



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MERHAMET
YORGUNLUĞUNUN TIBBİ HATAYA EĞİLİME ETKİSİ

İlyas ÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ
DANIŞMAN

GAZİANTEP 2023

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MERHAMET
YORGUNLUĞUNUN TIBBİ HATAYA EĞİLİME ETKİSİ**

İlyas ÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ
DANIŞMAN

2023
GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	İlyas ÇELİK	Tez Savunma Tarihi	23.06.2023
Tez Adı	Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi		

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ	SANKO Üni. / Hemşirelik Esasları AD.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hatice GÜZEL	SANKO Üni. / İç Hastalıkları Hemşireliği AD.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ezgi DİRGAR	GAÜN / SBF / Ebelik AD.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez sürecimde bilgi ve deneyimini sevgiyle, sabır ve hoşgörü ile yardımlarını esirgemeyen, değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ' a;

Tez sürecinde bana destek veren ve desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Suat TUNCAY' a;

Her zaman yanımda olan ve bana bu zorlu süreçte desteğini hiç esirgemeyen, sürekli moral veren sevgili eşim Hatice ÇELİK' e;

Veri toplama sürecinde destek ve yardımlarını esirgemeyen tüm yoğun bakım hemşirelerine; ve daha adını sayamadığım çalışma arkadaşlarımdan bana karşı anlayış, sabır ve yardımlarından ötürü sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İlyas ÇELİK

23 / 06 / 2023

ÖZET

Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi

Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilimine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırma Ekim 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında Bingöl Devlet Hastanesi ile Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. Araştırma 78 hemşire ile yürütüldü. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği, Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılarak toplandı. Veri analizinde Independent t testi, One Way (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri, pearson korelasyon testi ile doğrusal regresyon testleri yapıldı.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32,43 ($\pm 5,61$) yıl olup % 56,4 ü kadın, %61,5' i lisans mezunu ve %55,1'i 0-5 yıl arası yoğun bakımda çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %65,4 ü merhamet yorgunluğu yaşadığını, %62,8'i nadiren tıbbi hatayla karşılaştığını ve %79,5'i ise merhamet yorgunluğunun tıbbi hatayı etkilediğini ifade etti. Araştırmada evli kişilerin, merhamet yorgunluğu puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulundu ($t=3,28$; $p=,002$). Merhamet yorgunluğunun, tıbbi hata üzerinde etkisi olduğunu düşünen hemşirelerin merhamet yorgunluğu toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($Z=306,00$; $p=,019$). Merhamet yorgunluğu ile tıbbi hataya eğilim arasında herhangi bir ilişki belirlenmedi ($p>,05$).

Araştırma sonucuna göre; merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilimi etkilemediği belirlendi. Merhamet yorgunluğu ve tıbbi hatayı azaltmaya yönelik kanıta dayalı şekilde bilimsel çalışmaların artırılması, tedavilerin yanı sıra önleyici dayanıklılık eğitim programlarının oluşturulması, bireysel ve kurumsal olarak sağlık sisteminde yeni stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; yoğun bakım; merhamet yorgunluğu; tıbbi hata

ABSTRACT

The Effect of Compassion Fatigue of Nurses Working in The Intensive Care Unit On Medical Errors

This research was planned as a descriptive study to examine the effect of compassion fatigue on the tendency to medical errors of nurses working in intensive care units. The research was conducted between October 2022 and January 2023 in the intensive care units of Bingöl State Hospital and Bingöl Maternity and Children's Hospital. Research was conducted with 78 nurses. Data were collected using Personal Information Form, Compassion Fatigue Short Scale, and Medical Error Tendency Scale. Independent t test, One Way (ANOVA), Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests, Pearson correlation test and linear regression tests were performed in data analysis.

The mean age of the nurses participating in the study was 32,43 ($\pm 5,61$) years, %56,4 were female, %61,5 were bachelor's degree graduates, and %55,1 had worked in intensive care for 0-5 years. Among the nurses, %65,4 stated that they experienced compassion fatigue, %62,8 stated that they rarely encountered medical errors, and %79,5 stated that compassion fatigue affected medical errors. In the study, the compassion fatigue score of married individuals was statistically higher ($t=3,28$; $p=,002$). The total score of compassion fatigue of nurses who thought that compassion fatigue had an effect on medical error was found to be statistically significant ($Z=306,00$; $p=,019$). No relationship was found between compassion fatigue and tendency to medical error ($p>,05$).

According to the results of the study, compassion fatigue was found to have no effect on the tendency to medical error. Increasing evidence-based scientific studies to reduce compassion fatigue and medical errors, establishing preventive resilience training programmes as well as treatments, and developing new strategies in the health system individually and institutionally are recommended.

Keywords: Nursing, intensive care, compassion fatigue, medical error

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	III
ETİK BEYAN	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
TABLolar DİZİNİ.....	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Merhamet Kavramı	3
2.2. Hemşirelik Bakımı ve Merhamet İlişkisi.....	3
2.3. Merhamet Yorgunluğu Kavramı.....	4
2.3.1. Merhamet yorgunluğunun genel oluşum süreci.....	5
2.3.2. Merhamet yorgunluğu belirtileri.....	8
2.4. Merhamet Yorgunluğunun Hemşirelik Bakımına Etkisi	9
2.5. Tıbbi Hata Kavramı	10
2.5.1. Tıbbi hataların sınıflandırılması.....	11
2.5.2. Tıbbi hata nedenleri	12
2.6. Yoğun Bakımda Tıbbi Hata Nedenleri	14
2.7. Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hata Arasındaki İlişki	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4. Verilerin Toplanması	19
3.4.1. Kişisel bilgi formu (EK-2).....	19
3.4.2. Merhamet yorgunluğu ölçeği (EK-3)	19
3.4.3. Tıbbi hataya eğilim ölçeği (EK-4)	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	20

3.6. Kullanılan istatistiksel yöntemler	20
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	21
3.8. Çalışmanın Etik Boyutu.....	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
7. KAYNAKLAR	40
8. EKLER.....	45
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK-2 Kişisel Bilgi Formu	
EK-3 Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek	
EK-4 Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
EK- 5 Etik Kurul Onayı	
EK-6 Kurum Çalışma İzni	
EK-7 Ölçek İzinleri	
EK-8 İntihal Raporu	
EK-9 Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA:	American Nursing Association / Amerikan Hemşireler Birliği
HTHEÖ:	Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği
JCAHO:	The Joint Commision on Accredition of Healtcare Organizations / Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu
MY-KÖ:	Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği
NPSF:	National Foundation for Patient Safety / Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı
TDK:	Türk Dil Kurumu



Tablo 2.1. Tıbbi Hataya Neden Olabilecek Faktörler.....	13
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.	22
Tablo 4.2. Katılımcıların Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hataya İlişkin Görüşleri.....	24
Tablo 4.3. Demografik Bulguları ile Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4.4. Demografik Bulguları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Ölçeklerin Puan Ortalamaları.	31
Tablo 4.6. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Arasındaki Korelasyon.....	32
Tablo 4.7. Bazı Bağımsız Değişkenlerin Merhamet Yorgunluğu ile İlişkisi.....	33
Tablo 4.8. Bazı Bağımsız Değişkenlerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile İlişkisi.....	33
Tablo 4.9. Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile İlişkisi.....	33

Şekil 2.1. Merhamet Yorgunluğu Modeli (39).	6
Şekil 2.2. Merhamet Yorgunluğunun Genel Oluşum Evreleri ve Ampirik Göstergeleri (41).	7
Şekil 2.3. Merhamet Yorgunluğu ve Oluşum Süreci (15).	8



1. GİRİŞ

Hemşirelik, bazı özel bilgi ve beceri gerektiren bilim ve sanatı da kapsayan karmaşık bir meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelik, güncel bilgilerin yanı sıra uygulama alanlarında merhamet duygusununda ön planda olduğu anlayışlı bir yaklaşımla sürdürülmelidir (1). Strauss ve ark. (2016) merhameti, “*Bir başkasının acı ve üzüntüsüne tanık olurken ortaya çıkan ve kişiye yardım etme, acısını azaltmak için harekete geçmeyi sağlayan duygu*” olarak tanımlamıştır (2). Merhamet duygusunun mutluluk, sosyal ilişkilerin gelişmesi gibi olumlu sonuçları olabileceği gibi kaygı, öfke ve korku gibi olumsuz duygularda oluşturabilmektedir (3). Merhamet duygusunun hasta bakımında sağlanması, hastaların memnuniyetini artırabileceği, hasta ve yakınlarının hemşirelere olan güven duygusunu pekiştirebileceği ve hastaların iyileşmelerine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (1,4,5). Merhamet, sağlık alanında önemli bir kavram olduğu bilinmekte ve çeşitli faktörlerle zamanla azalıp artabileceği ifade edilmektedir (4).

Hemşireler, karmaşık bir ortamda çalışmakta ve işle ilgili meydana gelen çeşitli sorunlara maruz kalmakla beraber, işlerinde günlük olarak hastaların acı ve travmalarına tanık olurken hastalara bakım sağlamak onlar için fiziksel, duygusal ve ruhsal açıdan etkilenmektedir (6). İnsanın var oluşundan beri içinde yer alan merhamet duygusu zaman içinde kronik bir yorgunluğa dönüşebilmektedir (5).

Literatürde merhamet yorgunluğunun yoğun bakım ünitelerinde daha yüksek düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (7,8). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, gerek yoğun bakım hastanın genel durumunu yönetmek, gerekse çalışma koşullarına bağlı yaşadığı zorluklar nedeniyle; hem fiziksel hem de duygusal olarak etkilenebilmektedir (9). Yoğun bakım ünitelerinde iş yükü, iletişimsizlik, ekipman eksikliği, yorgunluk, aşırı stres gibi bazı faktörler merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yanı sıra tıbbi hatalara da sebep olabilmektedir (10). Özellikle merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin empati ve karar verme yeteneğinde azalma, sinirlilik, bakım becerilerinde azalma, işe bağlılığın azalması ve tıbbi hata riskinin arttırabilmektedir (5,11). İnsan kaynaklı meydana gelen tıbbi hataların %61’inin önlenebileceği bildirilmektedir (12).

Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliği ile ilişkisinin olduğu çalışmalarda, merhamet yorgunluğunun artmasıyla hasta güvenliği ile ilgili prosedürlerin azaldığı ve hasta güvenliğinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (13,14). Literatürde merhamet yorgunluğu

ile tükenmişliğin benzer kavramlar olduğu (15,16) ve daha çok tükenmişliğin incelendiği çalışmalar bulunmakta ve tükenmişliğin artmasıyla hasta güvenliğinin olumsuz etkilendiği ve tıbbi hataların arttığı bildirilmektedir (17,18). Literatür incelenmesinde yoğun bakım ünitelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilimine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğunun ilaç hataları ile ilişkisi incelenmiştir ve merhamet yorgunluğunun ilaç hatalarını artırdığını tespit edilmiştir (19). Sağlık hizmeti sunulurken öncelikli amacın, yarar sağlamaktan ziyade hastaya zarar vermemek olduğu sıkça ifade edilmektedir. Fakat güvenli olarak verilmeyen sağlık hizmetlerinin sonucunda ölüm oranlarının çok olması hasta güvenliğinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (20). Bu çalışmalara dayanarak planlanan çalışma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilime etkisini incelemek amacıyla yürütüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Merhamet Kavramı

Merhamet terimi Latince'den “birlikte” anlamına gelen (com) ve “acı çekmek” anlamına gelen (pati) sözcüklerinden meydana gelmektedir (21). Merhamet sözcüğü bazen şefkat bazen duyarlılık bazen empati ve acıma gibi başlıklar altında veya birçok disiplin içerisinde kendisine yer edinen literatürde geniş yer bulan bir kavramdır (22).

Merriam-Webster sözlüğünde merhamet, “Bir kimsenin sıkıntısına acı veren duygularına üzüntü hissi ile beraber hafifletme arzusuyla ya da paylaşarak sebep olan durumu ortadan kaldırma hissidir” (23). Türk Dil Kurumu (TDK) ve Biyoetik terimler sözlüğünde de benzer tanımlar yapılmıştır. “Bir canlının ya da grubun içinde bulunduğu kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma, gibi duyguları ifade etmektedir” (22,24).

Strauss ve ark. (2016), yılında yaptıkları çalışmada merhamet kavramı ile ilgili literatür doğrultusunda şu tanımları yapmışlardır (2).

- Acıyı tanımak,
- İnsan yaşamında çekilen acının evrenselliğini kavramak,
- Kişilerin yaşadığı acı için empati gösterip onların yaşadığı sıkıntıyı anlamak,
- Acı çeken bireyler hakkında rahatsızlık verici duyguları tolere etmek ve acıyı yaşayan bireyi kabul edip ona karşı açık olmak,
- Kişilerin yaşadığı acı durumunu hafifletmek için çaba göstermek ve motivasyonunu artırmak.

Sağlık alanında merhamet kavramı, hastanın yaşadığı ağrı travma veya hastalık yüzünden, bireyin bunları derinden hissetmesi sonucunda yaşadığı üzüntü ve acıma duygusudur (25).

2.2. Hemşirelik Bakımı ve Merhamet İlişkisi

Hemşirelik sanat ve bilimden oluşan, temeli bakıma dayanan bir meslek grubudur. Bakım kavramı, insanlık tarihinden beri gerekli olan, insan yaşamının varlığının değişmez bir parçasıdır (26). Hemşirelik bakımı, hemşireliğin en önemli yapı taşıdır, değişen ve gelişen hayata rağmen hemşirelikte değişmeyen tek unsur bakım verme hizmetidir (27). Hemşirelikte bakım verme hizmeti, birey aile ve toplumun sağlık hizmetinin korunması ve geliştirilmesinde; hemşireliğin temelinde bulunan ahlaki değerlerin, vicdan ve akıl süzgecinden geçirilerek hastalar için en iyisini yapmaya çalışmaktır (28).

Hemşirelik sayısız rollerinin yanı sıra hastaların başucunda onlara destek olan, ellerini tutan, hastaların zor anlarında onlarla beraber üzülen, hastaların tedavisi ve iyileşmesi için endişe

ve empati duyan, daha iyi sonuçlar almak için bakımı merhametle sağlayan meslek grubudur. Hastaları iyileşme ve sağlıklarını koruma adına yapılan empatik ve merhametli bakım, hemşirelerin her yıl en güvenilir mesleklerden biri olmasının en büyük kanıtıdır (29). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yayınlanan etik davranışlar ile ilgili beyanın ilk maddesinde hemşirelerin merhamet duygusuyla hareket etmelerine değinmiştir. ANA'nın etik kodunun ilk maddesinde “*hemşirelerin bireyin sağlık problemlerinin doğasını, kişilerin bireysel farklılıklarını, sosyal ekonomik durumunu ayırt etmeden, merhamet ile tüm mesleki uygulamalarını sürdürmelidir.*” ifadesi yer almıştır (30).

Hemşirelikte merhametli bakımın son dönemlerde daha fazla önem kazandığı ve merhametli bakımın hastaları olumlu yönden etkilediği ifade edilmektedir (31). Hemşireliğe merhametli bakımın dahil edilmesiyle; hastaların daha hızlı iyileşmesini, kronik hastalıklarla baş etme becerilerinin gelişmesini, kaygı ve endişelerinin azalmasını sağlamaktadır. Bunun sonucu olarak hasta ve sağlık çalışanların memnuniyetinin artması, güvenli bakımın, zamandan ve maliyetten tasarrufun sağlanması, özgüven duygusu ve baş etme becerilerini geliştirebilir (32).

2.3. Merhamet Yorgunluğu Kavramı

Merhamet duygusu başkalarının acı üzüntü, zayıf hissettikleri anlar ya da yaşadıkları sıkıntılı durumlarda yardım etme ve destek olma arzusunun bulunmasıdır (25). Yorgunluk ise TDK'ya göre “*Çalışma vb. durumların sonucu olarak kişinin bedenen ve ruhen etkinlik ve verim düzeyinin azalması.*” olarak tanımlanmıştır (24). Merhamet yorgunluğu kavramı ise bu iki kavramın birleşiminden meydana gelen bireylerin kötü, zor durum ve sıkıntıları için duyulan üzüntü ve acıma hissinin uzun süre tekrarlanarak yaşanmasının, kişide oluşturduğu psikolojik yorgunluk olarak görülmesi olarak tanımlanmaktadır (33).

Hemşirelikte merhamet yorgunluğu, kişinin fiziksel, psikolojik, duygusal acı çekmesi ya da travma yaşamış kişiye bakım verirken oluşan empati sonucunda ortaya çıkmaktadır (34). Lombardo ve ark. (2011)'de aktardığına göre; Merhamet yorgunluğu kavramını ilk olarak bir hemşire olan Joinson (1992) ortaya koymuştur. Acil serviste çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada; hemşirelerin, travma ve hastalık yaşayan bireylere verilen bakım hizmeti sırasında kendi duygularını unutup, hissettikleri öfke ve çaresizlik sonucunda hemşirelerin tükenmişlik yaşadıkları bu nedenle, bakım verme hizmetini kaybetmeleri sonucunda merhamet yorgunluğu kavramının ortaya çıktığı belirlenmiştir (35).

Figley ise “*Kişide merhamet yorgunluğu gelişmesine başarma duygusu, hastaların travmalarına maruz kalma, empatik davranışlar, hastalara uzun süreli bakım verme gibi*

değişkenlerin sebep olduğunu öne sürmüş ve merhamet yorgunluğu modelini geliştirmiştir.” Figley “*Merhamet yorgunluğunu bakma maliyeti ve hastayla uzun süre birlikte olmanın doğal bir sonucu olarak tanımlamıştır. Bu duruma sebep olan iki faktör olarak maruz kalma ve empati olarak değerlendirmiştir. Bu iki faktör var olmadan merhamet yorgunluğunun oluşması oldukça zordur. Maruz kalmayı hemşirelerin tüm iş yaşamları boyunca çalışma saatlerinin tümünü yardıma muhtaç hasta bireylere verilen bakım ve tedaviden söz etmektedir.*” (36).

Kavram ilk olarak İngilizce “*compassion fatigue*” olarak adlandırılmıştır. Türkçe karşılığı birden çok anlama geldiği için oldukça zor olmaktadır. Çünkü “*compassion*” kelimesi, “*sevgi, merhamet, acıma, şevkat*” gibi anlamlara geldiğinden dolayı, bu ifadenin “*şevkat yorgunluğu ya da merhamet yorgunluğu*” gibi ifadelerle kullanılması uygun görülmüştür. Ancak; kavramın genel olarak acı ve üzüntü çeken bireyler gibi görme çabası nedeniyle oluşan durum düşünüldüğünde; bazen “*eş duyum yorgunluğu*” olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu kavramda “*merhamet yorgunluğu*” kavramı ile aynı başlık altında kullanılmaktadır (37).

İnsanların zor anlarına tanıklık eden polisler, öğretmenler, sosyal hizmette çalışanlar vb. birçok meslek grubunda görülmekte olup bu durumu en fazla yaşayan mesleklerden biri de hemşireliktir (38).

Hemşirelik temelinde bakım olan ölümü yakın olan bireylere ve ailelerine verilen bakım, duygusal ve psikolojik destek verme, yoğun iş yükü, gibi nedenlerle çok fazla stres altında kalmaktadırlar. Bu sebeple merhamet yorgunluğunun en çok görülebilecek mesleklerden birisi arasında yer almaktadır (39).

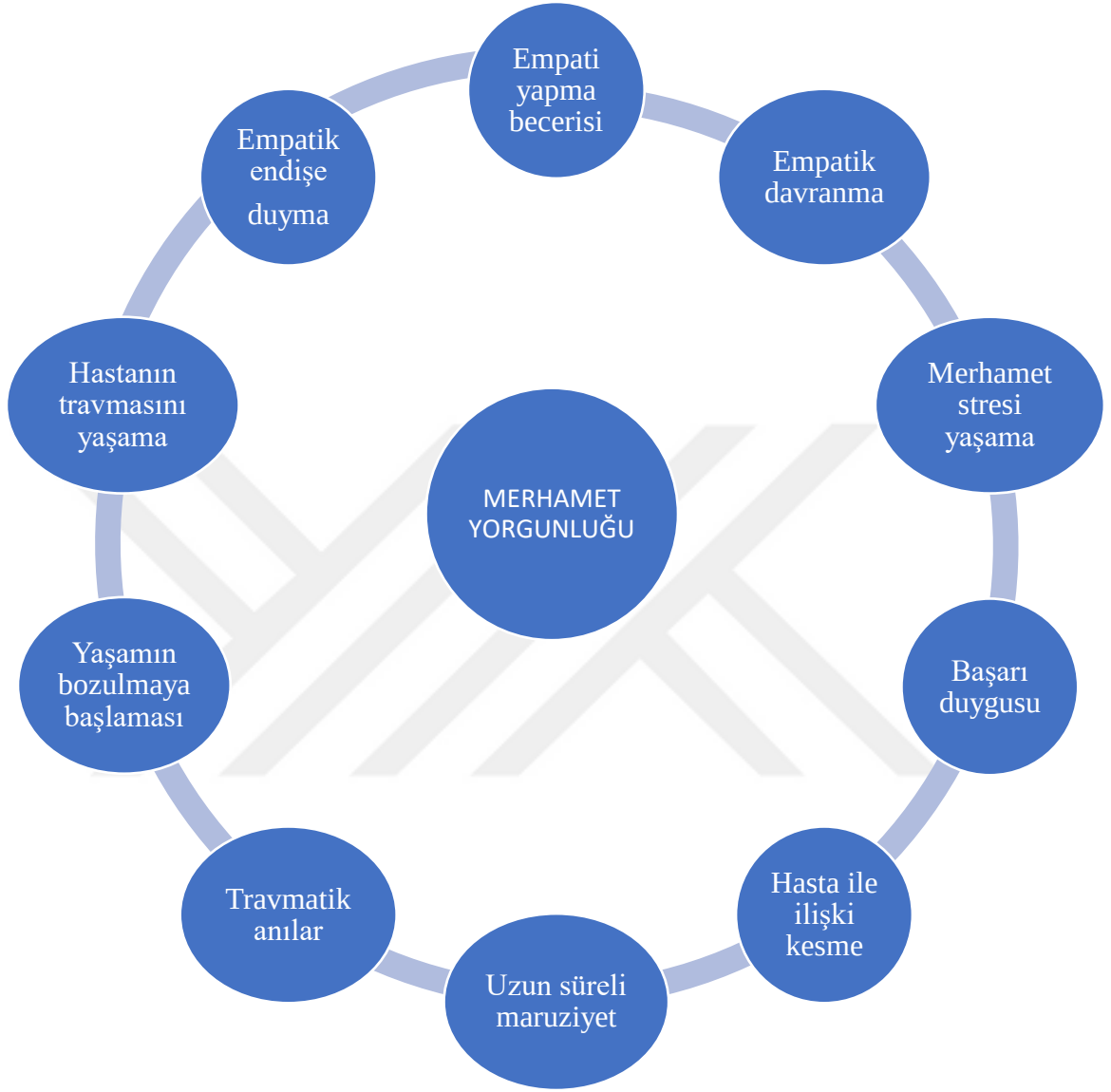
Merhamet yorgunluğu kavramı, hemşirelerin işe olan bağlılık ve çalışma performansını, hasta bireylerle olan iletişimi, hastaların aldığı bakım kalitesini, fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkilediğinden dolayı son yıllarda literatürde daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır (15,40).

2.3.1. Merhamet yorgunluğunun genel oluşum süreci

Merhamet yorgunluğu; hastayla sürekli olarak temas halinde bulunma, onlara bakım verme, yaşadıkları travmalar, yıpranma gibi durumlar sonucunda kişinin engel olamadığı merhamet duygusu sonrası, merhamet stresi olarak meydana gelen ilerleyici, durumun birikerek arttığı süreçtir (41).

Merhamet yorgunluğunu, “bakım vermenin bedeli” olarak tanımlayan Figley, (2002) Yoğun yaşanan empati ve uzun süre yaşanan stres sonucu aniden meydana gelebilen öncesinde

herhangi bir belirti vermeden ortaya çıkabilen bir durumdur. Figley merhamet yorgunluğunun gelişimini on değişkenin birbiriyle olan etkileşiminin sonucu olduğunu belirtmiştir (36).

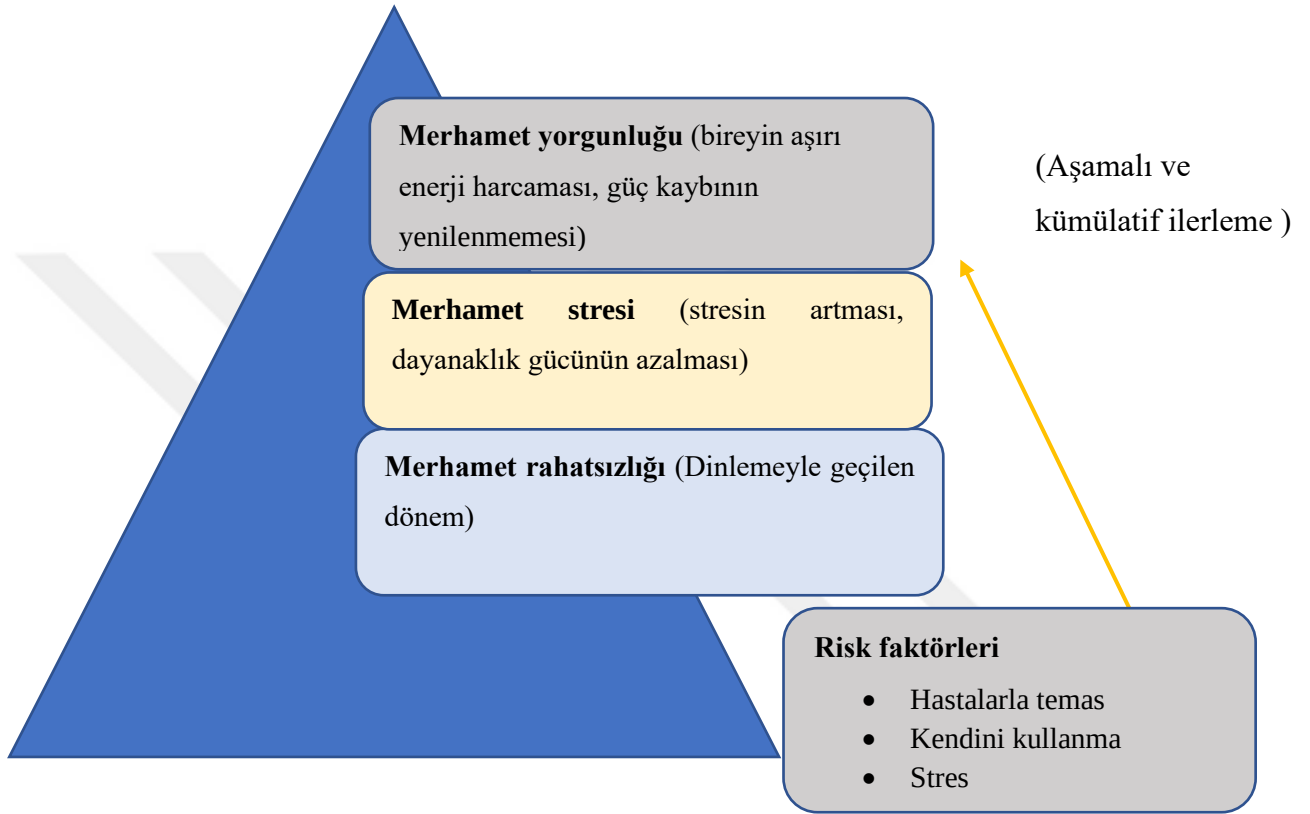


Şekil 2.1. Merhamet Yorgunluğu Modeli (39).

Merhamet yorgunluğunun oluşumunun gösterildiği Figley modeline göre, bireyin empatik olarak davranıp endişe duyması ve empati yapma becerisi özelliklerinin yanı sıra, başarı duygusu, travmatik anılar, uzun süreli maruziyet, hastanın travmasını yaşama, yaşamındaki bozulmalar, hasta ile ilişkisini kesme, merhamet stresini yaşaması sonucunda, merhamet yorgunluğunu deneyimler (36).

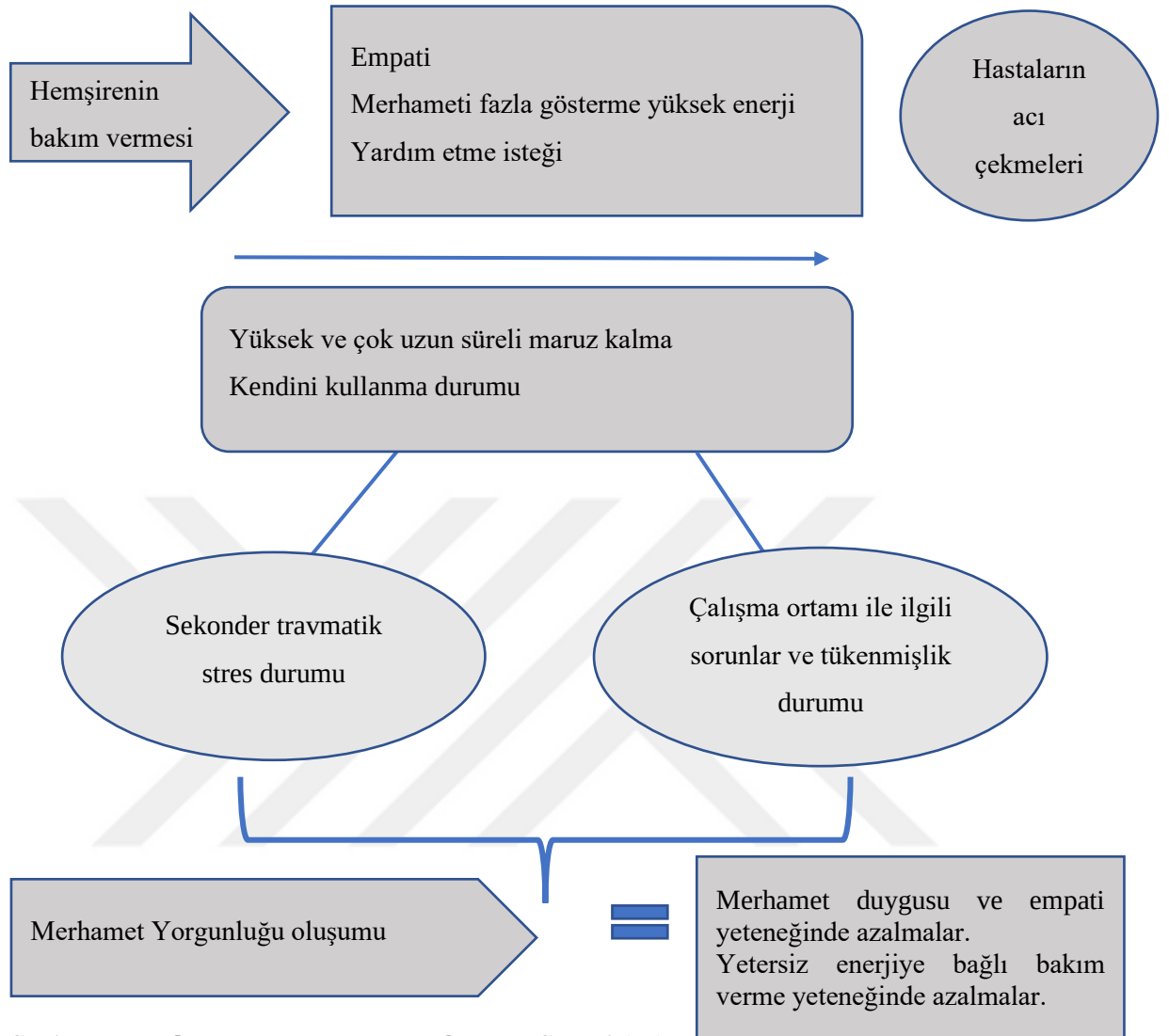
Coetzee ve Klopper (2010)'ın geliştirdikleri modele göre merhamet yorgunluğunu aşamalar şeklinde sınıflamıştır. Bu modele göre risk faktörlerini üç başlığa ayırmış olup bunlar hastalarla olan temas, kendini kullanma ve stres olarak incelemiştir. Bu risk faktörlerine

devamlı maruz kalması durumunda merhamet yorgunluğunun meydana geldiğinden bahsetmektedir. Merhamet yorgunluğunun oluşumunu aşamalı ve kümülatif olarak ilerlediğini dile getirip, önce merhamet rahatsızlığı, ardından merhamet stresi ve son olarak merhamet yorgunluğu olarak gerçekleştiğini vurgulamıştır. Coetzee ve Klopper'in geliştirdiği model aşağıdaki Şekil 2.2' de gösterilmektedir (41).



Şekil 2.2. Merhamet Yorgunluğunun Genel Oluşum Evreleri ve Ampirik Göstergeleri (41).

Pehlivan ve Güner (2018)'de derleyip geliştirdiği modele göre; hemşire acı çekmekte olan hastalara karşı aşırı merhamet ve empati gösterip, hastalara karşı yardım etme isteğinde bulunmakta olan kişidir. Bu istek ve merhamet duygusunun hastalara karşı aynı duyarlılıkta ve sürekli olması durumunda zamanla hemşirelerde travmatik semptomlar ve tükenmişlik meydana gelmektedir. Bu durum hemşirelerin, travmatik hafızasının tetiklenmesine, fiziksel ve duygusal olarak tükenmelerine sebep olmaktadır. Bunların sonucunda zamanla hastalara karşı bakım yeteneği, empati ve merhamet duygusu, hastalara yardım etme isteği, enerjisinin ciddi oranda azalmasıyla merhamet yorgunluğuna sebep olacaktır. Pehlivan ve Güner tarafından farklı modellerin derlenip geliştirilerek meydana getirilen model aşağıdaki şekil 2.3'te gösterilmektedir (15).



Şekil 2.3. Merhamet Yorgunluğu ve Oluşum Süreci (15).

2.3.2. Merhamet yorgunluğu belirtileri

Hemşirelerde merhamet yorgunluğu sonucu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bazı belirtiler ortaya çıkmaktadır (42). Figley (2002)' göre, merhamet yorgunluğu yaşamak başkalarının düştüğü zor duruma karşı duyulan ilgi ve kapasitesinin azalması olarak belirtmektedir (36). Bu durum kişinin motivasyonunun düşmesine, hasta ve yakınlarına karşı iletişiminin bozulmasına, bazı işlerden kaçmasına, empati becerisinin azalmasına sebep olduğu ifade edilmektedir (39,43). Merhamet yorgunluğunda görülen belirtiler düşünüldüğünde fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak en çok görülen belirtiler şunlardır (35,41,44).

- **Fiziksel belirtiler:** Ağrı, kas gerilmeleri, yorgunluk, enerji eksikliği, kardiyak ve sindirim sisteminde yaşanan bozulmalar, uykuda bozulma, yeme problemleri, bağışıklık sisteminde meydana gelen problemler.

- **Duygusal belirtiler:** Aşırı öfke, ani ruhsal değişimler, mutsuzluk, kaygı, huzursuzluk, anksiyete, sinirlilik hali, duygusal çöküntü.
- **Bilişsel belirtiler:** Bireyin konsantrasyon ve dikkatinde bozulmalar, spiritüel duyguları ve manevi inancında meydana gelen değişimler, hastalara karşı oluşan duyarsızlıklar.
- **Davranışsal belirtiler:** Öz bakımda yetersizlik, daha sık hata yapma, işe odaklanamama, kendini hayattan soyutlama, artan madde kullanımı.

Boyle (2015), ile Potter ve ark. (2010) genel olarak merhamet yorgunluğu meydana gelen bireylerde oluşan belirtileri şöyle sıralamışlardır (33,45):

- Bireyde kaygı durumunun artmasına bağlı olarak meydana gelen yorgunluklar
- Bireyde özgüven kayıplarının yaşanması
- Başarma duygusunun azalması ve yetersizlik hissetme
- Bireyin sosyal çevresiyle iş yaşamı arasında ki dengenin bozulması
- Bazı hasta grupları ve iş arkadaşlarıyla çalışmaktan korkması
- İçine kapanma ve duygularını bastırma
- Çalıştığı alanda eleştirilerin ve şikayetlerin artması
- Etrafındaki travmatik olayların etkisinden kurtulamaması
- Madde kullanımının artması
- Bireyin öz bakımda yetersizlikler meydana gelmesi
- Duygu durumunun değişimi, dalgınlıklar ve odaklanamama
- Kendini suçlama

Merhamet yorgunluğu bireysel olarak deneyimlenen bir durum olduğu için kişiden kişiye belirtiler farklı olmakta ve birden fazla belirti görülebilmektedir. Yukarıdaki belirtilerin her biri merhamet yorgunluğunun varlığını gösterebilmekte ve bu belirtilerin bilinmesi birey için önemli olup erken tanınması açısından bireyin merhamet yorgunluğuna karşı korunmasında oldukça önemlidir (41).

2.4. Merhamet Yorgunluğunun Hemşirelik Bakımına Etkisi

Merhamet yorgunluğu duygusal rahatsızlıkla karakterize herhangi bir uyarı vermeden ortaya çıkar. Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun erken dönemde tedbirlerin alınmaması öncelikle kısa süreli merhametli bakım becerisinin kaybına daha sonra bu bakım becerisinin kalıcı olarak değişmesine sebep olabilmektedir (42).

Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşireler, hastalar için gerekli olan kaliteli bakım hizmetinden kaçınabilir ve yararı olmayan davranışlarda bulunabilirler. Bu sebeple

merhamet yorgunluğu, çalışanın işinden ayrılmasına, tıbbi bakım hizmetlerindeki maliyetlerin artmasına, kişisel ya da çevresine karşı olan iletişiminin bozulmasına, iş doyumunu ve sosyal yaşamında ki zevk duygusunun azalmasına neden olacağından hastalar açısından bazı olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (46).

Merhamet yorgunluğu durumunda, hastaya bakım vermede gönülsüzlük, duygusal yönden ihtiyacı olan hastalara ve etrafına karşı duyarsızlık, sinirlilik hissedebilmektedirler. Bu duyarsızlık, etrafındaki bilgileri yanlış yorumlamalarına, ahlaki ve mesleki bazı değerlerin değişimine, tıbbi hataların artmasına, hastaya yeterli zamanı ayırmama, bazı hasta profillerinden kaçma, hastalara daha az zaman ayırma ve bakım kalitesinin düşmesine, hastalara yardım etmede azalma ve alay etme gibi sonuçlar doğurmaktadır.

Şirin ve Yurttaş (2015)'te aktardıkları merhamet yorgunluğunun sebep olduğu mesleki etkileri aşağıdaki gibi açıklamışlardır (47):

- İş doyumsuzluğu
- Uygunsuz karar verme
- Aşırı çalışma
- Yardım etme kapasitesinin azalması
- Empati kaybı
- Objektif olamama
- Empati ve objektiflik dengesini sürdürememe
- Hastalara tahammülsüzlük
- İşe gitmekten korkma veya nefret etme
- Tıbbi hata yapma
- Meslekten ayrılma ve bağlılığın azalması

2.5. Tıbbi Hata Kavramı

İnsanın doğasında hatalar bazen kaçınılmazdır sağlık bakımının karmaşık yapısı, hastalara sağlık hizmeti sunulacağı durumlarda tıbbi hatalar yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu hatalar neticesinde yaralanmalar, sakatlıklar ve ölümler ortaya çıkabilmektedir (48).

Tıbbi hata (malpraktis) Latince'den dilimize giren "male" ve "praxis" gibi kelimelerden meydana gelen ve "kötü ve hatalı uygulama" anlamına gelmektedir (49). TDK'ya göre Tıbbi Hata "sağlık bakım hizmeti sırasında sağlık bakım üyelerinin, tanı, tedavi yaparken yaşanan, tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu hastanın sağlığını ve yaşamına doğrudan etkileyen istenmeyen uygulama ve olaylar" diye tanımlamaktadır (24). Aslan, (2020)'ın

aktardığına göre Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini; “sağlık bakımıyla ilgili olan ve hastalara zarar verebilecek uygulamaların önlenmesi” olarak tanımlamaktadır (50).

Tıbbi hata, sağlık hizmeti verilirken hastanın hastalık durumu ya da altta yatan hastalığa bakılmaksızın hastada meydana gelen hasar şeklinde tanımlanmaktadır (51). Sağlık hizmeti veren çalışanın bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan malzeme ve teknolojiye bağlı olarak meydana gelen ve hastanın bazen daha uzun süre hastanede kalmasına sebep olan, sağlığını bozan, hastaya zarar verip hatta ölümüne bile yol açan uygulamalar tıbbi hata olarak adlandırılmaktadır (52).

Özata ve Altunkan (2010); The Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) tıbbi hata kavramını; “sağlık hizmeti sunan çalışanın uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulama ve becerilerde yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlamaktadır (52).

Başka bir tanıma göre; tıbbi hata, sadece beceri ve uygulamanın yanlış ya da eksik olarak yapılması anlamına gelmediği gibi hastaya yapılması gereken durumların yapılmaması veya yapılmaması gereken bazı uygulamaların yapılması anlamına da gelmektedir (52).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (NPSF) tıbbi hata kavramını “Hastaya verilen sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu kasıtsız beklenilmeyen sonuçlar” şeklinde tanımlarken (48), Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı tarafından yapılan tıbbi hata ile ilgili tanımında, “bakım hizmeti verilirken hastalara zarar verebilme potansiyeli yüksek ya da zarar vermeye sebep olan hatalar” şeklinde tanımlamışlardır (10).

Günümüzde tıbbi hatalar artmakta olup hasta güvenliği için bir tehdit olmaya devam etmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunmada tıbbi hataların önlenmesi gerekmektedir.

2.5.1. Tıbbi hataların sınıflandırılması

Günümüzde sağlık bakım hizmetinin karmaşık bir yapı olmasına bağlı olarak tıbbi hatalar ortaya çıkabilmekte, bu hatalar nedeniyle yaralanmalar, tedavinin aksaması, sakatlıklar, hatta ölümler dahil olmak üzere hastaların zarar görmesine sebep olmaktadır (53). İntepeler ve Dursun (2012)’un aktardığına göre “Hasta güvenliği kapsamında Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (International Council of Nursing), ele aldığı en önemli sorunlardan biri olan tıbbi hatalar üzerine temellenmektedir” (54). Tıbbi hatalar, aktif hatalar ve gizli hatalar olarak ilk defa 1990 yılında sınıflandırılmıştır. Aktif hatalar, hatanın olmasından hemen sonra etkisinin hissedildiği hatalar olarak değerlendirilmiştir. Gizli hatalar ise, sağlık hizmeti veren kişinin kontrolünde bulunmadan ortaya çıkan tıbbi malzemenin yanlış ve hatalı kurulumları, bakımın hatalı olması, yeterince donanımlı olmayan kuruluşlar ve idari

olarak alınan bazı kötü kararlar olarak tanımlanmıştır (55). Tıbbi hataların, sınıflandırılmasında tüm dünyada kabul görmüş, standart bir sınıflama sistemi henüz bulunmamakla birlikte; birçok yazar tarafından farklı olarak sınıflandırılmaktadır. Tıbbi hatalar, genel olarak kök nedene bağlı olarak ya da hata türüne göre iki farklı biçimde sınıflandırılmaktadır (56).

Kök nedene bağlı olarak meydana gelen hatalar üç grupta sınıflandırılmıştır (56).

- İşleme bağlı hatalar (Yanlış işlemi yapma)
- İhmale bağlı hatalar (Doğru işlemi yapmama)
- Uygulamaya bağlı gelişen hatalar (Doğru işlemi yanlış uygulama)

Hata türüne göre meydana gelen hatalar beş grupta sınıflandırılmıştır (56).

- İlaç hataları,
- Cerrahi hatalar,
- Tanı koymada yapılan hatalar,
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar,
- Diğer hatalar (Kan transfüzyonu, düşmeler, hastane enfeksiyonları)

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında genel olarak bakıldığında; üç temel nedenden meydana gelmektedir (57). Bunlar;

İnsandan kaynaklı faktörler: Yorgunluk, eğitim yetersizliği, İletişimin yetersiz olması, zamanını kullanamama, yanlış karar verme.

Kurumdan kaynaklı faktörler: Kurumun yapısı, politikası, personelin yanlış kullanımı, liderlik, kurumun finansal durumu.

Teknik faktörler: Cihazların yetersizliği, yanlış bakımı, otomasyonun yetersizliği, cihazların eksikliği.

Literatür genel olarak incelendiğinde, en sık olarak karşılaşılan tıbbi hata türleri olarak ; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, malzemeden kaynaklı ortaya çıkan hatalar ve düşmelere bağlı olarak meydana gelen problemler görülmektedir (57). Yukarıda verilen tıbbi hatalara bakıldığında sağlık hizmetinin verilmesi sırasında ortaya çıkan bu olumsuz durumların çoğunun önlenabilir olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hata ve ölüm gibi olumsuz durumları önlemede sorumluluk almaları gerekmektedir (58).

2.5.2. Tıbbi hata nedenleri

İnsan doğası gereği hatalar yapmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen tıbbi hatalar sağlık çalışanı ve hastalar açısından istenmeyen durumlardır (59). Sağlık bakım hizmeti veren kişilerin çoğunu oluşturan hemşireler, yoğun ve vardiyalı çalışma saatleri,

hastaların bakım ve tedavileri sırasında sürekli temas halinde bulunmaları, iş yüklerinin fazla olması gibi bazı faktörler hemşirelerin diğer meslek gruplarıyla olan risk durumuna bakıldığında tıbbi hatanın meydana gelme olasılığının daha fazla olduğu görülmektedir (60). Hemşireler hasta bakımıyla doğrudan ilgilenen kişilerdir. Hemşireler tarafından gerçekleştirilebilecek hatalar ve ihmaller hastaları anında ve doğrudan etkileyebilir (61). Tıbbi bakım verilirken meydana gelen hatalar hastaların yaralanmasına, hastaların genel durumunun bozulmasına sebep olabilir. Bu hatalar, teknik veya sistemsel sebeplerden oluşabilmektedir (48). Kurumun yöneticilerinin aldıkları karardan kaynaklanan tıbbi hatalarda meydana gelebilmektedir. Örneğin; uygun maliyetli ancak elverişsiz cihazların alımı, cihaz eksikliği ya da uygun olmayan ortamlar sebebiyle kaynaklanan olumsuz etkiler tıbbi hataların oluşumunda etkilidir (61).

Alınan önlemlerdeki boşluklar, hasta faktörleri, bireysel faktörler, görev sorumlulukları, ekip çalışmaları, çevresel bazı faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenler aşağıdaki şekil 2.1’de gösterilmektedir (61).

Tablo 2.1. Tıbbi Hataya Neden Olabilecek Faktörler.

Hasta faktörü	Hastalık; sosyal, fiziksel veya psikolojik koşullar, hasta ve hastane arasındaki ilişki, dil, anlaşılabilirlik, kişilik
Görev faktörü	Mevcut olan protokoller ve standartlar, yapılan işin süreci
Bireysel (personel) faktör	Bilgi, beceri, eğitim/öğretim, stres seviyeleri, sağlık, motivasyon
Takım faktörü	Sözlü ve yazılı iletişim, ekip yapısı, süpervizyon, yardım arama
İş/çevre faktörü	Personel seviyeleri, personel nitelikleri, iş stresi, ekipman ve cihazların tasarımı, mevcudiyeti ve servisi, çevre koşulları, gürültü, dikkat dağınıklık
Organizasyon ve yönetim faktörü	Kaynaklar, kısıtlamalar, uygulamanın yapısı (tek başına veya grup uygulaması) veya hastanenin yapısı, kuralların, düzenlemelerin varlığı ve ele alınması, güvenlik kültürü ve öncelikler
Kurumsal bağlam	Kuruluşun mali durumu/finansmanı, yasal/kanuni gereklilikler (kalite yönetimi)
Güvenlik bariyeri/savunması:	Mevcut olarak alınan güvenlik önlemlerin yetersizliği

Genel olarak ülkemizdeki tıbbi hatalar düşünüldüğünde, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazlalığı, hasta yükünün fazlalığı, yöneticilerden kaynaklanan sebepler, hemşire sayılarının yetersizliği, vardiyalı çalışmaya bağlı olarak oluşan yorgunluk, stres fazlalığı, hastanın bakımı ile ilgili yetersiz bilgi ve deneyimsizlik, işini sevmeme, hemşirenin görevi dışında da işlerle uğraşması, hataları önleyici sistemlerin eksikliği, doktor tabelalarının okunaklı

yazılmaması, ekip arasındaki iletişimsizlik, kurumun genel yapısı ve olumsuz koşulları gibi sorunlar tıbbi hatayı meydana getiren faktörler olarak görülmektedir (48, 56, 59).

2.6. Yoğun Bakımda Tıbbi Hata Nedenleri

Yoğun bakım üniteleri, hemşirelerin hastaların sağlık gereksinimlerine ve hemşirelik bakımındaki değişimlere yanıt vermek için geliştiği uzmanlaşmış tedavi üniteleridir. Bu ünitelerde yatan hastaların tıbbi durumlarının karmaşıklığı, farklı prosedürler içermesi sebebiyle, bilgi ve beceriler hızlı bir şekilde sunulmalıdır. Bu nedenle, mesleki yeterliliğin sürekli olması, iyi bir ekip çalışması ve iletişim gerektirmekte ve bakımın güvenli bir ortamda gerçekleştirilmesi için çok sayıda profesyonele ihtiyaç duyulmaktadır (62).

Bu ünitelerde yatan hastalar bakımı ve tedavilerinin fazlalığı nedeniyle yattıkları sürenin herhangi bir döneminde tıbbi hatayla karşı karşıya kalabilmektedir (63). Mesai saatlerinin uzaması, tıbbi hata açısından hastaların bireysel tıbbi hata faktörlerinden daha çok önemlidir. Weingart ve ark., (2000)'de aktardığına göre; hastanede geçirilen her gün için tıbbi hatanın meydana gelme olasılığının %6 artırdığını bildirmiştir (64).

Yoğun bakım ünitelerinde genel olarak tanı, tedavi, kayıt eksikliği, ekipman yetersizliği, iletişimin yeterli olmaması, ağır iş yükü, ekip çalışmasının yetersizliği, yorgunluk gibi nedenler tıbbi hatalara sebep olmakta ve hastaların yaşamını tehdit etmektedir (10).

Bakımın yoğunluğu arttıkça hata riski artmaktadır. İngiliz Harvard Üniversitesi pediatri ünitesindeki hastalar arasında yapılan araştırmaya göre yoğun bakım ünitesinde ilaç hatalarının meydana gelme durumunun diğer yerlere göre yedi kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde, Harvard Üniversitesi'nde yapılan araştırmaya göre; tıbbi hataların yetişkin yoğun bakım ünitelerinde cerrahi ve genel servislere göre daha sık meydana geldiğini belirtilmiştir (64).

Yoğun bakım ünitelerinde ilaç order hataları sık sık karşılaşılan ve ciddi sonuçları olan beklenen bir durumdur. Çünkü bu hastalara diğer kliniklerdeki hastalara göre iki kat daha fazla ilaç istemleri yapılmaktadır. Agalu ve ark., (2011)'de yaptıkları çalışmanın sonucunda; yoğun bakım ünitelerinde yapılan ilaç hatalarının sebepleri olarak, ilaçların yanlış kombinasyonu, uygulama yolu, sıklığı ve eksik ya da fazla ilaç dozu yapma olarak belirlemişlerdir (63).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada; hemşirenin bakım verdiği ve ilgilendiği bebek sayısının artmasının sonucu olarak; bazı hemşirelik bakımlarında aksama olduğu gözlenmiştir. İş yükü artmasının hemşirelik bakımını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (65).

Duarte ve ark., (2018)'de yaptıkları çalışmada yoğun bakımda tıbbi hata nedenleri olarak; ilaçların hazırlanması ve uygulanmasındaki yetersizlikler, infüzyon pompalarının uygunsuz kullanımı ya da kalitesizliği, çoklu ilaç kullanımı nedeniyle değişikliklerin gözden kaçması ya da doktor tarafından order edilmemesi, yatak korkulukların kaldırılmaması ya da yatağın kalitesizliğinden dolayı kapanmaması, bone, eldiven ve maske kullanımının yetersiz olması, mesleki eğitimin eksikliği, deneyimsiz ve eğitimsiz profesyonellerin bulunması, çalışma şartları ve personel eksikliği, kurumun politikaları gibi sorunların tıbbi hatayı meydana getirdiğini belirtmişlerdir (66).

2.7. Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hata Arasındaki İlişki

Yoğun bakım ünitesi yatan hastalar, hasta yakınları ile bakım ve tedavi hizmeti veren sağlık çalışanları için stresli bir ortamdır. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çoğunun yaşamının sonuna gelmiş kişiler olması, sürekli olarak acı çekmeleri, tıbbi tedavi ve bakımın fazlalığı, stresin sürekli ve fazla olması, hastalar ve yakınları ile iletişim halinde bulunmaları gibi durumlar; yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireleri ve doktorları duygusal olarak etkilenebilmektedirler (67).

Hastaların bu zor durumlarında ihtiyaç ve endişelerine yardımcı olmak çalışanlarda merhamet duygusu oluşturacaktır. Bu merhamet hissinin sürekli olarak devam etmesi, çalışanlar üzerinde büyük bir yük haline gelerek merhamet yorgunluğunu meydana getirmektedir (13).

Todaro-Franceschi (2019), merhamet yorgunluğu hastanın çektiği acı ya da ızdırap içselleştirildiğinde meydana gelen durum olarak tanımlamıştır (68). Showalter (2010) ise merhamet yorgunluğunu, hastaya kendini özverili bir biçimde vermenin sonucu olarak geliştiğini belirtmiştir (44). Hastaya iyi ve merhametli bakım vermek çalışanlar için gurur kaynağı olarak görülse de, zamanla bakım veren sağlık çalışanının kendini hastaya verme yeteneğinde azalmalara sebep olacaktır.

Bakım veren hemşirelerin, merhamet yorgunluğu yaşaması durumunda kişinin empati kurma yeteneğinde azalmalar ve duyarsızlıklar oluşmaktadır. Bu duyarsızlık, hastaya gereken değer ve zamanın verilmediği süreci ifade etmektedir. Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde sinirlilik, duygusal yönden çöküntü ve hastanın bakımına ilgisiz davranışlar göstermektedir. Hastayla ilgili olumsuz duygular hissetmekte, her hastaya aynı davranma ve aynı bakım hizmeti vermesini engellemektedir (69).

Bakım kalitesi merhamet yorgunluğu ile yakından ilişkilidir. Hemşirenin yaşadığı merhamet yorgunluğu bakım verici rolünde isteksiz davranmasına neden olmaktadır. Merhamet

yorgunluğu yaşayan kişilerde; baş ağrısı, sinirlilik, duygularını gizleme, öfke, tükenmişlik, uykusuzluk, suçlama ve tıbbi hataların oranının arttığı görülmektedir (35, 68).

Çalışma ortamından kaynaklanan yoğun iş yükü, hastaların travmalarına maruz kalmaya bağlı oluşan stres, zor koşullar altında çalışan hemşireler, olumsuz faktörler sebebiyle etkilenmekte ve hata yapma riskini artırabilmektedir (70). Dünya sağlık örgütü, hasta güvenliğini tüm dünyada küresel bir sorun olarak tanımlamakta ve her yıl bir çok hastanın kalitesiz ve güvensiz sağlık bakım hizmeti alması sonucu yaralanma ve ölümler meydana geldiğini belirtmektedir (71).

Sağlık bakım hizmeti verilmesinde teknolojinin gelişmesi etkili olmuştur. Bu gelişmeyle hem cihazlardan kaynaklı hem de insan kaynaklı hatalar meydana gelmeye başlamıştır. İnsanların teknolojinin hızlı artmasına ayak uyduramaması, bakım sunulan ortamın yoğunluğu, karmaşıklığı, bunlara ek olarak yoğun iş yükünden dolayı meydana gelen yorgunluk, hasta bakımını ve güvenliğini etkileyen nedenler arasındadır ve bu durum tıbbi hata yapma riskini de artırmaktadır (13).

Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile ilgili birçok araştırma bulunmakta ve genel olarak merhamet yorgunluğunun yoğun bakım hemşirelerinde daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (6). Merhamet yorgunluğu, bireylerin madde kullanımının artmasına, kendilerini sosyal çevreden izole etmelerine, işe gelmek istememe ya da işten ayrılmaları gibi birtakım fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Bunlara ek olarak merhamet yorgunluğu sağlık profesyonelinin hastanın bakım ve tedavisi ile ilgili bilgileri yanlış yorumlanmasına, sağlık hizmetleri maliyetinin artmasına, hasta için yararlı olmayan davranışlara, hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların artmasına ve hastaların optimal bakım hizmeti almasına neden olarak tüm süreci olumsuz etkilemektedir (70).

Sosyal medyada “Ameliyat sırasında yanlış verilen kan can aldı”, “Katarakt ameliyatına giren hastanın rahmi alındı”, “hastanenin yoğun bakım penceresinden hasta düştü” gibi haberler karşımıza çıkmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde kritik hasta bakımı ve yüksek teknolojinin kullanılması tıbbi hatalar açısından riskli hale getirmektedir. Bazı araştırmalar yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin iş stresine fazla maruz kaldıkları, tükenmişlik ve depresyon riskini artırdığını göstermekte bu durumlardan kaynaklanan sorunlar tıbbi hataları artırmakta ve hasta bakımında olumsuzluklara sebep olabilmektedir (72).

Mayo ve Duncan (2004)’de 983 hemşireyle yaptıkları çalışma sonucuna göre %46,5’inin ilaç hatası yaptığını belirlemişlerdir (73). Bu hataların meydana gelmesinde bilgi eksiklikleri, iletişimin yetersiz olması gibi nedenler görülmekte ve bu hataların meydana

gelmesinde etkili bazı faktörlere değinmiştir. Bu hataların meydana gelmesinde gece saatlerinde çalışmak, sabahın erken saatlerinde tedavi yapmak, personelin az olması, mesleki deneyimi az olan personellerle çalışmak, iş yükünün fazla olması, personellerin yorgun olması gibi faktörler sebebiyle ilaç hatalarının meydana geldiğini bildirmişlerdir (74). İlaç hatalarının incelendiği 33 sistematik derlemede; ilaçların hazırlanması, uygulanması esnasında personelin çok dikkatli olması gerektiği belirtilmektedir (75).



GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü tanımlayıcı ve kesitseldir.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zamanı

Araştırma Bingöl ilinde Bingöl Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde yürütüldü. Veriler Ekim 2022 - Ocak 2023 tarihleri arasında toplandı.

Araştırma beş yetişkin bir yeni doğan yoğun bakım olmak üzere birinci, ikinci, üçüncü basamak yoğun bakım olmak üzere toplam altı yoğun bakım ünitesinde uygulandı. Araştırmaya katılan hemşireler, gündüz mesai ve gece vardiyası ya da her ikisi karışık olarak çalışmaktaydı. Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk hastalıkları hastanesinde, dört yatak kapasiteli erişkin yoğun bakım ünitesinde dokuz hemşire, 18 yataklı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 21 hemşire çalışmaktaydı. Bingöl Devlet Hastanesi'nde; 16 yatak kapasiteli anestezi yoğun bakım-1 ünitesinde 23 hemşire, 10 yatak kapasiteli anestezi yoğun bakım-2 ünitesinde 14 hemşire, 19 yatak kapasiteli genel yoğun bakım ünitesinde 22 hemşire ve dört yatak kapasiteli koroner yoğun bakım ünitesinde sekiz hemşire çalışmaktaydı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bingöl Devlet Hastanesi ve Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bingöl Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde 67 hemşire ve Bingöl Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde 30 hemşire ile toplamda 97 hemşire çalışmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmişti ancak 13 hemşirenin araştırmaya katılmak istememesi ve 6 kişinin tayininin çıkması nedeniyle toplam 78 hemşire araştırmaya katıldı. Araştırma sonrasında post hoc güç analizi yapıldı. Evrenin %80.4'üne ulaşıldı. Çalışmamızda merhamet yorgunluğu ölçek puanı ile tıbbi hataya eğilim ölçek puanı arasında ki korelasyon katsayısı dikkate alınarak, $\alpha=0,05$ ve örneklem büyüklüğü 78 olacak şekilde hesaplama yapıldığında güç %88,6 bulundu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Yoğun bakım ünitelerinde çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Yoğun bakım dışında farklı kliniklerde çalışıyor olmak

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği”, “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği”, formları kullanılmıştır. Veri toplama formları hemşirelere dağıtılarak doldurulması istendi. Doldurulan formlar farklı zamanda araştırmacı tarafından toplandı. Veri toplama formlarının doldurulma süresi yaklaşık 15 dk sürmüştür. Veri toplama formları 4 hemşireye ön uygulama olarak doldurulmuş ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Sorular üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.4.1. Kişisel bilgi formu (EK-2)

Literatür dikkate alınarak oluşturulan bu formda araştırmaya katılan hemşirelerin; sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, çalışma yılı, çalışma şekli, eğitim durumu, medeni hali) 12 soru, merhamet yorgunluğu ile alakalı (merhamet yorgunluğu yaşıyıp yaşamadıkları, merhamet yorgunluğuna sebep olabilecek sorunlar ve tıbbi hatayla ilgisi olup olmadığı) 3 soru, tıbbi hata ile alakalı (tıbbi hata sıklıkları, tıbbi hata türleri, tıbbi hata meydana geldikten sonra nelerle karşılaştıkları ve tıbbi hataya sebep olabilecek sorular) 4 soru olmak üzere toplam 19 soru yer almaktadır (42,76,77).

3.4.2. Merhamet yorgunluğu ölçeği (EK-3)

Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği (MYKÖ) Adams ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Dinç ve Ekici (2019) tarafından yapılmış ve merhamet yorgunluğunu ölçen bir aracı olması sağlanmıştır. Ölçek 10’lu likert tipli olup, iki alt boyutu (travma ve mesleki tükenmişlik) içermektedir. Çok sık (10) ve nadiren/asla (1) olarak puanlaması yapılan bu ölçek 13 sorudan meydana gelmekte en yüksek 130 ve en düşük 13 olmak üzere puanlaması yapılmaktadır. Ölçeğin harflerle gösterilen maddelerinden “c, e, h, j, l” maddeleri ikincil travma düzeyini ve “a, b, d, f, g, i, k, m” maddeleri ise mesleki tükenmişlik düzeyini göstermektedir. Ölçeğe puan ortalamasının düşük olması merhamet yorgunluğunun az olduğunu, puanın yükselmesinin ise bireylerin yaşadığı merhamet yorgunluğu düzeyinin artması anlamına gelmektedir. Dinç ve Ekinci’ nin yapmış oldukları ölçek çalışmasında MYKÖ cronbach α katsayısı 0,876 olup; alt boyutu olan ikincil travma için cronbach α katsayısı 0,748 ve diğer alt boyutu olan mesleki tükenmişlik için cronbach

α katsayısı 0,852 olarak belirlenmiştir (78). Bu Çalışmada cronbach α katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır.

3.4.3. Tıbbi hataya eğilim ölçeği (EK-4)

Özata ve Altunkan (2010) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek, hemşirelerin tıbbi hataya olan eğilimi belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ölçeği 5 alt boyuttan oluşmakta, ilaç ve transfüzyon uygulamalarıyla ilgili 18, hastane enfeksiyonları ile ilgili 12, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile ilgili 9, düşmeler ile ilgili 5, iletişim ile ilgili 5 madde şeklinde toplam 49 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların bu maddelere kendilerine en uygun hissettikleri yanıtları işaretlemeleri istenmiş ve katılımcılara araştırmacı tarafından sözel olarak bildirilmiştir. 5'li likert tipinde ve en düşük puanlamanın 1 en yüksek puanlamanın 5 olmasıyla ölçek oluşturulmuştur. Bu ölçek (1. Hiç; 2. Çok nadir; 3. Zaman zaman; 4. Genellikle ve 5. Her zaman) şeklinde puanlar skorlanmıştır. Her boyutun puanlaması kendi madde sayısına bölünmesiyle tıbbi hataya eğilimleri belirlenmektedir. Bu ölçekte kesme noktası bulunmamakta ve katılımcıların verdikleri cevaplara göre aldıkları puan ortalamasının yüksek olması tıbbi hataya eğilim durumlarının düşük olmasını, aldıkları puan ortalamasının düşük olması tıbbi hataya eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Özata ve Altunkan (2010) yapmış oldukları ölçek çalışmasında Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (52). Bu çalışmada cronbach α katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: “Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği”

Bağımsız değişkenler: “Merhamet Yorgunluğu Ölçeği”, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, medeni hali, çalışma şekli, sosyo ekonomik durum.

3.6. Kullanılan istatistiksel yöntemler

Bu çalışmada tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maximum değerleri incelendi. Verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Çoklu cevaplar için sayı, yüzde ve kümülatif yüzdeler kullanıldı. Ortalamalar için Independent t test, One Way ANOVA test, Kruskal Wallis test ve Mann Whitney u testleri uygulandı. Ölçekler arasında ki ilişkiye bakmak için ise Pearson korelasyon testi ile doğrusal regresyon testleri yapıldı. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 23.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın yalnızca Bingöl ili hastanelerindeki yoğun bakımlarındaki hemşirelere yönelik yapılmış olması nedeniyle araştırma sonuçlarının sadece bu evrene genellenebilir.

3.8. Çalışmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik uygunluğu Bingöl Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 07.09.2022 tarihinde (no:2022/16 – karar 9) etik açıdan uygun bulundu. Bingöl İl Sağlık Müdürlüğünden 20.09.2022 tarihinde kurum izni alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı ve sözlü onamları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile alınarak çalışmaya dahil edildi. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan kullanım izinleri alındı.



4. BULGULAR

Araştırmada demografik bulgular incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalaması $32,43 \pm 5,61$ olarak bulundu. Katılımcıların %56,4'ü kadın, %53,8'i evli, %50'si en az bir çocuğa sahip ve %67,9'unun gelir durumunun gidere eşit olduğu belirlendi. Araştırmada katılımcı hemşirelerin %61,5'inin lisans mezunu olduğu, %43,6'sının 6 ile 10 yıl arasında meslekte çalıştığı, %55,1'inin 0-5 yıl arasında yoğun bakım birimlerinde çalıştığı ve %59'unun genel olarak gece vardiyasında görev aldığı tespit edildi.

Araştırmada ayrıca hemşirelerin, %52,6'sının haftalık 48-55 saat arasında çalıştığı, %76,9'unun hemşireliği isteyerek seçtiği tespit edildi. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tıbbi hata etkisi sorularında %79,5'inin merhamet yorgunluğunun tıbbi hata ile ilişkisinin bulunduğunu, %62,8'nin nadiren tıbbi hata ile karşılaştığını ve %65,4'ünün merhamet yorgunluğu yaşadıklarını ifade ettikleri saptandı (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.

Demografik Bulgular	Ortalama	Standart Sapma(min-max)
Yaş	32,43	$\pm 5,61$ (22-46)
	Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	34	43,6
Kadın	44	56,4
Medeni durum		
Evli	42	53,8
Bekar	36	46,2
Çocuk sahibi olma		
Evet	39	50,0
Hayır	39	50,0
Çocuk sayısı		
Yok	40	51,3
1-2 Çocuk	30	38,5
3 çocuk ve üzeri	8	10,3
Sosyo-ekonomik durum		
Gelir giderden az	19	24,4
Gelir gidere eşit	53	67,9
Gelir giderden fazla	6	7,7
Eğitim durumu		
Lise	10	12,8
Ön lisans	16	20,5
Lisans	48	61,5
Lisans üstü	4	5,1

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (devam).

Çalışma yılı		
0-5 yıl	14	17,9
6-10 yıl	34	43,6
11 yıl ve üzeri	30	38,5
Yoğun bakım çalışma yılı		
0-5 yıl	43	55,1
6-10 yıl	25	32,1
11 yıl ve üzeri	10	12,8
Çalışma şekli		
Gündüz mesaisi	10	12,8
Gece vardiyası	46	59
İkisi karışık	22	29,2
Çalışma saati		
40-47 saat	28	35,9
48-55 saat	41	52,6
56 saat ve üzeri	9	11,5
Mesleği isteyerek seçme		
Evet	60	76,9
Hayır	18	23,1
Çalışma yeri tercihi		
Kendi tercihim	66	84,6
Tercihim dışı	12	15,4
Merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya etkisi		
Evet	62	79,5
Hayır	16	20,5
Tıbbi hata sıklığı		
Nadiren	49	62,8
Ara sıra	29	37,2
Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz		
Evet	51	65,4
Hayır	27	34,6

Araştırmada katılımcıların merhamet yorgunluğu ve tıbbi hataya ilişkin görüşleri incelendi. Merhamet yorgunluğunu tetikleyen faktörler nelerdir sorusuna, katılımcıların %29,6'sı iş yükünün fazla olmasını örnek gösterdi ve bu durumu %27,2 ile takdir edilmeme cevabı takip etti.

Hangi tür tıbbi hatalar meydana gelmektedir sorusuna katılımcıların %24,1'i eksik malzeme ve ekipman kaynaklı hataların meydana geldiğini, %23,4'ü ilaç hataların gerçekleştiğini ve %15,2'si bakım ve tedavinin gecikmesi sonucu hataların meydana geldiğini belirtti. Diğer bir soru ise tıbbi hata sonucunda nelerin gerçekleştiği idi. Araştırmada katılımcıların %35,5'i hastaya zarar verilmeden tıbbi hatanın önlendiğini ve %28'inin hastanın izlem ihtiyacının arttığını ifade etti.

Araştırmada tıbbi hata meydana gelme sebepleri de incelendi. Hemşirelerin %19,9'u uzun çalışma saatlerinden dolayı yorgunluk ve stres kaynaklı tıbbi hataların meydana geldiğini belirtirken, %18,1'i hemşire sayısının yetersiz olması sebepleriyle tıbbi hataların meydana geldiği vurguladı (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Katılımcıların Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hataya İlişkin Görüşleri.

	Sayı	Yüzde	Seçeneği seçme yüzdesi
Merhamet yorgunluğu tetikleyen faktörler			
Hastanın genç olması	45	18	57,7
Hasta yakınlarının ilgisizliği	31	12,4	39,7
İş yükünün fazla olması	74	29,6	94,9
Kişisel sınırlar(yetersizlik ya da yetişememe)	32	12,8	41
Takdir edilmemek	68	27,2	87,2
Tıbbi hata türü			
İlaç hatası	66	23,4	84,6
Kimlik hatası	22	7,8	28,2
Hastane enfeksiyonları	40	14,2	51,3
Kan transfüzyonları	6	2,1	7,7
Düşmeler	37	13,1	47,4
Eksik malzeme/ekipman	68	24,1	87,2
Bakım ve tedavinin gecikmesi	43	15,2	55,1
Tıbbi hata sonucu			
Hastaya zarar vermeden önlendi	71	35,5	92,2
Hastanın izlem ihtiyacı arttı	56	28	72,7
İlave tetkik istendi	30	15	39
İlave tedavi düzenlendi	20	10	26
Yatış süresi uzadı	21	10,5	27,3
Sakatlık	2	1	2,6
Tıbbi hata meydana gelme sebepleri			
Hemşire sayısının yetersiz kalması	71	18,1	91
Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	78	19,9	100
İletişim eksiklikleri	64	16,3	82,1
Ekip çalışmasının olmaması	55	14	70,5
Uygun olmayan malzeme	69	17,6	88,5
Mesleki eğitimin yetersiz olması	27	6,9	34,6
Doktor el yazılarının okunaklı olmaması	27	6,9	34,6
Diğer	1	0,3	1,3

Araştırmada demografik bulguların merhamet yorgunluğu toplam ve merhamet yorgunluğu alt boyutları ile olan ilişkisi incelendi.

Araştırmada merhamet yorgunluğu toplam ile merhamet yorgunluğu mesleki ikincil travma ve merhamet yorgunluğu mesleki tükenmişlik alt boyutlarının cinsiyet, çocuk sayısı, sosyo ekonomik durum, eğitim durumu, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma şekli, çalışma saati, mesleği isteyerek seçme gibi parametrelerle istatistiksel olarak ilişkisi olmadığı bulundu ($p>,05$; Tablo 4.3.).

Araştırmada evli hemşirelerin mesleki ikincil travma alt boyutu ($t=4,59$; $p=,000$) ve merhamet yorgunluğu ($t=3,28$; $p=,002$) puanlarının daha yüksek olduğu ve bekarlara göre daha yüksek olan puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. Çocuğu olan hemşirelerin benzer şekilde mesleki ikincil travma alt boyutu ($\bar{X}=22,48\pm6,62$) ve merhamet yorgunluğu toplam ($\bar{X}=37,38\pm10,09$) puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki bu farkın çocuğu olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p<,05$; Tablo 4.3.).

Diğer fark yaratan durumlardan biri de çalışma yılıydı. 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin 6-10 yıl çalışan ile 0-5 yıl arasında meslekte çalışan hemşirelere göre mesleki ikincil travma puanlarının istatistiksel olarak puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($KW=4,28$; $p=,038$; Tablo 4.3.).

Merhamet yorgunluğunun tıbbi hata üzerinde etkisi olduğunu düşünen hemşirelerin düşünmeyen hemşirelere göre mesleki tükenmişlik ($Z=327,000$; $p=,036$) ve merhamet yorgunluğu toplam ($Z=306,00$; $p=,019$) puanların daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Ayrıca, merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünen hemşirelerin mesleki ikincil travma puanlarının düşünmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ($Z=447,00$; $p=,011$) anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Demografik Bulguları ile Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	Mesleki İkincil Travma		Mesleki Tükenmişlik		Merhamet Yorgunluğu Toplam	
	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)
Cinsiyet*						
Erkek (n=34)	20,26±6,22	,431(,668)	36,88±8,26	,679(,499)	57,14±12,64	,642(,523)
Kadın (n=44)	19,59±7,29		35,45±9,86		55,04±15,49	
Medeni durum*						
Evli (42)	22,80±6,16	4,59 (,000)	37,78±9,90	1,80 (,075)	60,59±14,28	3,28 (,002)
Bekar (36)	16,47±5,94		34,08±7,91		50,55±12,38	
Çocuk var mı*						
Evet (39)	22,48±6,62	3,63(,001)	14,90±2,38	1,26 (,210)	37,38±10,09	2,50 (,015)
Hayır (39)	17,28±6,03		12,62±2,02		34,76±8,06	
Çocuk sayısı**						
Yok (40)	17,27±5,95	4,43 (,109)	34,75±7,96	,256 (,880)	52,02±12,46	1,63 (,443)
1-2 çocuk (30)	22,26±6,79		36,93±11,31		59,20±16,27	
3 çocuk ve üzeri (8)	24±6,27		39,5±3,81		63,50±8,99	
Sosyo-ekonomik durum**						
Gelir giderden az(19)	19,84±7,75	1,89 (,387)	33,73±12,24	2,59(,274)	53,57±18,46	3,02(,221)
Gelir gidere eşit(53)	20,24±6,08		37,00±7,37		57,24±11,66	
Gelir giderden fazla(6)	19,88±10,02		35,33±12,61		52,16±20,96	
Eğitim durumu**						
Lise (10)	16,40±5,87	5,74 (,125)	35,50±6,43	3,88(,274)	51,90±9,73	4,87(,181)
Ön lisans (16)	20,93±8,62		35,68±9,35		56,62±15,32	
Lisans (48)	19,81±6,19		35,66±9,74		55,47±14,74	
Lisans üstü (4)	25,25±5,56		44,00±4,69		69,25±8,38	
Çalışma yılı**						
0-5 yıl (14)	14,92±3,36	4,28 (,038)	33,21±6,45	,932(,334)	48,14±9,24	3,25(,071)
6-10 yıl (34)	19,08±6,88		36,29±9,54		55,38±14,93	
11 yıl ve üzeri (30)	23,10±6,40		37,16±9,78		60,26±14,13	
Yoğun bakım çalışma yılı**						
0-5 yıl (43)	19,27±7,05	2,56 (,278)	36,34±9,08	,279(,870)	55,62±14,34	,797(,671)
6-10 yıl (25)	19,76±6,04		36,28±9,83		56,04±14,50	
11 yıl ve üzeri(10)	22,8±7,52		34,40±8,54		57,20±17,83	

Tablo 4.3. Demografik Bulguları ile Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Çalışma şekli**						
Gündüz mesaisi(10)	22,60±9,08		39,20±9,97		61,80±18,68	
Gece vardiyası(46)	18,58±5,63	3,20 (,202)	36,63±7,43	2,72(,256)	55,21±11,05	1,55(,460)
İkisi karışık(22)	21,36±7,58		33,50±11,62		54,86±17,80	
Çalışma saati**						
40-47 saat (28)	20,07±7,05		35,25±10,43		55,32±15,90	
48-55 saat (41)	20,36±6,59	1,90 (,385)	37,24±7,43	1,92(,383)	57,60±12,07	2,64(,266)
56 saat ve üzeri(9)	17,11±7,20		33,33±12,16		50,44±18,15	
Mesleği isteyerek seçme***						
Evet (60)	19,68±6,76	512 (,739)	35,51±8,41	444 (,254)	55,20±13,68	490 (,553)
Hayır (18)	20,55±7,12		37,94±11,42		58,50(16,25)	
Çalışma yeri tercihi***						
Kendi tercihim(66)	20,06±6,82	363 (,647)	36,56±8,40	330 (,364)	56,62±13,44	326 (,336)
Tercihim dışı(12)	18,91±6,94		33,41±12,73		52,33±18,48	
Merhamet yorgunluğu tıbbi hata etkisi ***						
Evet (62)	20,61±6,62	341 (,055)	37,16±9,10	327 (,036)	57,77±14,18	306 (,019)
Hayır (16)	17,06±7,02		31,87±8,40		48,93±12,70	
Tıbbi hata sıklığı***						
Nadiren (49)	18,95±6,56	569(,144)	35,91±9,06	703 (,942)	54,87±14,38	616 (,331)
Ara sıra (29)	21,44±7,05		36,34±9,50		57,79±14,15	
Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz***						
Evet (51)	21,33±7,13	447 (,011)	36,76±9,96	612 (,424)	58,09±15,30	525 (,087)
Hayır (27)	17,14±5,26		34,77±7,44		51,92±11,28	
* t test, **Kruskal Wallis test, ***Mann Whitney U test						

Araştırmada demografik bulguların Tıbbi hata ölçeği ile olan ilişkisi de incelendiğinde medeni durum, çocuk sayısı, çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma saati, mesleği isteyerek seçme, çalışma yeri tercihi, merhamet yorgunluğu görüşü gibi parametrelerin hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği ile istatistiksel olarak ilişkisi olmadığı tespit edildi ($p>,05$; Tablo 4.4.).

Araştırmada cinsiyete göre Tıbbi hataya eğilim ilişkisi incelendiğinde kadınların tıbbi hataya eğilim ölçeğinden aldıkları puanların istatistiksel olarak daha iyi olduğu tespit edildi ($t=3,14$; $p=,002$). Ayrıca ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($t=3,32$; $p=,001$), hastane enfeksiyonları ($t=2,35$; $p=,021$), hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($t=2,74$; $p=,007$) ve iletişim ($t=3,14$; $p=,002$) alt boyutlarından kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Sosyo ekonomik durum incelendiğinde, geliri giderinden daha az olan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim toplam ($KW=9,56$; $p=,008$), ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($KW=9,67$; $p=,008$), hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($KW=6,05$; $p=0,49$), düşmeler ($KW=9,08$; $p=,011$) ve iletişim ($KW=9,14$; $p=,008$) alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak fark olduğu bulundu (Tablo 4.4.). Araştırmada eğitim durumunun tıbbi hata eğilim ölçeği ile ilişkisi incelendiğinde ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($KW=6,62$; $p=0,085$) ve hastane enfeksiyonları ($KW=6,29$; $p=0,098$) alt boyutlarının eğitimle istatistiksel olarak ilişkisi olmadığı, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($KW=10,81$; $p=0,013$), düşmeler ($KW=8,90$; $p=0,031$), iletişim ($KW=9,72$; $p=0,021$) ve tıbbi hata toplam puan ($KW=8,98$; $p=0,030$) alt boyutları ile ise ilişkili olduğu önlisans ve lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları bulundu (Tablo 4.4.). Çalışma şekline bakıldığında ise yalnızca hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($KW=8,62$; $p=0,013$) alt boyutunda istatistiksel fark olduğu ve hem gündüz hem gece mesaisinde karışık olarak çalışanların daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Demografik Bulguları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	İlaç ve transfüzyon uygulamaları		Hastane enfeksiyonları		Hasta izlemi ve malzeme güvenliği		Düşmeler		İletişim		Tıbbi hata toplam puan	
	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)	Ort±SD	Test(p)
Cinsiyet*												
Erkek (n=34)	4,33±0,325	3,32(,001)	4,31±0,346	2,35(,021)	3,86±0,472	2,74(,007)	4,40±0,344	,932(,354)	4,22±0,558	2,07(,042)	4,24±0,287	3,14(,002)
Kadın (n=44)	4,57±0,307		4,52±0,417		4,16±0,481		4,47±0,376		4,48±0,535		4,47±0,344	
Medeni durum*												
Evli (42)	4,50±0,303	,896(,373)	4,45±0,367	,669(,506)	4,09±0,471	1,08(,279)	4,46±0,381	,604(,547)	4,36±0,564	,125(,901)	4,40±0,326	,518(,382)
Bekar (36)	4,43±0,370		4,39±0,435		3,97±0,525		4,41±0,342		4,37±0,557		4,33±0,354	
Çocuk var mı*												
Evet (39)	4,49±0,307	,616(,540)	4,47±0,356	,883(,380)	4,10±0,449	1,13(,258)	4,43±0,368	,310(,757)	4,36±0,528	,081(,939)	4,40±0,315	,760(,450)
Hayır (39)	4,45±0,363		4,39±0,437		3,97±0,539		4,45±0,361		4,37±0,591		4,34±0,362	
Çocuk sayısı**												
Yok (40)	4,45±0,360	1,28(,257)	4,40±0,437	,049(,824)	3,97±0,533	1,67(,195)	4,45±0,358	,107(,744)	4,37±0,584	1,74(,186)	4,34±0,358	1,26(,260)
1-2 çocuk (30)	4,52±0,314		4,46±0,375		4,14±0,461		4,44±0,402		4,42±0,544		4,42±0,333	
3 çocuk ve üzeri (8)	4,38±0,283		4,43±0,297		3,95±0,432		4,40±0,239		4,17±0,483		4,29±0,256	
Sosyo-ekonomik durum**												
Gelir giderden az(19)	4,67±0,267	9,67(,008)	4,60±0,298	4,82(,090)	4,27±0,452	6,05(,049)	4,65±0,296	9,08(,011)	4,69±0,373	9,14(,010)	4,58±0,254	9,56(,008)
Gelir gidere eşit(53)	4,41±0,340		4,37±0,427		3,97±0,460		4,38±0,375		4,23±0,579		4,30±0,341	
Gelir giderden fazla(6)	4,41±0,273		4,33±0,278		3,85±0,762		4,26±0,103		4,50±0,433		4,28±0,314	
Eğitim durumu**												
Lise (10)	4,32±0,276	6,62(,085)	4,17±0,403	6,29(,098)	3,65±0,451	10,81(,013)	4,16±0,245	8,90(,031)	4,02±0,537	9,72(,021)	4,11±0,307	8,98(,030)
Ön lisans (16)	4,53±0,493		4,57±0,402		4,11±0,371		4,56±0,303		4,66±0,436		4,48±0,345	
Lisans (48)	4,50±0,266		4,44±0,383		4,13±0,508		4,47±0,377		4,37±0,544		4,40±0,314	
Lisans üstü (4)	4,20±0,352		4,22±0,292		3,58±0,262		4,30±0,346		4,05±0,718		4,03±0,335	
Çalışma yılı**												
0-5 yıl (14)	4,45±0,303	,003(,955)	4,42±0,393	,060(,806)	4,11±0,623	1,42(,232)	4,40±0,350	1,45(,228)	4,44±0,484	,030(,861)	4,37±0,341	,039(,843)
6-10 yıl (34)	4,43±0,393		4,38±0,470		3,93±0,476		4,53±0,389		4,35±0,645		4,33±0,387	
11 yıl ve üzeri (30)	4,52±0,277		4,48±0,314		4,12±0,449		4,36±0,321		4,34±0,492		4,40±0,285	

Tablo 4.4. Demografik Bulguları ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı).

Yoğun bakım çalışma yılı**											
0-5 yıl (43)	4,43±0,370		4,38±0,428		4,03±0,535		4,48±0,349		4,40±0,574		4,34±0,364
6-10 yıl (25)	4,51±0,294	1,19(,550)	4,46±0,368	1,69(,428)	4,04±0,478	,003(,998)	4,44±0,384	3,24(,198)	4,39±0,581	1,89(,387)	4,40±0,325 ,393(,822)
11 yıl ve üzeri(10)	4,56±0,262		4,55±0,331		4,04±0,413		4,26±0,340		4,18±0,415		4,39±0,275
Çalışma şekli**											
Gündüz mesaisi(10)	4,56±0,354		4,54±0,467		4,11±0,471		4,52±0,367		4,58±0,493		4,48±0,361
Gece vardiyası(46)	4,41±0,362	2,15(,341)	4,37±0,422	2,47(,289)	3,91±0,496	8,62(,013)	4,41±0,352	,730(,694)	4,30±0,594	1,98(,371)	4,30±0,353 4,62(,099)
İkisi karışık(22)	4,55±0,245		4,50±0,302		4,26±0,440		4,46±0,392		4,41±0,493		4,46±0,271
Çalışma saati**											
40-47 saat (28)	4,50±0,386		4,47±0,410		4,07±0,561		4,47±0,341		4,45±0,537		4,41±0,360
48-55 saat (41)	4,46±0,299	,814(,666)	4,40±0,406	,479(,787)	3,95±0,454	4,21(,122)	4,38±0,362	3,24(,197)	4,27±0,594	2,44(,294)	4,32±0,336 ,657(,720)
56 saat ve üzeri(9)	4,42±0,355		4,39±0,357		4,29±0,415		4,62±0,392		4,55±0,371		4,42±0,297
Mesleği seçme***											
Evet (60)	4,45±0,319		4,41±0,402		4,01±0,477		4,43±0,364		4,34±0,557		4,35±0,325
Hayır (18)	4,54±0,386	442(,246)	4,49±0,390	473(,484)	4,10±0,570	461(,347)	4,48±0,364	488(,536)	4,45±0,564	479(,463)	4,43±0,382 460(,393)
Çalışma yeri tercihi***											
Kendi tercihim(66)	4,48±0,322	379(,813)	4,42±0,410	388(,978)	4,02±0,513	334(,389)	4,44±0,353	393(,972)	4,35±0,573	361(,628)	4,36±0,340 384(,933)
Tercihim dışı(12)	4,42±0,413		4,43±0,346		4,12±0,408		4,45±0,427		4,46±0,469		4,37±0,347
Merhamet yorgunluğu tıbbi hata etkisi ***											
Evet (62)	4,44±0,332	379(,148)	4,40±0,366	362(,114)	4,04±0,463	493(,970)	4,40±0,360	357(,082)	4,32±0,531	355(,077)	4,34±0,317 387(,205)
Hayır (16)	4,57±0,340		4,54±0,501		4,02±0,630		4,58±0,346		4,55±0,634		4,46±0,409
Tıbbi hata sıklığı***											
Nadiren (49)	4,49±0,359	616(,327)	4,44±0,436	626(,464)	4,12±0,487	536(,071)	4,46±0,375	644(,490)	4,43±0,555	577(,161)	4,40±0,362 564(,167)
Ara sıra (29)	4,43±0,292		4,39±0,333		3,89±0,489		4,40±0,344		4,26±0,553		4,30±0,292
Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz***											
Evet (51)	4,49±0,350	600(,354)	4,47±0,360	566(,245)	4,10±0,478	532(,099)	4,46±0,345	624(,493)	4,46±0,472	522(,077)	4,41±0,311 536(,139)
Hayır (27)	4,44±0,308		4,34±0,458		3,90±0,516		4,40±0,398		4,18±0,660		4,29±0,378

* t test, **Kruskal Wallis test, ***Mann Whitney U test

Araştırmada merhamet yorgunluğu ölçeği puan ortalaması $55,96 \pm 14,27$ (24 ile 94 aralığında) ve düşük olarak belirlendi. Merhamet yorgunluğu alt boyutlarından olan ikincil travma ortalaması $19,88 \pm 6,81$ (8 ile 38 aralığında), mesleki tükenmişlik ortalaması $36,07 \pm 9,17$ (16 ile 57 aralığında) ile düşük olarak belirlendi (Tablo 4.5.).

Araştırmada tıbbi hataya eğilim ölçeği puan ortalaması $4,37 \pm 3,39$ (3,57 ile 4,98 aralığında) ve yüksek olarak belirlendi. Tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutlarından olan İlaç ve transfüzyon uygulamaları puan ortalaması $4,47 \pm 3,35$ (3,17 ile 5 aralığında), Hastane enfeksiyonları puan ortalaması $4,43 \pm 3,99$ (3,50 ile 5 aralığında), Hasta izlemi ve malzeme güvenliği puan ortalaması $4,03 \pm 4,97$ (2,89 ile 5 aralığında), düşmeler puan ortalaması $4,44 \pm 3,62$ (3,80 ile 5 aralığında), iletişim puan ortalaması $4,36 \pm 5,57$ (3 ile 5 aralığında) ve yüksek oldukları belirlendi (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Ölçeklerin Puan Ortalamaları.

Ölçekler ve alt boyutları	Sayı(n)	Ort $\pm$ ss	Min	Maks	Ölçek min - max puanları
Merhamet yorgunluğu ölçeği toplam puanı	78	$55,96 \pm 14,27$	24	94	13-130
Merhamet ikincil travma	78	$19,88 \pm 6,81$	8	38	5-50
Mesleki tükenmişlik	78	$36,07 \pm 9,17$	16	57	8-80
Tıbbi hata eğilimi ölçeği toplam puanı	77	$4,37 \pm 3,39$	3,57	4,98	1-5
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	78	$4,47 \pm 3,35$	3,17	5	1-5
Hastane enfeksiyonları	77	$4,43 \pm 3,99$	3,50	5	1-5
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	78	$4,03 \pm 4,97$	2,89	5	1-5
Düşmeler	78	$4,44 \pm 3,62$	3,80	5	1-5
İletişim	78	$4,36 \pm 5,57$	3	5	1-5

Araştırmada merhamet yorgunluğu ölçeği ile tıbbi hataya eğilim ölçeğinin birbiri ile olan ilişkisi de incelendi. Merhamet yorgunluğu toplam ölçeğinin, merhamet ikincil travma ve ($r=,854$; $p=,000$) mesleki tükenmişlik ($r=,922$; $p=,000$) ile pozitif yönde yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkisi olduğu tespit edildi.

Tıbbi hataya eğilim ölçeği incelendiğinde tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puanlarının ilaç ve transfüzyon uygulamaları ($r=,859$; $p=,000$), hastane enfeksiyonları ($r=,921$; $p=,000$) hasta izlemi ve malzeme güvenliği ($r=,819$; $p=,000$), düşmeler ($r=,622$, $p=,000$) ve iletişim ($r=,788$; $p=,000$) ile pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyonu olduğu bulundu (Tablo 4.6.).

Araştırmada ayrıca anlamlı düzeylerde olmasa da merhamet yorgunluğu ölçeği ve merhamet yorgunluğu alt boyutlarının tıbbi hataya eğilim ölçeği ve tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ile eksi yönde bir ilişkisi olduğu belirlendi (Tüm parametrelerde $r<0,3$; $p>,05$; Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Arasındaki Korelasyon.

	MERHAMET YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ			TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ					
	Merhamet yorgunluğu ölçeği toplam	Merhamet ikincil travma	Mesleki tükenmişlik	Tıbbi hata ölçeği toplamı	İlaç ve transfüzyon uygulamaları	Hastane enfeksiyonları	Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	Düşmeler	İletişim
	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)	r(p)
Merhamet yorgunluğu ölçeği toplam	-	,854(,000)	,922(,000)	-,121(,294)	-,072(,533)	-,139(,229)	-,073(,527)	-,124(,281)	-,130(,255)
Merhamet ikincil travma	-	-	,586(,000)	-,006(,961)	-,045(,693)	-,012(,916)	,079(,493)	-,066(,564)	,004(,973)
Mesleki tükenmişlik	-	-	-	-,184(,109)	-,078(,499)	-,207(,071)	-,172(,133)	-,143(,211)	-,206(,071)
Tıbbi hata ölçeği toplamı	-	-	-	-	,859(,000)	,921(,000)	,819(,000)	,622(,000)	,788(,000)
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	-	-	-	-	-	,807(,000)	,521(,000)	,371(,001)	,463(,000)
Hastane enfeksiyonları	-	-	-	-	-	-	,639(,000)	,487(,000)	,673(,000)
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	-	-	-	-	-	-	-	,521(,000)	,692(,000)
Düşmeler	-	-	-	-	-	-	-	-	,554(,000)
İletişim	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Araştırmada medeni durum, çalışma yılı, çocuk sayısı ve merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya etkisi görüşünün merhamet yorgunluğu ölçeği ile ilişkisi incelendi. Çalışma sonucunda bu bağımsız değişkenlerin merhamet yorgunluğunu %17 oranında açıkladığı tespit edildi (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Bazı Bağımsız Değişkenlerin Merhamet Yorgunluğu İle İlişkisi.

	R	R ²	p
Medeni Durum			
Çalışma Yılı			
Çocuk Sayısı	,41	,17	,007
Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Etkisi			

Araştırmada cinsiyet, eğitim durumu ve sosyo ekonomik durum bağımsız değişkenlerinin tıbbi hataya eğilim ölçeğini %24 oranında açıklayabildiği belirlendi (Tablo 4.8.)

Tablo 4.8. Bazı Bağımsız Değişkenlerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle İlişkisi.

	R	R ²	p
Cinsiyet			
Sosyo Ekonomik Durum	,49	,24	,000
Eğitim Durumu			

Araştırmada merhamet yorgunluğu tıbbi hatayı eğilimi %12 oranında açıklayabildiği ve istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı (p=,294; Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İle İlişkisi.

	Tıbbi hataya eğilim ölçeği		
	R	R ²	p
Merhamet yorgunluğu ölçeği	,12	,015	,294

5. TARTIŞMA

Hemşirelik, bireyleri bütünsel olarak ele alan ve bakım verme hizmetine dayanan bir meslektir. Hemşireliğin özü olan bakım, profesyonel bilgi ve becerilerin, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönleriyle birleştirilmesiyle hastalara yansıtılan ilişki olarak nitelendirilmektedir (27). Hastalara verilen bu bakım ilişkisinin doğal bir sonucu olarak gösterilen merhamet yorgunluğu, travma yaşayan, ağrı ya da acı çeken ve güçsüz bireylere bakım hizmeti sunan hemşirelik mesleği merhamet yorgunluğunu en fazla yaşayan meslek gruplarından biridir. Hastaların mevcut sorunlarına tanık olan hemşireler ‘merhamet yorgunluğu’ olarak adlandırılan yetersizlik, çaresizlik ve öfke hissedebilmektedir. Bunun sonucunda tükenmişlik, işten zevk alamama, üretkenliğin azalması, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesinin azalması, meslekten ayrılma ve tıbbi hataların artması gibi sorunlara yaşanabilmektedir (43,79). Bu bölümde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun tıbbi hatalara eğilime etkisi olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Yoğun bakımlar bakım verilen hasta grubunun özelliği ve yoğun çalışma koşulları nedeniyle hemşirelerin zorluk yaşadıkları ünitelerdir. Bu koşullar tıbbi hatanın gelişmesinde zemin oluşturmaktadır (19). Bu çalışmada yapılan korelasyon ve regresyon analizi sonucunda merhamet yorgunluğu ile tıbbi hataya eğilim arasında bir ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 4.9.). Yoğun bakımda çalışan hemşireler ile yürütülen bir çalışmada; bu çalışmanın aksine merhamet yorgunluğu ile ilaç hataları arasında pozitif korelasyon olduğunu belirlenmiştir (19). Türkiye’de Karaca (2019)’nın yoğun bakım hemşireleri ile yapmış olduğu tez çalışmasında da bu çalışmanın aksine merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (80). Çalışma kapsamına birinci basamak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin dahil edilmesi, mesleği isteyerek seçenlerin çoğunlukta olması ve yoğun bakımda 0-5 yıl arasında çalışma süresi olan hemşire sayısının fazla olması ile ilişkisi olabilir. Bu çalışmada sonuçlar istatistiksel açıdan bir anlamlılık göstermese de mesleği isteyerek seçenlerin hemşirelerin merhamet yorgunluğunun daha düşük olduğu ve yoğun bakımda çalışma süresi arttıkça merhamet yorgunluğunun arttığı görülmektedir ($p>,05$)(Tablo 4.3.).

Farklı kliniklerde çalışan hemşire ve sağlık personeli ile merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisini değerlendiren çalışmalar yer almaktadır. Ertümer ve Kaya (2022) şehir hastanesinde çalışan 415 sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada; merhamet yorgunluğunun artmasıyla iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, stres kaynaklı iş performansı, çalışma koşulları kalitesinin azaldığı ve tüm bu durumların hasta güvenliğini olumsuz etkilediği

tespit edilmiştir (13). Ryu ve ark., (2021) Kore’de üçüncü basamak hastanesinde 280 hemşirenin katıldığı çalışmada; merhamet yorgunluğunun artmasının hasta güvenliğini olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (81). Sabanciogullari ve ark., (2021)’de 309 hemşire ile yaptıkları çalışma kapsamında, merhamet duygusunun artması ile tıbbi hataların azalması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, merhamet duygusunun artması ile hemşirelerin tıbbi hatalarının azaldığı belirtilmiştir (82). Merhamet yorgunluğu çalışma koşullarından etkilenen bir durumdur. Bu nedenle çalışmalar arasındaki bu farkın çalışmanın yürütüldüğü ülkenin sağlık bakım hizmetleri şekli, sağlık kurumu, klinik koşulları ve sağlık personelinin çalışma koşulları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilime etkisini değerlendiren çalışmaların çok sınırlı olduğu ve merhamet yorgunluğu kavramının tükenmişlik ile birlikte ele alındığı görülmektedir (15, 16). Al-Ghunaim ve ark., (2022)’de 14 çalışmanın dahil edildiği metaanaliz çalışmasında tükenmişliğin artmasıyla tıbbi hata riskinin 2,5 kat arttığı ve hemşirelerin öfke durumunun, yanlış tedavi riski ile bağlantı olduğu belirlenmiştir (17). Benzer şekilde Hall ve ark., (2016)’da 30 çalışmayı dahil ettiği metaanaliz çalışmasında tükenmişlik düzeyinin artmasının hasta güvenliğini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (18). Hemşirelik bakımında şefkatli ve merhametli yaklaşım hemşirelik bakım kalitesini arttıran faktörlerdir. Hastaların travma, acı ve uzun süre hastanede kalmalarına tanıklık eden hemşirelerde bu faktörler nedeniyle merhamet duygusu yorgunluğa dönüşebilmektedir (83). Merhamet yorgunluğu ile bakım kalitesi arasındaki ilişki araştırmalara konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda merhamet yorgunluğunun bakım kalitesini düşüren bir risk faktörü olduğu, bunun yanı sıra iş performansını düşürdüğü ve klinik hatalara neden olduğu saptanmıştır (84-86).

Yoğun bakımlar iş yükü, yorgunluk, aşırı stres, hastaların sürekli acı çekmesini gözlemlemek gibi özellikler nedeniyle hemşireler açısından merhamet yorgunluğunun sık yaşanabileceği ünitelerdir (9,10). Literatürde farklı kliniklerde merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılmış çokça çalışma yer almaktadır. Hooper ve ark., (2010) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin acil servis hemşirelerine oranla merhamet yorgunluğu puanlarının yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (87). Branch ve Klinkenberg (2015) çalışmasında pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, diğer pediatri birimlerine oranla daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadıkları belirtilmektedir (7). Mason ve ark., (2014) çalışmasında cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadıkları saptanmıştır (88). Balinbin ve ark., (2020)’de 121 cerrahi hemşiresi ile yaptığı çalışmada “tükenmişlik” alt boyutunda orta düzeyde (%46,28) ve “mesleki ikincil travma” alt boyutunda yüksek düzeyde (%61,98) (düşük $\leq$ 43,00; orta 44,00–56,00; yüksek

$\geq 57,00$) merhamet yorgunluğu yaşadıkları belirlenmiştir (89). Bir sistematik derlemede 40 araştırma incelenmiştir. Hemşirelerin merhamet yorgunluğunun %7,3-%40 arasında olduğu tespit edilmiştir (16). Bu çalışmada hemşirelerin %65,4'ünün merhamet yorgunluğu yaşadıkları belirtmesine rağmen (Tablo 4.1.), hemşirelerin merhamet yorgunluğu ölçeği puan ortalamasının $55,96 \pm 14,27$ (minumum=13, maksimum= 130) ile orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bununla birlikte merhamet yorgunluğu yaşadığını belirten hemşirelerin “mesleki ikincil travma” alt boyutunun anlamlı düzeyde yüksek çıktığı da tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarına göre yoğun çalışma ortamları hemşirelerde merhamet yorgunluğunu tetikleyen bir durum olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre, çocuğu olanların olmayanlara göre merhamet yorgunluğu toplam puan ortalamasının ve “mesleki ikincil travma” alt boyutu puanının yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.). Bu çalışmaya benzer şekilde Ruiz-Fernández ve ark., (2020) tarafından 1521 hemşire ile yapılan çalışmada, merhamet yorgunluğunun evli bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (6). Bu çalışmanın aksine Sacco ve ark., (2015)'de yoğun bakım ünitesinde çalışan 221 hemşire ile yaptığı çalışmada, bekar hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt boyutunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (90). Hinderer ve ark., (2014) çalışmasında ise merhamet yorgunluğu ile medeni durum arasında bir farklılık olmadığı görülmektedir (91). Bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının evli olması ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Hemşirenin evli ya da bekar olmasından ziyade bakım verdikleri hastaların dışında bakmakla yükümlü olduğu bireylerin varlığının olmasının önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle özellikle hemşirelerin iş dışındaki hayatında bakmakla yükümlü olduğu bireylerin varlığının sorgulanması gerekebilir.

Çalışmada mesleki deneyimi yüksek olan hemşirelerin “mesleki ikincil travma” puanlarının yüksek ve anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.3.). Sung ve ark., (2012)'nin çalışmasında, meslek deneyimi az olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (92). Berger ve ark., (2015) çalışmasında 40 yaş altı ve mesleki deneyimi az olan bireylerde merhamet yorgunluğu alt boyutu mesleki tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (93). Mesleğin ilk yıllarında idealist bir hemşire olma hayalinin daha yüksek olduğu ve bu idealistliğin beraberinde merhamet yorgunluğunu da getirdiği düşünülmektedir. Bu görüşümüzü destekler nitelikte yapılan bir çalışmada mevcut biriminde beş yıl ve üzeri çalışanlarda empatik yaklaşımın istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır (77). Çalışma yılının artması tükenmişliği, duyarsızlığı ve bu nedenle de empatik yaklaşımın azalmasını beraberinde getirebilir.

Merhamet yorgunluğu bireylerin demografik ve çalışma koşulları ile ilgili birçok faktörden etkilenmektedir (41,47). Çalışmada merhamet yorgunluğu ölçek ve alt boyutları ile cinsiyet, çocuk sayısı, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, yoğun bakım çalışma yılı, çalışma şekli, çalışma saati, mesleği isteyerek seçme gibi faktörlerle arasında fark olmadığı saptandı (Tablo 4.3.). Yirmi bir çalışmanın dahil edildiği metaanaliz çalışmasında, cinsiyet, yaş ve çalışma süresinin merhamet yorgunluğunu etkilemediği ve bu çalışma ile benzer olduğu belirlenmiştir (32). Bu çalışmadan farklı olarak eğitim durumunun artmasının merhamet yorgunluğunu azalttığı (32) ve mesleği isteyerek seçen hemşirelerin merhamet yorgunluğunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (5,94). Bunun nedeninin mesleğin seçiminde rol ve sorumluluklarının bilinmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda çeşitli tıbbi hatalar meydana gelebilmektedir. Bu hatalar hastaların zarar görmesine, yatış sürelerinin uzamasına ve sağlık sisteminde olumsuzlukların meydana gelmesine neden olmaktadır. Çalışmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük ($4,37 \pm 0,33$) olduğu belirlendi. Bu çalışmaya benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar da yer almaktadır (51,52,95,96).

Çalışmada tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutlarına bakıldığında tıbbi hataya eğilimin “hasta izlemi” ve “malzeme güvenliğini” alt boyutunda tıbbi hataya eğilimin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5.). Andsoy ve ark., (2014)’nın çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir (51). Sivrikaya ve ark., (2019)’da 434 hemşire ile yaptıkları çalışmada ise “düşmeler” ve “iletişim” alt boyutlarında tıbbi hataya eğilimin daha yüksek olduğu saptanmıştır (97). Tıbbi hataya eğilimin yüksek olduğu alt boyutlar yapılan çalışmalara göre farklılık gösterebilir. Bu farklılıklar kurumların çalışma ve hasta güvenliği prosedürlerindeki değişiklikler ve çalışmaların yürütüldüğü kliniklerin türüne ve iş yüküne göre değişebilir. Yoğun bakımlar hasta takibi ve bakımının yoğun olduğu ve hasta tedavi ve bakımında çok fazla malzemenin, cihazın kullanıldığı ünitelerdir. Bu çalışmada tıbbi hataya eğilimin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt boyutunda yüksek olması, çalışmanın yoğun bakımda yürütülmesi ile açıklanabilir.

Çalışmada kadınların tıbbi hataya eğilimlerinin düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4.4.). Benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar yer almaktadır (98,99). Cinsiyet arasında herhangi bir fark bulamayan çalışmalar da vardır (51,56,95). Bu sonuç çalışmalara katılan kadın hemşire sayısının yüksek olması ile açıklanabilir. Çünkü kadın ve erkekler aynı hemşirelik eğitiminden geçmektedir. Bu nedenle cinsiyet açısından herhangi bir değişim olmaması gerektiğini düşünülmektedir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin %61,5’i lisans mezunudur. Hemşirelerin eğitim durumuna göre, HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunamadı; ancak “lisans ve yüksek lisans” eğitimine sahip katılımcıların “İlaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutu ve HTHEÖ toplam puan ortalamalarının lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre düşük olmasının şaşırtıcı olduğu söylenebilir (Tablo 4.4.). Benzer sonuçlar Tuncay (2021)’ın yapmış olduğu tez çalışmasında da elde edilmiştir (100). Dikmen ve ark., (2014)’de benzer şekilde eğitim durumunun tıbbi hataya eğilimi etkilemediğini tespit etmişlerdir (101). Bu çalışmalardan farklı olarak; Büyük ve ark., (2021), pediatri hemşireleri (n=142) ile yaptığı çalışmada, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin ön lisans mezunu hemşirelere göre daha düşük olduğu saptamıştır (102). Sonuç olarak beklenti lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olmasıdır. Özellikle meslekteki deneyimin tıbbi hatayı etkilediği gösterilmiştir (98). Bu sonucun lisans mezunu hemşirelerin atamalarının yakın zamanda yapılmış olması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Merhamet yorgunluğu orta düzeyde, tıbbi hataya eğilimin ise düşük düzeyde olduğu, merhamet yorgunluğu ile tıbbi hataya eğilim arasında bir ilişki olmadığı, merhamet yorgunluğu ile medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma yılı arasında, tıbbi hataya eğilim ile cinsiyet, sosyo ekonomik durum ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kanıta dayalı şekilde bilimsel çalışmaların artırılması,
- Hemşirelere empati eğitimleri, iletişim kurma eğitimleri, psikolog görüşmeleri ya da yoga gibi alternatif tamamlayıcı yöntemlerin kullanılması
- Hemşirelerin merhamet yorgunluğunun azaltılması için tedavilerin yanı sıra dayanıklılık eğitim programlarının oluşturulması,
- Bireysel ve kurumsal olarak sağlık sisteminde yeni stratejiler geliştirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Çingöl N, Çelebi E, Zengin S, Karakaş MC.**, Bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018.
2. **Strauss C, Lever Taylor B, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F**, et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clin Psychol Rev*. 2016;47:15-27.
3. **Nas E, Sak R.** Merhamet ve merhamet odaklı terapi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;18(1):64-84.
4. **Şeremet GG, İkinci N.** Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve merhamet korkusu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2021;12(29):330-44.
5. **Tanrikulu G, Ceylan B.** Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;30(1):31-6.
6. **Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán Á M.** Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4).
7. **Branch C, Klinkenberg D.** Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2015;40(3):160-6; quiz E13-4.
8. **Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S.** Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):186-94.
9. **Dizer B, İyigün E, Kılıç S.** Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008;12(1):1-11.
10. **Er F.** Nedensel yükleme kuramı doğrultusunda verilen eğitimin hemşirelerin tıbbi hata nedenlerini belirlemelerine etkisi. 2016.
11. **Cocker F, Joss N.** Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(6).
12. **Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G**, et al. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e5.
13. **Ertümer AG, Kaya E.** Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2022;25(1):139-54.
14. **Ryu IS, Shim JL.** The Relationship between Compassion Satisfaction and Fatigue with Shift Nurses' Patient Safety-Related Activities. *Iran J Public Health*. 2022;51(12):2724-32.
15. **Pehlivan T, Güner P.** Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(2):129-34.
16. **Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD.** The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(8):e0136955.
17. **Al-Ghunaim TA, Johnson J, Biyani CS, Alshahrani KM, Dunning A, O'Connor DB.** Surgeon burnout, impact on patient safety and professionalism: A systematic review and meta-analysis. *Am J Surg*. 2022;224(1 Pt A):228-38.
18. **Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB.** Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015.
19. **Maiden J, Georges JM, Connelly CD.** Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):339-45.
20. **Er ŞN.** Sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta güvenliği algısı ve tutumu: eğitim ve araştırma hastanesi örneği: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
21. **Singer T, Klimecki OM.** Empathy and compassion. *Curr Biol*. 2014;24(18):R875-r8.

22. **Uğurlu AK, Aslan FE.** Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi? Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2017;9(3).
23. **Compassion**[Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/compassion>].
24. **TDK.** Merhamet [Available from: www.tdk.gov.tr].
25. **Polat FN, Erdem R.** Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017(26):291-312.
26. **Van Der Wal D.** The caring ethic in nursing. Ethics in Health Care. 2005;1:11-23.
27. **Dinç L.** Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(2):74-82.
28. **Yılmaz G, Üstün B.** Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği. 2018;9(3).
29. **Riley JM, Beal JA, Ponte PR.** The Exemplary Practice Life of the Nurse. J Prof Nurs. 2021;37(5):1018-25.
30. **American Nurses A.** Code of ethics for nurses with interpretive statements: Nursesbooks.org; 2001.
31. **Pehlivan T, Güner P.** Merhametli bakım: Yararları, engeller ve öneriler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2020;11(2):148-53.
32. **Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL.** Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(26):e11086.
33. **Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al.** Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. Clin J Oncol Nurs. 2010;14(5):E56-62.
34. **Sabo B.** Reflecting on the concept of compassion fatigue. Online J Issues Nurs. 2011;16(1):1.
35. **Lombardo B, Eyre C.** Compassion fatigue: a nurse's primer. Online J Issues Nurs. 2011;16(1):3.
36. **Figley CR.** Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. J Clin Psychol. 2002;58(11):1433-41.
37. **Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT.** Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2010;47(2).
38. **Stamm BH.** Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. Treating compassion fatigue: Routledge; 2013. p. 107-19.
39. **Uslu E, Buldukoğlu K.** Psikiyatri hemşireliğinde şefkat yorgunluğu: Sistemik derleme. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar. 2017;9(4):421-30.
40. **Nolte AG, Downing C, Temane A, Hastings-Tolsma M.** Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):4364-78.
41. **Coetzee SK, Klopper HC.** Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. Nurs Health Sci. 2010;12(2):235-43.
42. **Gök GA.** Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;20(2):299-313.
43. **Konal E, Ardahan M.** Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik. 2018.
44. **Showalter SE.** Compassion fatigue: what is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. Am J Hosp Palliat Care. 2010;27(4):239-42.
45. **Boyle DA.** Compassion fatigue: The cost of caring. Nursing. 2015;45(7):48-51.

46. **Alan H.** Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2018;5(2):141-6.
47. **Şirin M, Yurttaş A.** Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(2):123-30.
48. **Gök D, Sarı HY.** Pediatri hemşirelerinin tıbbi hatalardaki tutumları. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;2(1):7-13.
49. **Hancı H.** Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin ceza ve Tazminat Sorumluluğu (Malpraktis), 3. Baskı, Ankara. 2006.
50. **Aslan Y.** İlaç kaynaklı tıbbi hata/olay bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü “Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması” na göre değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences and Medicine. 2020;3(1):20-5.
51. **Andsoy İ, Kar G, Öztürk Ö.** Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2014;1(1):17-27.
52. **Özata M, Altunkan H.** Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2010;8(2):100-11.
53. **Macit M, Orhan S, Gümüş M.** Türkiye’de sağlık kurumlarında uygulanan tıbbi hatalar üzerine yapılan araştırmalar: Ulusal makaleler ve lisansüstü tezler üzerine bir derleme. Pearson Journal. 2021;6(11):241-56.
54. **İntepeler ŞS, Dursun M.** Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(2):129-35.
55. **Saygın T, Keklik B.** Tıbbi hata nedenleri üzerine bir araştırma: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2014;17(2):99-118.
56. **Odabaşoğlu E.** Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin hatalı uygulama eğilimleri ve etkileyen faktörler 2013.
57. **Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S.** Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2015;2(2):82-9.
58. **Esencan YT, Aslan E.** Jinekoloji ve obstetride tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. 2015.
59. **Caymaz M.** Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015;2(4):1-14.
60. **Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D.** Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013;29(2):33-46.
61. **Hoffmann B, Rohe J.** Patient safety and error management: what causes adverse events and how can they be prevented? Dtsch Arztebl Int. 2010;107(6):92-9.
62. **Abdi Z, Delgoshaei B, Ravaghi H, Abbasi M, Heyrani A.** The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. J Nurs Manag. 2015;23(3):333-45.
63. **Agalu A, Ayele Y, Bedada W, Woldie M.** Medication prescribing errors in the intensive care unit of Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. J Multidiscip Healthc. 2011;4:377-82.
64. **Weingart NS, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B.** Epidemiology of medical error. Bmj. 2000;320(7237):774-7.
65. **Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, Mark BA, Pickler RH.** Association of Nurse Workload With Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. JAMA Pediatr. 2019;173(1):44-51.
66. **Duarte S, Stipp MAC, Cardoso M, Büscher A.** Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03406.
67. **Koca F.** Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi: Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
68. **Todaro-Franceschi V.** Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life: Springer Publishing Company; 2019.

69. **Jenkins B, Warren NA.** Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical care nursing quarterly*. 2012;35(4):388-95.
70. **Alharbi J, Jackson D, Usher K.** The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2762-4.
71. **World Health O.** Patient safety: making health care safer. Geneva: World Health Organization; 2017 2017. Contract No.: WHO/HIS/SDS/2017.11.
72. **Çınar D, Karadakovan A.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*. 2016;20(2):116-22.
73. **Mayo AM, Duncan D.** Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(3):209-17.
74. **Aygin D, Cengiz H.** İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(3):110-4.
75. **Wright K.** Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse education today*. 2010;30(1):85-97.
76. **Denk T.** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
77. **Şahin Z, Özdemir F.** Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Jaren*. 2015;1(1):1-7.
78. **Dinç S, Ekinci M.** Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11:192-202.
79. **Wijdenes KL, Badger TA, Sheppard KG.** Assessing Compassion Fatigue Risk Among Nurses in a Large Urban Trauma Center. *J Nurs Adm*. 2019;49(1):19-23.
80. **Karaca S.** Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisi: İstinye Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
81. **Ryu IS, Shim J.** The Influence of Burnout on Patient Safety Management Activities of Shift Nurses: The Mediating Effect of Compassion Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22).
82. **Sabancıogullari S, Yilmaz FT, Karabey G.** The effect of the clinical nurses' compassion levels on tendency to make medical error: A cross-sectional study. *Contemp Nurse*. 2021;57(1-2):65-79.
83. **Özan A.** Yoğun bakım hemşirelerinde merhametin ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Erzurum: Atatürk Üniversitesi*. 2019.
84. **Labrague LJ, de Los Santos JAA.** Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res*. 2021;61:151476.
85. **Madencioğlu YC, Arslan S.** Pediatri Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Hakkındaki Görüşleri ve Merhamet Yorgunluğunun Bakım Kalitesine Etkisi: Nitel Bir Çalışma. *Journal of Infant, Child and Adolescent Health*. 2021;1(3):138-48.
86. **Cetrano G, Tedeschi F, Rabbi L, Gosetti G, Lora A, Lamonaca D, et al.** How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):755.
87. **Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E.** Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):420-7.
88. **Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, et al.** Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):215-25.
89. **Balinbin CBV, Balatbat KTR, Balayan ANB, Balcueva MIC, Balicat MGB, Balidoy TAS, et al.** Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *J Clin Nurs*. 2020;29(5-6):955-63.

90. **Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL.** Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*. 2015;35(4):32-43; quiz 1p following
91. **Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B,** et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs*. 2014;21(4):160-9.
92. **Sung K, Seo Y, Kim JH.** Relationships between compassion fatigue, burnout, and turnover intention in Korean hospital nurses. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(7):1087-94.
93. **Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H.** Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(6):e11-7.
94. **Kelly L, Runge J, Spencer C.** Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(6):522-8.
95. **Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S.** Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(3):188-96.
96. **Güleç HD.** Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;30(1):1-18.
97. **Sivrikaya SK, Kara AŞ.** Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;8(1):7-14.
98. **Özen N, Onay T, Terzioğlu F.** Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(2):283-92.
99. **Öztürk YE, Özata M.** Hemşirelerde örgütsel vatandaşlık davranışı ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişkinin araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 18(3):365-81.
100. **Tuncay A.** Hasta güvenliği kültürünün ve hemşirelik mesleği ile ilgili faktörlerin hemşirelerde tıbbi hataya eğilime etkisi. 2021.
101. **Dikmen YD, Yorgun S, Yeşilçam N.** Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(1):44-56.
102. **Büyük ET, Baydın NÜ, Döral Ö.** Pediatric nurses' attitudes regarding malpractice tendencies and patient safety culture: A case of Turkey. *International Journal of Health Services Research and Policy*. 2021;6(1):22-32.

8. EKLER



EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tümüyle size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” verilecektir. Herhangi bir zamanda bu çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışmanın Adı : Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi

Çalışmanın Konusu ve Amacı : Hemşirelik mesleği sevgi, merhamet gerektiren bir meslektir. Yoğun bakımlar ise genel durumu bozukluğu ve bakım ihtiyacı olan hastaların olduğu, belki de en çok merhamet gerektiren birimlerdir. Bunun yanı sıra en çok hasta ölümlerinin de yaşandığı kliniklerdir. Bu çalışmada yoğun bakım koşullarında çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunu ve bu yorgunluğun tıbbi hataların oluşmasına herhangi bir etkisi var mıdır onu belirlemeyi amaçladık.

Çalışma Yöntemi : Bu çalışmada siz yoğun bakım hemşirelerine demografik ve çalışma koşullarınızla ilgili soruların yer aldığı kişisel bilgi formu ve merhamet yorgunluğu, tıbbi hataya eğilim durumunuzu belirlemek üzere iki adet ölçek maddelerinin yer aldığı form uygulanacaktır. Formların doldurulma süresi yaklaşık 15 dk dır.

Çalışmaya Katılmanın Olası Yararları : Merhamet yorgunluğunun tıbbi hata ile ilişkisinin belirlenmesi durumunda; merhamet yorgunluğu konusunda farkındalık oluşmasına, merhamet yorgunluğuna neden olabilecek faktörlerin, dolayısıyla tıbbi hataların azaltılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler : Hemşire İlyas ÇELİK

Çalışmaya Katılma Onayı : ()

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi tüm sorularımı yanıtladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

EK-1 (Devam)

Gönüllü Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	

Araştırmacı Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	



EK-2 Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: 1.Erkek () 2.Kadın ()

3. Medeni Durum: 1.Bekar () 2.Evli () 3.Dul ()

4. Çocuğunuz var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

4.1.Çocuğunuz varsa kaç çocuğunuz var?.....

5. Sosyo-ekonomik durumunuz:

1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere eşdeğer () 3. Gelir giderden fazla ()

6. Eğitim durumunuz:

1. Lise () 2. Önlisans () 3. Lisans () 4. Lisansüstü ()

7. Hemşire olarak çalışma yılınız:.....

8.Yoğun bakımda çalışma yılınız:.....

9.Çalışma şekliniz:

1.Gündüz Mesaisi () 2.Gece Vardiyası () 3.İkisi Karışık ()

10. Haftalık çalışma süreniz (saat olarak):.....

11. Mesleği isteyerek seçme: 1. Evet () 2.Hayır ()

12. Çalışma yerinizi tercih etme durumunuz: 1. Kendi tercihim () 2.Tercihim dışı ()

13.Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

14.Merhamet yorgunluğunu tetikleyen faktörler sizce ne olabilir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Hastanın genç olması

() Hasta yakınlarının ilgisizliği

() İş yükünün fazla olması

() Kişisel sınırlar (yetersizlik ve ya yetişememe duygusu)

() Takdir edilmemek

15.Sizce merhamet yorgunluğunun tıbbi hatalara etkisi var mı? Evet () Hayır ()

16.Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

() Hiç duymadım () Nadiren () Ara sıra () Çok sık

17.Karşılaştığınız tıbbi hata türü nedir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() İlaç hatası

() Kimlik hatası

() Hastane enfeksiyonları

() Kan transfüzyonları

() Düşmeler

EK-2 (Devam)

() Eksik malzeme/Ekipman

() Bakım ve tedavinin gecikmesi

18. Tıbbi hata sonucunda etkisi neydi? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() Hastaya zarar vermeden önlendi.

() Hastanın izlem ihtiyacı arttı

() İlave tetkik istendi

() İlave tedavi düzenlendi

() Yatış süresi uzadı

() Sakatlık

() Ölüm

Diğer

19. Sizce tıbbi hataların meydana gelme sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() Hemşire sayılarının yetersiz kalması

() Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres

() İletişim eksiklikleri

() Ekip çalışmasının olmaması

() Uygun olmayan malzeme

() Mesleki eğitimin yetersiz olması

() Doktor el yazılarının okunaklı olmaması

Diğer

- ☐ a. İşim yüzünden kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- ☐ b. Hayattaki hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.
- ☐ c. Hastalarım ile ilgili olarak geçmiş durumları anımsadığım oluyor.
- ☐ d. İşimde “başarısız” olduğumu hissediyorum.
- ☐ e. Hastalarımın deneyimlediklerine benzer sıkıntılı rüyalar görüyorum.
- ☐ f. Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.
- ☐ g. Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum.
- ☐ h. Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.
- ☐ i. İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.
- ☐ j. Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.
- ☐ k. İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum.
- ☐ l. Bir hasta ile ilgili travmatik bir deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.
- ☐ m. İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.

EK-4 Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

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

EK-4 (Devam)

HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİK LE	HER ZAMAN
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					
HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİK LE	HER ZAMAN
Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım					
Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım					
Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim					

EK-4 (Devam)

Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİK LE	HER ZAMAN
Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİK LE	HER ZAMAN
Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım					

EK- 5 Etik Kurul Onayı



**BİNGÖL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARARLARI**

Toplantı Tarihi: 07/09/2022

Toplantı Sayısı: 22/16

Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Prof.Dr. Enis KARABULUT başkanlığında 07.09.2022 tarihinde Çarşamba günü saat 10.00'da aşağıda imzaları bulunan üyelerin katılımlarıyla toplanarak, gündemdeki konular görüşülmüş ve aşağıdaki kararlar alınmıştır.

KARAR 9: SANKO Üniversitesinde görevli Dr. Öğretim Üyesi Meryem Kılıç'ın “ **Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilime Etkisi**” konulu çalışmasının etik olarak uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

BAŞKAN	Prof. Dr. Enis KARABULUT	İMZA
ÜYE	Prof. Dr. Bahri PATIR	İZİNLİ
ÜYE	Prof. Dr. Aydın GİRGIN	İZİNLİ
ÜYE	Prof. Dr. Abdurrahman GÜL	İMZA
ÜYE	Prof. Dr. Erdal KAYGUSUZUOĞLU	İZİNLİ
ÜYE	Prof. Dr. Hayati YÜKSEL	İMZA
ÜYE	Prof. Dr. Mehmet Nuri AÇIK	İMZA

EK-6 Kurum Çalışma İzni

BİNGÖL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA KOMİSYONU

08.09.2022 tarih ve E-6568 sayılı dilekçeye istinaden toplanan Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Komisyonu, Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olup, Gaziantep SANKO Üniversitesinde Hemşirelik Esasları Bölümünde Tezli Yüksek Lisans öğrencisi olan İlyas ÇELİK'in "Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilime etkisi" konulu araştırmayı yapabilmesi Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.
20/09/2022

EK-8 İntihal Raporu

	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU
---	---

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : İlyas Anabilim Dalı : Hemşirelik AD
Soyadı : ÇELİK Programı : Hemşirelik Tezli (Hemşirelik Esasları)
Öğrenci No : 211101003 Statüsü : Yüksek Lisans

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ
Tez Adı : Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hatalara Eğilime Etkisi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
☒ Tez Savunması Sınavı Öncesi	12	09.06.2023
☒ Tez Savunma Sınavı Sonrası	12	26.06.2023

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 38 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 12 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- ☒ Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- ☒ Kaynaklar hariç,
- ☒ Ekler hariç,
- ☒ Beş kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Miyese ŞAYF

Enstitü Personeli

26.06.2023

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.

*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-9 Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: İlyas ÇELİK

Doğum tarihi ve yeri:

KRONOLOJİK ŞEKİLDE EĞİTİM BİLGİLERİ

1997-2004: Bingöl 75. Yıl İlköğretim Okulu

2004-2007: Bingöl Mehmet Akif Ersoy Lisesi

2008-2013: Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik

2021-2023: SANKO Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli YL

İŞ DENEYİMİ

Zaman Dilimi	Yer	Kurum
2013-2023	Büyük Çocuk Servisi	Bingöl Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi