütüncül olarak değerlendirmelidir. Ayrıca kendilerini oluşabilecek yasal sorunlara karşı koruyabilmesi için tıbbi hata risklerini arttıran durumları bilmeli ve bununla ilgili önlemleri almalıdır (15, 25, 26). Cerrahi klinikler girişimsel işlemlerin sık yapıldığı, iş yükünün yoğun olduğu, diğer birimlere göre daha karmaşık hastalıkların var olduğu yerlerdir. Bu nedenle komplikasyonlarda daha sık yaşanabilmektedir. Cerrahi servislerde çalışan hemşireler stres altında çalıştıkları için tıbbi hata eğilimleri de artmaktadır (11, 27). Tıbbi hata yapma eğilimini arttıran birçok faktör bulunmaktadır. Bu nedenlerinden birisi de tükenmişlik duygusudur (25). Ülkemizde hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili farklı sayıda çalışmalar bulunmaktadır. Ancak tıbbi hata oranlarının fazla görüldüğü cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu bağlamda çalışma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

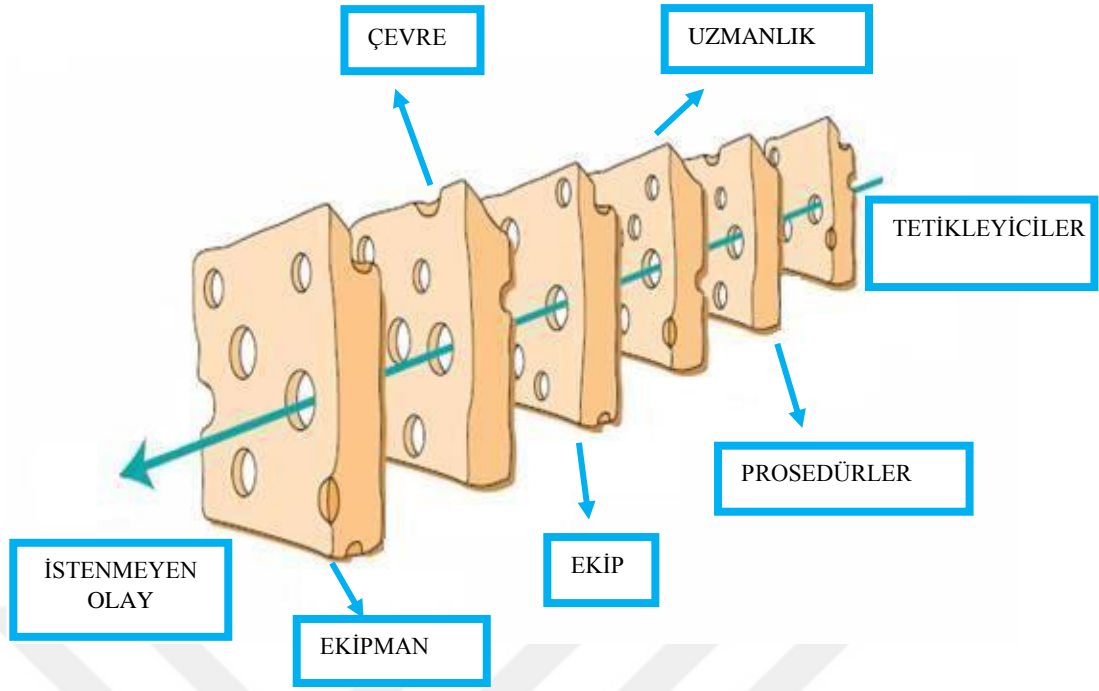
1. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin, sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tıbbi Hata Tanımı ve Önemi

Tıbbi hata (malpraktis); “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü veya hatalı uygulama” olarak bilinmektedir (28, 29, 30). Türk Dil Kurumuna göre, özen göstermeksizin veya yanlış uygulanan tedavi sonrasında oluşan, görevi kötüye kullanma anlamına gelen hukuki bir kavram olduğu görülmektedir (31). JCAHO’da hemşirelik girişimlerinin yetersiz ve ihmalkar davranılması, sağlık çalışanının uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması sonucunda bireylerin bundan olumsuz etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır (2). Ayrıca JCAHO, tıbbi hatalarda “vahim olay” kavramını kullanmaktadır. Vahim olay, hastaya veya hastanın tanısına bağlı olmadan gerçekleşen ölüm ve geri dönüşümü olmayan fonksiyon kayıpları olarak tanımlanmaktadır (32).

Reason hata oluşumunu insan yaklaşımı ve sistem yaklaşımı olarak iki kategoriye ayırmıştır. Sistem yaklaşımını da doğrudan (aktif) eksikler ve doğrudan gözlenmeyen (latent) eksikler olarak ikiye ayırarak bunu “İsviçre Peynir Modeli” ile açıklamaktadır. Doğrudan eksikler, sağlık personelinin (doktor, hemşire, teknisyen ve eczacı vb.) yapmış olduğu uygulamalarda görülmektedir. Doktorun yanlış bir organı ameliyat etmesi, hemşirenin ilacı yanlış uygulaması, eczacının ilacı yanlış vermesi doğrudan şartlara örnek olarak verilebilir. Doğrudan gözlenmeyen (latent) eksikler ise, sistem içerisindeki sorunlardan kaynaklanır ve hata yapan kişilerin kontrolü dışında gerçekleşir. Kan şekeri ölçüm cihazının yanlış sonuç vermesi, zaman baskısı, personel sayısının eksikliği, birbirine görünüş olarak benzer ilaçların ayrılmaması, prosedürlerin yeterli olmaması gibi sorunlar verilebilir (32, 33).



**Şekil 2.1.** İsviçre Peynir Modeli (33).

Modelde, sistem içerisinde hata oluşumunu önlemek amacıyla birçok boşluk bulunmaktadır. Tüm boşluklar alt alta aynı şekilde hizalanmış ise hatalı bir durum söz konusudur. Boşluklar ne kadar küçükse ve delikler ne kadar çok ise hataların engellenmesi de kolaylaşmaktadır (33, 34, 35).

Son yıllarda basın yayın organları, tıbbi hata uygulamalarını gündeme daha çok getirerek toplumun konuya olan dikkatini arttırmış ve hastaların verilen sağlık hizmetini daha çok sorgulamasına neden olmuştur. Bu sorgulama ile birlikte hasta ve yakınlarının, tıbbi hataları fark etme ve bu hataları bildirme oranları yıllar içinde giderek artmıştır. Ertem ve arkadaşları 2000-2007 yılları arasında tıbbi hataların şikayet edilmesi ile ilgili 172 gazete haberini incelemişler ve yıllara göre dağılımına bakmışlardır. 2000 yılında %1.2, 2004 yılında %17.4 ve 2007 yılında ise %30.8 haber yapıldığını tespit etmişlerdir (13).

Tıbbi hata sonucunda bakım maliyeti artmakta, hastanede kalış süresi uzamakta, bakım kalitesi düşmekte, hata yapan kişide ise performans düşüklüğü, suçluluk ve tükenmişlik duygusu yaşanmaktadır (4). Sorunun çözümü için hataların zamanında tespit edilmesi ve nedenlerinin ortaya konulması önemlidir. Bu da raporlama sistemi ile mümkündür. Raporlama sisteminde kişilerin isimleri gizli

tutulmalı ve cezalandırma sistemi olmadan, kişilerin hata bildirimine teşvik edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda zorunlu hata bildirimini yerine gönüllü bildirimler yapılarak hataların tekrarlanması engellenmeli ve başkaları tarafından gerçekleştirilmesi de önlenmelidir (36).

## 2.2. Tıbbi Hata Nedenleri

Tıbbi hatalar spesifik olarak incelendiğinde birçok faktörün etkisiyle oluştuğu görülmektedir. Tıbbi uygulama hataları genellikle; insan, kurumsal ve teknik faktörlerden kaynaklı olarak gelişmektedir (Tablo 2.1.) (25, 37-42).

**Tablo 2.1.** Tıbbi hataların ana nedenleri.

İnsan Faktörü	Kurumsal Faktörler	Teknik Faktörler
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Yorgunluk</li><li>✓ Stres</li><li>✓ Dikkatsizlik</li><li>✓ Eğitim yetersizliği</li><li>✓ İletişim sorunları</li><li>✓ Zamansızlık</li><li>✓ Yanlış karar alma</li><li>✓ İhmal</li><li>✓ Gürültülü çalışma ortamı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ İş yeri yapısı</li><li>✓ Politikalar</li><li>✓ İdari yapı</li><li>✓ Liderlik</li><li>✓ Personelin kurum içi yanlış görevlendirilmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Yetersiz otomasyon</li><li>✓ Yetersiz cihazlar</li><li>✓ Eksik cihazlar</li></ul>

Tablo 2.1.'de belirtilen nedenlerin yanı sıra hemşireliğin; yoğun iş yüküne sahip bir meslek olması, yoğun bakım gereksinimi olan ve genel durumu kötü hastalarla çalışması, vardiya sistemi, uzun çalışma saatlerinin olması, rol belirsizliği, personel eksikliği gibi birçok etken de tıbbi hata yapma olasılığını arttırmaktadır (4, 5, 40, 43). Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirelerden kaynaklanan hatalarının genellikle hemşire sayısının yetersizliği, stres, yorgunluk, çalışma ortamlarındaki fiziki yetersizlikler gibi durumlarla ilişkili olduğunu belirtmiş ve bu da IOM tarafından onaylanmıştır (44). Aştı ve Kıvanç (2003)'ün çalışmasında hemşirelerin tıbbi hata

yapma nedenleri arasında çalışma saatlerinin fazlalığını (%23,3), hemşire sayısının yetersizliği (%16) ve iş yorgunluğunu neden olarak gösterdiklerini saptamışlardır (45). Gündoğdu ve arkadaşları (2011) kalp damar cerrahisinde yatan hastaların tıbbi hatalarla ilgili görüşlerini incelemiştir. Hastaların çoğunluğu (%87,9), sağlık personelinin uzun çalışma saatlerinden kaynaklanan yorgunluk ve stresin hatalara neden olduğunu belirtmişlerdir (46). Günlük çalışma saati 12,5 veya daha fazla olan sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranının %6'ya çıktığını tespit etmişlerdir (47).

Tıbbi hata oluşumunun engellenmesi ya da en aza indirilmesinde ilk adım hataya yol açabilen faktörlerin bilinmesidir (34, 48-51). Sağlık hizmetlerinin sunulduğu her aşamada ilaç, cerrahi, tanı koyma ve sistem yetersizliği, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları gibi konularda hatalar görülebilmektedir (52). Hata kaynakları dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamak olarak beş katogoride tanımlanmıştır (53). Yapılan çalışmalarda tıbbi uygulama hatalarının yarısından fazlasının (%75,5) çoklu sistem nedeniyle oluştuğunu ve kişilere bu durumun yansıtılmaması gerektiğini göstermektedir (54). Bodur ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da tıbbi uygulama hataları karşısında hem kurumun hem de bireylerin sorumlu olabilecekleri görülmüştür (55).

Tıbbi hataların zamanında fark edilip önlenemediği durumlar sağlık harcamalarında artışa, iş gücü kaybına ve hatta ölüme kadar gidebilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Bunun sonucunda da yatış sürecinde uzama, morbidite ve mortalitede artma gibi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (52).

### **2.3. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması**

Tıbbi hatalar iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar, hastane enfeksiyonları, ilaç ve transfüzyon uygulama hataları, hastanın yetersiz izlenmesinden ve uygun olmayan/yanlış malzeme uygulanmasından kaynaklı hatalar ve hasta düşmeleri olarak beş grupta sınıflandırılmaktadır (56).

#### **İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar**

İletişim, kişiler arasındaki fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyetlerin ve gereksinimlerin karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir (57). Bireyler kişilerarası

etkileşimlerini iletişim kurarak gerçekleştirdikleri için her yaş ve her sosyo-ekonomik düzeydeki kişiler ile iletişim içerisindedirler. Hemşirenin, hastayı ve problemlerini tanımlaması, bakım ihtiyaçlarını belirlemesi ve uygulaması, psikososyal yönden rahatlatması, tedavisi hakkında bilgi vermesi ve sağlık eğitimini tamamlaması için iletişim becerisinin yüksek olması gereklidir (30, 58, 59, 60).

Hastalar, hastane ortamında aile bireylerinden ve sosyal çevrelerinden uzak kalmaları, rol değişimleri, mali kaygılar, günlük aktivitelerini yerine getirmekteki zorluklar ve sevdiklerini kaybetme duygusu nedeniyle çoğu zaman izolasyon duygusu yaşayabilmektedirler. Bu nedenle etkili bir iletişim kurulması tedavi ve bakımın kalitesini arttırmaktadır. Efil ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada bilinci açık ya da kapalı her hasta için işlem öncesi açıklama yapıldığında anksiyetenin azaldığı ve hastaların daha uyumlu hale geldiği görülmüştür (61).

Hemşirelerin kendi sağlık ekibiyle ya da hastalar ile aralarında iletişim sorunu olması tıbbi hata oluşumu için zemin hazırlamaktadır (43, 62, 63). Bu nedenle hem ekip içerisinde hem de ekipler arasında iletişimin iyi olması ile sunulan hizmeti daha kaliteli yapmakta ve bu da hasta güvenliğini ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır (32, 64). IOM'un raporunda; iletişimin sağlık ekibi içerisinde güçlü olması, hasta güvenliği ve bilgi akışının iletilmesinde ana nedenlerden biri olduğunu ve etkisiz iletişimin tıbbi hata oluşumunda etken olduğunu belirtmiştir (65). 2009 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada etkisiz iletişimin tıbbi hata yapma eğilimini %60-80 oranında etkilediği görülmüştür (66).

#### Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar

Sağlık Hizmeti ilişkili enfeksiyon, hastaların hastaneye başvuru sırasında inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye başvurduktan sonra enfeksiyon etmenine veya tetkiklere bağlı olarak ortaya çıkan lokal veya sistemik bir durumdur (67). Bireylerin hastaneye geldikten sonra veya eve taburcu olduktan on gün sonra ortaya çıkan enfeksiyonlara denilmektedir (64, 68, 69).

World Health Organization (WHO) yayınladığı (2005) raporda her yıl 190 milyondan fazla insanın çeşitli sebeplerle hastaneye yattığını ve bu kişilerin kalış süreci boyunca % 5'inde enfeksiyon geliştiğini bildirmiştir. Bunun sonucunda hem hastanın hem de sağlık personelinin sağlığı olumsuz yönde etkilenerek, hastanede kalış

sürecini, tedavinin maliyetini ve işgücü kaybını arttırdığı görülmektedir (34, 70-73). Yoğun bakım ve yanık üniteleri gibi enfeksiyonun daha kolay bulaşabileceği ortamlar da bu oranın % 20-40 oranında olduğu ortaya konmuştur (32). Özçetin ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada, hasta sayısının artması ile hastanede kalış sürecinin uzadığı ve enfeksiyonların da arttığı belirtilmiştir (74).

Hastane enfeksiyonlarını azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarında “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” kurulmasını zorunlu hale getirmiş ve her türlü girişimsel işlemlerde, hastanın tedavisinde ve bakımında dikkat edilmesi gereken kuraları belirtmiştir (75).

#### İlaç ve Transfüzyon Uygulama Hataları

İlaç uygulamaları hemşirelerin sorumluluğundadır ve bu süreç, doktorun order vermesi ile başlayıp ilacın uygulandıktan sonra etkisinin izlenmesi ile bitmektedir. Basamaklardan herhangi birinde bir hata olması hasta güvenliğini ciddi boyutlarda etkilemektedir (63). Ulusal İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP) ilaç uygulama hatalarını, hastanın tedavisi için gerekli olan ilacı sağlık profesyoneli, kendisi veya üretici firmanın etkisi dışında hastanın zarar görmesi olarak tanımlamıştır. NCCMERP ilaç ve transfüzyon uygulama hatalarının engellenebileceğini düşünmektedir (30, 70, 76, 77). Hemşirelerin sorumlulukları arasında istemde ilacın yazıldığı gibi uygulanması bulunmayıp, ilaçların endikasyonu, kontrendikasyonu, komplikasyonu gibi farmakolojik bilgileri bilmesi ve ilacı uyguladıktan sonrada yaptığı girişimlerin sonucunu üstlenebilmesi gerekmektedir (62, 77, 78, 79). Ayrıca doğru ilaç uygulama ilkelerine bağlı kalınmalı ve ilgili rehberleri takip etmelidir (17, 43, 80). Aksi takdirde bu süreçte yapılan hatalar, hastanın yanlış tedavi almasına hatta ölümüne kadar giden ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (81). Çırpı ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada hemşirelik uygulamaları arasında en sık (%57) ilaç uygulama hatalarının yapıldığını belirtmişlerdir (4). Cheragi ve arkadaşları (2013) yaptığı çalışmada tıbbi hataların yaklaşık 1/3'ünün ilaç hataları nedeniyle gerçekleştiğini; Barker ve arkadaşları da (2002) ABD'de 36 hastanede yaptıkları çalışma sonucunda ilaç uygulama hatalarında en çok ilacın yanlış zamanda uygulanması (%43) olduğunu saptamışlardır (82, 83).

Yasal olmayan isteme göre ilaç verilmesi, sözlü veya yazılı hekim istemi olmaması, ilaçların okunuş ve benzerliği, ilaç dozunun doğru hesaplanmaması, son kullanım tarihine dikkat edilmemesi ve ilaç uygulamasının unutulması sonucunda hastaya zarar verebilecek hatalar ortaya çıkmaktadır (33, 37, 62, 77, 83, 84). İlaç uygulama hataları en çok istemin verilmesi sırasında görülmektedir (85). Ayrıca hata yapılmasında genellikle uykusuzluk, tedbirsizlik, yorgunluk, konsantre olamama ve dikkatsizlik gibi etmenler önemli rol oynamaktadır. Uçar ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, 12 ilaç uygulama hatası olduğunu ve bunların % 25'inin gündüz, %75'inin ise gece vardiyasında yapıldığı görülmüştür (86). Ayrıca hemşireler, istenmeyen nedenlerden dolayı ilaç uygulama hatası yaptıklarında özgüven azalması, cezalandırma, işten çıkarılma ve dava açılma korkusu olduğu görülmüş ve bu nedenlerden dolayı raporlama sistemini kullanmaktan kaçınmakta olduklarını saptamışlardır (45).

#### Hastanın Yetersiz İzlenmesinden ve Uygun Olmayan/ Yanlış Malzeme Uygulanmasından Kaynaklı Hatalar

Hastaların yetersiz izlenmesi ve uygun olmayan malzeme kullanılması da yanlış ilaç uygulamaları kadar sık karşılaşılan bir sorundur. Hastaların, karşılaşacakları yetersiz ya da uygun olmayan izleme bağlı hataları önlemek amacıyla doktor istemi net olarak belirtilmeli, hasta izleminin sıklığı açık bir şekilde gösterilmeli ve hastaya ait tüm girişimlerin ve sonuçlarının kaydedilmesi gereklidir (62, 64).

Tanı ve tedavi hatalarına neden olabilecek başka bir faktör ise tıbbi cihazların uygun yerde kullanılmaması sonucu gerçekleşir. Hastaya yönelik herhangi bir işlemde bulunulmadan önce malzemelerin kontrol edilmesi gerekli ve çalışmasına yönelik herhangi bir şüphe duyulduğu zaman kullanılmamalıdır. Ayrıca bu malzemeler, belirli aralıklarla alanında uzman kişiler tarafından bakımları da yapılmalıdır. Düzgün çalışmayan cihazlar, örneğin elektrokardiyografi, defibrilatör, elektronik ventilatör vb. cihazlar hastalarda yanıklara neden olabilmekte ya da kullanılan malzemelerin yanlış sonuç vermesi sağlık profesyonellerini yanıltarak hasta güvenliğini tehdit edebilmektedir (62). Bunun gibi hataları önleyebilmek için tüm cihazların zamanında kalibrasyonların yapılması, uygun malzeme seçimi ve çalışan personelin hangi tür hatalara karşı eğilimli olduğunun saptanması önemlidir (30, 64).

## Hasta Düşmeleri

Düşme, hastanın herhangi bir zorlayıcı kuvvet, senkop ya da inme olmadan, dikkatsizlik sonucu bulunduğu seviyeden aşağıya bir seviyeye gelmesi olarak tanımlanmaktadır (87, 88, 89). Düşme riskini arttıran faktörler arasında hastane ortamına yabancı olmak, hastanın sedatif, antidepresan, nöroepileptik, benzodiazepin gibi ilaç kullanımı ve kronik hastalıklar bulunmaktadır. Düşme sonrası hastalarda yaralanmalar oluşabilmekte ve bu durumda hemşireler sıklıkla dava edilebilmektedir (33, 62, 88,90). Duman ve Kitiş (2013), çalışmasında hemşirelerin %58'inin düşme nedenini hastanın bilinç durumu olarak saptamışlardır (91). Çeçen ve Özbayır'ın (2011) çalışmasında cerrahi kliniklerde bulunan hastalarda düşme nedenleri arasında en çok (%71,1) yatağın yüksek pozisyonda olması ve odanın dağınık olması (%59,5) bulunmuştur (87). ABD'de her yıl yaklaşık 1 milyondan fazla hastanın düştüğü ve düşme sonucunda yaralanmalar, hastanede kalış sürecinde uzama ve maliyette artış olduğu görülmektedir (92). Heinze ve arkadaşları (2006) düşme olayının tamamen önlenemeyeceğini ancak çeşitli önlemlerle en aza indirilebileceğini belirtmişlerdir (93).

### *Hastanın düşmesini önlemek için alınabilecek önlemler arasında;*

- ✓ Hemşirenin, hastaya bulunduğu ortamı tanıtmaması, ayakta durabilmesini değerlendirmesi ve yataktan ilk kez kalkışlarda destek olması,
- ✓ Aydınlatma sisteminin yeterli olması,
- ✓ Yatakların, sedyelerin, tekerlekli sandalyelerin ayaklarının kilitlenebilir olması,
- ✓ Zeminin kaymayı önleyici malzemelerden yapılmış olması ve gerekli uyarı sisteminin konulması,
- ✓ Hasta odasının düzenli olması ve kullanılan araç gereçlerin sabitlenmiş olması,
- ✓ Hasta ve yakınlarını düşme olmadan bilgilendirilmesi yer almaktadır (30, 62, 64).

Bunların yanı sıra, serviste yatan yüksek riskli hastaları saptamak, düşme değerlendirme ölçeklerinin kullanmak, bütün hastaları düşme riski yönünden değerlendirmek, kurumun belirlediği prosedürlere uymak hemşirelerin sorumlulukları

arasındadır. Ancak bütün önlemlere rağmen istenmeyen düşme olayları görüldüğü zaman gerekli kayıtların ve raporlama sisteminin yapılması önemlidir (89, 94, 95).

#### **2.4. Tıbbi Hataların Raporlanması**

Sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları suçlar “kasıtlı” ve “taksirli” olarak ikiye ayrılmaktadır (37, 43). Kasıtlı suçlar, bireyin olay hakkında önceden tahminde bulunmasına olanak vermektedir. Ancak taksirli suçta tedbirsizlik, acemilik ve prosedürlere uymamaya bağlı yaralanma ya da ölüm olabilmekte ve burada kişi gerekli önlemleri almamaktadır. Tıbbi uygulama hataları, Türk Ceza Kanunu’na (TCK) göre taksirli suç kapsamında yer almaktadır. Sağlık profesyonelleri, bazen hastanın bakım ve tedavisini uygularken izin verilen risk kapsamında istenmedik olaylar ile karşılaşabilmektedirler. Bu durum ise “komplikasyon” olarak tanımlanmaktadır (43, 96, 97, 98).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların azaltılması için, sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları istenmeyen olayları raporlaması gerekmektedir (33, 51, 54, 99, 100). Raporlama sistemi tüm kuruluşlarda farklılık göstermekle birlikte, spontan raporlama yöntemi, isimsiz kişisel raporlar, tıbbi kayıt kontrolleri ve gözlemler en yaygın kullanılan yöntemler arasındadır (32).

Tıbbi hataların büyük çoğunluğu önlenemez hatalar olduğu için bunların zamanında saptanması ve ortaya çıkartılması önemlidir. Bu süreçte hata, hastaya ulaşmadan engellenmelidir. Bu da ancak raporlama sistemi ile mümkündür (33, 101). Sağlık çalışanları herhangi bir tıbbi uygulama hatası ile karşılaştığında, hatanın sicile işlenmesi, dışlanma, cezalandırılma gibi kaygılar taşıması nedeniyle hatayı rapor etmekten kaçınmaktadırlar (54). Sağlık profesyonellerinin, hata yaptıklarında cezalandırılmaması, raporlama sisteminin ve hasta güvenliğinin artmasına neden olacaktır. Böyle bir yaklaşımda, sağlık çalışanları sadece kendi hatalarını değil aynı zamanda arkadaşlarının yaptığı hatalı uygulamaları da raporlamak isteyecekler ve bu nedenle hataların tekrarlanması önlenmiş olacaktır (32, 101, 102).

National Practitioner Data Bank ( NPDB) yayınladığı raporda; ABD’de 16 339 hemşirenin tıbbi hata raporladığını bildirmiştir (103). Ülkemizde ise tıbbi hataların raporlanmasında etkili ve güvenilir bir sistem henüz bulunmamaktadır. Çakır ve

Tütüncü'nün (2009) yaptığı araştırmada çalışanların % 81,5'inin, Vural ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise katılımcıların % 71,3'ünün olayları raporlamadığı görülmüştür (54, 104). Başka bir çalışmada ise Altındış (2010), sağlık çalışanlarının %24'ünün hastanelerde olay raporlama sisteminin varlığını bilmediğini saptamıştır (100).

## 2.5. Hemşirelik ve Tıbbi Hatalar

Hemşireler, sağlık sisteminin her aşamasında doğrudan hastaya bakım verdikleri için, sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, hekimin order ettiği uygulamaları yapmasında ve hastanın yerine getiremediği günlük ihtiyaçların karşılanmasında birçok sorumluluğu bulunmaktadır (105). Bu sorumlulukları yerine getirirken, oluşabilecek tıbbi hataların en aza indirilmesi ya da oluşmasının engellenmesinde International Council of Nurses (ICN) hemşirenin sorumluluklarını (2006);

- Hasta ve yakınlarını oluşabilecek riskler hakkında bilgilendirmek,
- İlgili mercilere istenmeyen olayları bildirmek,
- Bakımın kalitesini ve güvenliğini değerlendirmek için aktif görev almak,
- Hastalar ve diğer sağlık çalışanları ile iletişimi güçlendirilmek,
- Sağlık personelinin istihdamı için çalışmalar yapmak,
- Hasta güvenliğini arttıran önlemleri desteklemek,
- Enfeksiyon kontrol programlarına teşvik etmek,
- Hataları en aza indirmek için gerekli olan politika ve protokolleri standart hale getirmek için çalışmak,
- İstenmeyen olayları öğrenmek, kaydetmek ve analiz etmek için ulusal raporlama sistemi ile işbirliği içerisinde olması olarak belirtmiştir (106).

Tüm bu önlemlere rağmen hemşireler, bazı istenmeyen olaylar ile karşılaşabilmektedirler. Hem kurumu hem de hemşireleri olumsuz yönde etkileyen bu durumların, kalite birimine ve risk yönetimi birimine rapor edilmesi önem taşımaktadır. Raporlama sürecinin etkili bir şekilde gerçekleşmesi için hemşirelerin;

- Oluşan hatayı anlaması,
- Hatayı bildirmesi gerektiğine inanması,
- Hatayı kendi işlediğine dair inancı,

- Yönetimin vereceği cezanın üstesinden gelebileceğine dair isteğinin olması gerekmektedir (56).

Hemşirelerin iş gereği stresli ortamlarda çalışmaları, çalışma saatlerinin uzun olması, nöbet usulü çalışma, personel eksikliği vb. durumların tıbbi hata eğilimini arttırdığı bilinmektedir (107). Cerrahi klinikler de girişimsel işlemlerin sık yapıldığı, iş yükünün yoğun olduğu, diğer birimlere göre daha karmaşık hastalıkların var olduğu yerlerdir. Bu nedenle komplikasyonlarda daha sık yaşanabilmektedir. Cerrahi servislerde çalışan hemşireler stres altında çalıştıkları için tıbbi hata eğilimleri de artmaktadır (11, 27). Bunun yanında hemşirelerin başarılı olabilmek için daha fazla çalışmaları ve sınırlarının üzerine çıkabilmek istemeleri neticesiyle bazen tükenmişlik duygusu da yaşayabilmektedirler (107).

## **2.6. Tükenmişlik Kavramının Tanımı ve Önemi**

Çalışma ortamının önemli sorunlarından birisi olan tükenmişlik, insanlarla çalışan meslek gruplarında daha sık karşılaşılmakta ve son yıllarda önemli derecede artış göstermektedir. İşverenlerin ve hastaların hızla artan talepleri, çalışma saatlerinin fazlalığı, aşırı iş yükü ve kişilerarası iletişimde sorunlar olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır (108, 109). Freudenberger, tükenmişliği sağlık profesyonellerinin de iş yükünü bağlı olarak ortaya çıkan bitkinlik, yıpranma ve iş bırakma gibi durumlarla bağdaşan bir durum olarak tanımlamıştır (18, 110, 111, 112). En yaygın ve en geçerli olan tanımı ise Maslach yapmıştır. Maslach (1981) tükenmişliği “bireyde fiziksel bitkinlik, yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile oluşan, fiziksel, zihinsel ve psikolojik boyutları olan bir durum” olarak tanımlamıştır (20). Farber’e göre tükenmişlik (1991), iş ortamından kaynaklanan yoğun baskı, aşırı yoğunluk, işten çıkarılma ve aşırı stres sonucu ortaya çıkan kontrolsüz tepkilerdir (113). Tükenmişliğin ortaya çıkmasını sağlayan ana faktör uzun süre strese karşı korumasız kalmaktır. Bunun yanında işyerindeki rol belirsizliği, aşırı iş yükü, motivasyon eksikliği, yöneticiler tarafından destek sisteminin yeterli olmaması, uzun çalışma saatleri ve değişken vardiyalar, gelir durumu ve şiddet içeren olaylarla karşılaşma tükenmişlik oluşumuna neden olmaktadır (18, 19, 114). Bu konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde tükenmişlik belirtilerinin ilk olarak sağlık personelinde ortaya çıktığı görülmektedir. Çalışanlarda uyku problemleri, yeme sorunları, sinirlilik, baş ağrısı, duygusal sorunlar, sigara ve alkol bağımlılığı, işyeri kazaları, hastalık nedeniyle işe

gelmemeye veya işten ayrılma düşüncesi gibi belirtiler görülmektedir (23, 115, 116, 117).

Özellikle hemşirelik iş yükünün yoğun olması, hasta sorumluluğu ve çalışma koşullarının ağır olması gibi nedenlerden dolayı tükenmişlik yönünden risk kategorisi yüksek bir meslektir. Zor şartlar altında çalışmak, iş performansını etkilemekte ve doğrudan sunulan sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir (118-122). Hemşirelik mesleğinin getirdiği koşullar nedeniyle tükenmişlik, yavaş ve sinsi ilerleyen, kronik bir durum olduğu için belirtilerinin görmezlikten gelinmesi durumun ilerlemesine neden olmakta sonucunda kronik yorgunluk, sinirlilik ve iş tatminsizliği görülmektedir (120, 123, 124). Bu nedenle tükenmişlik belirtilerinin iyi bilinmesi ve zamanında önlem alınması önemlidir. Tükenmişlik belirtileri; fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak üç grupta toplanmaktadır (123).

*Fiziksel belirtilerde;* halsizlik ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyku problemi, solunum sıkıntısı, kilo kaybetmek veya şişmanlık, vücutta oluşan ağrılar, mide ve bağırsak hastalıkları, tansiyon yükselmesi, kolesterol ve sık sık hastalanmalar yaşanmaktadır. *Davranışsal belirtilerde* sinirlilik, bireyin işe gitmek istememesi ya da geç gitmesi, iş performansında azalma, eleştirilere karşı duyarlılık ve ani tepki verme, ilaç, alkol ve sigara kullanımında artma, özgüvende azalma, izolasyon, içe kapanma, başarısızlık hissi ve yalnız kalma isteği, konsantrasyonda azalma, çaresizlik duygusu ve kolay ağlama görülmektedir. *Psikolojik belirtilerde* de aile sorunları, uyku düzensizliği, depresyon, psikolojik hastalıklar sık tekrarlanmaktadır (20, 113, 125, 126, 127).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde tükenmişliğe etki eden faktörlerin çok fazla olduğu görülmekle birlikte genellikle bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

*Bireysel faktörler;* yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, aile statüsü, çocuk sayısı, hizmet süresi, kendini işine adanma, empati kurma yeteneği, beklenti düzeyi, A tipi kişilik yapısı, ulaşamayacağı hedefler koyma, bireyin karakteri ile yaptığı işin uyuşmaması, emosyonel denge durumu, kişinin kendindeki değişimi fark edememesi gibi değişkenlerdir.

*Örgütsel faktörler;* iş yükü, uzun çalışma saati, rol belirsizliği, vardiya sistemiyle çalışmak, rol çatışması, kararlara katılmama, personel sayısının yetersiz

olması, sık servis değişimi, yetersiz ücret, ödüllendirmenin ve yükselmenin olmaması, yetersiz araç-gereç, iş güvenliğinin olmaması, bulaşıcı hastalıklara maruziyet, meslektaş desteğinin ve kurumsal desteğin olmaması şeklinde sıralanabilir (127-131).

Bireysel ve örgütsel faktörlerin yanında hemşirelerin, kronik ve ölümcül hastalara bakım verme, sosyal destek sisteminin eksik olması, sosyal aktivitelere katılmama, her şeyi çok fazla ciddiye alma, çalışmanın karşılığını alamama, kendisine, ailesine ve özel yaşantısına gerekli özeni gösterememesi zamanla tükenmişlik yaşamasına neden olabilmektedir (132). Bireysel ve örgütsel faktörler ayrı ayrı ele alınmasına rağmen, Maslach ve Leiter bu kavramı birlikte incelemiş ve çalışma ortamında iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerlerin eksikliği sonucunda tükenmişliğin oluşabileceğini ancak gerekli önlemler alındığında bunun önlenebileceğini belirtmişlerdir (133).

## **2.7. Tükenmişliğin Etkileri**

### **2.7.1. Birey Üzerinde Etkileri**

Tükenmişlik yavaş ve sinsi ilerleyen bir durum olduğu için etkileri ilk başta uzun süre devam etmiyormuş gibi görülebilmektedir. Ancak zaman içerisinde birçok olumsuz sonuç ortaya çıkarmaktadır. Kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte tükenmişlik bireyleri pek çok açıdan etkilemektedir. Sabah erken kalkmakta zorlanmak, güne düşük bir enerjiyle başlamak gibi nedenler çalışma hayatının gergin geçmesine neden olabilmektedir. Zamanla bu durum baş ağrılarının artarak kronikleşmesine ve vücut direncinin azalmasına bağlı grip, soğuk algınlığı gibi hastalıklara yatkınlığının artmasına neden olabilmektedir (123).

Tükenmişlik yaşayan bireyde, işten ayrılma, aile yaşantısında bozulma, hastalara karşı olumsuz davranışlar sergileme, düşük iş tatmini, memnuniyetsizlik, iletişimde zorlanma görülebilmektedir. Birey, bu durumlarla baş edilemediğinde sigara, alkol, sakinleştirici ilaçlar veya uyuşturucu haplara yönlenebilir veya bağımlısı olarak daha büyük bir çıkmaza girebilir (134).

### **2.7.2. Çalışma Hayatı Üzerindeki Etkileri**

Tükenmişlik ilk etapta birey üzerine olumsuz sonuçlarını gösteren bir sendrom olmasının yanında zaman içerisinde iş hayatını da etkileyen bazı sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Kronik iş stresi yaşamak, bireyin iş performansında düşüşe neden olabildiği gibi bakım kalitesinde de azalmaya bağlı olarak hastaya karşı yeterli ilginin gösterilememesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda birey, hastalara daha az zaman ayırmakta, iletişimde sorunlar yaşamakta, kendini bitkin hissetmekte, motivasyonu azalmakta, daha gergin ve sinirli davranışlar sergilemektedir (135, 136). Bakker ve Heuven'a (2006) göre duygusal istekler karşılanmadığında belli bir zaman sonra bireyde tükenmişlik yaşanmakta ve iş performansı da bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (137).

Hizmet verdiği kişileri yeteri kadar umursamayan ve ilgi göstermeyen birey, artık onları bir nesne gibi görmeye başlar ve hizmet verdiği gruba nezaketsiz tutum ve davranışlar sergilemektedir. Bu durum sadece tükenmişlik yaşayan bireyi değil, aynı zamanda çalıştığı arkadaşlarını da olumsuz yönde etkileyerek onların motivasyonunu azaltıcı sorunlar doğurmaktadır (134).

### **2.7.3. Aile Hayatı Üzerindeki Etkileri**

Tükenmişlik, birey ve çalışma hayatı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında aile yaşantısını da olumsuz yönde etkilemektedir. İşteki sorunları nedeniyle yıpranan birey, eve geldiği zaman, eşine, çocuklarına ya da anne-babasına karşı yeteri kadar zaman ayıramaz ve onları ihmal ettiği düşüncesiyle bazı olumsuz duygulara kapılabilmektedir. Ayrıca işyerindeki sorunların eve yansmasıyla, aile içerisinde tartışmalar olabilmektedir. Tükenmişlik duygusuna sahip olan birey, ailesinden de yeterli desteği göremediği zaman kendini suçlar ve bu durumda daha fazla tükenmişlik yaşanmasını sağlar. İlerleyen dönemlerde de kişilerin birbirlerinden uzaklaşmasına, boşanmalara, aile ve çocuk arasına soğukluk girmesine ve ileriki dönemlerde de ilişkilerin kopmasına kadar gidebilecek sorunlar ortaya çıkabilmektedir (123, 138). Bireyler çalışma hayatında daha başarılı olabilmek için özel yaşantılarından bazı şeyleri ödün verebilmektedir. Örneğin, çocuk sahibi olmayı erteleyebilmekte evli çalışanlar ise boşanmayı tercih edebilmektedirler (134).

## 2.8. Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme Yöntemleri

Çalışma hayatı insanın, toplum içerisinde statü, konum ve ekonomik kazanç sağlaması nedeniyle önemlidir. Ancak yeteri kadar doyum sağlanmadığında da tükenmişlik yaşanabilmektedir (139). Tükenmişliği önlemek ve başa çıkabilmek için neden olan etmenlerin bilinmesi ve azaltılması, bireysel ve örgütsel bazı yöntemlerin uygulanması gerekmektedir (113, 140).

### 2.8.1. Örgütsel Yöntemler

Örgütsel düzeyde alınacak önlemler, bireysel düzeyde alınacak önlemlere göre daha kalıcıdır ve tükenmişliği azaltmaya yöneliktir. Ancak yöneticiler için kaynak ayırmak, eğitim vermek, programlar yapmak daha zor olduğu için hastaneler örgütsel yöntemleri daha az tercih etmektedirler. Hastanenin doğru zaman ve doğru yerde uygulamış olduğu baş etme yöntemi sayesinde tükenmişlik azaltılabilir. Bu yöntemler şunlardır:

- Bağımsız düşünmek ve kararları kendisi vermek,
- Çalışanların başarılarını desteklemek,
- Görev dağılımını yetenek, özellik ve önceliklere göre uygun şekilde yapmak,
- İşin yoğunlaştığı dönemlerde ek personel bulmak,
- Ödüllendirme sistemi getirmek,
- Takım çalışmalarını desteklemek,
- Çalışanlar arası bağlılığı sağlamak ve güçlendirmek,
- Görev tanımını anlaşılır bir şekilde tanımlamak,
- Çalışanların gelişimine önem vermek,
- Çalışanların kendini geliştirmeleri için fırsat tanımak,
- Sağlık personeli arasındaki etkileşimin kuvvetli olmasını sağlamak,
- Üst yönetimin desteğini almak,
- Çalışanlara geri bildirimlerini olumlu yapmak,
- Mesai saatlerini kısaltmak,
- Sosyal destek amaçlı gruplar kurmak,
- Kararlara katılımı arttırmak,
- İşleri orantılı bir şekilde bölüştürmek (134, 141, 142).

### 2.8.2. Bireysel Yöntemler

Bireysel düzeyde yapılabilecek değişiklikler arasında öncelikle kişinin kendini tanıması ve kendine uygun mesleği seçmesi gerekmektedir. Aksi takdirde kendi içerisinde çatışmalar başlar ve iş enerjisinde düşüşler görülebilmektedir. Süreç bu şekilde devam ettiğinde ise tükenmişlik yaşanır. Bunun önüne geçebilmek için birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır:

- Bireyin kendini tanıması ve önceliklerini belirlemesi,
- Hedeflerini belirlerken ulaşılabilir olmasına dikkat etmesi,
- Olumlu bakış açısı geliştirmek,
- Tükenmişlikle ilgili bilgi sahibi olmak,
- Zaman yönetimi,
- Solunum kontrolü sağlamak,
- Kendine boş zaman aktivitesi belirlemek,
- İşin zorluklarını hakkında önceden bilgi edinmek,
- İş ve özel hayatla ilgili monotonluğu azaltmak,
- İzin kullanmak ve tatile çıkmak,
- İş değişikliği yapmak veya işe ara vermek,
- Stresle başa çıkma konusunda bireyin kendisini geliştirmek olarak sıralanabilir (123, 132, 134, 138, 141).

Yukarıda sayılan yöntemlerin yanında hastanedeki yüksek riskli alanlarda çalışan personeller belirlenmeli ve bu konuda sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir. Risk altında olan bireylere, hem aile yapısı hem de sosyal destek sistemleri ile etkileşimleri arttırılarak, bireysel ve örgütsel baş etme yöntemleri kullanılarak tükenmişlik önlenmeye çalışılabilir (143, 144).

### 2.9. Hemşirelik ve Tükenmişlik

Hemşirelik mesleği, sosyal, kültürel ve teknolojik gelişimlerle geçmişten günümüze kadar kendini geliştiren, bireye, aileye ve topluma her yaş grubundan sağlıklı ve hasta bireye bakım veren, sağlık ekibinin diğer üyeleri ile profesyonel bir şekilde çalışmayı amaçlayan, felsefe, kuram, uygulama ve araştırmayı temel alan bir sağlık disiplindir (145).

Hemşireler çalıştıkları ortamlarda sağlığı geliştirmek, korumak ve tedavi etmek için görev almaktadırlar. Görevlerini yerine getirirken stresli ve tehlikeli iş ortamında çalışması, ekip içerisindeki ilişkilerin iyi olmaması, maaşın düşük olması, rol belirsizliği, rol çatışması, vardiya sistemi ile çalışmak, çalışma saatlerinin uzun olması, personel eksikliği, aşırı iş yükü, dinlenme zamanlarının olmaması, ağrı ve ölümle sık karşılaşma, sosyal desteğin eksikliği, eğitim düzeyleri farklı olan sağlık profesyonellerin aynı konumda olması ve malzeme yetersizliği gibi faktörler tükenmişlik yaşanmasına neden olmaktadır. Bu gibi nedenlerden dolayı bakımın kalitesi etkilenmekte, tıbbi hatalar yaşanmakta ve hemşirelik hizmetlerinde aksamalar olmaktadır (114, 132, 146).

Yeni işe başlayan hemşirelerin, idealist ve mesleklerinin rol ve sorumluluklarına daha çok özen gösterdikleri için tükenmişlik açısından daha riskli olduğu görülmektedir. Sekol ve Kim (2014) yaptığı çalışmada cerrahi ünitelerde çalışan hemşirelerin en çok tükenmişlik yaşadığı (%24,9), iş deneyimi 5-9 yıl olanların iş tatminleri en az, 20 yıl üzeri çalışanlarda iş tatmininin en yüksek olduğu ve 20 yıl üzeri çalışanlarda tükenmişlik seviyesinin en düşük olduğu görülmüştür (147). Divinakumar ve arkadaşlarının (2014) Hindistan'da 30 devlet hastanesinde yaptığı çalışmada ise yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı bulunmuştur. En az tükenmişlik (%11,9) yaşayan yaş grubunun 51-60 yaş aralığında çalıştığı görülmüştür (148).

Cerrahi birimler teknolojik ürünlerin yoğun olarak kullanıldığı, hızlı bir şekilde karar vermeyi gerektiren komplike yerlerdir. Ağır çalışma koşulları, hastanın genel durumunda meydana gelen ani değişimler, hasta sayısının çok olması, kapalı ortamlarda çalışma ve hastaların daha sık takip gerektirmesi nedeniyle bu birimlerde çalışan hemşirelerin daha dikkatli ve özverili olması gerekmektedir. Yoğun çalışma temposu kişilerde psikosomatik sorunlar, aile yapısında bozulmalar ve uyku sorunlarına neden olurken kurum açısından da mesaiye geç kalma, işten erken çıkma, işten ayrılma ya da gereksiz yere rapor alma gibi sorunlar ortaya çıkarmaktadır (149, 150). Tüm bu etkenler, hemşirelik uygulamalarının etkinliğini azaltırken çalışanların motivasyonunu da azaltarak bireyleri etkilemektedir. Bu da hemşirelik mesleğini olumsuz yönde etkilemekte ve çalışanların tıbbi hata yapma eğilimlerini arttırmaktadır (127, 132).

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan tüm hemşireler (362) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesabı yapılmamış olup, tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırma, 11.11.2015-20.09.2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında 24 hemşire izinli olması ya da araştırmayı kabul etmemesi nedeniyle kapsam dışı bırakılmış ve 338 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır. G\*power programı sonucunda 338 kişi ile yapılan çalışmanın gücü 0,05 anlamlılık düzeyinde %88,9 olarak hesaplanmış ve yeterli düzeyde olduğu görülmüştür.

#### **3.2. Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri**

##### **3.2.1. Bağımlı Değişkenler**

- Hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri
- Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri

##### **3.2.2. Bağımsız Değişkenler**

- Yaş,
- Çalışılan vardiya,
- Çalışılan birim,
- Cinsiyet,
- Medeni durum,
- Öğrenim düzeyi,
- Mesleğini isteyerek seçmiş olması veya olmaması,
- Toplam hizmet süresi,
- Gelir durumu.

### **3.3. Verilerin Toplanması**

Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı izin/sözlü onamları alınarak toplandı. Araştırmaya katılan hemşirelerden görüşme için uygun oldukları saatler hakkında önceden randevu alındı ve belirlenen tarih ve saatte birebir görüşülerek veri toplama formları uygulandı. Verilerinin toplanmasında; veri toplama formu, hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği kullanıldı.

#### **3.3.1. Veri Toplama Formu**

Literatür doğrultusunda (12, 24, 30, 70, 113, 163, 179) araştırılarak hemşirelerin sosyo demografik özellikleri içeren 11 soru ile mesleki özelliklerini içeren 13 soruyu kapsamaktadır (EK-1).

#### **3.3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)**

2010 yılında Özata ve Altuncan, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini belirlemek için geliştirmiştir. Ölçek, 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmakta ve likert tipidir. İlaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), iletişim (5 madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliğinden (9 madde) oluşmakta ve hiç (1), çok nadir (2), zaman zaman (3), genellikle (4), her zaman (5) olarak gösterilmektedir. Ölçek puan olarak değerlendirilmekte ve puan ne kadar yüksekse hemşirelerin tıbbi uygulama hataları da o oranda azalacağı anlamına gelmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ise “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları (0.80)”, “Enfeksiyonların Önlenmesi (0.84)”, “Hasta İzlemi ve Malzeme-Cihaz Güvenliği (0.72)”, “Düşmelerin Önlenmesi (0.70)”, “İletişim (0.60)” olduğu görülmüştür (Ek-2). Araştırmamızda, ölçeğin alt boyutları alttaki tabloda (Tablo 3.1.) gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** HTHEÖ alt boyutlarının güvenilirliklerinin incelenmesi.

	<b>Cronbach's Alfa</b>
İletişim Alt Boyutu	0,855
Enfeksiyonun Önlenmesi Alt Boyutu	0,919
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutu	0,958
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutu	0,864
Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutu	0,930
Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	0,971

### 3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve 22 maddeyi içermektedir. Ölçekte, “Duygusal Tükenme (DT)”, “Duyarsızlaşma (D)” ve “Kişisel Başarıda Düşme (KB)” olarak 3 boyutta ele alınmaktadır. Güvenirliği yüksek olduğu için Maslach Tükenmişlik Ölçeği tercih edilmiş olup ölçeğin, Cronbach alpha değerinin “Duygusal Tükenme Boyutunun (0.90)”, “Duyarsızlaşma boyutunun (0.79)”, “Kişisel Başarıda Düşme boyutunun (0.71)” olduğu görülmüştür. Araştırmamızda, ölçeğin Cronbach alpha değerleri alttaki tabloda (Tablo 3.2) gösterilmiştir.

**Tablo 3.2.** MTÖ alt boyutlarının güvenilirliklerinin incelenmesi.

	<b>Cronbach's Alfa</b>
Duygusal Tükenme Alt Boyutu	0,892
Duyarsızlaşma Alt Boyutu	0,690
Kişisel Başarı Alt Boyutu	0,711
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	0,769

Ölçek, likert türü olarak hazırlanmıştır. Türkçe geçerliliği yapılırken 22 madde kullanılmıştır. Araştırmacılardan, hiçbir zaman (1), nadiren (2), bazen (3), çoğu zaman (4), her zaman (5) olarak gösterilmesi istenmiştir.

Ölçekte madde numaralarına göre gruplandırılmış olup 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 maddeleri “Duygusal Tükenmişlik”, 5, 10, 11, 15, 22 maddeleri “Duyarsızlaşma” ve 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 maddeleri “Kişisel Başarıda Azalma” gruplarına göre ayrılmıştır ( Ek-4).

### **3.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için en düşük değer, en yüksek değer, ortanca, ortalama ve standart sapma verilmiştir. İki bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Mann Whitney U testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Kruskal Wallis testi ile bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman ilişki katsayısı kullanılmıştır. Ölçek ve alt boyut güvenilirliği için Cronbach's Alfa değerleri yorumlanmıştır. Uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirliklerinin yeterli seviyede olduğu görülmüştür.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Ankara ilindeki 3 eğitim araştırma hastanesi (Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi) ile genellenmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulu tarafından 28.8.2015 tarihli ve 78033166/408 sayılı etik kurul onayı alındıktan sonra Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Tarih: 28/09/2015 – Sayı: 12606850/5807), Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Tarih: 09/10/2015- Sayı: 43278876/3281), Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Tarih: 13.10.2015- Sayı: 28295588) yazılı izinler alınmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular 4 bölümde incelenmiştir.

- I. bölümde; hemşirelerin sosyo-demografik verilere ait bulgular,
- II. bölümde; bazı sosyo-demografik veriler ile hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğine ait bulgular,
- III. bölümde; bazı sosyo-demografik veriler ile Maslach tükenmişlik ölçeğine ait bulgular,
- IV. bölümde; Maslach tükenmişlik ölçeği ile hemşirelikte tıbbi hata eğilim ölçeğine ait bulgular yer almaktadır.

### I. Bölüm: Hemşirelerin sosyo-demografik verilere ait bulgular

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımı.

Özellikler	S(%)
<b>Yaş</b>	34,60 ±5,699 <sup>1</sup> 35,00 (22,00-50,00) <sup>2</sup>
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	276 (81,7) <sup>3</sup>
Erkek	62 (18,3) <sup>3</sup>
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	221 (65,4) <sup>3</sup>
Bekar	117 (34,6) <sup>3</sup>
<b>Öğrenim Durumu</b>	
Lise	34 (10,00) <sup>3</sup>
Ön lisans	93 (27,5) <sup>3</sup>
Lisans	181 (53,6) <sup>3</sup>
Lisans Üstü	30 (8,9) <sup>3</sup>
<b>Çocuk Durumu</b>	
Var	180 (53,3) <sup>3</sup>
Yok	158 (46,7) <sup>3</sup>
<b>Gelir Durumu</b>	
Gelir Giderden Az	100 (29,6) <sup>3</sup>
Gelir Gidere Denk	197 (58,3) <sup>3</sup>
Gelir Giderden Fazla	41 (12,1) <sup>3</sup>
<b>Hastalık Durumu</b>	
Var	51 (15,1) <sup>3</sup>
Yok	287 (84,9) <sup>3</sup>

**Tablo 4.1.** Devamı

<b>Uyku Süresini Değerlendirme</b>	
Yeterli Değil	88 (26,0) <sup>3</sup>
Yeterli	144 (42,6) <sup>3</sup>
Bazen Yeterli	106 (31,4) <sup>3</sup>
<b>Çalışılan Birim</b>	
Servis	151 (44,7) <sup>3</sup>
Yoğun Bakım	98 (29,0) <sup>3</sup>
Ameliyathane	89 (26,3) <sup>3</sup>
<b>Vardiya</b>	
Sürekli Gündüz	84 (24,9) <sup>3</sup>
Sürekli Gece	64 (18,9) <sup>3</sup>
Bazen Gündüz Bazen Gece	190 (56,2) <sup>3</sup>
<b>Meslek Seçimi</b>	
İsteyerek	264 (78,1) <sup>3</sup>
İstemedi	74 (21,9) <sup>3</sup>
<b>Meslek Uygunluğu</b>	
Evet	259 (76,7) <sup>3</sup>
Hayır	79 (23,3) <sup>3</sup>
<b>Çalışılan Birimdeki Görev Süresi (yıl)</b>	
	4,54 ( $\pm$ 3,189) <sup>1</sup>
	4,00 (1,00-26,00) <sup>2</sup>
<b>Bir Günde Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>	
	10,20 ( $\pm$ 8,696) <sup>1</sup>
	4,00 (2,00-30,00) <sup>2</sup>
<b>Meslekteki Toplam Görev Süresi (yıl)</b>	
	10,98 ( $\pm$ 6,453) <sup>1</sup>
	9,50 (1,00-29,00) <sup>2</sup>
<b>Toplam</b>	
	338 (100) <sup>3</sup>

(ort $\pm$ standart sapma)<sup>1</sup>, ortanca (min-max)<sup>2</sup>, n (%)<sup>3</sup>

Tablo 4.1’de hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 34,6 olup, katılımcıların %81,7’si kadın, %65,4’ü evli, %53,3’ünün çocuğu vardır. Hemşirelerin %53,6’sı lisans, %27,5’i önlisans, %10,1’i lise mezunu iken %8,9’u lisansüstü eğitim almıştır. Gelir durumu bakımından %58,3’ünün geliri giderine denk, %29,6’sının geliri giderinden az, %12,1’inin ise geliri giderinden fazladır. Hemşirelerin %84,9’unun tanı almış herhangi bir hastalığı bulunmamakta ve %42,6’sı uyku süresini yeterli bulmaktadır. Hemşirelerin %44,7’si serviste, %56,2’sinin hem gündüz hem de gece çalıştığı, %47,0’sinin mesleği kısmen isteyerek seçtiği, %39,1’inin bazen mesleği kendine uygun bulduğu saptandı. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görev süresi ortalama 4,54 yıl, meslekteki toplam görev süresi ortalama 10,98 yıldır. Bir günde ortalama olarak 10,20 hastaya bakım vermektedirler.

## II. Bölüm: Bazı sosyo-demografik veriler ile hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçğine ait bulgular

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili görüşlerinin dağılımı.

		<b>n</b>	<b>%</b>
Daha Önce Tıbbi Hata Kavramını Duyma	Evet	278	<b>82,2</b>
	Hayır	60	17,8
Tıbbi Hata Kavramının Duyulduğu Kaynak*	Okul Eğitimi	174	<b>62,6</b>
	Gazete-Dergi-Radyo-Tv	117	42,1
	Hizmet içi Eğitim	176	<b>63,3</b>
Tıbbi Hata Uygulamaları İle İlgili Eğitim Alma	Arkadaş Çevresi	87	31,3
	Evet	225	<b>80,9</b>
	Hayır	53	19,1

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’de hemşirelerin tıbbi hata ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin %82,20’sinin daha önce tıbbi hata kavramını duyduğu, tıbbi hata kavramını duyanların %63,3’ünün hizmet içi eğitimden ve %62,6’sinin ise okul eğitimi sırasında duyduğu ve %80,9’unun da tıbbi hata ile ilgili bir eğitim aldığı saptandı.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ile ilgili görüşlerin dağılımı.

		<b>n</b>	<b>%</b>
Hemşire sayısının yetersiz olması	Evet	197	<b>70,9</b>
	Hayır	81	29,1
İş yükünün fazla olması	Evet	151	<b>54,3</b>
	Hayır	127	45,7
Çalışma saatlerinin uzun olması	Evet	170	<b>61,2</b>
	Hayır	108	38,8
Hasta ve hemşireler arasındaki iletişim eksikliği	Evet	126	45,3
	Hayır	152	<b>54,7</b>
Hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi	Evet	159	<b>57,2</b>
	Hayır	119	42,8
Doktor isteminin anlaşılabilmesi	Evet	153	<b>55,0</b>
	Hayır	125	45,0
Stres, yorgunluk, tükenmişlik duygusu	Evet	166	<b>59,7</b>
	Hayır	112	40,3
Hataları önleyici sistem olmaması	Evet	114	41,0
	Hayır	164	<b>59,0</b>
Protokol ve prosedürlerin olmaması	Evet	130	46,8
	Hayır	148	<b>53,2</b>
Mesleki eğitimin yeterli olmaması	Evet	120	43,2
	Hayır	158	<b>56,8</b>
Mesleğin sevilmemesi	Evet	125	45,0
	Hayır	153	<b>55,0</b>
Kayıtların düzgün tutulmaması	Evet	130	46,8
	Hayır	148	<b>53,2</b>
Hastaların tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması	Evet	77	27,7
	Hayır	201	<b>72,3</b>
Toplam		278	<b>100</b>

Tablo 4.3’de hemşirelerin tıbbi hata nedenleri ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Çoğunluğunun evet yanıtının verildiği maddeler; hemşire sayısının yetersiz olması (% 70,9), iş yükünün fazla olması (% 54,3), çalışma saatlerinin uzun olması (% 61,2), hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi (% 57,2), doktor isteminin anlaşılabilmesi (% 55,0), stres, yorgunluk, tükenmişlik duygusu (% 59,7) iken çoğunluğunun hayır yanıtının verildiği maddeler; hasta ve hemşireler arasındaki iletişim eksikliği (% 54,7), hataları önleyici sistem olmaması (% 59,0), protokol ve prosedürlerin olmaması (% 53,2), mesleki eğitimin yeterli olmaması (% 56,8), mesleğin sevilmemesi (%55,0), kayıtların düzgün tutulmaması (%53,2), hastaların tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması (%72,3)’dır.

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutlarına ilişkin puanlarının dağılımı.

	Madde Sayısı	Puanlar			Maddeler		
		Ort±SS	Ortanca	Min-Maks	Ort±SS	Ortanca	Min-Maks
İletişim Alt Boyutu	5	22,31±2,835	23,00	9-25	4,46±0,567	4,60	1-5
Enfeksiyonun Önlenmesi Alt Boyutu	12	50,33±8,194	52,00	30-60	4,19±0,683	4,33	1-5
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutu	18	80,43±9,676	84,00	52-90	4,47±0,538	4,67	1-5
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutu	9	35,91±6,173	35,50	22-45	3,99±0,686	3,94	1-5
Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutu	5	20,41±4,158	20,00	10-25	4,08±0,832	4,00	1-5

Tablo 4.4'te hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutuna ilişkin puanlarının dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutuna ilişkin en yüksek puan ortancası ilaç ve transfüzyon uygulamaları (84,00) ve enfeksiyonun önlenmesi (52,00) olduğu, en düşük ortanca ise düşmelerin önlenmesi (20,00) olduğu görüldü.



Tablo 4.5' te hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile hemşirelikte tıbbi hataya eğilimi ölçeği alt boyut dağılımına ait bulgular yer almaktadır.

Uygulanan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre yaş ile iletişim alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p>0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yaş ile enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ilişkiler bulunmaktadır.

Uygulanan Mann Whitney U analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre hemşirelerin medeni durum ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmenin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Evlilerin enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancaları bekarlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin öğrenim durumu ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmenin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Öğrenim durumu lisansüstü olan hemşirelerin enfeksiyonun önlenmesi alt boyut puan ortancası, öğrenim durumu lisans ve ön lisans olan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Öğrenim durumu lisansüstü olan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancası, öğrenim durumu lisans olan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin çalıştıkları birimler ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve

malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin iletişim alt boyut puan ortancası servis ve yoğun bakımda çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin enfeksiyonun önlenmesi, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile düşmenin önlenmesi alt boyutları puan ortancaları servis ve ameliyathanede çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksekken serviste çalışanların enfeksiyonun önlenmesi, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile düşmenin önlenmesi alt boyut puan ortancaları ameliyathanede çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Ameliyathanede çalışanların ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancası diğer birimlerde çalışanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin vardiyalı çalışma durumları ile tıbbi hata eğilim ölçęęi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin meslek seçme durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Meslek seçme durumları ile ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Mesleği istemeden seçenlerin enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancaları mesleği isteyerek ve kısmen isteyerek seçenlere göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata uygulamaları ile ilgili eğitim alma durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Çalışma ortamından memnun olanların iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puan ortancaları memnun olmayanlara göre anlamlı

derecede daha yüksektir. Çalışma ortamından memnun olma durumları ile düşmelerin önlenmesi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin tükenmişlik hissetme durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

### III. Bölüm: Bazı sosyo-demografik veriler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğine ait bulgular

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı.

	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min-Maks
Duygusal Tükenme Alt Boyutu	14,87	$\pm 7,244$	14,00	0,00-36,00
Duyarsızlaşma Alt Boyutu	5,27	$\pm 3,332$	5,00	0,00-19,00
Kişisel Başarı Alt Boyutu	21,38	$\pm 4,154$	22,00	7,00-32,00

Tablo 4.6’da hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan dağılımı yer almaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutunun ortancası 14,00, duyarsızlaşma alt boyutunun ortancası 5,00, kişisel başarı alt boyutunun ortancası ile 22,00’dir.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması.

	Duyusal Tükenme Alt Boyutu				Duyarsızlaşma Alt Boyutu				Kişisel Başarı Alt Boyutu				
	n	Ort±SS	Min-Maks	İstatistiksel Analiz	Ort±SS	Min-Maks	İstatistiksel Analiz	Ort±SS	Min-Maks	İstatistiksel Analiz	Ort±SS	Min-Maks	İstatistiksel Analiz
<b>Yaş</b>		0,045	0,407		-0,112	0,039*		-0,053	0,331				
<b>Cinsiyet</b>													
Kadın	276	15,15±7,29	0-36	0,107 (Z=-1,614)	5,33±3,35	0-19	0,357 (Z=-0,921)	21,38±4,19	7-32	0,951 (Z=-0,062)	22,00	7-32	0,951 (Z=-0,062)
Erkek	62	13,61±6,95	1-33		4,98±3,24	0-17		21,39±4,03	14-32		22,00	14-32	
<b>Medeni Durum</b>													
Evlü	221	14,59±7,00	0-33	0,480 (Z=-0,706)	5,17±3,12	0-15	0,847 (Z=-0,193)	21,26±4,31	7-32	0,469 (Z=-0,725)	21,00	7-32	0,469 (Z=-0,725)
Bekar	117	15,39±7,69	0-36		5,45±3,70	0-19		21,61±3,85	14-32		22,00	14-32	
<b>Öğrenim Durumu</b>													
Lise	34	13,00±7,36	0-32		4,35±3,26	0-14		22,32±4,62	23,00		23,00	11-31	
Ön Lisans	93	15,89±6,92	16,00	0,062 ( $\chi^2=7,326$ )	5,67±3,38	0-19	0,177 ( $\chi^2=4,935$ )	21,00±3,93	21,00	0,324 ( $\chi^2=3,477$ )	21,00	13-32	0,324 ( $\chi^2=3,477$ )
Lisans	171	14,39±7,16	13,00		5,24±3,21	0-36		21,48±4,01	22,00		22,00	7-32	
Lisans Üstü	30	16,73±8,10	17,00		5,23±3,87	0-13		20,90±5,07	22,00		22,00	8-32	
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>													
Var	180	14,79±7,00	14,00	0,965 (Z=-0,044)	5,14±3,24	0-15	0,478 (Z=-0,710)	21,13±4,47	21,00	0,302 (-1,032)	21,00	7-32	0,302 (-1,032)
Yok	158	14,96±7,54	14,00		5,42±3,43	0-19		21,66±3,75	22,00		22,00	14-32	
<b>Gelir Durumu</b>													
Gelir Giderden Az	100	17,21±7,21	17,00	0,000*** ( $\chi^2=15,531$ )	5,28±3,38	0-17	0,893 ( $\chi^2=0,226$ )	20,75±4,25	21,00	0,114 ( $\chi^2=4,336$ )	21,00	11-31	0,114 ( $\chi^2=4,336$ )
Gelir Giderde Denk	197	13,98±7,11	13,00		5,29±3,25	0-15		21,56±4,18	22,00		22,00	7-32	
Gelir Giderden Fazla	41	13,44±6,75	1-32		5,15±3,68	0-19		22,05±3,69	23,00		23,00	14-32	
<b>Hastalık</b>													
Var	51	16,08±7,62	15,00	0,241 (Z=-1,174)	4,65±3,22	0-14	0,101 (-1,640)	21,33±4,16	22,00	0,556 (Z=-0,589)	22,00	12-29	0,556 (Z=-0,589)
Yok	287	14,66±7,17	14,00		5,38±3,34	0-19		21,33±4,16	22,00		22,00	7-32	
<b>Meslek Seçimi</b>													
İsteyerek	264	13,95±7,14	13,00	0,000*** (Z=-4,561)	4,93±3,18	0-19	0,001* (Z=-3,309)	21,72±4,18	22,00	0,003** (Z=-2,982)	22,00	7-32	0,003** (Z=-2,982)
İstemseden	74	18,16±6,66	19,50		6,49±3,57	0-17		20,15±3,84	20,00		20,00	11-30	
<b>Görev</b>													
Klinik Hemşiresi	135	14,62±7,50	13,00	0,197 ( $\chi^2=4,674$ )	4,96±3,39	0-19	0,002** ( $\chi^2=14,553$ )	20,84±4,39	21,00	0,164 ( $\chi^2=5,104$ )	21,00	7-32	0,164 ( $\chi^2=5,104$ )
Yoğun Bakım Hemşiresi	90	16,29±7,04	15,00		6,21±3,17	0-15		21,52±4,01	22,00		22,00	12-30	
Sorumlu Hemşire	28	13,71±7,76	13,50		3,96±3,06	0-10		22,39±4,32	22,50		22,50	8-32	
Ameliyathane Hemşiresi	85	14,14±6,76	14,00		5,19±3,29	0-17		21,75±3,81	22,00		22,00	15-32	
<b>Tükenmişlik Hissetme Durumu</b>													
Evet	90	22,59±5,80	23,00	0,000*** ( $\chi^2=164,384$ )	7,29±3,71	0-17	0,000*** ( $\chi^2=44,733$ )	19,52±4,24	19,00	0,000*** ( $\chi^2=35,046$ )	19,00	7-29	0,000*** ( $\chi^2=35,046$ )
Hayır	134	9,76±4,51	10,00		4,10±2,39	0-11		22,93±3,97	23,00		23,00	14-32	
Bazen	114	14,78±5,26	15,00		5,04±3,26	0-19		21,03±3,61	21,00		21,00	8-29	
<b>Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu</b>													
Evet	229	12,29±6,07	12,00	0,000*** (Z=-9,305)	4,52±2,92	0-19	0,000*** (Z=-5,754)	22,09±4,18	22,00	0,000*** (Z=-4,860)	22,00	7-32	0,000*** (Z=-4,860)
Hayır	109	20,28±6,50	21,00		6,84±3,60	0-17		19,88±3,68	20,00		20,00	11-29	
<b>Duyusal Tükenme Alt Boyutu</b>													
		0,033		0,551	-0,141		0,009**	-0,027					0,618
<b>Duyarsızlaşma Alt Boyutu</b>													
		-0,016		0,770	0,024		0,663	0,000					0,995
<b>Kişisel Başarı Alt Boyutu</b>													

Tablo 4.7’de hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Uygulanan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre hemşirelerin yaş ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında anlamlılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken; duyarsızlaşma alt boyutunda istatistiksel anlamlılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır. Yaş ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma ve hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin gelir durumu ile duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, duygusal tükenme alt boyut puanı arasında istatistiksel anlamlılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır. Geliri giderinden az olanların duygusal tükenme alt boyut puan ortancası geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin meslek seçimi ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Mesleği istemeden seçenlerin duygusal tükenme alt boyut puan ortancası isteyerek ve kısmen isteyerek seçenlere göre anlamlı derecede daha yükseken kısmen isteyerek seçenlerin duygusal tükenme alt boyut puan ortancası isteyerek seçenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Mesleği istemeden seçenlerin duyarsızlaşma alt boyut puan ortancası isteyerek seçenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Mesleği isteyerek seçenlerin kişisel başarı alt boyut puan ortancası kısmen isteyerek ve istemeden seçenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin görev yaptıkları birimlere göre duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel anlamlılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin duyarsızlaşma alt boyut puan ortancası klinik hemşire ve sorumlu hemşireye göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonuçlarına göre hemşirelerin tükenmişlik hissetme durumları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Tükenmişlik hissedenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları bazen tükenmişlik hisseden ve hissetmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Tükenmişlik hissetme durumu bazen olanların duygusal tükenme alt boyut puan ortancası tükenmişlik hissetmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Tükenmişlik hissetmeyenlerin kişisel başarı alt boyut puan ortancası genellikle tükenmişlik hisseden ve bazen hissedenlere göre anlamlı derecede daha yüksekken tükenmişlik hissedenlerin kişisel başarı alt boyut puan ortancası, bazen tükenmişlik hissedenlere göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Mann Whitney U analizi sonuçlarına göre hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Çalışma ortamından memnun olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları memnun olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşükken memnun olmayanların kişisel başarı alt boyut puan ortancası memnun olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Uygulanan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre hemşirelerin meslekteki toplam görev süresi ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında anlamlılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken; duyarsızlaşma alt boyutunda istatistiksel anlamlılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır. Meslekteki toplam görev süresi ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır.

Uygulanan Spearman korelasyon analizi sonucuna göre hemşirelerin görev yaptıkları birimlerdeki görev süresi ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### IV. Bölüm: Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeğine ait bulgular

**Tablo 4.8.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ile Hemşirelikte Tıbbi Hata Eğilim Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı Azalma	
	$r_s$	p	$r_s$	p	$r_s$	p
İletişim Alt Boyutu	-0,100	0,067	-0,144	<b>0,008**</b>	0,208	<b>0,000***</b>
Enfeksiyonun Önlenmesi Alt Boyutu	-0,033	0,551	-0,204	<b>0,000***</b>	0,280	<b>0,000***</b>
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutu	-0,084	0,123	-0,185	<b>0,001**</b>	0,309	<b>0,000***</b>
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutu	0,004	0,936	-0,160	<b>0,003**</b>	0,257	<b>0,000***</b>
Düşmelerin Önlenmesi Alt Boyutu	0,051	0,354	-0,152	<b>0,005**</b>	0,169	<b>0,002**</b>

\*:  $p < 0,05$       \*\*:  $p < 0,01$       \*\*\*:  $p < 0,001$

Tablo 4.8’de Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ile hemşirelikte tıbbi hata eğilim ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki yer almaktadır. Uygulanan Spearman korelasyon analiz sonucuna göre hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ile duygusal tükenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Uygulanan Spearman korelasyon analiz sonucuna göre duyarsızlaşma alt boyutu ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

Uygulanan Spearman korelasyon analiz sonucuna göre kişisel başarıda azalma alt boyutu ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Cerrahi klinikler girişimsel işlemlerin sık yapıldığı, iş yükünün yoğun olduğu, komplikasyonların daha sık görüldüğü, hasta bakımının iyileşmede önemli olduğu stresli yerlerdir (11, 27). Bu nedenle hasta bakımında doğrudan görev alan ve hastalar ile daha uzun zaman geçiren hemşirelerin yapabilecekleri yanlış ya da eksik uygulamalar, hasta hayatını riske atabilmekte ve tıbbi hataları oluşturabilmektedir (15, 16, 17). Tüm bu etmenlere ek olarak çalışma saatlerinin uzun olması, nöbet usulü çalışma, personel eksikliği vb. durumların eklenmesi, hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır (107).

Tıbbi hatalar son yıllarda medyanın etkisinin yanı sıra literatür çalışmaları ile daha fazla irdelenmeye başlamıştır. Bu nedenle hemşirelerin hem kendilerini hem de hasta ve yakınlarını koruyabilmek amacıyla gerekli önlemleri alması önemlidir. Bazı sosyo-demografik verilerin tıbbi hata üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Odabaşoğlu (2013) hemşirelerin medeni durumu ile enfeksiyonun önlenmesi alt boyutunda, İntepeler ve arkadaşları (2014) ise ilaç ve transfüzyon alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmuştur ( $p<0,05$ ). Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda hemşirelerin medeni durum ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmenin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Evlilerin enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancaları bekarlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Penoyer (2010), hemşirelerin bakım kalitesini arttırabilmek amacıyla yeterli eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, hemşirelik uygulamaları sırasında bilgilerini aktarabilmesi önemlidir (183). Külcü ve Yiğit (2017) hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça iletişim alt boyutunda tıbbi hata eğiliminin azaldığını görmüşlerdir. Odabaşoğlu (2013)'nun yaptığı çalışmada lisans sonrası eğitimi olan hemşirelerin, diğer mezun hemşirelere göre tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olduğunu, Chang ve Mark (2009) ise hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç uygulama hatalarının azaldığını görmüşlerdir. Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda hemşirelerin,

öğrenim durumu ile enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Öğrenim durumu lisansüstü olan hemşirelerin enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon alt boyut puan ortancası, öğrenim durumu lisans olan hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireyin eğitim durumunun artması farkındalığını da arttıracığı için tıbbi hata oluşumuna karşı daha dikkatli olduğu düşünülebilir.

Hemşireler, hastalar ile doğrudan görev alan meslek grubu olduğu için tıbbi hata kavramı diğer mesleklere göre daha önemlidir (12). Tıbbi hatalar kişisel (yorgunluk, stres, dikkatsizlik, zamansızlık vb.) ve kurumsal (iş yeri yapısı, politikalar, idari yapı, liderlik vb.) faktörlerden etkilenmektedir (25, 37, 38). Bodur ve arkadaşları (2011) hemşirelerin %77,3'ünün, Gündoğdu ve arkadaşları (2011) ise %87,9'unun tıbbi hata yapma nedenleri arasında yorgunluk ve stresin olduğunu saptamışlardır. Yiğitbaş ve arkadaşları (2016) yorgunluğun (%65,3), Mankan ve arkadaşları (2017) yorgunluk (%98,5) ve stresin (%98,0), Hicks ve arkadaşları (2008) ise dikkatsizlik (%37,8) ve deneyimsizliğin (%26,3) en çok hata yapma nedenleri arasında olduğunu belirtmişlerdir. Nikpeyma ve Gholamnejad (2009) ise tıbbi hata nedenlerini hemşire sayısının az olması (%62), fiziksel ve zihinsel yorgunluk (%59), çalışma saatlerinin uzun olması (%58) olarak tespit etmişlerdir. Chang ve Mark (2009) yorgunluk ve tecrübesizliğin tıbbi hata oluşumuna neden olduğunu, Hassan ve arkadaşları (2009) ise yorgunluk ve halsizlik nedeniyle (%73,9) ilaç uygulama hatasının yapıldığını görmüşlerdir. Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda; hemşire sayısının yetersiz olması (%70,9), çalışma saatlerinin uzun olması (%61,2) ve stres, yorgunluk ve tükenmişlik duygusu (%59,7) en sık karşılaşılan tıbbi hata nedenleri arasında görülmüştür. Bu bağlamda hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenlenmesi, hemşire sayısının artırılması ve stres, yorgunluk, tükenmişlik duygusu yaşayanların motive olmalarını sağlayıcı kurum politikaları geliştirilmelidir.

Tıbbi hata, sağlık bakımı sırasında hastaya sunulan hizmette kasıtsız bir durumun neden olduğu istenmeyen olaydır. Sağlık profesyonellerinin tıbbi hataya eğilim düzeyleri belirlenerek, gerekli tedbirlerin önceden alınması sağlanabilir (14, 16). Yapılan çalışmalarda en yüksek puan alınan maddeler arasında ilaç ve transfüzyon uygulaması olduğunu (11, 12, 63, 160); en düşük puan alınan maddeler arasında hasta

izlemi ve malzeme güvenliği olduğunu (153) tespit etmişlerdir. Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda, HTHEÖ incelendiğinde hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamasının ilaç ve transfüzyon uygulaması ( $4,47\pm 0,538$ ) ve iletişim ( $4,46\pm 0,567$ ), en düşük puan ortalamasının ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği ( $3,99\pm 0,686$ ) olduğu görülmüştür. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği diğer alt boyut ölçek puanlarına göre daha düşük olması hemşirelerin bu alanda hata yapma riskini arttırmaktadır. Bu nedenle kullanılan tüm cihazların düzenli bakımının yapılması, kullanılan sarf malzemelerinin kontrol edilmesi, sterilizasyonuna önem verilmesi, malzeme kullanımı ile ilgili sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi önemlidir.

Hastaneler farklı türdeki hastalara hizmet veren, teknolojik ürünlerin sık kullanıldığı, birçok meslek grubuyla birlikte ortak iş yapan yerlerdir. Bununla birlikte hem bireysel hem de kurumsal bazı hatalar ortaya çıkabilmektedir. Bu hataların en aza indirilmesinde hemşirelerin büyük önemi bulunmaktadır (63). Araştırmalar, tıbbi hataların önlenabilir olduğunu göstermektedir (49, 161, 162). Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda hemşirelerin, %55,0'i tıbbi hataların önlenmesinin mümkün olduğunu düşünmektedir. Bu durum hemşirelerin hem lisans eğitiminde hem de çalışma hayatındaki hizmet içi eğitimlerle tıbbi hatalara ilişkin bilgi almış olabileceğini düşündürmektedir.

Tükenmişlik, işyerinde karşılaşılan zorluklarla başa çıkamama sonucu oluşan olumsuz reaksiyonlardır (114). Özellikle insanlarla yüz yüze çalışan meslek gruplarında daha çok görülmektedir. Durumu kritik hastalarla çalışma, çalışan sayısının yetersiz olması, öfkeli hastaya yaklaşmakta zorlanma, vardiya sistemiyle çalışma vb. nedenler bireyde tükenmişlik duygusu oluşmasına neden olabilmektedir (163). Yapılan bazı çalışmalar da cinsiyet ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (113, 164, 165, 166, 167, 168, 169). Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda, cinsiyet ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Maslach ve arkadaşları da cinsiyetin tükenmişlik üzerinde kanıtlanmış bir belirleyici olmadığını, tükenmişliğin bazen kadınlarda bazen de erkeklerde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (133).

Medeni durum ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki, yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir. Yaptıkları bazı çalışmalarda (21, 23, 114, 121, 139, 143, 164, 165, 169, 171, 172, 173) medeni durum ile tükenmişlik puan ortalaması arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edememişlerdir ( $p>0,05$ ). Diğer taraftan Karadağ (2013) ve Ağapınar (2011)'in yaptıkları çalışmada, bekar olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamasının, evli olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirtmiştir ( $p<0,05$ ). Kaya (2009) ve Sütü (2013) yaptıkları çalışmalarda, bekar olanlarda duyarsızlaşmanın daha fazla olduğunu, Oğuzberk ve arkadaşları (2008) duygusal tükenme açısından anlamlı bir farkın olduğunu, Karsavuran (2014) ise duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalmada farklılık olduğunu ( $p<0,05$ ) görmüşlerdir. Çalışmamızda, hemşirelerin medeni durum ile tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatür ile kısmen benzerlik göstermektedir. Bu durum, insanların medeni durum ayrımı gözetmeksizin iş dışında sosyal hayatlarının devam etmesinin, kendilerine ait bir hobi/meşguliyetlerinin olmasının tükenmişlik duygusu yaşamamalarına olumlu bir katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Tükenmişlik iş ortamından kaynaklı aşırı iş yükü, uzun çalışma saatlerinin olması, çalışanlar arası farklı ücretlendirme gibi nedenlerle artış gösterebilmektedir (21, 175). Kaya (2009)'nın yaptığı çalışma gelir durumunun kişisel başarı düzeyinde azalma ve duygusal tükenme alt boyutlarını etkilediğini tespit etmiştir ( $p<0,05$ ). Çatak (2013), gelir durumunu yetersiz bulanların duygusal tükenmişlik yaşadığını görmüştür. Metin ve Özer (2007) ve Barutçu ve Serinkan (2008) yaptıkları çalışmalarda, gelir durumunu yetersiz bulan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunun daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Demirbaş (2006) gelir durumu ile duygusal tükenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır ( $p<0,05$ ). Beaver ve arkadaşları (1986) hemşirelerin aylık gelir düzeyleri arttıkça buna bağlı olarak kişisel başarı düzeylerinin de arttığını görmüşlerdir. Literatür ile kısmen benzerlik gösteren araştırmamızda, hemşirelerin, gelir durumları ile duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, duygusal tükenme alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır. Geliri giderinden az olanların duygusal tükenme alt boyut puan ortancası geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Hemşirelerin yoğun çalışma saatlerine ve iş yüküne bağlı olarak gelir düzeylerindeki iyileştirmelerin yapılması tükenmişliği ve buna bağlı olarak da tıbbi hata yapma eğilimini azalttığını düşündürmektedir.

Bireylerin kendilerine uygun meslekleri tercih etmesi iş hayatlarındaki olumsuzlukların üstesinden daha kolay gelebilmelerini sağlamakta, tükenmişlik duygusunu yaşamalarını da azaltmaktadır. Taycan ve arkadaşları (2006), Altay ve arkadaşları (2010) ve Demirbaş (2006) meslek seçiminde isteklilik durumu ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır ( $p<0,05$ ). Fındık (2011), mesleği isteyerek seçen hemşirelerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptamıştır ( $p<0,05$ ). Dizer ve arkadaşları (2008) duygusal tükenmişliği, mesleği istemeyerek seçenlerde yüksek bulmuştur ( $p<0,05$ ). Literatür ile paralellik gösteren araştırmamızda, mesleği isteyerek seçenlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu durum hemşirelerin isteyerek yaptığı mesleğinde başarıyı yakalamasının daha kolay olacağını ve karşılaştıkları zorlukların üstesinden daha kolay gelebileceklerini düşündürmektedir.

Maslach ve Jackson'a göre tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı duygusunda azalma olarak üç grupta incelenmektedir (179). Duyarsızlaşma, bireyin hizmet verdiği kişilere karşı katı, soğuk, ilgisiz, duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemesidir. Bireyin hastalar ile arasına mesafe koyması ve soğuk davranışlar sergilemesi sonucunda, kişide iyilik hali ve etkin çalışabilme kapasitesi azalmaktadır. Literatür taramasında konuyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte çalışmamızda, hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Hemşirelerde duyarsızlaşma arttıkça tıbbi hata eğilimi artmaktadır. Bu da zaman içerisinde tıbbi hata yapma eğiliminin artmasına ve istenmeyen sonuçların doğmasına neden olabilmektedir (109, 133). Kişisel başarısızlık hissinde birey kendisini yetersiz olarak değerlendirmektedir. İş motivasyonunda azalmaya bağlı olarak kendisinde bir ilerleme kaydedemez ve bu durum onu başarısızlığa sürükleyerek hata yapma eğiliminin artmasına neden olabilir (109, 133). Çalışmamızda, hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ile kişisel başarısızlık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Kişisel başarısızlık arttıkça tıbbi hata yapma eğilimi de artmaktadır. Duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma ile tıbbi hata eğilimi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, tıbbi hata ve tüklenmişlik kavramıyla ilgili zengin bir literatür araştırması olmasına rağmen arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile tüklenmişlik arasında kısmen bir ilişki olduğunu göstermiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir:

- Araştırma 338 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması 34,6, %81,7'si kadın, %65,4'ü ise evlidir, %53,3'ünün çocuğu vardır. Hemşirelerin %53,6'sı lisans, gelir durumu bakımından %58,3'ünün geliri giderine denk, hemşirelerin %84,9'unun tanı almış herhangi bir hastalığı bulunmamaktadır. Hemşirelerin %42,6'sı uyku süresini yeterli bulmaktadır.
- Hemşirelerin %44,7'si servis biriminde, %56,2'si hem gündüz hem de gece çalışmakta, %47,0'sinin mesleği kısmen isteyerek, %39,1'i bazen kendine uygun bulmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görev süresi ortalama 4,45 yıl, meslekteki toplam görev süresi ortalama 10,98 yıldır. Bir günde ortalama olarak 10,20 hastaya bakım vermektedirler.
- Hemşirelerin %82,20'si daha önce tıbbi hata kavramını duymuştur. Hemşirelerin %80,9'u tıbbi hata uygulamaları ile ilgili eğitim almış ve %55,0'i tıbbi hataların önlenabilir olduğunu düşünmektedir.
- Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutuna ilişkin aldıkları en yüksek puan ortalamalarının ilaç ve transfüzyon uygulamaları ( $4,47 \pm 0,538$ ) ve iletişim ( $4,46 \pm 0,567$ ) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise hasta izlemi ve malzeme güvenliği ( $3,99 \pm 0,686$ ) olduğu görüldü.
- Hemşirelerin medeni durum ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmenin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p > 0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

- Hemşirelerin öğrenim durumu ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmenin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken, enfeksiyonun önlenmesi ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin çalıştıkları birim ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin meslek seçme durumları ile iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Meslek seçme durumları ile enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin tıbbi hata uygulamaları ile ilgili eğitim alma durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).
- Hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumları ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Çalışma ortamından memnun olma durumları ile düşmelerin önlenmesi alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).
- Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları bakımından cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve hastalık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Hemşirelerin meslek seçimi ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

- Hemşirelerin tükenmişlik hissetme durumları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin meslekteki toplam görev süresi ve yaş ile duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyut puanları arasında anlamlılık ( $p>0,05$ ) bulunmazken; duyarsızlaşma alt boyutunda istatistiksel anlamlılık ( $p<0,05$ ) bulunmaktadır.
- Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ile duygusal tükenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).
- Duyarsızlaşma alt boyutu ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyutları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).
- Kişisel başarı alt boyutu ile iletişim, enfeksiyonun önlenmesi, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmelerin önlenmesi alt boyutları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Çalışanların, hastalara daha iyi bir hizmet sunulabilmesi için motivasyonları arttırılmalı, çalışma koşulları iyileştirilmeli ve ödüllendirme sistemi ile hemşirelerin tükenmişlik duygusu azaltılarak tıbbi hata yapma eğilimleri azaltılmalıdır.
- İşe yeni başlayan hemşirelere tıbbi hata konusunda güncel bilgi ve araştırmalarla desteklenmiş hizmet içi eğitimlerin devamlılığı sağlanmalıdır.

- Hemşireler, ilgi alanı olduğu ya da istedikleri birimlerde çalıştırılmalıdır.
- Hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelere belli aralıklarla tükenmişlik düzeyi taraması yapılmalıdır.
- Hastanelerde, tıbbi hataların önlenmesi için hata bildiriminin etkin olarak yapılması sağlanmalı ve nedenlerine yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Cerrahi kliniklerde iş yükünün yoğun olması nedeniyle bu servislerde çalışan hemşirelerin sayısı arttırılmalı ve çalışma ortamında iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça tıbbi hata eğilimi azaldığı için yönetim tarafından çalışanlara lisansüstü eğitim almaları için gerekli destek verilmelidir.
- Tıbbi hata raporlama sisteminin etkin kullanılması için sağlık politikaları geliştirilmelidir.
- İleride farklı örneklem grubu ile tekrarlanmasına rehber olması beklenmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 2(3):119-125.
2. Croke EM. Nurses, negligence and malpractice, *AJN*, 2003, 103(9):54-63.
3. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 2011, 25(2):69-76.
4. Fidancı BE, Yıldız D, Konukbay D, Akyol M, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital, *International Journal of Caring Sciences*, 2014, 7:294-301.
5. Arakawa C, Kanoya Y, Sato C. Factors contributing to medical errors and incidents among hospital nurses-nurses' health, quality of life, and workplace predict medical errors and incidents, *Industrial Health*, 2011, 49:381-388.
6. Giardano K. Examining nursing malpractice: a defence attorney's perspective, *Crit Care Nurse*, 2003, 23(2): 104-105.
7. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. <http://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. Erişim Tarihi: 30.07.2015.
8. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC, Fraser VJ, Levinson W. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients, *Arch Intern Med*, 2006, 166:1605-11.

9. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: An intensive care unit experience, *Crit Care Med.*, 2004, 32(3):727-733.
10. Madegowda B, Hill PD, Anderson MA. Medication errors in a rural hospital, *Medsurg Nursing*, 2007, 16(3):18-25.
11. Dikmen YD, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 44-56.
12. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(3):188-196.
13. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme, *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009, 84(1):1-10.
14. Kachalia A, Gandhi TK, Puopolo AL, Yoon C, Thomas EJ, Griffey R, Brennan ta, Studdert DM. Missed and delayed diagnoses in the emergency department: A study of closed malpractice claim from 4 liability insurers, *Annals of Emerg Med.*, 2007, 49(2):196-205.
15. 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.
16. Deanna L. Make your nursing care malpractice-proof, *American Nurse Today*, 2012, 7(1): 24-28.
17. Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N, Dereli E, Faikoğlu G. Hemşirelikte malpraktis: Olgu Sunumları, *Adli Tıp Bülteni*, 2014, 19(2):100-104.

18. Moustaka E, Malliarou M, Sarafis P, Konstantinidis T, Manolidou Z. Burnout in nursing personel in a regional university hospital, *Balkan Military Medical Review*, 2009, 12:1-7.
19. Garrosa E, Jimenez BM, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardly personality in nurses: an exploratory study, *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 45(3):1-10.
20. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behaviour*, 1981, 2:99-113.
21. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008, 12(1-2): 1-11.
22. Queiros C, Carlotto MS, Kaiseler M, Dias S, Pereira M. Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach, *Psicothema*, 2013, 25(3):330-335.
23. Günüşen NP, 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.
24. Özkan Ş. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin Hekim ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Olan Etkileri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.
25. Andsoy II, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma, *HSP*, 2014, 1(1):17-27.
26. Kuğuoğlu S, Çövener Ç, Tanır MK, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirelerin mesleki ve yasal sorumluluğu, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(2):86-93.

27. Özlü ZK, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama H atalarına Yönelik Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 1-2-3: 83-103.
28. Hancı H. *Malpraktis- Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis)*, 3. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2006: 30-43.
29. Turla A, Karaarslan EŞ, Köprülü E. Tıbbi uygulama hataları (malpraktis), *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2006, 7(3):223–229.
30. Odabaşoğlu E. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
31. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55bf89f4b68287.77532958](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55bf89f4b68287.77532958). Erişim Tarihi: 03.08.2015.
32. Tansüyer T. Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
33. Eroğlu EK. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi, 2011.
34. Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta Güvenliği, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5(2): 48-54.
35. Reason J. “Human error: Models and management, *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.
36. Güleç D, İntepeler ŞS. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 15(3):26-41.

37. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 17(3):233-236.
38. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2005, 5(3):141-146.
39. Bernstein M, Hebert PC, Etchells E. Patient safety in neurosurgery: Detection of errors, prevention of errors, and disclosure of errors, *Neurosurgery Quarterly*, 2003,13(2): 125-137.
40. Mcnutt RA, Abrams R, Aron DC. Patient safety efforts should focus on medical errors, *Journal of the American Medical Association*, 2002, 287(15):1997-2001.
41. Orgeas MG, Philippart F, Bruel C, Max A, Missset NL. Overview of medical errors and adverse events, *Annals of Intensive Care*, 2012, 2(2):1-9.
42. Yıldırım Ö. Tıbbi uygulama hatalarına yol açan süreçler, *Türk Oftalmoloji Dergisi*, 2012, 42:78-82.
43. Zencirci AD. Hemşirelik ve hatalı tıbbi uygulamalar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 1:67-74.
44. Ballard K. Patient safety: A shared responsibility, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2003, 8(3).
45. Aştı T, Kıvanç MM. Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalar, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003, 6(3):1-9.
46. Gündoğdu S, Bakır İ, Mendeş H. Kalp ve damar cerrahisi kliniğinde yatan hastaların tıbbi hatalarla ilgili görüşleri ve bu görüşlerle ilişkili faktörler, *Sağlık ve Toplum*, 2011, 21(2):24-33.
47. Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Danges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety, *Health Affairs*, 2004, 23(4): 202-212.

48. Farquhar M, Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice, *AORN Journal*, 2007, 86(3): 455-457.
49. Saygın T, Keklik B. Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta ili örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2014, 17(2):99-118.
50. Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmailpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department, *J Med Ethics Hist Med.*, 2013, 6(11):1-7.
51. Al-Ansari MA, Hijazi MH. Medical errors and adverse events: Focus on the intensive care unit, *Clinical Intensive Care*, 2006, 17(1/2):9-17.
52. Güven R. Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, 2007, Kongre Bildiri Özetleri Kitabı: 411-422.
53. Balanuye B. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
54. Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(2):152-157.
55. Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması, *Genel Tıp Dergisi*, 2011, 21(4):123-130.
56. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(2):129-135.
57. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19(1):54-59.

58. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38(1):49-56.
59. Kahraman BB, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:236-243.
60. Çıtak EA, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin “Zor Hasta” olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2011, 1:35-44.
61. Efil S, Kurucu M, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2011, 12(3):151-155.
62. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000, 4:22-27.
63. Fidancı BE, Yıldız D, Konukbay D, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Gülhane askeri tıp fakültesi eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim durumlarının değerlendirilmesi, III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, 2011, *Sözel Bildiriler Kitabı*: 535-549.
64. Özata M, Altuncan H. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenirlik analizinin yapılması, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, 2010, 3-20.
65. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz J. Nurse-Physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety, *J Patient Saf.*, 2009, 5(3):145–152.
66. Meginniss A, Damian F, Falvo F. “Time out” for patient safety, *Journal of Emergency Nursing*, 2012, 38:51-53.

67. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/hai/surveillance/index.html>. Erişim Tarihi: 25.05.2018.
68. Yenilmez E, Ülçay A, Görenek L, Diktaş H. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonların güncel tanımları, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2015, 6(3):401-404.
69. Ertek M. Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, *Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi*, İstanbul, 2008, 60:9-14.
70. Özata M, Altuncan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, 8(2):100-111.
71. WHO. World Alliance for patient safety. [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf). Erişim Tarihi: 09.08.2015.
72. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetimi Raporu, Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele. <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2007/20072HastaneEnfeksiyon/2007-2HastaneEnfeksiyon.pdf>. Erişim Tarihi: 10.08.20015.
73. Altuncan H. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
74. Özçetin M, Saz EP, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri, *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi*, 2009, 3:49-53.
75. Erbil H. Hasta güvenliğinde sterilizasyon işlemlerinin önemi, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, 2009, *Bildiriler Kitabı*:15-23.
76. Fisun V, Seval Ç, Birol V. Sık karşılaşılan ilaç uygulama hataları ve ilaç güvenliği, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 5(4):271-275.

77. Aygin D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45(3):110-114.
78. Avşar G, Çiftçi B. Hemşirelerin oral ilaç tedavileri ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(2):710-722.
79. Ayık G, Özsoy SA, Çetinkaya A. Hemşirelik öğrencilerinin ilaç uygulama hataları, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2010, 18(3):136-143.
80. Anderson P, Townsend T. Medication errors: Don't let them happen to you, *American Nurse Today*, 2010, 5(3):23-28.
81. Cebeci F, Karazeybek E, Dağ GS. Öğrenci hemşirelerin hastane uygulamaları sırasında tanık oldukları tıbbi hata durumları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(2):736-748.
82. Cheragi M, Manoocheri H, Ehsani SR. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2013, 18(3):228-231.
83. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities, *Arch Intern Med.*, 2002, 162-164.
84. Aslan Ö, Ünal Ç. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde parenteral ilaç uygulama hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2005, 47(3):175-178.
85. Fijin R, Van den Bernt P, Chow M, De Blaey C, De Jong-Van den Berg L, Brouwers J. Hospital prescribing errors: Epidemiological assessment of predictors, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:326-331.

86. Uçar N, Yıldırım G, Eser D, Özçelik Z, Ayhan B, Pamuk AG, Akıncı SB, Aypar Ü. Gece ve gündüz shiftlerinde, sağlık çalışanlarının hata bildirimlerinin değerlendirilmesi, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013, 11:93-100.
87. Çeçen D, Özbayır T. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda düşme riskinin belirlenmesi ve düşmeyi önlemeye yönelik yapılan girişimlerin değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27(1):11-23.
88. Naharcı Mİ, Doruk H. Yaşlı popülasyonda düşmeye yaklaşım, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8(5):437-444.
89. Eyigör S. Düşmelere yaklaşım, *Ege Tıp Dergisi*, 2012, 51:43-51.
90. Terzi R, Terzi H. Geriatrik hastalarda tekrarlayan düşmeler ile ilişkili faktörler, *FTR Bil Der.*, 2013, 16:96-101.
91. Duman S, Kitiş Y. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta düşmeleri ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013, 11:72-79.
92. Dreschnack-Gavin D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G. Wheelchair-Related falls, current evidence and directions for improved quality care, *Journal of Nursing Care Quality*, 2005, 20(2):119-127.
93. Heinze C, Halfens RJG, Roll S, Dassen T. Psychometric evaluation of the Hendrich fall risk model, *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53(3):327-332.
94. Atıcılar A. Cerrahi Hastaların Düşme Riskine Karşı Hemşirelerin Aldıkları Önlemler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
95. Bulut S, Türk G, Şahbaz M. Hemşirelerin hasta düşmelerini önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(3):163-169.

96. Güngör P, Merih YD, Kocabey MY. Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2012, 43(4):128-138.
97. etin G. Tıbbi malpraktis, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 2006, 48:31-42.
98. zpınar B. Tıbbi müdahalede kötü uygulamadan doğan hukuki sorumluluğun sebepleri ve sonuçları, *Ankara Barosu Dergisi*, 2008, 3:90-103.
99. ICN. Medical Errors. [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/20a\\_FS-Medication\\_Errors.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20a_FS-Medication_Errors.pdf). Erişim Tarihi: 22.08.2015.
100. Altındış S. Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010, 1:17-32.
101. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum leğinin Geliştirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
102. Kılıç HS. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde alışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgileri ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2009.
103. Related Medical Malpractice Statistics. [http://www.rightdiagnosis.com/medical-malpractice/nursing\\_malpractice\\_statistics.htm](http://www.rightdiagnosis.com/medical-malpractice/nursing_malpractice_statistics.htm). Erişim Tarihi:25.05.2018.
104. akır A, Tütüncü . İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. *I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, 2009, Bildiriler Kitabı: 189-204.

105. Safran N. Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.

106. International Council of Nurses (ICN). Position Statement: Occupational Health and Safety for Nurses. Safe Staffing Saves Lives. International Nurses Day, Information and Action Tool Kit., 1st ed. Geneva, ICN International Council of Nurses, 2006:43-47.

107. Demirbaş AR. Üç Farklı Hastanenin Yöneticilerinin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.

108. Pavelkova H, Buzgova R. Burnout among health care workers in hospice care, *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2015, 6(1):218-223.

109. Derin N, Demirel ET. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığı zayıflatıcı etkilerinin Malatya merkez’de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012, 17(2):509-530.

110. Bühler KE, Land T. Burnout and personality in extreme nursing an empirical study, *Schweizer Archir für Neurologie and Psychiatrie*, 2004, 1:35-42.

111. Khalafi A, Tangestani Y, Osanloo S. Relationship between job stress and social support and burnout in nurses, *Journal of Novel Applied Sciences*, 2014, 3(1):48-52.

112. Kaçmaz N. Hemşirelik (Burnout) Sendromu, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 68:29-32.

113. Güven S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki ilişkinin Saptanması, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2013.

114. Akbolat M, Işık O. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008, 11(2):229-254.
115. Galanakis M, Maraitou M, Garivaldis FJ, Stalikas A. Factorial structure and psychometric properties of the Maslach burnout Inventory (MBI) in Greek midwives, *Europe's Journal of Psychology*, 2009, 4:52-70.
116. Harkin M, Melby V. Comparing burnout in emergency nurses and medical nurses, *Clinical Nursing Studies*, 2014, 2(3):152-163.
117. Kaya D, Arıöz A. Ebe ve hemşire öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2014, 31:89-99.
118. Moghaddasi J, Mehralian H, Aslani Y, Masoodi R, Amiri M. Burnout among nurses working in medical and educational centers in Shahrekord, İran, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2013, 18(4):294-297.
119. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslack C. Burnout: 35 years of research and practice, *Career Development International*, 2009,14(3):204-220.
120. Karsavuran S. Sağlık sektöründe tükenmişlik: Ankara'daki sağlık bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2014, 32(2):133-165.
121. Fındık ÜY, Erol Ö, Süt N, Motör D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27(3):55-65.
122. Denizoğlu S, Yılmaz B, Akyl R, Akyl Ş. Atatürk üniversitesi diş hekimliği fakültesinde çalışan diş hekimleri ve hemşirelerin mesleki durum değerlendirmesi, Bölüm II: Tükenmişlik, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi*, 2005, 15(2):43-53.

123. Ardiç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2008, 10(2):69-96.
124. Takemura K, Hasegawa M, Tamura S, Takishita Y, Matsuoka T, Iwawaki Y, Yamaraka R. The association between burnout syndrome and personality in Japanese nursing students, *International Journal of Recent Scientific Research*, 2015, 6(7):5545-5549.
125. Freudenberg HJ. Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 1974, 30(1):159-165.
126. Sandıkcı E. Stresin Tükenmişlik Boyutları Üzerindeki Etkisi: Diyarbakır'da Öğretmenler Üzerinde Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2010.
127. Çalışkan A. Yeni Mezun Hemşirelerde İş Doyumu Tükenmişlik ve Gerçeklik Şokunun İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
128. Khosa MG, Tiriyo I, Ritacco G, Lowies A. Impact of occupational stress and burnout on employee job performance: A study of nurses in rural clinics of Bushbuckridge in Mpumalanga Province, *International Journal of Innovative Research in Management*, 2014, 1:1-20.
129. Ağapınar S. Ağrı İlinde Çalışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumları ve Empatik Eğilimleri Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
130. Kaya B. Ebelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarını Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2009.

131. Malak B. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.
132. Tekin E. Askeri Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.
133. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout, *Annual Review*, 2001, 52:397-422.
134. Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerine Bir Analiz), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.
135. Verdugo A, Patricia L, Bocanegra P, Migdolia B. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff of a third level hospital Boyaca, Colombia, *Enfermeria Global*, 2013, 29:89-104.
136. Gürboyoğlu J. Lider-Üye Etkileşiminin Örgütsel Adalet Algısı ve Tükenmişlik Üzerine Etkileri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2009.
137. Bakker AB, Heuven E. Emotional Dissonance, Burnout, and in-role performance among nurses and police officers, *International Journal of Stress Management*, 2006, 13(4):423-440.
138. Tekin A. Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.
139. Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10(1):58-66.

140. Aksu A. Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Bağlılığa Etkileri: Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi, 2010.

141. Atameriç A. İşyerindeki Stres Düzeyinin Çalışanların Tükenmişlik Algıları Üzerindeki Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi, 2012.

142. Güneş İ, Bayraktaroğlu S, Kutanis RÖ. Çalışanların örgütsel bağlılık ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki: Bir devlet üniversitesi örneği, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009, 14(3):481-497.

143. Sönmez DZ. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2006.

144. Toprak E. Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ile İş Tatmini Arasındaki İlişki: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Niğde: Niğde Üniversitesi, 2013.

145. Nazik E, Arslan S. Hemşirelik mesleğinin geleceği: Öğrencilerin beklentileri, *Bozok Tıp Dergisi*, 2014, 4(1):33-40.

146. Uzunkaya S. Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin İş Yaşam Kaliteleriyle İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.

147. Sekol MA, Kim SC. Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital, *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, 4(12):115-124.

148. Divinakumar KJ, Pookala SB, Das RC. Perceived stress, psychological well-being and burnout among female nurses working in government hospitals, *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2014, 2(4):1511-1515.

149. Komşuk D. Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde, Uyku Sorunlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2013.
150. Öcal D, Kürklu S, Tekin K. Bir eğitim araştırma hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin stres ve motivasyon düzeyinin belirlenmesi, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2015, 2(3): 147-154.
151. İntepeler ŞS, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ve etkileyen faktörler, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30(1):1-18.
152. Penoyer DA. Nurse Staffing and Patient Outcomes in Critical Care: A Concise Review, *Crit Care Med.*, 2010, 38(7): 1521-8.
153. Külçü DP, Yiğit R. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20(1): 34-40.
154. Chang YK, Mark BA. Antecedents of Severe and Nonsevere Medication Errors, *J Nurs Scholarsh*, 2009, 41(1): 70-78.
155. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları, *Anadolu Kliniği*, 2016, 21(3): 207-214.
156. Mankan T, Turan GB, Polat H. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde malpraktis, *HSP*, 2017, 4(2):98-104.
157. Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. Medication errors involving patient-controlled analgesia, *Am J Health-Syst Pharm*, 2008, 65 (5):429-440.
158. Nikpeyma N, Gholamnejad H. Reasons for Medication Errors in Nurses' View, *Journal of Nurse Midwifery*, 2009, 64(19): 18-24.

159. Hassan H, Das S, Se H, Damika K, Letchimi S, Mat S, Packiavathy R, Zulkifli SZ. A Study on Nurses' Perception on the Medication Error at one of the Hospitals in East Malaysia, *Clin Ter.*, 2009, 160(6): 477-490.

160. Avşar G, Armutçu EA, Özlü ZK. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: Bir Hastane Örneği, *HSP*, 2016, 3(2):115-122.

161. Mülayımoğlu A. Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2012.

162. Khoo ME, Lee WK, Sararaks S, Samad AA, Liew SM, Cheong AT, Ibrahim MY, Su SH, Hanafiah ANM, Maskan K, İsmail R, Hamid MA. Medical errors in primary care clinics- a cross sectional study, *BMC Family Practice*, 2012, 13:127.

163. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2013.

164. Çatak HŞ. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2013.

165. Akpınar AT, Taş Y. Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2011, 11(4): 161-165.

166. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama, *D.E.Ü.İ.B.F. Dergisi*, 2005, 20(2): 95-108.

167. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11: 167-179.

168. 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.
169. Yakut Hİ, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik, *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 2013, 10 (38): 1564-1571.
170. Franco GP, Barros ALBL, Martis LAN, Zeitoun SS. Burnout in nursing residents, *Rev. Esc. Enferm, USP*, 2011, 45(1):12-8.
171. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The Factors Associated With The Burnout Syndrom and Fatigue in Cypriot Nurses: A Census Report, *BMC Public Health*, 2012, 12:457.
172. Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uyur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7(1): 401-419.
173. Taze S. Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
174. Sütü SA. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zeka ve Tükenmişlik İlişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2013.
175. Stimpfel AW, Slane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction, *Health Affairs*, 2012, 31(11): 2500-2509.
176. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma, *Ege Akademik Bakış*, 2008, 8(2): 541-561.

177. Beaver CB, Sharp ES, Cotsonis GA. Burnout experienced by nurse midwives, *Journal of Nurse Midwifery*, 1986, 31(1):3-15.

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

179. Maslach C. ve Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives”, *Applied&Preventive Psychology*, 1998, 7:63–74.



## 8. EKLER

### EK-1. Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu

#### CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA EĞİLİMLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

##### Sayın Katılımcı;

Araştırma cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tıbbi hata eğilimleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Dolduracağınız anket yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Araştırmanın etkinliği sorulara vereceğiniz doğru ve eksiksiz cevaplarla sağlanacaktır. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Ankete isminizi yazmanız gerekli değildir. Katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için;

**Tlf:** 0531 696 85 51;

**E-posta:** gamze\_aydogmus@hotmail.com ile iletişim kurabilirsiniz.

##### Ankete katılmayı kabul eder misiniz?

- Evet  
 Hayır  
 Zamanım yok  
 Etkili olduğunu düşünmüyorum

**Araştırmacı;**

Gamze AYDOĞMUŞ

1. Doğum Tarihiniz?.....
2. Cinsiyetiniz?  Kadın  Erkek
3. Medeni durumunuz?  Evli  Bekâr
4. Öğrenim durumunuz?  Lise  Ön lisans  Lisans  Lisansüstü
5. Çalıştığınız birim?  Servis  Yoğun Bakım  Ameliyathane
6. Çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir?  
 Klinik hemşiresi  Yoğun bakım hemşiresi  Sorumlu Hemşire  
 Ameliyathane hemşiresi
7. Çocuğunuz var mı?  Evet  Hayır
8. Gelir durumunuz?  
 Gelir giderden az  Gelir gidere denk  Gelir giderden fazla
9. Tanı almış herhangi bir hastalığınız var mı?  
 Evet (Belirtiniz).....  
 Hayır
10. Günlük ortalama uyku saatiniz?.....
11. Uyku sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
 Yeterli değil  Yeterli  Bazen yeterli
12. Meslekteki toplam görev süreniz ( yıl olarak).....
13. Şu anda görev yaptığınız birimdeki görev süreniz (yıl olarak) .....

## EK-1. Devamı

14. Genellikle hangi vardiyada çalışmaktasınız?  
 Sürekli gündüz  Sürekli gece  Bazen gündüz bazen gece
15. Bir günde bakım verdiğiniz tahmini hasta sayısı.....
16. Mesleği seçme durumunuz?  
 İsteyerek  Kısmen isteyerek  İstmeden
17. Hemşirelik mesleğini kendinize uygun buluyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Her zaman
18. Daha önceden Tıbbi hata uygulamaları kavramını duydunuz mu?  
 Evet  Hayır (23. Soruya geçiniz)
19. Tıbbi hata uygulamaları kavramını nereden duydunuz? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)  
 Okul eğitimi  
 Gazete- dergi- radyo-televizyon yayın organlarından  
 Hizmet içi eğitimlerden  
 Arkadaş çevresinden  
 Diğer
20. Daha önceden tıbbi hata uygulamaları ile ilgili eğitim aldınız mı?  
 Evet  Hayır
21. Sizce tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)  
 Hemşire sayısının yetersiz olması  
 İş yükünün fazla olması  
 Çalışma saatlerinin uzun olması  
 Hasta ve hemşireler arasındaki iletişim eksikliği  
 Hemşirelere görev dışı işlemlerin yüklenmesi  
 Doktor istemlerinin anlaşılabilmesi  
 Stres, yorgunluk, tükenmişlik duygusu  
 Hataları önleyici sistem olmaması  
 Protokol ve prosedürlerin olmaması  
 Mesleki eğitimin yeterli olmaması  
 Mesleğin sevilmemesi  
 Kayıtların düzgün tutulmaması  
 Hastaların tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması  
 Diğer ( Lütfen açıklayınız.....)
22. Sizce tıbbi hataların önlenmesi mümkün müdür?  
 Evet  Hayır  Bilmiyorum
23. Şuandaki çalışma ortamındaki memnuniyet durumunuz?  
 Evet  Hayır
24. Meslekten dolayı kendinizi tükenmiş hissetme durumunuz?  
 Evet  Hayır  Bazen

## EK-2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
<b>İLETİŞİM</b>					
1. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					
2. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
3. Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
4. Serviste çift order (doktor istemi+hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.					
5. Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.					
<b>ENFEKSİYONUN ÖNLENMESİ</b>					
1. Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
2. IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
3. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.					
4. İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.					
5. İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim.					
6. Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.					
7. Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.					
8. Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
9. Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.					
10. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.					
11. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
12. Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.					
<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI</b>					
1. İlaç doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.					
2. Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
3. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
4. Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
5. İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
6. İlaç-ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
7. İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.					
8. Tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					

**EK-2. Devamı**

	<b>HİÇ</b>	<b>ÇOK NADİR</b>	<b>ZAMAN ZAMAN</b>	<b>GENELLİKLE</b>	<b>HER ZAMAN</b>
9. IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim*.					
10. İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
11. İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
12. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.					
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.					
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.					
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.					
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.					
<b>HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ</b>					
1. Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.					
2. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.					
3. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.					
4. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.					
5. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
6. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
7. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.					
8. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.					
9. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.					
<b>DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ</b>					
1. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.					
2. Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.					
3. Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.					
4. Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.					
5. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.					

IV:Intravenöz, IM:Intramüsküler, SC:Subcutan\*

### EK-3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Kullanım İzni

#### Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği



Musa özata <musaozata@gmail.com>

>



Çar 5.11.2014, 14:28

Siz; ▾



2 ekin (594 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Kullanabilirsiniz.

4 Kasım 2014 22:10 tarihinde gamze aydogmus

<[gamze\\_aydogmus@hotmail.com](mailto:gamze_aydogmus@hotmail.com)> yazdı:

Merhaba Musa hocam ben Gamze AYDOĞMUŞ, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinde de yüksek lisans yapıyorum. Bu yıl tezime başlıyorum ve tez konusu olarak " Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " olarak düşünüyorum. Araştırma yaptığımda sizin bu konuda ölçek geliştirdiğinizi gördüm. Acaba sizin geliştirdiğiniz " Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğini" kullanabilir miyim?

#### EK-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

YÖNERGE Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hastalarımın neler hissettiklerini hemen anlarım					
5. Hastalarımın sanki insan değillermiş gibi davrandığını hissediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7. Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu hissediyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert davranıyorum.					
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastalarımın ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan insanlarla çalışmak beni çok yıpratıyor.					
17. Hastalarımınla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Hastalarımın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

## EK-5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanım İzni

### İZİN BELGESİ

11.11.2014

Sayın Gamze AYDOĞMUŞ,

"Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tezinizde MBI ölçeğini kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Canan ERGİN



Özyeğin Üniversitesi

Sosyal Bilimler Fakültesi Dekanı

## EK-6. Etik Kurul Onay Formu

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

### ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	06/10
Karar Tarihi	28.08.2015
Karar No.	99

### KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

#### İMZA

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Cenksu ÜÇER	Üye	
		

## EK-7. Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği İzin Yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 51700877/730.08.03  
Konu : EPK Kararı-Gamze AYDOĞMUŞ

### YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 28/09/2015 tarihli ve 12606850/5807 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde bulunan Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ' un "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, araştırma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, anket çalışmasının yapılması planlanan Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurulacak şekilde Hastane Yöneticiliğince uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

#### EKLER:

1- İlgili Evrak (1 sayfa)

GÜVENLİ ELEKTRONİK  
İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR  
16.10.2015

Hulusi YÜCEL  
Memur

Anafartalar Cad. Altındağ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/ANKARA e-posta :  
khh0601.egitim@saglik.gov.tr  
Selvinaz YÜCEL Tel: 0 312 306 36 76-3718 Fax: 0 312 306 36 32

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c731116d-68c1-430e-8541-5cb261dc74c6 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-8. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.15- EPKK-619  
Konu : EPK Kararı

Giden Evrak Tarihi : 14/10/2015  
Giden Evrak No : 9737

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği

**İLGİ:** 05/10/2015 tarih ve 730.08.03/58 sayılı yazınız.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde çalışan Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ'un "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin tıbbi Hata Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu çalışmasının hastanemizde yapma talepleri Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulumuzun 12/10/2015 tarihli ve 337 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; hastanemizde yürütülmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir. Gereği arz olunur.

Prof.Dr. Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi  
Epk Başkanı

Kızılay Sokak No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA  
Telefon : (0312) 306 10 12  
e-posta : [personel@tyih.gov.tr](mailto:personel@tyih.gov.tr)  
TYİH-FRM-TKY-018/12.12.2006/01

Belge Geçer : (0312) 312 41 20  
Elektronik Ağ : [www.tyih.gov.tr](http://www.tyih.gov.tr)

Bilgi için: EPK sekreterliği  
Tel:306 1772

**EK-9. Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 2. BÖLGE KHBGS  
İDARI HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
08/04/2016 16:02 - 85346189 - 605.01 - E.4888



00021980809

Sayı : 85346189/605.01  
Konu : Araştırma İzni/Gamze  
AYDOĞMUŞ

**DAĞITIM YERLERİNE**

İlgi: Gamze AYDOĞMUŞ'ın 08/04/2016 tarihli başvurusu.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik bölümü yüksek lisans programı öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ, "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında Birliğimize bağlı Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket uygulaması yapabilmek için gerekli iznin verilmesini talep etmektedir.

Bahsi geçen talebin Yöneticiliğinizde değerlendirilmesi uygun bulunması halinde; çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Gamze AYDOĞMUŞ tarafından 20/06/2016 tarihine kadar yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi gerekmektedir.

Değerlendirme sonucu hakkında Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Aziz Alper BİTEN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: İlgili Yazı Örneği (9 sayfa)

Dağıtım:  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağ. Bil. Enstitüsü  
Keçiören EAH

Nasuh KAYA  
Uzman  
Ankara İli 2. Bölge Kamu  
Hastaneleri Birliği Genel  
Sekreterliği

Belgenin Aşlı

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastahane ve Doğum Evi  
E.A.H. Aşağı Eğlence Mah. Yeni Etlik Cad. Etlik-Keçiören/ANKARA  
guldem.bayraktar@saqlik.gov.tr (Eğitim Birimi)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a13f1d99-d4a7-456d-8bb0-2d9ddccc949d kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-10. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı**



SAĞLIK BAKANLIĞI  
T.C.  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 43278876/3281

09.10.2015 5490

Konu : Araştırma İzni/Gamze AYDOĞMUŞ

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterliğine  
Çankırı Cad. Çiçek Sk. No:3 Kat:2 Ulus ANKARA

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ'un "Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz, **Ankara 2 Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin onayının da alınması**, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat sorumlu araştırmacı tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcılarının yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam ve kişilere verilmemesi ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

Doç. Dr. Eyüp HORASANLI  
Başhekim

Personel Şubesi  
Tel:0312 3569000/1379

Pınarbaşı Mahallesi Ardahan Sokak No:25  
Faks: 3569020

Keçiören/ANKARA  
e-mail:personelkoren@gmail.com

**EK-11. Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 78307406/774.99  
Konu : Gamze AYDOĞMUŞ

**ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE**

İlgi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü'nün 28/09/2015 tarihli 75265783/5806 sayılı yazısı.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ'un Yard. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI'nın danışmanlığında yürüttüğü tez çalışmalarını sağlık tesisinizde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Gamze AYDOĞMUŞ tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK:  
Dosya (1 Adet)

DAĞITIM:  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgi:  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü ✓

Ankara İli 3. Bölge Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Demirlibağçe Mah. Mamak Cad. No:11  
Mamak ANKARA İlhan BÜYÜKCEBEÇİ İletişim: 03122019140 ilhan.buyukcebeci@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b6d45397-74f1-4cee-a9a5-c173a7a06214 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-12. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

  
T. C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneler  
Birliği Genel Sekreterliği

  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

SAYI : 28295788/

KONU : Gamze AYDOĞMUŞ

ATATURK E. A. H.  
28295788  
16-11-2015 09:43:00 / GİDEN 12079

T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne  
ANKARA

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gamze AYDOĞMUŞ' un  
Yard.Doç.Dr.Sema KOÇAŞLI'nın danışmanlığında yürüttüğü tez çalışmalarını sağlık tesisimizde yapması  
tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Murat AKÇAY  
Hastane Yöneticisi



**EK-13. Özgeçmiş**

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	Gamze GÜNDOĞDU
Doğum Tarihi	20.06.1985
Doğum Yeri	Ankara
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	T.C.
Adres	Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Hemşiresi, Ankara
Tel	0531 696 85 51
E-Mail	gamze_aydogmus@hotmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	Ankara Yahya Kemal Beyatlı Lisesi
Lisans	Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	Orta
<b>ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR</b>	

