T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ

ŞENAY KARACA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ

ŞENAY KARACA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ

Şenay KARACA
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2019

Sağlık çalışanlarında çok fazla görülen merhamet yorgunluğunun, özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde fiziksel, ruhsal ve duygusal yönden olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu olumsuz etkiler hemşirelerin çalışma performanslarında düşüşlerin yaşanmasına neden olabileceği gibi hasta güvenliğini de tehdit edebilmektedir. Bu çalışma bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerinde, merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, Adana ilinde bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 81 hemşire oluşturmuştur. Veri toplamada literatür bilgisi ve araştırmacıların deneyimleri ile hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu", "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" ve "Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi" ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatiksel olarak değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, student t-testi ve ANOVA analizleri kullanılmış olup, tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 35,8'i 25 yaş ve altında, % 82,7'si kadın, % 58,0'i evli, % 51,9'u lisans mezunu, % 35,8'i 6 ila 10 yıl arasında çalışma yılına sahip olduğu bulundu. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin% 75,3'ü merhamet yorgunluğu yaşadığını, % 64,2'si iş yükünün fazla olmasının, % 51,9'u hastanın genç olmasının merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler olarak belirtmiştir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinden aldıkları genel ölçek toplam puan ortalaması 230,13±15,60 ortalama ile düşük eğilimli olduğu bulundu. Merhamet yorgunluğu ise 20,83±12,77 puan ortalaması ile ortalamanın altında saptandı. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu konusunda hemşirelerin eğitim düzeyleri ve çalışma süreleri arttıkça azalma yaşadıkları bulundu. Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği arasında pozitif yönde ilişki (r=0.262) belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği, hemşire, merhamet yorgunluğu, yaşam kalitesi, yoğun bakım

ABSTRACT

THE EFFECT OF MERCURY FATIGUE ON PATIENT SAFETY IN NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNIT

Şenay KARACA
Department of Surgical Nursing
Supervisor: Dr. Sennur KULA ŞAHİN

2019

Compassion fatigue, which is common in health care workers, has negative effects on physical, mental and emotional aspects, especially in nurses working in intensive care units. These negative effects may lead to decreases in nurses' work performance as well as threaten patient safety. In this study, a descriptive and cross-sectional study was performed to determine the effect of compassion fatigue on patient safety in nurses working in an intensive care unit of a university hospital. The study consisted of 81 nurses working in an intensive care unit of a university hospital and willing to participate in the study. In the data collection, "Personal Information Form", "Medical Error Tendency Scale" and Professional Quality of Life Scale" scale were used. Percentage, mean, standard deviation, student t-test and ANOVA analysis were used for statistical evaluation of the data and statistical significance level was taken as 0.05 in all tests.

Of the nurses participating in the study, 35.8% were under 25 years of age, 82.7% were women, 58.0% were married, 51.9% were undergraduate graduates, 35.8% were between 6 and 10 years found to have years of work. 75.3% of nurses working in the intensive care unit experienced compassion fatigue, 64.2% stated that the workload was high and 51.9% stated that the fact that the patient was young affected the compassion fatigue. It was found that the overall scale mean score of the nurses from the tendency to medical error scale was low with a mean of 230.13 ± 15.60. Compassion fatigue was found to be below average with a mean of 20.83 ± 12.77 points. It was found that nurses experienced a decrease in burnout and compassion fatigue as their education level and working time increased. A positive correlation was found between compassion fatigue and patient safety (r = 0.262).

Keywords: Compassion, intensive care, quality of life, nurse, patient safety

İTHAF

Bu tez çalışmamı 2016 yılında kaybettiğim, kıymetlim; yiğenim Defnesu Çobanoğlu'na ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin tüm aşamalarında, yardımlarını esirgemeyerek değerli bilgi ve katkıları ile çalışmamı yürüten değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim sürecinde bilgisi, donanımı, yorumları ve düşünceleri ile varlığından feyz aldığım sevgili hocam Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya,

Yüksek lisans hayalimi gerçekleştirmeme vesile olan ayrıca her türlü yardım ve desteğini aldığım sorumlu hemşirem Tülay BAŞPINAR'a,

Yoğun ve zorlu şartlarda çalışıyor olmalarına rağmen tez çalışmamdaki anketleri sabır ve özveriyle dolduran Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi yoğun bakım hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sabır ve özveride bulunan sevgili eşim ve anneme teşekkür ederim.

Şenay KARACA

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK
İÇ KAPAK
KABUL ONAY
ETİK BEYANI
ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
İTHAF ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
İÇİNDEKİLER ..... **v**
TABLO LİSTESİ ..... **viii**
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ ..... **x**
GİRİŞ **1**
1. GENEL BİLGİLER **4**
1.1. MERHAMET KAVRAMI **4**
1.2. MERHAMET YORGUNLUĞU KAVRAMI **4**
1.3. MERHAMET YORGUNLUĞU SÜRECİ **5**
1.4. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BELİRTİLERİ **6**
1.5. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN SONUÇLARI **7**
1.6. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN MESLEKİ ETKİLERİ **7**
1.7. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MERHAMET YORGUNLUĞU **8**
1.8. KAVRAMSAL AÇIDAN YAŞAM KALİTESİ VE ÖNEMİ **8**
1.9. YAŞAM KALİTESİNİN ALANLARI **9**
1.10. YAŞAM KALİTESİNİ AZALTAN VE ARTTIRAN FAKTÖRLER **10**
1.11. HEMŞİRELERDE YAŞAM KALİTESİ **11**
1.12. HEMŞİRELERDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER **13**
2. GEREÇ VE YÖNTEM **15**
2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ **15**
2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI **15**
2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENi VE ÖRNEKLEMİ **15**
2.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ **16**
2.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI **16**
2.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek B) **16**
2.5.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek C) **17**
2.5.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek D) **17**
2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK DEĞERLERİ **18**
2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ **21**
2.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME 21
2.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI **22**

3. BULGULAR **23**
3.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR **23**
3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN BULGULAR **28**
3.2.1.Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğine İlişkin Bulgular **28**
3.2.1.1. İlaç ve transfüzyon uygulamalarına ilişkin bulgular **28**
3.2.1.2. Hastane enfeksiyonlarına ilişkin bulgular **29**
3.2.1.3. Hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin bulgular **30**
3.2.1.4. Düşmeler alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular **30**
3.2.1.5. İletişim alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular **31**
3.2.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular **31**
3.2.2.1. Çalışanlar için mesleki tatmin alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular **31**
3.2.2.2. Çalışanlar için tükenmişlik alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular **32**
3.2.2.3. Çalışanlar için merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular **32**
3.3. ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN TANIMLAYICI DEĞİŞKENLERİ İLE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ VE ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULAR **33**
3.3.1. Araştırmaya Katılanların Cinsiyet Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular **33**
3.3.2. Araştırmaya Katılanların Medeni Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular **34**
3.3.3. Araştırmaya Katılanların Yaş Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular **35**
3.3.4. Araştırmaya Çalışmaya Katılanların Eğitim Durumu Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **36**
3.3.5. Araştırmaya Katılanların Meslekteki Çalışma Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **37**
3.3.6. Araştırmaya Katılanların Pozisyonu Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **38**
3.3.7. Araştırmaya Katılanların Mesleğini Kendi İsteyerek Seçme Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **39**
3.3.8. Araştırmaya Katılanların Çalıştığı Bölümü Kendi İsteği Seçme Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **40**
3.3.9. Araştırmaya Katılanların Yoğun Bakımda Çalışma Süresi Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **41**

3.3.10. Araştırmaya Katılanların Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitesi Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular **42**
3.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BOYUTU **44**
4. TARTIŞMA VE SONUÇ 45
KAYNAKLAR 53
EKLER 61
A. KATILIMCILARDAN ALINAN ONAY FORMU **61**
B. BAŞHEKİMLİK İZİN FORMU **62**
C. ANKET FORMU **63**
D. BAŞHEKİMLİĞE GÖNDERİLEN İZİN DİLEKÇESİ **71**
E. ETİK KURULU **72**
F. ANKET KULLANIM İZİN KAĞIDI **73**
G. ÖZGEÇMİŞ **74**

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Merhamet yorgunluğunun belirtileri 6
Tablo 2.1. Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin puanlama dağılımları 18
Tablo 2.2. Ölçeklerin toplam ve alt ölçek boyutları puan ortalamaları ve güvenirlilik değerleri 19
Tablo 2.3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizine uygunluğuna ilişkin veriler 19
Tablo 3.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri 23
Tablo 3.2. İş yaşamından memnun olma ve olmama nedenlerinin dağılımı 24
Tablo 3.3. Merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünme, etkileyen faktörler ve merhamet yorgunluğunu önlemek amacı ile uyguladıkları yaklaşımlar 25
Tablo 3.4. Hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataları tanımlamaları 26
Tablo 3.5. Hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataya tanık olma ve karşılaşılan tıbbi hataların türlerinin dağılımı 26
Tablo 3.6. Hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataya tanık olma ve karşılaşılan tıbbi hataların türlerinin dağılımı 27
Tablo 3.7. Hemşirelere uygulanan tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt ölçek boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı 28
Tablo 3.8. Araştırmaya katılanların ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 29
Tablo 3.9. Araştırmaya katılanların hastane enfeksiyonları alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 29
Tablo 3.10. Araştırmaya katılanların hasta izlemi ve malzeme güvenliğine alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 30
Tablo 3.11. Araştırmaya katılanların düşmeler alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 30
Tablo 3.12. Araştırmaya katılanların iletişim alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 31
Tablo 3.13. Hemşirelere uygulanan yaşam kalitesi ve alt ölçek boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 31
Tablo 3.14. Araştırmaya katılanların mesleki tatmin alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 32
Tablo 3.15. Araştırmaya katılanların tükenmişlik alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 32
Tablo 3.16. Araştırmaya katılanların merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı 33
Tablo 3.17. Araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması 34
Tablo 3.18. Araştırmaya katılanların medeni durum değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması 35

Tablo 3.19. Araştırmaya katılanların yaş aralığı değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması 36
Tablo 3.20. Araştırmaya katılanların eğitim durumu değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması 37
Tablo 3.21. Araştırmaya katılanların meslekteki çalışma yılı değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....38
Tablo 3.22. Araştırmaya katılanların pozisyonu değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması 39
Tablo 3.23. Araştırmaya katılanların mesleğini kendi isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....40
Tablo 3.24. Araştırmaya katılanların çalıştığı bölümü kendi isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....41
Tablo 3.25. Araştırmaya katılanların yoğun bakımda çalışma süresi değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....42
Tablo 3.26. Araştırmaya katılanların çalıştıkları yoğun bakım üniteleri değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....43
Tablo 3.27. Yaşam kalitesi alt ölçek boyutları ve tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki.....44

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
%	**:** Yüzde
DSÖ	**:** Dünya Sağlık Örgütü
KMO	**:** Kaiser – Meyer - Olkin
n	**:** Frekans
ort	**:** Ortalama
ss	**:** Standart Sapma
TDK	**:**Türk Dil Kurumu
YBÜ	**:** Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ

Hemşireler doğumdan ölüme kadar olan süreçte toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlıklarının bozulması durumunda iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapmaktadırlar (Terzioğlu ve Şahan, 2017). Merhamet kavramı hemşireler kadar hastalar açısından da önemlidir. Bunun nedeni olarak hastaların hemşirelik hizmeti alımlarında teknik olarak hizmet veren hemşirelerin merhametli davranmalarına da gereksinim duymaları gösterilmektedir (Polat ve Erdem, 2017). Bireye karşı duyulan merhamet hissinin olumlu sonuçları olduğu kadar bazı olumsuz sonuçlarının da olması muhtemeldir. Bu duruma örnek olarak ise çalışan bireylerin hasta bireyler üzerinde karar alırken merhamet hissinden dolayı öznel davranması gösterilmektedir (Konal ve Ardahan, 2018).

Merhamet, bireyin diğer bireylerin yaşadıkları kötü olaylardan etkilenmeleri neticesinde üzülmesi ve acıma gibi hislerinin ortaya çıkması ile bireye yardım etme arzusu içerisinde bulunması şekli olarak tanımlanmaktadır. Merhamet kavramı, birçok kaynakta ‘rahmet’ anlamında kullanılmaktadır. Bu kavram sadece insanlara karşı değil Allah'ın yaratmış olduğu tüm canlılara duyulan bir histir (Polat ve Erdem, 2017).

Merhamet, başkalarının acısını hafifletmek için harekete geçmede bir motivasyon olarak görülürken, merhamet yorgunluğu ise travmatik olay yaşayan ya da ağrı, acı çeken bireylere yardım etmenin olumsuz etkisi olarak ifade edilmektedir (Alan, 2018). Sağlık çalışanlarında sıkça görülen merhamet yorgunluğu ise sağlık çalışanları arasında özellikle bakım hizmeti ile öne çıkan bir meslek grubu olan hemşirelerde görülmektedir (Pehlivan ve Güner, 2017). Hemşirelerde görülen merhamet yorgunluğunun fiziksel, ruhsal ve duygusal yönden olumsuz etkileri bulunmaktadır (Bektaş ve ark. 2018). Hemşireler üzerinde bulunan bu olumsuz etkiler hemşirelerin çalışma performanslarında düşüşlerin yaşanmasına neden olabileceği gibi merhamet yorgunluğunun hemşirelerin çalışma yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz yönde etki sahibi olabileceği düşünülmektedir (Alan, 2018).

Bu durum merhamet yorgunluğu ile çalışma yaşam kalitesi arasında ilişkinin bulunabileceği düşüncesini beraberinde getirmektedir. Merhamet yorgunluğu ile

çalışma yaşam kalitesi arasında ilişkinin bulunabileceği düşüncesine, merhamet yorgunluğunun alt boyutları ile çalışma yaşam kalitesinin alt boyutları arasındaki anlamlı ya da anlamlı olmayan ilişkiler örnek gösterilmektedir. Buradan hareketle merhamet yorgunluğu ve çalışma yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ya da anlamlı olmayan ilişkiler sağlık çalışanları açısından önemli olabilmektedir (Yılmaz ve Üstün, 2018).

Merhamet yorgunluğu, empati ve duygusal birikimlerin oluşması ile meydana gelen çok faktörlü bir modeldir. Çalışan bireyler hastalara tedavide bulunurken kişisel duygularını bir kenara bırakıp nesnel bir tutum göstermeli aksi takdirde merhamet ve empati hissinden kaçınmamaları merhamet yorgunluğunu meydana getirmektedir (Pehlivan ve Güner, 2017). Merhamet yorgunluğu, bakım hizmeti sunumunda görev alan hemşirelerin yaşamış oldukları tükenmişlik sonucunda bireylere karşı ilgi göstermemeleridir. Başka bir ifadeyle merhamet yorgunluğu hastalara verilen bakım hizmetlerinde görevli olan hemşirelerin, hastaların yaşadıkları durumlara, rahatsızlıklara duydukları acıma, üzüntü gibi hissiyatlar çerçevesinde yaşadıkları tükenmişlik sonucunda, merhamet hissinin çalışanlarda artık olmaması durumudur (Polat ve Erdem, 2017).

Hemşirelerin çalışma iş yükü, çalışma arkadaşları, bakıma muhtaç olan hastaların acıya maruz kalması gibi durumlar merhamet yorgunluğunun oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumlar çalışanlarda stresin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Çalışanlarda stresin ortaya çıkmasındaki bir diğer farklı neden ise sık aralıklarla uzun vardiyalı çalışma şartlarına maruz kalmalarıdır (Yılmaz ve Üstün, 2018). Yoğun bakım ünitelerindeki sağlık çalışanları arasında merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yaygınlığını değerlendiren bir sistematik derlemede dahil edilen çalışmalarda merhamet yorgunluğu sıklığının % 7,3 ve % 40 olduğu; ikincil travmatik stres sıklığının % 0 - % 38,5 ve tükenmişlik sıklığının % 0 - % 70,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kompanje ve ark., 2015). Branch ve Klinkenberg (2015) çalışmalarında pediatri yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, diğer pediatri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşadıklarını bildirmektedir.

Merhamet yorgunluğu hemşirenin verdiği bakım kalitesini birçok yönden etkiler. Hasta bakımı sürecinde isteksiz, sinirli ve hastalara karşı duyarsız olabilir. Bu duyarsızlaşma; verilen bilginin yanlış yorumlanmasında, tıbbi hataların artmasında, iletişimde, hasta memnuniyetinin azalmasında ve meslekten ayrılmalarda önemli

nedenler olarak gösterilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2016). Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirenin ahlaki ve mesleki değerlerinde de sıklıkla olumsuz değişimler olmaktadır (Koca, 2018).

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) çalışanları hayatın sonuna gelmiş kişilerin durumlarından, etik kararlar vermekten, hastaların sürekli olarak acı çekmesini gözlemlemekten, orantısız tıbbi destek ve donanımdan ve hastanın kendisi ve yakınları ile iletişim sorunlarından duygusal olarak etkilenebilmektedir (Dizer ve ark., 2008).

Tıbbi tedavi alanındaki meslekler, motivasyonu yüksek kişilerce tercih edilmektedir. Bu kişiler zorlu çalışma ortamlarında uzun vardiyalarla görev yapmaktadırlar. Hemşirelerden görevleri süresince insancıl, anlayışlı, kültürel farklılıklara duyarlı ve işlerinde başarılı olmaları ve meslek etiğine uygun yaklaşımlarda bulunmaları beklenmektedir (Duygulu ve Kubilay, 2008).

Hemşireler meslek gereği hastalara karşı merhametli davranmak ve hemşirelik hizmeti ihtiyacı duyanların bu hizmeti alımında aktif rol almalarından dolayı merhamet yorgunluğunun hemşirelik mesleği hastalığı açısından önemli olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda acil servis, onkoloji ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Ancak manevi yorgunluğun hasta güvenliğine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Kaliteli ve güvenli hasta bakımını geliştirmek, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmak, mesleki bağlılığın devamını sağlamak amacı ile bu çalışma planlanmıştır. Bu bağlamda yapılan araştırma, bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde, merhamet yorgunluğunun çalışma hayatlarına yansımalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. MERHAMET KAVRAMI

Merhamet kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (TDK, 2018); "bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma" hissi olarak tanımlanmıştır. Dini kaynaklara bakıldığında ise merhamet kelimesi, hayrın yaratılanlara ulaştırılması isteği olarak ifade edilen rahmet kavramıyla da açıklanmaktadır. Merhamet ve rahmet kavramları; acımak, korumak, bağışlamak, rızık vermek ve Arapça r-h-m kökünden türetilerek oluşturulmaktadır. R-h-m kökünden türeyen rahim kelimesi, merhametli olma olarak tanımlanmıştır (Şahin Aynur, 2018).

Merhamet kavramı, yaratılanların iyiliklerle karşılaşmasını isteyip ve onlara yardım edilmesi gerektiği arzusunun bireylerde oluştuğu hissiyattır. Merhamet, bireylerin kendilerinde bulunduğu imkânların başkalarında bulunmaması sonucunda oluşan acıma, hoşgörülü davranma, kalp kırmamaya çalışma, samimi davranma ve üzülme hissi olarak da açıklanmaktadır (Polat ve Erdem, 2017). Yapılan başka bir tanımda merhamet, bireylerin çekmiş olduğu sıkıntılardan zevk alan ve onların acılarını dert etmeme hissini meydana getiren bencillik hissinin bireyde oluşmasına engel olan histir (Dalgalı ve Gürses, 2018). Başka bir ifadeden hareketle merhamet hissinin, bencillik hissinin tam tersi olan bir his olduğu söylenebilir.

1.2. MERHAMET YORGUNLUĞU KAVRAMI

Yorgunluk, Türk Dil Kurumu Sözlüğü (TDK, 2018)'ne göre; "çalışma ve benzeri nedenlerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması ve bitap olması" olarak tanımlanmaktadır. Helvacı ve Turhan (2013) bireylerin tükenmişlikleri neticesinde oluşan ruhsal ve fiziksel performanslarında var olan azalma şeklinde tanımlamışlardır. Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere yorgunluk, bireyin göstermiş olduğu performans sonucunda bireyde meydana gelen halsizlik durumudur.

Merhamet yorgunluğu daha çok sağlık çalışanlarında görülmektedir. Merhamet yorgunluğu, empati ve duygusal birikimlerin oluşması ile meydana gelen çok

faktörlü bir modeldir. Çalışan bireyler hastalara tedavide bulunurken kişisel duygularını bir kenara bırakıp nesnel bir tutum göstermeli aksi takdirde merhamet ve empati hissinden kaçınmamaları merhamet yorgunluğunu meydana getirmektedir (Pehlivan ve Güner, 2017). Alan (2018) çalışmasında merhamet yorgunluğunun, bakım hizmeti veren bireylerde daha az empati kurma becerisinin oluşmasına neden olmakta olduğunu vurgulamıştır. Başka bir tanımda merhamet yorgunluğu, travmatik strese maruz kalanlara yardım edilmesi durumunda bu travmanın kişilerde oluşturmuş olduğu duygusal etki olarak da ifade edilmektedir (Atilla Gök, 2015).

Merhamet yorgunluğu, stres, acıya uzun süre maruz kalma ve çözülmemiş travma gibi durumların doğal sonucu olarak ortaya çıkan bir kavramdır (Şirin ve Yurttaş (2015). Alan (2018)'a göre merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti sunan resmi ya da yarı resmi bakıcılarda meydana gelen çaresizlik, duygusal kopuş, umutsuzluk ve ilgisizlik olarak açıklanmaktadır. Başka bir tanıma göre ise merhamet yorgunluğu, travmaya maruz kalınması sonucunda bireyde oluşan ve bireyin ruh sağlığını önemli bir şekilde etkileyen mesleki tehlikedir (Pehlivan ve Güner, 2017).

1.3. MERHAMET YORGUNLUĞU SÜRECİ

Merhamet yorgunluğu; stres, uzun süreli ve devamlı olarak hasta ile temasta bulunma, yıpranma gibi durumlar sonucunda bireylerde oluşan ve önlenemeyen merhamet rahatsızlığı sonrası merhamet stresi olarak ortaya çıkan ilerleyici ve kümülatif sürecin bir sonucudur (Şirin ve Yurttaş, 2015). Merhamet yorgunluğu, iki birey arasındaki bakım hizmetinin doğal bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu iki bireyden ilki travmaya maruz kalmış hasta, diğeri ise travmaya maruz kalan kişiden etkilenen hemşiredir. Merhamet yorgunluğu sürecinde bakım hizmeti veren hemşirenin hizmeti alan hasta için endişelenmesi, empati yeteneği ve hizmeti veren kişinin yaşamış olduğu acı olarak üç özelliğinden bahsedilmektedir (Pehlivan ve Güner, 2017). Belirlenen bu üç özellik ile hizmeti veren hemşire, vermiş olduğu hizmetten dolayı kendini mutlu ya da rahatsız hissetmektedir. Duyulan rahatsızlık hissi hemşirelerin dayanma gücünü aşması durumunda merhamet stresinin oluşmasına neden olmaktadır (Alan, 2018).

Hemşirelerin çalışma iş yükü, çalışma arkadaşları, bakıma muhtaç olan hastaların acıya maruz kalması gibi durumlar merhamet yorgunluğunun oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumlar, çalışanlarda stresin ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

Çalışanlarda stresin ortaya çıkmasındaki bir diğer farklı neden ise sık aralıklarla uzun vardiyalı çalışma şartlarına maruz kalmalarıdır (Yılmaz ve Üstün, 2018).

1.4. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BELİRTİLERİ

Merhamet yorgunluğu bireylerde fiziksel açıdan ağrı yaşamalarına, uykularının düzensiz olmasına ve iştahsızlık gibi problemler yaşamalarına neden olabilir, bu açıdan bireylerin yaşamlarına ve işlerine olan ilginin azalmasına neden olabilmektedir (Koca, 2018). Yılmaz ve Üstün (2018)'e göre ise merhamet yorgunluğunun bireyde meydana getirmiş olduğu belirtiler; duygusal tükenme, sinirlilik, vücutta aşırı kilo kaybı ve baş ağrısıdır. Kılıç (2018)'ın aktarımına göre literatürde merhamet yorgunluğunun belirtileri üzerinde durulmaktadır. Bu belirtilerin ise iş ile ilgili, fiziksel ve duygusal belirtiler olduğu ifade edilmektedir. Bu durum Tablo 1.1'de açıklanmıştır.

Tablo 1.1. Merhamet yorgunluğunun belirtileri

İşle ilgili	Fiziksel	Duygusal
- Belirli hasta grubuyla çalışmaktan korkma veya kaçınma - Hastalara veya ailelerine gösterilen empatinin azalması - Sürekli izin kullanma - Mutsuzluk	- Baş ağrısı - Sindirim sorunları; mide, konstipasyon ve diyare rahatsızlıkları - Kas gerginliği - Uyku bozuklukları; uyku yetersizliği, çok fazla uyuma ve uykusuzluk - Yorgunluk - Kardiyak semptomları; göğüs ağrısı / basınç, taşikardi ve çarpıntı	- Ruh hali - Hoşnutsuzluk - Asabi olma - Aşırı duyarlılık - Endişe - Alkol, nikotin ve uyuşturucu maddelerinin aşırı kullanımı - Bunalım - Öfke ve kızgınlık - Nesnellik kaybı - Hafıza problemleri - Konsantrasyon eksikliği, odaklanma ve karar verme problemleri

Kaynak: Kılıç, 2018

Merhamet yorgunluğunun belirtileri başlığı altında merhamet yorgunluğunun çalışan bireylerde meydana getirmiş olduğu işle ilgili, fiziksel ve duygusal belirtiler Tablo 1.1'de açıklanmaktadır. İşle ilgili belirtiler; çalışan bireylerin sürekli olarak izin kullanması ve bu durum sonucunda işe devamsızlığın artması, çalışma esnasında kendilerini mutlu hissetmemesi, hasta ve yakınlarına yönelik gösterdikleri empati hissinde azalmanın görülmesidir. Fiziksel belirtiler; baş ağrısı, uyku bozukluğu (bireyin çok ya da az uyuması), yorgunluk, sindirim sorunları vb. gibi durumlardır. Duygusal belirtiler ise bireyin sinirlerini kontrol edememesi durumunda asabi

olması, hastalara karşı ilgide azalmanın görülmesi, öfke, kızgınlık, hoşnutsuzluk, bunalım vb. durumlar olmaktadır (Polat ve Erdem, 2017).

1.5. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN SONUÇLARI

Merhamet yorgunluğu duygusal rahatsızlık haliyle karakterizedir. Merhamet yorgunluğunun ilk evrelerde ele alınmaması merhametli bir bakım sunma becerisinin kaybına neden olarak sağlık çalışanlarının merhametli bakım verme yetisini kalıcı olarak değiştirebilir (Atilla Gök, 2015).

Merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık çalışanları optimal hasta bakımı için yararlı olmayan davranışlar sergileyebilirler. Merhamet yorgunluğu, kişisel ve mesleki ilişkilerin zarar görmesine, personelin işi bırakmasında artışa, verimlilik kaybına, artan tıbbi bakım maliyetlerine ve yaşamdan alınan zevk duygusunda azalmaya neden olarak sağlık çalışanları ve hastalar açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Alan, 2018).

1.6. MERHAMET YORGUNLUĞUNUN MESLEKİ ETKİLERİ

Merhamet yorgunluğu hemşirenin verdiği bakım kalitesini birçok yönden etkiler. Hasta bakımı sürecinde isteksiz, sinirli ve hastalara karşı duyarsız olabilir. Bu duyarsızlaşma; verilen bilginin yanlış yorumlanmasında, tıbbi hataların artmasında, iletişimde, hasta memnuniyetinin azalmasında ve meslekten ayrılmalarda önemli nedenler olarak gösterilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2016). Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirenin ahlaki ve mesleki değerlerinde de sıklıkla olumsuz değişimler olmaktadır. Merhamet yorgunluğunun mesleki etkileri şunlardır (Koca, 2018):

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

1.7. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MERHAMET YORGUNLUĞU

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) hastalar, akrabalar ve sağlık çalışanları için stresli durumlarla doludur. Yaygın olarak YBÜ hemşireleri ve YBÜ hekimleri arasında görülen tükenmişliğin, sürekli olarak yüksek stresli çalışma ortamının önemli bir sonucu olduğu gösterilmiştir (Koca, 2018). YBÜ çalışanları hayatın sonuna gelmiş kişilerin durumlarından, etik kararlar vermekten, hastaların sürekli olarak acı çekmesini gözlemlemekten, orantısız tıbbi destek ve donanımdan ve hastanın kendisi ve yakınları ile iletişim sorunlarından duygusal olarak etkilenebilmektedir (Dizer ve ark., 2008).

Ahlaki sıkıntıya veya kaçınma davranışına yol açarak duygusal sıkıntıyı arttırmaktadır. Fiziksel uyarı işaretleri (baş ağrısı, uyku bozukluğu, bel ağrısı ve mide sorunları) ve zihinsel tepkilerin (sinirlilik, düşmanlık, konsantrasyon kaybı, özgüven düşüklüğü ve duygusal istikrarsızlık gibi) her ikisi de bireysel stres reaksiyonlarını işaret etmektedir. Bununla birlikte, bunlar stresin kökenini tasvir edemeyen, spesifik olmayan semptomlardır ve etkili başa çıkma mekanizmalarını veya devam eden süreç için önleyici stratejilerin geliştirilmesini kısıtlamaktadırlar (Yüksel Kaçan ve Örsal, 2018).

Merhamet yorgunluğunun hemşireliğin tüm alanlarında araştırılmış olmasına rağmen, çalışmaların çoğu yoğun bakım, onkoloji, pediatri, palyatif bakım ve acil servislerde çalışan hemşirelere odaklanmıştır (Atilla Gök, 2015). Yapılan çalışmalarda örneklem grubunu oluşturan acil ve yoğun bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğunun orta düzeyde olduğu, üçte birinde ise merhamet yorgunluğunun yaşanması açısından yüksek risk kategorisinde olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Üstün, 2018). Literatürde yoğun bakım hemşirelerindeki merhamet yorgunluğunun önlenmesinde ya da tedavide etkili müdahalelerin uygulanmasında bilgi açığı ve farklı görüşlerin bulunduğu saptanmıştır (Koca, 2018).

1.8. KAVRAMSAL AÇIDAN YAŞAM KALİTESİ VE ÖNEMİ

Yaşam kalitesi insan refahının göreceli ve açık uçlu ölçümüdür. Görecelidir çünkü anketlerde insanlara hayatında tamamıyla doyuma ulaşıp ulaşamadıkları sorulmakta, açık uçludur çünkü araştırmacılar insan refahının tüm bileşenlerini tam olarak belirleyememişlerdir. Çünkü herkesin yaşam kalitesi ölçüleri farklıdır. Bununla beraber araştırmacılar yaşam doyumunun daha çok sosyal refah, ekonomik

refah ve hayat kalitesiyle ilişkili olduğunu düşünmektedirler. Kanıtlar ispatlamıştır ki insanlar mutlu olduğu zaman daha yaratıcı olurlar ve diğer insanlar mutlu insanlarla bir araya gelmekten haz alır (Yüzügüllü ve ark., 2018).

Yaşam kalitesi; yaşamda tatmin olma, kişilerin ekonomik koşullarının düzgün olması, başkalarıyla olumlu ilişkiler oluşturma, kişinin kendini ilerletmesi, yeterince eğlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Alan ve Yıldırım, 2016). Aya ve Beydağ (2014) yaşam kalitesi konusunu öznel ve nesnel göstergelere ayırarak iki bölümde incelemişlerdir. Nesnel göstergelerde temele fiziksel olarak iyi olmayı almışlardır. Yani, kişinin fiziki gücünü kullanarak yaptığı işlerde karşılaştığı güçlükler, kişinin fiziksel fonksiyonlarındaki eksiklik, çalışma hali, hastalık belirtileri gibi unsurlar genel sağlık hali hakkındaki konuları belirlemektedir. Öznelde ise temele psikolojik olarak iyi olma durumu alınmıştır. Duygusal olarak iyi olma, yaşamsal tatmin gibi konuları içermektedir (Ergün ve ark., 2013).

Yaşam kalitesi, kişilerin yaşam uzunluğu, sosyal ve psikolojik durumları, kültürel ve sosyal olumsuzlukları içeren ana bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Özgür ve ark., 2008). Başka bir çalışmada yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarını kendilerince anlamlı ve değerli bir şekilde devam ettirebilme becerisi olarak tanımlanmıştır (Kızılırmak ve Demir, 2016). Özel Yalçınkaya (2016) yaşam kalitesini; fiziksel, psikolojik ve sosyal alana dair yapılan aktiviteler ve kişinin maddi alanlarda tatmin olma seviyesi olarak tanımlamıştır. Akbolat ve ark., (2015) ise yaşam kalitesini bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır ki içerisinde fiziksel, duygusal ve sosyal etkiler mevcuttur.

Yaşam kalitesi birçok şeyi kapsadığından oldukça derin bir manaya sahiptir. Yaşama dair birçok hususu kapsar. Yaşam kalitesi, gittikçe önemi artan ve gittikçe daha çok kullanılmaya başlayan bir kavramdır (Çolak Coşkun ve Uğur, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, yaşam kalitesi kavramının önemi gittikçe artmış, sağlıkla alakalı iyilik halinin ölçülebilmesi sağlık sektörü uygulamaları ve araştırmalarında geniş yer almıştır (Ergün ve ark., 2013).

1.9. YAŞAM KALİTESİNİN ALANLARI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam

standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıklarıdır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). DSÖ, yaşam kalitesini kendi içerisinde birden fazla madde içeren altı farklı şekilde tanımlamıştır. Bu maddelere (Perim, 2007):

i. Fiziksel olarak sağlık; rahatsızlık hali, ağrı çekme, yorgun ve takatsiz olma durumlarının olmaması ve yeterli uyku, istirahat etme şeklindedir.

ii. Psikolojik durum; olumlu düşünceler, öğrenme, bellek, dikkati toplama, özgüven, fiziksel görünüş ve olumsuz düşünceler şeklindedir.

iii. Bağımsızlık seviyesi; hareket edebilme durumu, günlük birtakım faaliyetler, ilaç bağımlılığı ve çalışma potansiyeli şeklindedir.

iv. Sosyal ilişkiler; bireysel ilişkiler, sosyal alanda destek ve cinsel aktivite durumu şeklindedir.

v. Çevresel faktörler; kişinin fiziki güvenliği, ev ortamı, maddi imkânlar, sağlık ve sosyal alandaki imkânlar ve bunların kalite durumu, yeni yetileri ve bilgileri elde etme imkânı ve fiziksel etkiler (çevresel kirlilik, olumsuz hava koşulları, gürültü) şeklindedir.

vi. Maneviyata dair hususlar; dinî, bireysel ve ruhsal inançları kapsar.

Diğer bir deyişle, fiziksel sağlıkta; ağrılar, enerji durumu, halsizlik, uyku ve dinlenme durumu; psikolojik durumda; pozitif düşünce, öğrenme ve kendine güven duygusu, negatif düşünceler ve dış görünüş önemlidir.

Yaşam kalitesi, yaşam ölçütleri ve yaşam tarzı birbirinden farklı fakat aynı anda ele alınması gereken durumlardır. Yaşamı daha kaliteli bir seviyeye getirmenin kriterleri içinde kişinin bütün iletişim kanallarının açık olması, yani kişinin tüm hassasiyetiyle dışarıdaki bütün mesajları algılaması ve kendisinde var olan bütün deneyimleri de dışarıya aktarmasını; istikrarlı, iddialı ve karşısındaki dinleyen iyi bir dost olabilmeyi; düzenli ve programlı bir şekilde zamanını iyi değerlendirmeyi; yeni şeyler türetebilmeyi; ahlakî ve kültürel değerleri benimsemeyi; doğru olanı, iyi değerleri arttırmayı; kişinin kendisini geliştirerek özgürleştirmesini; katılımcı olmayı; bunları yaparken de fiziki ve psikolojik sağlığını da korumak eklenebilir (Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

1.10. YAŞAM KALİTESİNİ AZALTAN VE ARTTIRAN FAKTÖRLER

Bireylerin yaşam kalitesi düzeyini azaltan faktörler şu şekilde belirtilmiştir (Perim, 2007):

- Temel ihtiyaçların yetersizliği

- Bedensel değişim
- Kişisel bakım ve günlük yaşam faaliyetlerinde eksiklik
- Devamlı yorgun olma hali, halsizlik
- Cinsel yaşamda aksaklık
- Gelecek endişesi
- Destek mekanizmasında eksiklik
- Kronik olmayan sağlık problemleri
- Kronik olan sağlık problemleri ile hayat.

Yaşam kalitesinin artması için, kişinin;

- Ekonomik ve sosyal anlamda garanti altında olması
- Güven kaygısı taşımaması
- İhtiyacı olan rahata kavuşmuş olması
- Manalı ve faal bir yaşantıya sahip olması
- Etrafındaki insanlarla pozitif ilişkiler geliştirmesi
- Haz duyduğu şeyleri yapması
- Başkalarından saygı görmesi
- Özerkliğe sahip olması
- Özel yaşamının gizliliğine özen gösterilmesi
- Kendisini açıklayabilmesi
- Birçok bakımdan yeterli olması
- Farklı ve yaratıcı bir kişi olarak görülmesi
- Huzurlu, inancını yaşayabilen ve kişisel değerlerine itibar edilmesi gerekmektedir.

1.11. HEMŞİRELERDE YAŞAM KALİTESİ

Hemşirelik hizmetleri yönetiminin amacı, topluma daha kaliteli ve daha kapsamlı hemşirelik hizmeti sunmaktır. Yöneticiler, kaynaklarım bakım verilen bireyin yararına sunulması sırasında bakım veren personelin yaptığı işten en yüksek düzeyde doyum sağlaması için gereken düzenlemeleri yapmalı ve gerekli önlemleri almalıdır (Ovayolu ve Bahar, 2006).

Tıbbi tedavi alanındaki meslekler, motivasyonu yüksek kişilerce tercih edilmektedir. Bu kişiler zorlu çalışma ortamlarında uzun vardiyalarla görev yapmaktadırlar. Hemşirelerden görevleri süresince insancıl, anlayışlı, kültürel

farklılıklara duyarlı ve işlerinde başarılı olmaları ve meslek etiğine uygun yaklaşımlarda bulunmaları beklenmektedir (Duygulu ve Kubilay, 2008).

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin yükselmesine yönelik önemli faktörler aşağıda sıralanmaktadır (Perim, 2007):

1. İş aktivitelerinin bilinirliği: Hemşirelerin çalışmalarını düzenleyici politika ve prosedürler.
2. Fiziksel çevre: Güvenli ve sağlıklı çevre koşulları, yeterli ve kullanışlı malzemelere ulaşabilme ve devamlılığını sağlayabilme.
3. İş üzerindeki kontrol / otonomi: Hasta bakımının planlamasında söz sahibi olma ve inisiyatif kullanabilme.
4. İş yükü: Hasta - hemşire oranlarının doğru planlanması.
5. Çalışma listeleri: Bireyin iş dışı yaşamını düzenleyebileceği, makul çalışma saatleri.
6. Sosyal çevre: İş arkadaşları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim.
7. Destekleyici süpervizyon (liderlik): Yöneticilerin çalışanlarına karşı sergilemiş oldukları liderlik stili, çalışanın yöneticisi tarafından desteklenmesi, cesaretlendirilmesi.
8. Rol (görev) tanımları: Açık, anlaşılır ve çalışan tarafından bilinen görev tanımları.
9. Geri bildirim (performans değerlendirmesi), tanınmak: Performansa ait geri bildirim almak, takdir edilmek, ödül sistemleri.
10. Katılımcı yönetim: Hemşireleri ilgilendiren konularda söz sahibi olmak.
11. Gelişme ve yükselme fırsatları: Kariyer planlaması, terfi edebilme.
12. Hasta bakım modeli: Hasta bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılan hemşirelik bakım modelinin verilen hizmete ve hemşirelerin iş aktivitelerine etkisi.
13. İletişim sistemi: Hastane içi bilgi akışını sağlayan sistemler.
14. Takım çalışması (Ekip işbirliği): İş aktivitelerini yerine getirirken çalışanlar arasında ekip çalışmasının benimsenmesi ve yönetim tarafından desteklenmesi.
15. Teknolojik gelişmeleri izleme fırsatları: Hasta bakımını sunarken kullanılan alet ve cihazların çağın gelişmelerine cevap verir nitelikte olması.

16. Düşük iş stresi: Hasta bakımını yerine getirirken çalışanın görevini tam olarak yerine getirmesini engelleyecek her türlü stres kaynağının azaltılması, iş güvenliğinin sağlanması.
17. Örgüte bağlılık (ait hissetmek): Kurumun çalışan tarafından benimsenmesi, örgüt kültürünün oluşturulması.
18. Adalet: Çalışanın, yöneticisi tarafından diğer çalışanlarla eşit muamele gördüğünü hissetmesi.
19. Eğitim: Hemşirelik üzerine alınan temel eğitim, hizmet içi eğitimler, sürekli eğitim fırsatlarından yararlanma olanaklarının bulunması.
20. Profesyonellik: Hemşirenin hasta bakım hizmeti sunarken profesyonel hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirebileceği bir iş çevresi yaratmak.
21. Ücretlerde adalet: Alınan ücretlerin bireyin yaşam kalitesini sağlayacak yeterlilikte olmasının yanı sıra benzer çalışma koşullarında olan profesyonellerle dengeli bir gelir elde edebilmeleri.
22. Bireysel iyilik hali (ailevi ve bireysel faktörler): Ailevi sıkıntılar, ailede bakıma gereksinim duyan bir aile bireyinin bulunması, çocuk bakımı ile ilgili yaşanan güçlükler vb.
23. Sağlık bakım politikaları: Ülkede hemşirelerin çalışmalarını etkileyen tüm sağlık politikaları, hemşireliğin çalışmasını düzenleyici yasa ve yönetmelikler.
24. Yan olanaklar (kreş, lojman, servis... vs.): Kurum tarafından sunulan ve çalışanın iş dışı yaşamına ait stres faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayan olanaklar

1.12. HEMŞİRELERDE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hemşirelik meslek gereği; mesleki becerinin yanı sıra, ekip çalışmalarına yatkınlığı kapsayan ve mesai saatlerinin dışında da verdiği hizmetin devam etmesi gereken stresli bir meslek türüdür. Sağlık çalışanlarında yoğun iş temposu, görevlerinin yükümlülüğü, fazla sorumluluk alma, fazla mesai, hasta yakınları ile iletişim kurmak, ölümcül ve ağır yaralı hastalar ile ilgilenmek strese yol açmaktadır (Ayaz ve Beydağ, 2014). Yaşamsal olarak tehdit altındaki insanlar ile ve bu hastaların yakınları ile çalışmak büyük beklenti içine girmelerine yol açmaktadır. Hemşireler, hastalarla en fazla zaman geçiren personel olup iletişimi ilk sağlayan ve

anahtar olarak bu iletişimde rol oynayan kimselerdir. Stres altında çalışmak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alan ve Yıldırım, 2016).

Sağlık çalışanları, mesleki zorlukların yüksek olduğu konumda bulunmaktadırlar. Tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerde de anksiyete ve depresyon riskinin artması yüksek olarak kabul edilmektedir (Çatak ve Bahçecik, 2015). İş yerinde maruz kalınan stresin çeşitli ruhsal ve fiziksel bozukluklara yol açtığı bilinmektedir. Kişilerin bireysel hayatı iş yaşamından ayrı düşünülemez. Bu yüzden hemşirelerin stresli olma durumları göz ardı edilmemelidir (Akbolat ve ark., 2015). Yapılan pek çok çalışma hemşireliğin zor bir meslek dalı olduğunu ve stres altında çalıştıklarını göstermektedir. Baskı altında çalışmak, çalışma saatlerinin uygunsuzluğu hemşirelerdeki iş kalitesini de düşürmektedir (Saygılı ve ark., 2016).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma toplam yedi yetişkin yoğun bakımda uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hemşireler 16.00 – 08.00 zaman aralığında gece nöbeti, 08.00 – 16.00 zaman aralığında ayda 9-10 gece nöbeti, ayda bir ila dört kez gündüz mesaisinde çalışmaktadır. Araştırma 2.ve 3 basamak yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirildi. Genel cerrahi yoğun bakım ünitesi; 20 yatak kapasiteli, 21 hemşire, beyin cerrahi yoğun bakım ünitesi; 14 yatak kapasiteli, 16 hemşire, dahiliye yoğun bakım ünitesi; 14 yatak kapasitesi, 25 hemşiresi, nöroloji yoğun bakım ünitesi; 13 yatak kapasitesi, 14 hemşire, reanimasyon ünitesi 8 yataklı, 16 hemşire; koroner yoğun bakım ünitesi 11 yatak kapasiteli, 13 hemşire, kalp - damar cerrahi yoğun bakım ünitesi 10 yatak kapasitesi, 12 hemşire ile çalışmaktadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Adana ilinde bir üniversite hastanesinin erişkin yoğun bakım ünitelerinde 2 Kasım 2018 tarihinde alınan etik kurul raporu (Ek E) ve 29 Kasım 2018 tarihli kurum izin kararı (Ek B) alındıktan sonra 18 Ocak 2019 – 15 Mart 2019 tarihlerinde uygulanmıştır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Adana ilinde bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi dışındaki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tamamı olan 116 kişi oluşturmuştur. Örneklem hesaplamasında gönüllük esası ele alınmıştır. Bu bağlamda 18 Ocak 2019 – 15 Mart 2019 tarihlerinde araştırmaya katılmaya istekli olan, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmanın uygulandığı tarihlerde görev yapan hemşirelerden 81 kişiye ulaşılarak araştırmanın örneklemi oluşturulmuştur. Bu süreçte 1 kişi raporlu, 1 kişi ücretsiz izinli, 3 kişi doğum öncesi izinli, 2 kişi doğum sonrası izinli olduğu, 8 kişi bir yıldan daha az

çalışma süresine sahip olduğu, 20 kişi araştırmaya katılmak istemediği için toplam 35 kişi araştırma kapsamı dışında kalmıştır.

2.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Yoğun bakım ünitelerinde en az bir yıl çalışmış ve hâlâ çalışmakta olma.
- İletişim ve algılama sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Çocuk yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışma.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

2.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, konu ile ilgili literatür bilgileri ve klinik deneyimlere dayanarak hazırlanan anket formu üç bölümden oluşturulmuştur. Anket formunun birinci bölümü yirmi yedi sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" (Ek C), ikinci bölümünde Özata ve Altunkan (2010)'ın "Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği" (Ek C)'ne yer verilirken, Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen "Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği" (Ek C) ve on beş sorudan oluşan "Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Tutumları (Ek C)" değerlendiren soruların yer aldığı veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

2.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek B)

Literatür rehberliğinde ve klinik deneyimlere dayanarak geliştirilen form araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 14 soru (sosyo - demografik ve mesleki özellikleri), merhamet yorgunluğuna yönelik 3 soru ve hasta güvenliğine yönelik 11 soru olmak üzere toplam 27 sorudan oluştu (Denk T. (2018), Atilla Gök G. (2015), Ersun ve ark. (2013), Er ve Altuntaş (2015), Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir (2014).

Anket bölümünün birinci bölümünde yer alan "Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Tutumları" başlığı altında katılımcılardan merhamet yorgunluğunu tetikleyen, önlemek için uygulanan stratejiler, hasta güvenliğini etkileyecek tıbbı

hatalar, hasta güvenliğini etkileyecek hatalara tanık olma durumu, karşılaşılan tıbbi hata türü, en sık hangi meslek gruplarının tıbbi hatalar ile karşılaştıkları ile ilgili sorular yöneltilerek, katılımcılardan kendilerine uygun olan seçenekleri işaretlemesi istenmiştir (Ek C).

2.5.2. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Ek C)

Özata ve Altunkan (2010) tarafından 49 soruluk maddeden ve toplam beş boyuttan oluşan ölçek beşli likert yöntemi ile kategorilendirilmiştir. Katılımcılardan kendilerine yakın hissettikleri yanıtları işaretlemeleri istenmiştir. Bu durum araştırmacı tarafından katılımcılara sözel olarak belirtilmiştir. Katılımcılar beşli likert kapsamında kendilerine yakın hissetleri yanıtları 'Hiç' 1 puan, 'Çok nadir' 2 puan, 'Zaman zaman' 3 puan, 'Genellikle' 4 puan, 'Her zaman' 5 puan şeklinde skorlanmıştır (Tablo 2.1). Hemşirelerden, ölçekte yer alan her maddenin kendileri için uygun olanı işaretlemeleri istendi. Tıbbi hataya eğilim ölçeği kendi içerisinde 'ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim' başlıkları altında beş farklı şekilde incelenmektedir. İlaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçek boyutu 18 maddeden, hastane enfeksiyonları alt ölçek boyutu 12 maddeden, hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt ölçek boyutu dokuz maddeden, düşmeler alt ölçek boyutu beş maddeden, iletişim alt ölçek boyutu da beş maddeden oluşarak hemşirelerin puan ortalamaları arttıkça tıbbi hataya eğilim alt ölçek boyutlarındaki bilgi düzeylerinin de artış gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır. Başka bir ifade ile tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam puanlarının artması hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır.

2.5.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek C)

Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam 30 sorudan oluşan oluşarak; mesleki tatmin, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu olmak üzere üç farklı alt boyutta ele alınmaktadır. Mesleki tatmin alt ölçek boyutu ölçek formunun 3., 6., 12., 16., 18., 20., 22., 24., 27. ve 30. maddeleri kapsarken, katılımcıların ölçekten aldığı puan arttıkça mesleki tatmin düzeylerinde artış gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır. Tükenmişlik alt ölçek boyutu ölçek formu 1., 4., 8., 10., 15., 17., 19., 21., 26. ve 29. sorularından oluşarak,

katılımcıların ölçekten aldığı puanlar arttıkça tükenmişlik düzeylerinde artış gösterdiği şeklinde tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutu ise ölçek formunun 2., 5., 7., 9., 11., 13., 14., 23., 25. ve 28. maddelerini kapsamakta olup, katılımcıların ölçekten aldığı puanlar arttıkça merhamet yorgunluğu düzeylerinin de artış gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır (Tablo 2.1).

Ölçek formu hesaplamasında altılı likert kullanılarak, katılımcıların verdikleri yanıtlar; 'Hiçbir zaman' 0 puan, 'Nadiren' 1 puan, 'Bazı zamanlar' 2 puan, 'Sıkça' 3 puan, 'Sık sık' 4 puan ve 'Çok sık' 5 puan şeklinde skorlanmıştır.

Tablo 2.1. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin puanlama dağılımları

Ölçekler		Madde Sayısı	Puanlama
Tıbbi hataya eğilim ölçeği	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	18-90
	Hastane Enfeksiyonları	12	12-60
	Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	9	9-45
	Düşmeler	5	5-25
	İletişim	5	5-25
Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği	Mesleki Tatmin	10	0-50
	Tükenmişlik	10	0-50
	Merhamet Yorgunluğu	10	0-50

Anket formu ve ölçek hemşirelere özel bir alan yaratılmaya çalışılarak ve yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında her bir katılımcı için en az 15 dakika, en fazla 25 dakika zaman ayrılmıştır.

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği uygulandıktan sonra katılımcılardan ölçeğe yönelik anlaşılmamış ya da değiştirilebilir soruların olduğuna yönelik geri dönüş olmamıştır.

2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK DEĞERLERİ

Araştırma kapsamında kullanılan tıbbi hata ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına ilişkin ölçeklerin güvenirlilik değerleri Tablo 2.2'de incelenmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçek değerleri incelendiğinde tıbbi hata ölçeği toplam ölçek boyutunun cronbachalpha iç tutarlık katsayısı 0,957 olduğu gözlenirken, alt ölçek boyutlarının cronbachalpha iç tutarlık katsayıları sırasıyla; ilaç ve transfüzyon uygulamaları 0,926, hastane enfeksiyonları 0,915, hasta izlemi ve malzeme güvenliği 0,849, düşmeler 0,893 ve iletişim 0,911 olduğu saptanmıştır.

Tablo 2.2. Ölçeklerin toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ve güvenirlilik değerleri

Ölçülen Değişkenler		Madde sayısı	$\overline{X}$	ss	Cronbach alpha
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	85,18	5,95	0,926
	Hastane Enfeksiyonları	12	56,69	4,54	0,915
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	41,09	4,20	0,849
	Düşmeler	5	23,33	2,45	0,893
	İletişim	5	23,82	2,17	0,911
	Toplam Ölçek Boyutu	49	230,13	15,60	0,957
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	10	30,76	10,68	0,883
	Tükenmişlik	10	21,14	7,15	0,796
	Merhamet Yorgunluğu	10	20,83	12,77	0,920
	Toplam Ölçek Boyutu	30	71,53	23,62	0,889

Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği toplam ölçek boyutunun cronbachalpha iç tutarlık katsayısı 0,889 olduğu belirlenirken, alt ölçek boyutlarının cronbachalpha iç tutarlık katsayıları sırasıyla; mesleki tatmin 0,883, tükenmişlik 0,796, merhamet yorgunluğu 0,920 olduğu saptanmıştır. Cronbachalpha iç tutarlık katsayı değeri 0,60 – 0,80 arasında ölçek oldukça güvenilir; 0,80 - 1,00 arasında ise ölçek yüksek derecede güvenilir olduğu kabul edilmektedir. Bu kapsamda araştırmada kullanılan tıbbi hata ve yaşam kalitesi ölçek boyutlarının yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Tablo 2.3'de araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizine uygunluğuna ilişkin veriler özetlendi.

Tablo 2.3. Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizine uygunluğuna ilişkin veriler

Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	KMO Değeri*		,838
		Barlett Testi	Ki-kare	1045,364
			Sd	153
			Sig.	,000
	Hastane Enfeksiyonları	KMO Değeri*		,821
		Barlett Testi	Ki-kare	700,357
			Sd	66
			Sig.	,000
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	KMO Değeri*		,822
		Barlett Testi	Ki-kare	397,266
			Sd	36
			Sig.	,000
	Düşmeler	KMO Değeri*		,825
		Barlett Testi	Ki-kare	268,739
			Sd	10
			Sig.	,000
	İletişim	KMO Değeri*		,810
		Barlett Testi	Ki-kare	302,076
			Sd	10
			Sig.	,000

Tablo 2.3'ün devamı

Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	KMO Değeri*		,819
		Barlett Testi	Ki-kare	380,904
			Sd	36
			Sig.	,000
	Tükenmişlik	KMO Değeri*		,767
		Barlett Testi	Ki-kare	364,139
			Sd	45
			Sig.	,000
	Merhamet Yorgunluğu	KMO Değeri*		,886
		Barlett Testi	Ki-kare	620,811
			Sd	45
			Sig.	,000

* Kaiser – Meyer - Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği

Tablo 2.3'de görüldüğü üzere ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,838 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 1045,364$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Hastane enfeksiyonları alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,821 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 700,357$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,822 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 397,266$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Düşmeler alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,825 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 268,739$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

İletişim alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,810 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 302,076$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Mesleki tatmin alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,819 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında $X^2 = 380,904$; $p<0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tükenmişlik alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,767 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında X^2 = 364,139; p<0,05 değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutunun KMO değerinin 0,886 olduğu belirlenmiş ve elde edilen bu değerin faktör analizi için "çok iyi" olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca Barlett küresellik testi sonuçlarına bakıldığında X^2 = 620,811; p<0,05 değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Tıbbi bilimsel araştırmalar, diğer bilimsel araştırmalardan farklı olarak öznesi insan olan uygulamalı bilimsel bir etkinlik olması açısından etik kurallara uygun yürütülmek zorundadır. Çobanoğlu (2012) çalışmasında bu konuya değinerek; tıbbi bilimsel araştırmalarda, hem bilimsel hem etiksel açıdan çok daha hassas davranılması gerektiğini ifade etmektedir.

- Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı alındı (Ek E).
- Araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı izin alındı (Ek B).
- Veri toplamada yararlanılan ölçeklerin kullanımı için izinler alındı (Ek F).

Katılımcılara;

Araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları konusunda bilgilendirilerek ve kendilerine düşünme süresi verilerek, insan onuruna ve otonomi ilkelerine saygı gösterildi.

Araştırmanın amacı, bilgi toplama yöntemi, süresi konusunda açıklama yapılarak, isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında kendilerinden bilgilendirilmiş yazılı izinler alındı (Ek A).

İsimlerinin ve alınan bilgilerin araştırıcının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ve bu bilgilere başkasının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek sadakat - gizlilik ilkesine bağlı kalındı.

2.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmanın genel amacı çerçevesinde cevapları aranan alt amaçlara yönelik toplanacak veriler, önce veri kodlama formlarına işlenmiştir. Daha sonra bilgisayara aktarılan veriler üzerinde gerekli istatistiksel çözümlemeler için verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve

yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Gruplar arası ortalamaların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, değişken sayısına göre normal dağılım gösteren parametreler için ise Student T test, normal dağılım göstermeyen parametrelere de Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenebilmesi için Pearson Korelasyon analizi yöntemine başvurulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

2.9. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın güçlü yönleri;

- Araştırma konusunun, araştırıcının klinik deneyim ve gözlemlerine dayandırılarak belirlenmesi,

Araştırmanın sınırlı yönleri;

- Araştırmanın Adana ilinde yer alan bir üniversite hastanesinde yapılması,
- Çocuk yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanların dahil edilmesi,

3. BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun saptanması amacıyla planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular;

- Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulgular,
- Araştırmaya katılanların tanımlayıcı değişkenleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular olmak üzere 3 bölümde ele alındı.

3.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular özetlenmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Yaş	25 yaş ve altı	29	35,8
	26 – 30 yaş arası	14	17,3
	31 – 35 yaş arası	17	21,0
	36 – 40 yaş arası	15	18,5
	41 yaş ve üzeri	6	7,4
Cinsiyet	Kadın	67	82,7
	Erkek	14	17,3
Medeni durum	Evli	47	58,0
	Bekâr	34	42,0
Eğitim durumu	Lise	29	35,8
	Ön lisans	10	12,3
	Lisans	42	51,9
Meslekteki çalışma süresi	1 – 5 yıl arası	19	23,5
	6 – 10 yıl arası	29	35,8
	11 – 15 yıl arası	20	24,7
	16 – 20 yıl arası	6	7,4
	21 yıl ve üstü	7	8,6
Göreviniz	Klinik hemşiresi	72	88,9
	Klinik eğitim hemşiresi	5	6,2
	Sorumlu hemşire	4	4,9
Çalıştığınız bölüm	Beyin cerrahi yoğun bakım	7	8,6
	Dahiliye yoğun bakım	15	18,5
	Genel cerrahi yoğun bakım	19	23,5
	Kalp - damar cerrahi yoğun bakım	12	14,8
	Koroner yoğun bakım	10	12,3
	Nöroloji yoğun bakım	11	13,6
	Reanimasyon	7	8,6

Tablo 3.1.'in devamı

Yoğun bakımda çalışma süresi	1- 3 yıl arası	18	22,2
	4 – 6 yıl arası	24	29,6
	7 – 9 yıl arası	16	19,8
	10 – 12 yıl arası	8	9,9
	13 yıl ve üstü	15	18,5
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	14	17,3
	Sürekli gece	8	9,9
	Gündüz ve gece	59	72,8
Haftalık çalışma süresi (Ort±ss)		43,19±3,78	
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	47	58,0
	Hayır	34	42,0
Çalıştığı bölümü tercih etme durumu	Kendi isteğimle	38	46,9
	Atama	43	53,1

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 35,8 (n=29)'i 25 yaş ve altında, % 82,7 (n=67)'si kadın, % 58,0 (n=47)'i evli, % 51,9 (n=42)'u lisans mezunu, % 35,8 (n=29)'i 6 ila 10 yıl arasında, % 88,9 (n=72)'u klinik hemşiresi, % 23,5 (n=19)'i genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde, % 29,6 (n=24)'sı 4 ila 6 yıl arasında, % 72,8 (n=59)'i gündüz ve gece olarak çalıştıkları belirlendi (Tablo 3.1.).

Yine hemşirelerin çalışma süresi açısından haftalık 43,19±3,78 saat çalıştıkları, % 58,0 (47)'inin mesleklerini isteyerek seçtikleri, % 53,1 (43)'inin ise atama ile çalıştıkları bölümde çalışma hayatlarına devam ettikleri saptandı (Tablo 3.1.).

Tablo 3.2. İş yaşamından memnun olma ve olmama nedenlerinin dağılımı (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
İş yaşamından memnun olma durumu	Memnunum	18	22,2
	Kısmen memnunum	52	64,2
	Memnun değilim	11	13,6
İş yaşamından memnun olmama nedenleri	Adaletsizlik	4	6,5
	Çalışma saatleri	14	22,5
	Hemşire eksikliği	15	23,9
	Stresli ortam	3	4,7
	Yatak kapasitesinin fazla olması	3	4,7
	Fiziksel yorgunluk	3	4,7
	İş yükü	3	4,7
	Sürekli nöbet	3	4,7
	Ast - üst ilişkisi	3	4,7
	Hasta sayısı	6	9,5
	İzin kullanamamak	3	4,7
	Maddi kazanç azlığı	3	4,7

Tablo 3.2.'de hemşirelerin iş yaşamından memnun olma durumu ve nedenlerine bakıldığında; hemşirelerin % 22,2 (18)'sinin iş yaşamından memnun oldukları, % 64,2 (52)'sinin iş yaşamından kısmen memnun oldukları, % 13,6 (11)'sının iş yaşamından memnun olmadıkları belirlendi. Hemşirelerin; % 16,8

(14)'inin hemşire eksikliği, % 14,4 (12)'ünün çalışma saatleri, % 6,0 (5)'sının hasta sayısının fazla olmasına bağlı iş yaşamından memnun olmadıkları belirlendi (Tablo 3.2.).

Tablo 3.3. Merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünme, etkileyen faktörler ve merhamet yorgunluğunu önlemek amacı ile uyguladıkları yaklaşımlar (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Merhamet yorgunluğu yaşama durumu	Evet	61	75,3
	Hayır	20	24,7
Merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler*	Hastanın genç olması	42	51,9
	Hasta yakınlarının ilgisizliği	27	33,3
	İş yükünün fazla olması	52	64,2
	Kişisel sınırlar (yetersizlik ya da yetişememe duygusu)	25	30,9
	Suçluluk duygusu	6	7,4
	Takdir edilmemek	26	32,1
Merhamet yorgunluğunu önlemek amacı ile uyguladıkları yaklaşımlar*	Uygun bir iş - yaşam dengesi sağlamak	38	46,9
	Kişisel psikoterapiye başlamak	7	8,6
	Manevi ihtiyaçlara kulak vermek	35	43,2
	Uygun öz bakım uygulamaları yapmak	29	35,8
	Gerçekçi bir başarısızlık toleransına sahip olmak	4	4,9
	İş ve kişisel hedeflerinin fakında olmak	26	32,1
	Mümkün olduğu kadar rahat bir çalışma ortamı geliştirmek	27	33,3
	Hastaların yanı sıra çalışanlarla işyeri içinde destek ve saygı kültürünü sağlamak	32	39,5

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin % 75,3 (61)'ü merhamet yorgunluğu yaşadığını belirtmiştir. Merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler açısından hemşirelerin % 64,2 (52)'si iş yükünün fazla olması, % 51,9 (42)'u hastanın genç olması, % 33,3 (27)'ü ise hasta yakınlarının ilgisizliği olduğu tespit edildi. Hemşirelerin % 46,9 (38)'u uygun bir iş - yaşam dengesini sağlamak, % 43,2 (35)'si manevi ihtiyaçlara kulak vermek, % 39,5'i hastaların yanı sıra çalışanlarla işyeri içinde destek ve saygı kültürünü sağlamanın merhamet yorgunluğunu önlemek amacı ile uygulanan yaklaşımlar olduğu saptandı (Tablo 3.3.).

Tablo 3.4. Hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataları tanımlamaları (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hatalar	Bakım ve tedavinin gecikmesi	1	1,2
	Basınç yaraları	3	3,6
	Bilinçsiz, kontrolsüz ilaç uygulama	23	27,6
	Doktor - hemşire ilişkisi	1	1,2
	Düşme riski	5	6,0
	Ekipman yetersizliği	2	2,4
	Hasta sayısının fazla olması	21	25,2
	Hastane enfeksiyonları	4	4,8
	İş yoğunluğu	2	2,4
	Kısıtlamanın iyi yapılmaması	2	2,4
	Tedavinin gecikmesi	3	3,6
	Yanlış müdahale	4	4,8
	Ziyaretçinin çok olması	11	13,2

Araştırmada yer alan hemşirelerin % 27,6 (23)'sı bilinçsiz, kontrolsüz ilaç uygulama, % 25,2 (21)'si hasta sayısının fazla olmasının hastaların güvenliğini etkileyecek tıbbı hatalar olarak gördükleri belirlendi (Tablo 3.4.).

Tablo 3.5. Hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataya tanık olma ve karşılaşılan tıbbi hataların türlerinin dağılımı (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hataya tanık olma durumu	Evet	46	56,8
	Hayır	35	43,2
Tıbbi hata ile karşılaşılma türleri*	İlaç hatası	34	42,0
	Kimlik hatası	9	11,1
	Hastane enfeksiyonları	35	43,2
	Kan transfüzyonları	11	13,6
	İletişim hataları	25	30,9
	Cerrahi güvenlik (yanlış taraf cerrahisi, malzeme unutulması)	6	7,4
	Eksik malzeme / ekipman	22	27,2
	Düşmeler	29	35,8
	Bakım ve tedavinin gecikmesi	19	23,5
	Basınç yaraları	32	39,5
	Cerrahi yanıklar	5	6,2
Tıbbi hataların karşılaşılma sonucuna etkileri	Hata hastaya zarar vermeden engellendi / önlendi.	35	43,2
	Hastanın izlem ihtiyacı arttı.	34	42,0
	İlave tetkik istendi.	18	22,2
	İlave tedavi düzenlendi.	22	27,2
	Yatış süresi uzadı.	20	24,7
	Sakatlık	1	1,2
	Ölüm	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmada yer alan hemşirelerin % 56,8 (46)'inin hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hataya tanık oldukları gözlenirken, % 43,2 (35)'sinin hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hataya tanık olmadıkları belirlendi. Hemşirelerden hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hataya tanık olanların % 43,2 (35)'si hastane enfeksiyonları, % 42,0 (34)'si ilaç hatası, % 39,5 (32)'i basınç yaraları, % 35,8 (29)'i düşmeler şeklinde karşılaştıkları saptandı (Tablo 3.5.).

Tablo 3.6. Katılımcıların tıbbi hatalara ve merhamet yorgunluğuna yönelik bilgi ve tutumlarının dağılımı (N=81)

Tanıtıcı özellikler		n (Sayı)	% (Yüzde)
Tıbbi hatalarla karşılaşılan meslek grupları	Hekimler	46	56,8
	Hemşireler	26	32,1
	Teknisyenler	9	11,1
Tıbbi hataların meydana gelme nedenleri*	Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması	75	92,2
	Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres	69	85,2
	İletişim bozuklukları	57	70,4
	Ekip çalışmasının olmaması	25	30,9
	Yanlış ya da uygun olmayan malzeme	31	38,3
	Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması	14	17,3
	Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması	45	55,6
	Mesleki eğitiminin yetersiz olması	26	32,1
	Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması	20	24,7
Tıbbi hatalar konusunun duyulma sıklığı	Hiç duymadım	7	8,6
	Nadiren	44	54,3
	Ara sıra	29	35,8
	Çok sık	1	1,2
Tıbbi hatalardan korunma konusunda kendine güvenme düzeyi	Çok güvenirim	51	63,0
	Biraz güvenirim	29	35,8
	Güvenmem	1	1,2
Merhamet yorgunluğu hasta güvenliğini etkileme durumu	Evet	59	72,8
	Hayır	22	27,2
Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkileri	Dikkatsizliğe neden olabilir.	2	4,8
	Herhangi bir etkisi olmaz.	1	2,4
	Farkındalık azalması	1	2,4
	Hastanın psikolojisinin bozulmasına neden olur.	16	40,0
	Hastaya istemeden zarar verme	1	2,4
	Hastaya yeterli düzeyde bakım verilememesi	7	16,8
	Hastayla empati kuramaz.	2	4,8
	İlgisiz davranma-duyarsızlık	3	7,2
	Tedavi kalitesini düşürür.	3	7,2
	Tedavi süresini uzatabilir.	2	4,8
	Uzun çalışma saatleri	3	7,2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin; % 56,8 (46)'i hekimlerin en fazla tıbbi hata yaptıklarını,% 92,2 (75)'si hemşirelerin sayı olarak yetersiz olmasına bağlı tıbbı

hataların meydana geldiğini, % 54,3 (44)'ünün tıbbi hata yapıldığını nadiren duyduğunu, % 63,0 (51)'ünün tıbbi hata yapmama konusunda çok güvendiği, % 72,8 (59)'i merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilediğini bildirmiştir (Tablo 3.6.).

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklere ait bulgular özetlendi.

3.2.1.Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 3.7. Hemşirelere uygulanan tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Alt boyutları	Ort±ss	Medyan	Min - Maks
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	85,18±5,95	87	70-90
Hastane Enfeksiyonları	56,69±4,54	59	36-60
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	41,09±4,2	42	27-45
Düşmeler	23,33±2,45	24	15-25
İletişim	23,82±2,17	25	15-25
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Ölçek Boyutu	230,13±15,60	236	196-245

Araştırmada kullanılan tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutlarından olan; ilaç ve transfüzyon uygulamalarına, hastane enfeksiyonlarına, hasta izlemi ve malzeme güvenliğine, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular Tablo 3.7.'de verildi. Tablo 3.7. incelendiğinde hemşirelerin alt ölçek boyutu ortalamaları; ilaç ve transfüzyon uygulamalarına 85,18±5,95, hastane enfeksiyonlarına 56,69±4,54, hasta izlemi ve malzeme güvenliğine 41,09±4,2, düşmeler 23,33±2,45 ve iletişim 23,82±2,17 şeklinde olduğu gözlenirken, tıbbi hataya eğilim ölçeğinin toplam ölçek boyutunun 230,13±15,60 şeklinde olduğu belirlendi (Tablo 3.7.).

3.2.1.1. İlaç ve transfüzyon uygulamalarına ilişkin bulgular

Araştırmada yer alan hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçek boyutlarına ilişkin değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular Tablo 3.8.'de özetlendi.

Tablo 3.8. Araştırmaya katılanların ilaç ve transfüzyon uygulamaları alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	4,92±0,26	4-5
2. Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	4,87±0,45	2-5
3. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	4,59±0,66	3-5
4. Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	4,81±0,39	4-5
5. İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	4,75±0,43	4-5
6. İlaç / ilaç etkileşimine dikkat ederim.	4,62±0,55	3-5
7. İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	4,77±0,41	4-5
8. İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	4,88±0,31	4-5
9. IV, IM ve SC enjeksiyonlarda ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	4,85±0,35	4-5
10. İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	4,55±0,61	3-5
11. İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	4,46±0,63	3-5
12. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	4,56±0,54	3-5
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	4,76±0,42	4-5
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	4,75±0,43	4-5
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	4,77±0,47	3-5
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	4,79±0,46	3-5
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	4,77±0,41	4-5
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim.	4,61±0,76	1-5

3.2.1.2. Hastane enfeksiyonlarına ilişkin bulgular

Tablo 3.9.'da araştırmaya katılan hemşirelerin hastane enfeksiyonları alt ölçek boyutuna ait değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular özetlendi.

Tablo 3.9. Araştırmaya katılan hemşirelerin hastane enfeksiyonları alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	4,65±0,52	3-5
2. IV kateterlerin kalma süresinin 72 - 96 saat olmasına dikkat ederim.	4,77±0,47	3-5
3. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	4,64±0,53	3-5
4. İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasına kontamine olmamasına dikkat ederim.	4,80±0,45	3-5
5. İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak – yırtık / delik yönünden kontrol ederim.	4,79±0,43	3-5
6. Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	4,58±0,84	1-5
7. Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	4,67±0,56	3-5
8. Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	4,82±0,41	3-5
9. Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	4,74±0,46	3-5
10. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	4,66±0,52	3-5

11. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	4,75±0,48	3-5
12. Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	4,77±0,44	3-5

3.2.1.3. Hasta izlemi ve malzeme güvenliğine ilişkin bulgular

Araştırmada yer alan hemşirelerin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt ölçek boyutuna ilişkin değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular Tablo 3.10.'da özetlendi.

Tablo 3.10. Araştırmaya katılan hemşirelerin hasta izlemi ve malzeme güvenliği alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	4,48±0,79	1-5
2. Hastanın aldığı - çıkardığı sıvı takibini yaparım.	4,81±0,47	3-5
3. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemini gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	4,67±0,54	3-5
4. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirterek kaydederim.	4,72±0,52	3-5
5. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgilerin vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	4,74±0,51	3-5
6. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	4,41±0,80	1-5
7. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	4,24±0,92	2-5
8. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	4,66±0,57	3-5
9. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	4,32±0,90	2-5

3.2.1.4. Düşmeler alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular

Tablo 3.11.'de araştırmaya katılan hemşirelerin düşmeler alt ölçek boyutuna ilişkin değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular özetlendi.

Tablo 3.11. Araştırmaya katılan hemşirelerin düşmeler alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	4,43±0,74	2-5
2. Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.	4,75±0,53	3-5
3. Hasta için gerekli olan araç / gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	4,65±0,55	3-5
4. Yatak kenarlarında parmaklıkların - sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	4,72±0,54	3-5
5. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	4,76±0,53	3-5

3.2.1.5. İletişim alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular

Araştırmada yer alan hemşirelerin iletişim alt ölçek boyutuna ilişkin değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular Tablo 3.12.'de özetlendi.

Tablo 3.12. Araştırmaya katılan hemşirelerin iletişim alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	4,74±0,54	3-5
2. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydederim.	4,76±0,48	3-5
3. Sözlü / telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydederim.	4,77±0,50	3-5
4. Serviste çift order (doktor istemi ± hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	4,72±0,52	3-5
5. Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım.	4,81±0,47	3-5

3.2.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 3.13. Hemşirelere uygulanan yaşam kalitesi ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Alt boyutları	Ort±ss	Medyan	Min-Maks
Mesleki tatmin	30,76±10,68	30	10-50
Tükenmişlik	21,14±7,15	22	8-36
Merhamet yorgunluğu	20,83±12,77	18	0-50
Yaşam kalitesi toplam ölçeği	71,53±23,62	67	37-130

Araştırmaya katılan hemşirelerin genel yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının; mesleki tatmin 30,76±10,68, tükenmişlik 21,14±7,15, merhamet yorgunluğu 20,83±12,77 gözlenirken, yaşam kalitesi toplam ölçek boyutunun 71,53±23,62 şeklinde olduğu saptandı (Tablo 3.13.).

3.2.2.1. Çalışanlar için mesleki tatmin alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular

Tablo 3.14.'de araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki tatminlerine ilişkin alt ölçek boyutuna ait değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular özetlendi.

Tablo 3.14. Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki tatmin alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	3,62±1,37	0-5
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.	3,03±1,60	0-5
12. İşimi seviyorum.	2,98±1,49	0-5
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	3,22±1,52	0-5
18. İşim beni tatmin ediyor.	2,60±1,59	0-5
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	3,22±1,42	0-5
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	2,80±1,57	0-5
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	3,25±1,51	0-5
27. Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.	3,17±1,52	0-5
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.	2,82±1,66	0-5

3.2.2.2. Çalışanlar için tükenmişlik alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik alt ölçek boyutuna ait değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular Tablo 3.15.'de özetlendi.

Tablo 3.15. Araştırmaya katılanların tükenmişlik alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
1. Kendimi mutlu hissediyorum.	2,69±1,49	0-5
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	1,49±1,44	0-5
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	1,82±1,61	0-5
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkılmış gibi hissediyorum.	1,65±1,76	0-5
15. Bana güç veren inançlarım var.	1,60±1,78	0-5
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	1,74±1,52	0-5
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.	2,62±1,61	0-5
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	2,71±1,67	0-5
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	2,51±1,85	0-5
29. Çok hassas bir insanım.	2,27±1,65	0-5

3.2.2.3. Çalışanlar için merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutuna ilişkin bulgular

Tablo 3.16.'da araştırmaya katılan hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutuna ait değişkenlerin aritmetik ortalamaları ve standart sapmalara ait bulgular özetlendi.

Tablo 3.16. Araştırmaya katılan hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutundan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N=81)

Puan ortalamaları	Ort±ss	Min-Maks
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	2,00±1,49	0-5
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.	2,28±1,65	0-5
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	1,79±1,55	0-5
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	1,90±1,63	0-5
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	1,91±1,65	0-5
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	1,79±1,72	0-5
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	1,85±1,73	0-5
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	2,06±1,79	0-5
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	1,83±1,77	0-5
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	2,18±1,66	0-5

3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI DEĞİŞKENLERİ İLE TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ VE ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, yaş durumu, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi, görev durumu, mesleğini kendi isteyerek seçme ve çalıştığı üniteyi kendi isteyerek seçme, yoğun bakımda çalışma süresi, çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçme, çalıştıkları yoğun bakım ünitesi değişkenleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi alt ölçek boyutları ile aralarındaki farklılıklar bu bölüm başlığı altında incelendi.

3.3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Cinsiyet Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmada yer alan hemşirelerden kadın olanların hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik eğilim puan ortalamalarının, erkek hemşirelerden daha yüksek ve anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Buna karşın tıbbi hata eğilim ölçeğinin toplam boyutu ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında aralarında istatistiksel açıdan anlam bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3.17.).

Tablo 3.17. Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Kadın (n: 67)	Erkek (n: 14)	t	p*
		Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	85,59±5,69	83,21±6,93	1,370	0,338
	Hastane Enfeksiyonları	57,14±3,83	54,5±6,81	2,020	**0,019**
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	41,08±4,35	41,14±3,59	-0,043	0,710
	Düşmeler	23,26±2,53	23,64±2,06	-0,516	0,438
	İletişim	23,85±2,22	23,71±1,97	0,212	0,849
	Toplam Ölçek Boyutu	230,95±15,43	226,21±16,39	1,034	0,888
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	30,59±10,56	31,57±11,62	-0,309	0,545
	Tükenmişlik	20,70±7,16	23,28±6,94	-1,234	0,744
	Merhamet Yorgunluğu	20,46±12,62	22,64±13,84	-0,578	0,768
	Toplam Ölçek Boyutu	70,37±23,69	77,07±23,34	-0,964	0,902

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği toplam boyutu ve mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarının hemşirelerin cinsiyet değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkları olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.17).

3.3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Medeni Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan bekâr hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeğinin iletişim alt ölçek boyutuna yönelik puan ortalamalarının, evli olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$).

Tablo 3.18. Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durum değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Evli (n: 47)	Bekâr (n: 34)	t	p*
		Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	84,53±6,13	86,08±5,65	-1,164	0,679
	Hastane Enfeksiyonları	56,27±5,05	57,26±3,74	-0,964	0,283
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,36±4,63	42,11±3,33	-1,882	0,088
	Düşmeler	23,21±2,57	23,50±2,31	-0,517	0,698
	İletişim	23,55±2,54	24,20±1,47	-1,341	**0,011**
	Toplam Ölçek Boyutu	227,93±16,86	233,17±13,33	-1,503	0,113
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	31,85±9,40	29,26±12,22	1,076	0,080
	Tükenmişlik	19,27±6,31	23,73±7,51	-2,895	0,298
	Merhamet Yorgunluğu	18,85±11,65	23,58±13,89	-1,665	0,085
	Toplam Ölçek Boyutu	68,57±21,08	75,61±26,53	-1,330	0,091

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği toplam boyutu ile mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarının hemşirelerin medeni durum değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.18).

3.3.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yaş Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş düzeyleri değişkeni ile tıbbi hata ölçek genel toplam boyutu ve alt boyutları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.19.).

Tablo 3.19. Araştırmaya katılanların yaş aralığı ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		30 yaş altı	31 yaş ve üzeri	p*
		Ort±ss	Ort±ss	
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	84,62±6,33	85,81±5,50	0,373
	Hastane Enfeksiyonları	56,06±5,29	57,39±3,46	0,193
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,86±4,54	41,36±3,83	0,591
	Düşmeler	23,20±2,55	23,47±2,35	0,632
	İletişim	23,69±2,12	23,97±2,24	0,572
	Toplam Ölçek Boyutu	228,46±16,22	232,02±14,86	0,308
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	30,79±12,08	30,73±9,00	0,982
	Tükenmişlik	23,18±7,36	18,84±6,21	**0,006**
	Merhamet Yorgunluğu	24,04±13,89	17,21±10,41	**0,015**
	Toplam Ölçek Boyutu	76,62±25,90	65,76±19,51	**0,038**

* $p < 0,05$

Mesleki tatmin alt ölçek boyutlarının hemşirelerin yaş durumu değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.19.). Buna karşın hemşirelerin yaş düzeyi arttıkça tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarında azalma meydana geldiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 3.19.). Katılımcılardan yaş düzeyleri düşük olanların yaşam kalitesi toplam ölçek boyutunda daha yüksek ortalamaya sahip oldukları istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

3.3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Eğitim Durumu Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeyleri değişkeni ile tıbbi hata ölçek genel toplam boyutu ve alt ölçek boyutları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.19.).

Tablo 3.20. Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Lise (n=29)	Ön lisans (n=10)	Lisans (n=42)	p*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	85,9±4,5	83,9±7,1	84,9±6,5	0,604
	Hastane Enfeksiyonları	56,8±5,0	55,5±5,5	56,8±3,9	0,681
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,8±4,5	41,8±4,3	41,0±4,0	0,835
	Düşmeler	23,2±2,8	23,1±2,4	23,4±2,2	0,894
	İletişim	23,6±2,3	24,1±1,5	23,8±2,2	0,837
	Toplam Ölçek Boyutu	230,5±14,8	228,4±18,3	230,2±15,7	0,931
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	32,8±12,1	24,5±8,5	30,7±9,6	0,100
	Tükenmişlik	23,9±7,2	20,6±8,3	19,3±6,2	**0,024**
	Merhamet Yorgunluğu	27,1±14,5	16,4±7,5	17,5±10,8	**0,003**
	Toplam Ölçek Boyutu	83,2±25,8	59,9±15,3	66,2±20,5	**0,002**

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği ile eğitim durumu karşılaştırıldığında ise; mesleki tatmin alt ölçek boyutu dışında eğitim düzeyleri arttıkça tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde azalma meydana geldiği, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı (p=0,024) (Tablo 3.20.).

3.3.5. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Meslekteki Çalışma Durum Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma yılı ile tıbbi hata eğilim ölçeği genel boyutu ve ölçek boyutları (ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 3.21).

Tablo 3.21. Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma durum değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		1-5 yıl arası	6-10 yıl arası	11-15 yıl arası	16-20 yıl arası	21 yıl ve üstü	p*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	84,2±6,8	84,3±6,6	85,8±5,4	86,3±3,3	88,2±2,0	0,501
	Hastane Enfeksiyonları	56,4±4,4	55,6±5,7	57,7±3,3	57,5±3,0	58,1±2,6	0,481
	Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği	41,3±4,2	39,8±5,2	42,1±2,9	40,8±2,9	43,1±1,6	0,241
	Düşmeler	22,6±2,8	23,0±2,7	23,9±1,7	24,5±0,5	23,5±2,1	0,355
	İletişim	23,6±2,1	23,2±2,7	24,2±1,6	24,8±0,4	24,8±0,3	0,207
	Toplam Ölçek Boyutu	228,4±17,7	226,0±17,3	233,8±13,5	234,0±7,5	238,0±6,8	0,243
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	29,9±12,3	31,3±11,5	30,7±9,3	28,1±9,0	32,8±8,6	0939
	Tükenmişlik	22,6±6,5	23,6±7,7	18,4±5,9	19,6±5,0	15,5±5,8	**0,014**
	Merhamet Yorgunluğu	23,6±16,7	23,2±11,7	18,0±12,2	18,0±4,8	13,7±6,8	0,255
	Toplam Ölçek Boyutu	75,7±32,2	76,6±20,9	65,3±22,7	65,0±9,0	61,8±9,5	0,290

* $p < 0,05$

Mesleki tatmin, merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutlarının hemşirelerin meslekteki çalışma durumu değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.21.). Ancak hemşirelerin meslekteki çalışma yılları arttıkça tükenmişlik oranlarında bir azalma meydana geldiği ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3.21).

3.3.6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Pozisyonu ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin pozisyonu ile tıbbi hataya eğilim ölçeğinin genel boyutu ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.22.).

Tablo 3.22. Araştırmaya katılan hemşirelerin pozisyonu ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Klinik hemşiresi	Klinik eğitim hemşiresi	Sorumlu hemşire	p*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	84,7±6,1	89,2±0,8	88,2±2,3	0,154
	Hastane Enfeksiyonları	56,5±4,7	58,8±1,6	57,2±3,4	0,543
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	40,9±4,3	42,2±2,2	43,2±1,7	0,468
	Düşmeler	23,2±2,5	24,0±1,4	23,2±2,8	0,825
	İletişim	23,7±2,2	24,0±1,4	24,7±0,5	0,671
	Toplam Ölçek Boyutu	229,2±16,1	238,2±3,6	236,7±9,1	0,319
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	30,9±10,7	24,2±7,8	35,2±11,3	0,273
	Tükenmişlik	21,4±7,2	21,2±5,0	16,0±7,3	0,339
	Merhamet Yorgunluğu	21,4±13,1	15,2±9,4	17,0±5,8	0,479
	Toplam Ölçek Boyutu	72,5±24,5	59,0±13,1	68,2±6,3	0,449

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği toplam boyutu ve mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarının hemşirelerin görev değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.22).

3.3.7. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Mesleğini Kendi İsteyerek Seçme Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleklerini kendileri isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeğinin genel boyutu ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.23.).

Tablo 3.23. Araştırmaya katılan hemşirelerin mesleğini kendi isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Evet	Hayır	t	p*
		Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	85,6±5,6	84,5±6,3	0,880	0,382
	Hastane Enfeksiyonları	56,7±4,0	56,6±5,1	0,123	0,902
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	41,2±4,2	40,9±4,2	0,338	0,736
	Düşmeler	23,6±2,1	22,8±2,7	1,415	0,161
	İletişim	23,8±2,1	23,7±2,2	0,322	0,748
	Toplam Ölçek Boyutu	231,2±15,2	228,6±16,2	0,728	0,469
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	32,9±10,5	27,7±10,3	2,247	**0,027**
	Tükenmişlik	19,3±7,0	23,6±6,6	-2,786	**0,007**
	Merhamet Yorgunluğu	20,5±13,3	21,1±12,1	-0,201	0,842
	Toplam Ölçek Boyutu	71,8±23,8	71,0±23,7	0,152	0,880

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği toplam boyutu ve merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarının hemşirelerin mesleğini kendi isteyerek seçme değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 3.23). Ancak mesleki tatmin ve tükenmişlik boyutu açısından hemşirelerden mesleklerini kendileri seçenlerin oranlarının, mesleklerini kendileri seçmeyen hemşirelerin oranlarına göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 3.23.).

3.3.8. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştığı Bölümü Kendi İsteği ile Seçme Değişkeni ile Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı bölümü kendi isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hata ölçek toplam boyutu ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.24.).

Tablo 3.24. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı bölümü kendi isteyerek seçme değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Evet	Hayır	t	p*
		Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,0±5,2	84,4±6,5	1,199	0,234
	Hastane Enfeksiyonları	56,6±5,1	56,6±3,9	-0,013	0,989
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	41,3±4,2	40,8±4,1	0,487	0,628
	Düşmeler	23,7±2,0	23,0±2,7	1,306	0,195
	İletişim	23,9±2,1	23,7±2,2	0,364	0,717
	Toplam Ölçek Boyutu	231,6±15,0	228,7±16,1	0,838	0,405
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	32,3±11,4	29,3±9,9	1,232	0,222
	Tükenmişlik	21,8±7,8	20,5±6,4	0,819	0,415
	Merhamet Yorgunluğu	24,5±14,4	17,5±10,1	2,541	**0,013**
	Toplam Ölçek Boyutu	77,7±26,7	66,0±19,1	2,290	**0,025**

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi ölçeği toplam boyutu ve merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarının hemşirelerin çalıştığı bölümünü kendi isteğine göre seçenlerin, seçmeyenlere göre istatiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 3.24.). Ancak mesleki tatmin ve tükenmişlik alt ölçek boyutu açısından hemşirelerden çalıştığı bölümü kendi seçenlerin mesleki tatmin oranının, çalıştığı bölümü kendileri seçmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 3.24.).

3.3.9. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Yoğun Bakımda Çalışma Süresi Değişkeni İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi değişkeni ile tıbbi hata ölçek toplam boyutu ve ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlem ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.25.).

Tablo 3.25. Araştırmaya katılan hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi değişkeni ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		1-3 yıl	4-6 yıl	7-9 yıl	10-12 yıl	13 yıl ve üstü	F	p*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss		
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	86,3±6,38	82,7±6,75	85,37±5,86	86,25±4,26	86,86±4,10	1,546	0,197
	Hastane Enfeksiyonları	57,7±3,68	54,9±6,2	56,8±3,64	56,7±3,91	58,0±2,77	1,526	0,203
	Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	42,4±3,55	39,8±5,03	41,12±3,59	41,5±2,72	41,2±4,66	0,987	0,420
	Düşmeler	23,3±2,91	22,7±2,59	23,7±1,85	23,7±1,75	23,7±2,6	0,617	0,651
	İletişim	24,1±2,02	23,1±2,4	24,1±1,62	24,3±1,76	23,9±2,63	0,836	0,507
	Toplam Ölçek Boyutu	234,0±15,7	223,4±17,5	231,1±14,2	232,6±12,9	233,7±13,2	1,700	0,159
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	Mesleki Tatmin	33,6±11,55	28,8±11,68	32,1±10,2	32,1±8,99	28,3±9,34	0,808	0,524
	Tükenmişlik	24,2±6,09	21,1±8,26	23,0±5,92	17,6±4,56	17,3±6,90	2,944	**0,026**
	Merhamet Yorgunluğu	27,7±16,12	20,1±12,26	21,8±10,95	17,3±13,58	14,5±5,96	2,650	**0,040**
	Toplam Ölçek Boyutu	85,5±29,72	68,3±22,59	75,3±19,3	64,7±25,56	59,5±9,18	3,267	**0,016**

* $p < 0,05$

Yaşam kalitesi alt ölçek boyutlarından mesleki tatmin düzeyi ile hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmedi. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süreleri arttıkça tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutlarında meydana gelen azalmalar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Yaşam kalitesi toplam ölçek boyutunda da hemşirelerin çalışma yılları arttıkça yaşam kalitesi ölçek boyutunda azalma meydana geldiği ve var olan farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 3.25.).

3.3.10. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Yoğun Bakım Ünitesi Değişkeni İle Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulgular

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden nöroloji yoğun bakımda çalışanların, diğer yoğun ünitelerinde çalışan hemşirelerden ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler, iletişim, tıbbi hata toplam ölçek boyutu açısından daha düşük ortalamaya sahip olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 3.26.).

Tablo 3.26. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım üniteleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=81)

Alt gruplar		Beyin Cerrahi	Dahiliye	Genel Cerrahi	Kalp - Damar Cerrahi	Koroner	Nöroloji	Reanimasyon	F/p*
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Tıbbi hata ölçeği alt boyutları	İ.T.U.	84,7±5,6	88,6±4,6	84,0±5,5	88,5±2,7	86,7±2,9	78,3±5,5	84,0±8,4	5,655 / 0,000
	H.E	57,4±2,6	58,8±3,3	55,5±4,2	57,7±6,8	58,0±2,6	52,8±3,4	56,8±4,8	2,690 / 0,020
	H.İ.M.G	40,5±2,7	44,0±2,5	40,0±3,3	43,6±2,1	39,8±6,9	37,5±3,2	41,1±4,2	4,679 / 0,000
	D.	22,5±1,4	24,4±1,4	24,1±0,9	24,1±1,3	22,6±4,0	20,5±2,9	23,5±2,4	4,762 / 0,000
	İ.	23,3±2,5	25,0±0,0	24,4±0,9	24,3±1,0	23,0±4,2	22,0±1,7	23,4±2,7	3,167 / 0,008
	T.Ö.B.	228,5±12,1	241,0±8,9	228,1±11,1	238,5±10,6	230,1±19,0	211,2±11,5	229,±21,4	6,383 / 0,000
Yaşam kalitesi ölçeği boyutları	M.T.	28,0±10,6	38,2±14,7	19,5±6,2	23,0±7,8	15,0±8,0	22,3±6,7	19,0±4,9	2,995 / 0,011
	T.	19,4±6,3	26,6±4,7	19,5±6,2	23,0±7,7	15,0±8,0	22,3±6,7	19,0±4,9	3,949 / 0,002
	M.Y	14,8±7,6	35,8±15,5	18,1±6,4	20,2±12,9	14,3±6,0	21,0±11,7	12,1±7,2	7,025 / 0,000
	T.Ö.B	61,1±14,8	100,6±30,6	68,2±9,0	65,0±22,2	59,8±9,1	69,4±21,3	59,7±14,6	7,304 / 0,000

İ.T.U.:İlaç ve transfüzyon uygulamaları, H.E.: Hastane enfeksiyonları, H.İ.M.G.: Hasta izlemi ve malzeme güvenliği, D.: Düşmeler, İ.: İletişim, T.Ö.B.: Toplam ölçek boyutu, M.T.: Mesleki tatmin, T.: Tükenmişlik, M.Y.: Merhamet yorgunluğu, T.Ö.B.: Toplam ölçek boyutu, * $p < 0,05$

Koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mesleki tatmin alt ölçek boyutu ortalamasının diğer yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu gözlendi ($p<0,05$). Tükenmişlik alt ölçek boyutunda koroner yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşirelerin diğer yoğun ünitelerinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutu açısından reanimasyon yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşirelerin diğer yoğun ünitelerinde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yaşam kalitesi toplam ölçek boyutunda dahiliye yoğun bakım ünitesinde görev alan hemşirelerin diğer yoğun ünitelerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu gözlendi ($p<0,05$) (Tablo 3.26.).

3.4. ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BOYUTU

Tablo 3.27.'ye bakıldığında merhamet yorgunluğu ile tıbbi hataya eğilim ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=0,262) bulundu. Tıbbi hataya eğilim ölçeğinin ilaç ve transfüzyon uygulamaları (r=0,221; pozitif yönlü zayıf) ve hasta izlemi ve malzeme güvenliği (r=0,286; pozitif yönlü daha güçlü) alt boyutları arasında da ilişki saptandı.

Tablo 3.27. Yaşam kalitesi alt ölçek boyutları ve tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

Alt gruplar	Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Yaşam Kalitesi Ölçeği
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	0,088	0,117	0,221*	0,203
Hastane enfeksiyonları	0,157	0,020	0,187	0,188
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	0,045	0,177	0,286**	0,239*
Düşmeler	0,185	-0,053	0,146	0,145
İletişim	0,130	0,030	0,164	0,147
Genel Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	0,139	0,094	0,262*	0,240*

* Anlamlılık düzeyi p<0,05, ** Anlamlılık düzeyi p<0,01

Yaşam kalitesi ölçeği (r=0,240; pozitif yönlü) ve tıbbi hataya eğilim ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Yine hasta izlemi ve malzeme güvenliği ile arasında da pozitif yönlü zayıf bir korelasyon (r= 0,239) bulundu.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde, merhamet yorgunluğunun çalışma hayatlarına yansımalarını saptamak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Hemşirelik, bireyi holistik yaklaşım doğrultusunda ele alan bakıma temellenmiş olan bir meslektir. Bakım hemşireliğin özüdür. Hemşirelik bakımı, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceri ile birleştirilerek hemşire - hasta ilişkisine yansıtılmasıdır (Dinç, 2010). Hemşireler bakım sunma sürecinde doğrudan kendileri travma yaşamadıkları halde bireyin acı çekme sürecine tanıklık ettikleri için çaresizlik, yetersizlik ve öfke yaşayabilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2010; Konal ve Ardahan, 2018). Hastaların travmasına ve acısına maruz kalmanın ardından belirgin duygusal, davranışsal ve bilişsel değişiklikleri ifade eden merhamet yorgunluğu hemşirelik gibi empati ve merhamet duygularının ön planda olduğu bakım sağlayan meslek gruplarında daha sık görülmektedir (Hevezi, 2016). Literatürde 'merhamet yorgunluğu' olarak adlandırılan bu durum, hemşirelerde iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik ile birlikte üretkenliğin azalmasına, tıbbi hataların artmasına, hasta memnuniyetinde azalmaya ve meslekten ayrılmalara neden olabilmektedir (Dikmen ve Aydın, 2010).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan 81 hemşire üzerinde gerçekleştirdiğimiz araştırmada hemşirelerin % 35,8 (29)'i 25 yaş ve altında, % 82,7 (67)'si kadın, % 58,0 (47)'i evli, % 51,9 (42)'u lisans mezunu % 35,8 (29)'i 6 ila 10 yıl arasında, % 88,9 (72)'u klinik hemşiresi, % 23,5 (19)'i genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde, % 29,6 (24)'sı 4 ila 6 yıl arasında, % 72,8 (59)'i gündüz ve gece olarak çalıştıkları belirlendi (Tablo 3.1.).

Araştırmamızda hemşirelerin % 56,8'i hasta güvenliğini etkileyen tıbbi hataya tanık olduklarını bildirirken, % 56,8'i tıbbi hataların hekimler tarafından daha çok yapıldığını, % 72,8'i de merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilediği konusunda görüş bildirdikleri saptanmıştır. Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir (2015) çalışmalarında hemşirelerin % 67,0'sinin tıbbı hata ile karşılaştıklarını ifade ederken,

% 58,2'sinin tıbbı hatayı yapan kişinin hemşireler olduğunu, % 71,5'i ise hemşirelerin daha önce herhangi bir şekilde tıbbi hata yapmadıklarını bildirmişlerdir.

Hemşirelere tıbbi hataya eğilim ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin bulgulara göre hemşirelerin; ilaç ve transfüzyon uygulamaları ortalamaları 85,18±5,95 ile yüksek seviyede oldukları gözlendi. Hastane enfeksiyonları açısından 56,69±4,54 ortalama ile bilgi düzeylerinin yüksek oldukları belirlendi. Hasta izlemi ve malzeme güvenliği konusunda hemşirelerin 41,09±4,2 ortalama ile yüksek seviyede oldukları saptandı. Düşmeler konusunda hemşirelerin 23,33±2,45 ortalama ile yüksek düzeyde oldukları belirlendi. İletişim alt ölçek boyutu açısından hemşirelerin 23,82±2,17 ile yüksek seviyede bilgi sahibi oldukları gözlendi.

Hemşirelerin mesleki tatmin alt ölçek boyutundan almış oldukları puan ortalaması 30,76±10,68 ile ortalamanın üzerinde olduğu gözlendi. Tükenmişlik alt ölçek boyutu açısından hemşirelerin 21,14±7,15 ortalama ile tükenmişlik ortalamasının üzerinde seyrettikleri belirlendi. Hemşirelerin merhamet ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 20,83±12,77 olarak belirlendi. Merhamet duygusunun pozitif iyilik halini desteklediği, daha az depresif semptomlara neden olduğu (Akdeniz ve Deniz, 2016), benlik saygısında artış gibi olumlu psikolojik faydalar sağladığı ilgili literatürde geçmektedir (İşgör, 2017).

Sağlık çalışanları içerisinde yer alan hemşirelerle ilgili yapılan bir diğer araştırmada merhamet yorgunluğunun daha çok 30 - 39 yaş arası hemşirelerde daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Ayrıca merhamet yorgunluğunun daha çok kadın hemşirelerde meydana geldiği tespit edilmiştir (Romeo - Ratliff, 2014). Rose ve ark. (2006)'nın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada yaş, paylaşımların bilincinde olma boyutunda farklılığa neden olmaktadır. Bunun nedeni ise sağlık çalışanlarının yaşlarının artması sonucunda bilinçlenme düzeylerinde de artış görülmesidir. Yapılan araştırmada hemşirelerin yaş düzeyleri ile tıbbi hataya eğilim ölçeği toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi. Yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek boyutlarından mesleki tatmin açısından hemşirelerin yaş düzeyleri arasında farklılık olmadığı gözlendi. 31 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin ise tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından daha düşük ortalamaya sahip olmalarının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edildi.

Bağcıvan (2019) yaptığı çalışmasında, bekâr olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu bağlantısızlık alt boyutunu önemli düzeyde daha yüksek belirledi. Bu çalışmada edilen bu sonuca benzer şekilde başka bir çalışmada, bekâr hemşirelerin

bağlantısızlık alt boyutunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Arkan ve ark., 2019). Sacco ve ark., (2015)'nın yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitesinde görev yapan hemşireler arasında, merhamet yorgunluğu alt boyutu bekâr olan hemşirelerde daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırmamızda katılımcılardan bekâr olanlarda iletişim alt ölçek boyutu daha yüksek çıkmış olup, literatür bilgisine uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Yapılan araştırmada hemşirelerin medeni durumları ile tıbbi hata ölçeği toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği ve düşmeler boyutları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). İletişim alt ölçek boyutunda ise hemşirelerden bekâr olanların ortalamalarının, evli olanların ortalamalarına göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutlarında da hemşirelerin medeni durumları ile arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Sevecenlik, kişinin kendisine ve başkalarına karşı anlayış ve ilgi göstermesidir. Anlayışlı olmak, içtenliği ve karşılıklı güven duygusunu oluşturur (Akdeniz ve Deniz, 2016). Hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğunu değerlendiren bir çalışmada, birimlerindeki hizmet süresi 1 - 5 yıl olanların, hizmet süresi 6 - 10 yıl olanlara göre sevecenlik puanının daha yüksek olduğu, hekim ve hemşirelerin beş yıllık birim çalışma süresinden sonra çalışma heyecanlarını kaybetmiş olabilecekleri ifade edilmiştir (Polat, 2016). Araştırmada, birimlerinde 4-6 yıl çalışan hemşirelerin sevecenlik davranışının daha fazla görülmesi, hemşirelerin merhamet yorgunluğu riski altında olmadığını düşündürmektedir. Üç yıl ve daha az çalışma süresi olan hemşirelerde ise umursamazlık alt boyutunun yüksek olması mesleğin ilk yıllarında, deneyimsizliğe bağlı olarak gelişmiş olabilir (Bağcıvan, 2019).Yapılan araştırmada hemşirelerin çalışma yılları ile tıbbi hataya yönelik ölçeğin toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$). Yaşam kalitesi ölçeği toplam ölçek boyutu, mesleki tatmin alt ölçek boyutu ve merhamet yorgunluğu alt ölçek boyutları ile meslekteki çalışma yılları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Buna karşın tükenmişlik alt ölçek boyutunda hemşirelerin meslekteki çalışma yılları arttıkça, tükenmişlik düzeylerinde azalma meydana geldiği gözlendi ve oluşan farkın

istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı gözlendi ($p<0,05$). Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre diğer çalışmalarla benzerlik olduğu gözlenmektedir.

Bilinçli farkındalık çalışanın acı çeken birine şahit olduğunda bireyin duygularına karşı dengeli bir yaklaşım sergilemesidir (Akdeniz ve Deniz, 2016). Rose ve ark., (2006) merhamet yorgunluğunun bir diğer alt boyutu olan bilinçli farkındalık boyutunda ise cinsiyetin farklılığa neden olduğu ifade etmektedirler. Kadın sağlık çalışanlarının, erkek sağlık çalışanlarına göre daha sabırlı olmaları ve hastaların sıkıntılarını daha dikkatli bir şekilde dinleyip tedavide bulunmaları bu duruma neden olarak gösterilebilir. Merhamet yorgunluğunun alt boyutu olan sevecenlik boyutunun çalışan kadın hemşirelerden daha fazla görülebileceği ifade edilmektedir (Romeo - Ratliff, 2014). Campbell (2013) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, çalışanların bilinçli ve birçok şeyin farkında olarak, bireylere sağlık hizmeti vermesinin çalışanlarda merhamet yorgunluğunun daha az görülmesine neden olacağını belirtmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, cinsiyetin merhamet düzeyi üzerine etkisi olduğu, bilinçlilik boyutunda erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Tel ve Sarı, 2016). Sağlık çalışanları arasında, merhamet yorgunluğu ve çalışma yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, hemşire ve hekimlerde bilinçli farkındalık durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu, kadın sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık düzeyinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Polat ve Erdem, 2017). Araştırmamızda da kadınların hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamalarda daha etkili olduğu saptanmıştır.

Yapılan araştırmada hemşirelerin cinsiyetleri ile tıbbi hata ölçeği toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek boyutları ve toplam ölçek boyutlarında da hemşirelerin cinsiyetleri ile arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Hemşirelerin hastalar ve aileleri için merhametli bir bakım sağlamayı sürdürebilmeleri için kendi kişisel, duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılamaları gerekmektedir. Merhamet yorgunluğunun önlenmesinde eğitim programları önemlidir (Cerit ve ark., 2016). Flarity ve ark. (2016) merhamet yorgunluğunun kökeni, belirtileri, merhamet yorgunluğu ile ilişkili faktörler; stres yönetimi; gevşeme teknikleri ve hayal kurmayı içeren bireysel ve grup çalışmalarına

yer verdikleri eğitimin hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı azalma sağladığını bildirmektedir. Aynı çalışmada anlamlı olmamakla birlikte eğitimin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinde azalma sağladığı da görülmektedir. Meadors ve Lamson (2008)'un çalışmalarında eğitimin merhamet yorgunluğu ve iş stresini azaltmaya yönelik farkındalık oluşturmada başarılı olduğu bildirilmektedir. Yapılan araştırmada yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek boyutlarından mesleki tatmin ile eğitim durumu değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Tükenmişlik alt ölçek boyutu, merhamet yorgunluğu ve toplam ölçek boyutları açısından lise mezunu hemşirelerin oranlarının, ön lisans ve lisans mezunu olan hemşirelerin oranlarından daha yüksek olduğu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ayrıca yüksek düzeyde kişisel stres yaşayanların daha yüksek düzeyde iş stresi ve merhamet yorgunluğu yaşadıkları ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmada hemşirelerin eğitim durumunun tıbbi hata ölçeği toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutları ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Bulgularımızın diğer çalışmalar ile paralel olduğu gözlenmektedir.

Yapılan araştırmada hemşirelerin mesleklerini isteyerek seçme durumları ile tıbbi hataya eğilim ölçeği alt boyutları ve alt ölçek boyutları ile aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yaşam kalitesi toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarından merhamet yorgunluğu ile aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Ancak mesleki tatmin alt ölçek boyutunda mesleğini isteyerek seçenlerin istemeden seçenlerin oranlarından daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Tükenmişlik alt ölçek boyutunda ise mesleklerini isteyerek seçmeyenlerin, isteyerek seçen hemşirelerin oranlarından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı idi. Bitek ve Akyol (2017) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve mesleklerini isteyerek seçenlerin daha doyumlu çalıştıklarını bildirmektedir. Yıldız ve Birgili (2007) yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin motivasyon düzeylerini değerlendikleri çalışmalarında mesleğini isteyerek seçen ve yoğun bakım ünitesinde çalışmayı kendi istekleriyle tercih edenlerin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Hemşirelik mesleğini severek yapanların mesleğe ilişkin zorluklarla baş edebilmede daha başarılı oldukları ve emosyonel açıdan daha az etkilendikleri düşünülmektedir.

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir diğer araştırma sonucuna göre çalışanların kendilerini mutlu hissederek bireylere sağlık hizmeti vermeleri merhamet yorgunluğunun çalışanlarda daha az görülmesine neden olmaktadır. Bu durum ise çalışanların işlerinde daha verimli hizmet vermesini sağlamaktadır (Doman, 2010). Merhamet yorgunluğu açısından çalıştığı bölümü kendileri isteyerek seçenlerin oranlarının, istemeden çalışanların oranlarından daha yüksek olduğu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Hür (2018) çalışmasında hemşirelerin merhamet yorgunluğu ölçeği alt boyutlarına ait puan ortalamaları ile çalışma koşullarından memnun olma durumlarını incelediğinde; çalışma koşullarından memnun olan hemşirelerin mesleki tükenmişlik puan ortalamalarının çalışma koşullarından memnun olmayan hemşirelerden daha düşük olduğunu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirdi. Cerit ve ark. (2016) çalışmalarında iş yaşamından memnun olmadığını belirten yoğun bakım hemşirelerinin memnun olanlara göre duygusal tükenme puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Tunçel ve ark. (2014) bir onkoloji hastanesindeki yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarında; yoğun bakım ünitesinde kendi isteğiyle çalışan, çalışma ortamından memnun olan hemşirelerde tükenmişliğin daha düşük olduğunu bildirmektedir. Yoğun bakım ortamı ve çalışma koşulları çalışanlar için oldukça streslidir. Mesleki rollerin gerektirdiği iş temposu ve çalışma ortamının zorlukları ile başa çıkabilecek stratejilere sahip olmanın tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu bildirilmektedir (Dasan ve ark., 2015). Araştırma sonuçlarımızın, diğer bulgular ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Dogbey (2008)'in çalışmasının sonucuna göre sağlık çalışanları içerisinde yer alan hemşirelerde merhamet yorgunluğuna daha fazla rastlanıldığı görülmektedir. Hemşireler, fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklarını tehlike altına atan merhamet yorgunluğuna maruz kalmakta ve bu durum çalışma performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir. Giles (2011) 'in yaptığı araştırma sonucunda ise sağlık çalışanları içerisinde merhamet yorgunluğuna en çok maruz kalan grubun hemşireler olduğu ifade edilmektedir. Merhamet yorgunluğuna maruz kalan hemşirelerin bireylere isteksiz olarak sağlık hizmeti verdiği belirtilmektedir. Bu durum yukarıda bahsi geçen Dogbey (2008) 'in çalışmasının sonucu ile aynı doğrultudadır. Çalışmamızda yaşam kalitesi alt ölçek ve toplam ölçek boyutu ile hemşirelerin görev değişkenleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Yaptığımız araştırmada hemşirelerin görev değişkenleri ile tıbbi hata ölçeği ve alt ölçek boyutları ile aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Buna karşın hemşirelerden klinik hemşirelerinin mesleklerindeki tatmin, merhamet yorgunluğu konularında klinik eğitim hemşireleri ve sorumlu hemşirelere göre daha yüksek olduğu gözlendi. Yoğun bakım ünitelerindeki sağlık çalışanları arasında merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yaygınlığını değerlendiren bir sistematik derlemede dahil edilen çalışmalarda merhamet yorgunluğu sıklığının % 7,3 ve % 40 olduğu; ikincil travmatik stres sıklığının % 0 - % 38,5 ve tükenmişlik sıklığının % 0 - % 70,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kompanje ve ark., 2015). Branch ve Klinkenberg (2015) çalışmalarında pediatri yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, diğer pediatri birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşadıklarını bildirmektedir. Masson ve ark. (2014) çalışmalarında cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin orta düzeyde tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşadıklarını bildirmektedir. Literatürde farklı birim ve statülerde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda da hemşirelerin orta - yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşadıkları görülmektedir (Sung ve ark., 2012; Kolthoff ve Hickman, 2017).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde, merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmamızda; merhamet yorgunluğunun, hasta güvenliği üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin tıbbı hataya eğilim toplam ölçek boyutu ve alt ölçek boyutlarından ilaç ve transfüzyon uygulamaları, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim alt ölçek boyutlarında hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve eğilimlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yaşam kalitesi toplam ölçek boyutunda ortalamanın üzerinde bir yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenirken, merhamet yorgunluklarının düşük olduğu, tükenmişlik düzeylerinin kısmen ortalamanın üzerinde ve mesleki tatmin açısından olumlu bir eğilim gösterdikleri, hastalarla iletişime geçmekten kaçındıkları belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Merhamet yorgunluğu açısından risk taşıyan hemşirelere özel seminer veya destek programlarının sunulması
- ✓ Yoğun bakım ünitesinde çalışan özellikle 30 yaş ve altında olan hemşirelere; tükenmişlik ve merhamet yorgunluklarının iyileştirilmesi

amacı ile hasta ile iletişim kurma yöntemleri, sınırları belirleme eğitimi, empati eğitimleri, meditasyonu, yoga gibi alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarından destek almaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbolat, M., Turgut, M., Över, G. (2015). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Algılarının Motivasyonlarına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4 (2), 65 - 82.

Akdeniz, S., Deniz, M.E. (2016). Merhamet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. The Journal Of Happiness & Well - Being, 4, 50 - 61.

Akgün Şahin, Z., & Kardaş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi (Head), 12 (3), 210 - 214.

Alan, H. (2018). Merhamet Yorgunluğu Ve Yönetici Hemşirenin Rolü, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5 (2), 141 - 146.

Alan, H., Yıldırım, A. (2016). Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2 (3), 86 - 98.

Andsoy, I. I., Kar, G., & Öztürk, Ö. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerine Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 1 (1), 17 - 27.

Arkan, B., Yılmaz, D., Düzgün, F. (2019). Determination Of Compassion Levels Of Nurses Working At A University Hospital, Journal Of Religion And Health,1 - 11.

Atilla Gök, G. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20 (2), 299 - 313.

Avşar, G., Armutçu, E. A., & Özlü, Z. K. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeyi: Erzurum Örneği. Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi, 3 (2), 115 - 122.

Ayaz, S., Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler: Balıkesir Örneği, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2 (1), 60 - 69.

Aydıner Boylu, A.,Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri, Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi, 8 (15), 137 - 150.

Bağcıvan, E. (2019). Çocuk Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğunun Mesleki Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Bektaş, G., Genç, G., Güneç, A., Aytaç, B. (2018). Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu, 2nd International Symposium Humanities And Social Sciences, 190 - 197.

Bitek, D. E., Akyol, A. (2017). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 21, 1 - 6.

Branch, C.,Klinkenberg, D. (2015). Compassion Fatigue Among Pediatric Health Care Providers, Mcn Am J Matern Child Nurs, 40, 160 - 166.

Campbell, J. (2013). Prevalence Of Compassion Fatigue And Compassion Satisfaction İn Mental Health Care Professionals, Institute Of Social Sciences, Department Of Clinical Psychology, Ph.D, Usa: Walden University.

Cerit, G. N., Aykal, G., Güzel, A., Kara, İ. (2016). Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, Anadolu Kliniği, 21, 109 - 118.

Çatak, T., Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Müsbed, 5 (2), 85 - 95.

Çobanoğlu, N. (2012). Tıp Araştırmalarında Anket Uygulanması Ve Etik, Meme Sağlığı Dergisi, 8 (3), 99.

Çolak Coşkun, R., Uğur, E. (2018). Hemşirelerin Yönetsel Kararlara Katılımlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisi, Acı Sağlık Bilimleri Dergisi, 9 (2), 142 - 149.

Ergün, Y. A., Demir, H., Sağnak, N. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 102 - 113.

Ersun, A. G. A., Başbakkal, Z., Yardımcı, Y. D. D. F., Muslu, Y. D. D. G., & Beytut, Y. D. D. D. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi.

Flarity, K.,Rhodes, W. J., Reckard, P. (2016). Intervening To İmprove Compassion Fatigue Resiliencyin Nurse Residents, J Of Nurs Educ Pract, 6, 99 - 104.

Giles, Cw. (2011). Compassion Fatigue İn Home Care Nurses, A The Sissubmitted To The Faculty Of Gardner - Webb University School Of Nursing İn Partial, Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master Of Science İn Nursing.

Helvacı, I., Turhan, M. (2013). Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, İşletme Ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 1 (4), 58 - 68.

Hevezi, J. A. (2016). Evaluation Of A Meditation İntervention To Reduce Dalgalı, B., Gürses, İ. (2018). Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri Ve Önemi, Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (1), 181 - 204.

Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., Taylor, C. (2015). Prevalence, Causes And Consequences Of Compassion Satisfaction And Compassion Fatigue İn Emergenc Ycare: Amixed - Methodsstudy Of Uk Nhs Consultants. Emerg Med J, 32, 588 -594.

Denk, T. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mesleki Yaşam Kalitesi Merhamet Memnuniyeti Merhamet Yorgunluğu, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Dikmen, Y., Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?, J Hum Rhythm, 2 (1), 13 - 21.

Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı Ve Ahlaki Boyutu, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17 (2), 74 - 82.

Dizer, B.,İyigün, E., Kılıç, S. (2008). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 12 (1), 1 - 11.

Dogbey, E. A. (2008). The Relation Ships Among Unit Culture, Work Stress, Compassion Fatigue And Sense Of Well Beıng İn Operatıng Room Nurses İn Level One Or Two Traumacenters, A Dissertation Presented To The Faculty Of The School Of Nursing Widener University İn Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Philosophy.

Doman, Mm. (2010). Compassion Fatigue, Burn Out, Compassion Satisfaction And Subjective Happiness İn Mental Health Providers, A Dissertation Submitted İn Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Doctor Of Psychology, University Of La Verne.

Duygulu, S., Kublay, G. (2008). Yönetici Hemşirelerin Ve Birlikte Çalıştıkları Hemşirelerin Liderliğe İlişkin Değerlendirmeleri Ve Yönetici Hemşirelerin Sahip Oldukları Liderlik Özellikleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1 - 15.

Er, F., & Altuntaş, S. (2016). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları Ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3 (3), 132 - 139.

The Effects Of Stresors Associated With Compassion Fatigue Amon Gnurses. Journal Holist Nurs, 34, 343 - 350.

İntepeler, Ş. S., & Dursun, M. (2012). Tıbbi Hatalar Ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (2), 129 - 135.

Hür, S. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerine Verilen Stres Yönetimi Eğitiminin Merhamet Yorgunluğuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

İşgör, İ. Y. (2017). Merhametin Öznel İyi Oluş Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi. Gaun - Jss, 16, 425 - 436.

Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin İş Tatmin Düzeyleri: Sivas İli Örneği, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3 (6), 46 - 57.

Kılıç, S. (2018). Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik Ve Eş Duyum Yorgunluğunun İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.

Kızılırmak, M., Demir, S. (2016). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Taf Preventive Medicine Bulletin, 15 (2), 132 -140.

Koca, F. (2018). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu Ve Tekili Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kolthoff, K. L.,Hickman, S. E. (2017). Compassion Fatigue Among Nurses Working With Older Adults. Geriatr Nurs, 38, 106 - 109.

Konal, E., Ardahan, M. (2018). Merhamet Yorgunluğu Ve Hemşirelik, Sağlık Ve Toplum, 28 (1), 11 - 16.

Mason, V. M.,Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., Griffin, M. (2014).Compassion Fatigue, Moral Distress, And Work Engagement İn Surgical İntensive Care Unit Trauma Nurses:A Pilot Study. Dimens Crit Care Nurs, 33, 215 - 225.

Meadors, P., Lamson, A. (2008). Compassion Fatigue And Secondary Traumatization: Provider Self Care On İntensive Care Units Fo Rchildren. J Pediatr Health Care, 22, 24 - 34.

Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelik Ve Kalite, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (1), 104 - 110.

Özata, M., Altunkan, H. (2010). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması, Iı. Uluslarası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ed: Ertem Kırılmaz, Ankara, 3 - 20.

Özel Yalçınkaya, S. (2016). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

Özgür, G., Yıldırım, S., Ökmen, E. (2008). Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24 (3), 33 - 43.

Pehlivan, T., Güner, P. (2017). Merhamet Yorgunluğu: Bilinenler, Bilinmeyenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9 (2), 129 - 134.

Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne.

Polat, F. N. (2016). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.

Polat, F. N., Erdem, R. (2017). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1 (26), 291 - 312.

Romeo - Ratliff, A. (2014). An Investigation İnto The Prevalence Of And Relation Ships Among Compassion Fatigue, Burn Out, Compassion Satisfaction And Self Transcendence İn Oncology Nurses, Submitted İn Partial Fulfillment Of The Requirements For Th Edegree Of Doctor Of Philosophy İn Nursing Seton Hall University.

Rose, R. C., Beh, L., Uli, J., Idris, K. (2006). Quality Of Work Life: Implications Of Care Erdimensions, Journal Of Social Sciences, 2 (2), 61 - 67.

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction And Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses, Critical Care Nurse, 35, 32 - 44.

Saygılı, M., Avcı, K., Sönmez, S. (2016). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesine İlişkin Bir Değerlendirme: Bir Kamu Hastanesi Örneği, The Journal Of Academic Social Scienc Estudies, 52, 437 - 451.

Sung, K., Seo, Y., Kim, J. H. (2012). Relation Ships Between Compassion Fatigue, Burn Out, And Turn Over İntention İn Korean Hospital Nurses, J Korean Acad Nurs, 47, 1087-1094.

Şahin Aynur, H. (2018). Kur'an - I Kerim'de Rahman Ve Rahim'in Esma - İ Hüsna İle Kullanım Alanları, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi,12 : 69 - 94.

Şirin, M., Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (2), 123 -130.

Tel, F. D., Sarı, T. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Öz Duyarlılık Ve Yaşam Doyumu, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16, 292 - 304.

Terzioğlu, F, Şahan F. U. (2017). Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi Ve Konumu, Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3 (4), 136 - 142.

Tunçel, Y. İ., Kaya, M., Kuru, R. N., Menteş, S., Ünver, S. (2014). Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu. Turk J Intense Care, 12, 57 - 62.

Uslu, E., Buldukoğlu, K. (2017). Psikiyatri Hemşireliğinde Şefkat Yorgunluğu: Sistematik Derleme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9 (4), 421 - 430.

Van Mol, M. M.,Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence Of Compassion Fatigue And Burn Out Among Health Care Professionals İn İntensive Care Units: A Systematic Review. Plo S One, 10, 1 - 22.

Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N. N., Aker, T. A. (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması, Nöropsikiyatri Arşivi, 47: 11 - 117.

Yıldırım, A.,Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenler, Psikiyatri Hemşirelik Dergisi, 2 (2), 61 - 68.

Yıldız, M., Birgili, F. (2007). Muğla Ve Menteşe Devlet Hastaneleri Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11, 1 - 9.

Yılmaz, G., Üstün, B. (2018). Hemşirelerde Profesyonel Yaşam Kalitesi: Merhamet Memnuniyeti Ve Merhamet Yorgunluğu, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9 (3), 205 - 211.

Yüksel Kaçan, C., Örsal, Ö. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişliği Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 22 (1), 25 - 36.

Yüzügüllü, D. A., Aytaç, N., Akbaba, M. (2018). Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Yaşam Kalitesi, İş Kazaları Ve Vardiyalı Çalışmanın Etkileri, Sakarya Tıp Dergisi, 8 (1), 99 - 107.

EKLER

EK A. KATILIMCILARDAN ALINAN ONAY FORMU

Sayın meslektaşım;

Bu araştırma, İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Hasta Güvenliğine Etkisi" konulu bir tez çalışmasıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Kimlik bilgileriniz ve cevaplarınız gizli tutulacak ve test yanıtlarınız yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Anketi cevaplamanız çalışmaya onay verdiğiniz şeklinde yorumlanacaktır.

Katılımınız için teşekkürler.

Araştırmacı

İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi
Ç.Ü. Balcalı Hastanesi
Genel Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi
Şenay KARACA

EK B. BAŞHEKİMLİK İZİN FORMU

Tarih ve Sayı: 29/11/2018-E.45468

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 59565534-020/
Konu : Tez Çalışması

Sayın Dr.Öğrt.Üyesi Sennur KULA ŞAHİN
İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi : Bila 19/11/2018 tarihli, Bila sayılı ve "TEZ ÇALIŞMASI" konulu yazı,

İlgi tarih ve sayılı yazınız gereği, " Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Hasta Güvenliğine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Hastanemizde yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Tamer Cevat İNAL
Başhekim

29/11/2018 İşçi(Ş) Suna OKÇU

Mevcut Elektronik İmzalar
TAMER CEVAT İNAL (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim) 29/11/2018 16:29

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.cu.edu.tr/Validate_Doc.aspx?V=BENNL4M9A
Adres:Çukurova Universitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 60 60 Faks0 (322) 338 69 00
e-Posta:hastane@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr
Bilgi için: Suna OKÇU
Unvanı: İşçi(Ş)
Tel No: 3001-3002
Kep Adresi: cukurovauniversitesi@hs01.kep.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK C. ANKET FORMU

A. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

( ) 20 yaş altı

( ) 21–25 yaş

( ) 26–30 yaş

( ) 31–35 yaş

( ) 36–40 yaş

( ) 41 yaş ve üstü

2. Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek

3. Medeni durumunuz:

( )Evli

( ) Bekâr

4. Eğitim durumunuz:

( ) Lise

( ) Ön lisans

( ) Lisans

( ) Lisansüstü

5. Meslekteki toplam çalışma süreniz:

( ) 1–5 yıl

( ) 6–10 yıl

( ) 11–15 yıl

( ) 16-20 yıl

( ) 21 yıl ve üstü

6. Göreviniz:

( ) Klinik hemşiresi

( ) Klinik eğitim hemşiresi

( ) Sorumlu Hemşire

7. Çalıştığınız bölüm:

( )BCYB

( )DYB

( ) GCYB

( ) KYB

( ) KDCYB

8.Yoğun Bakımda çalışma süreniz:

( ) 1- 3 yıl

( ) 4-6yıl

( )7-9yıl

( )10-12 yıl

( )13 yıl ve üstü

9. Çalışma şekliniz:

( ) Sürekli gündüz

( ) Sürekli gece

( ) Gündüz ve gece

10.Haftalık Çalışma Süreniz?

11.Bu Mesleği İsteyerek mi seçtiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

12.Çalıştığınız Bölümü Tercih Etme Durumu?

( ) Kendi İsteğimle ( ) Atama

13.İş yaşamından Memnun Olma Durumu?

( )Memnun ( ) Kısmen Memnun ( ) Memnun Değil

14.İş Yaşamından Memnun Olmama Durumu?.....

15. Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

16. Merhamet yorgunluğunu tetikleyen faktörler sizce neler olabilir?

( ) Hastanın genç olması

( ) Hasta yakınlarının ilgisizliği

( ) İş yükünün fazla olması

( ) Kişisel sınırlar (yetersizlik ya da yetişememe duygusu)

( ) Suçluluk duygusu

( ) Takdir edilmemek

17. Merhamet yorgunluğunu önlemek için uyguladığınız strateji/ler nelerdir?

( ) Uygun bir iş-yaşam dengesi sağlamak

( ) Kişisel psikoterapiye başlamak

( ) Manevi ihtiyaçlara kulak vermek

( ) Uygun öz bakım uygulamaları yapmak

( ) Gerçekçi bir başarısızlık toleransına sahip olmak

( ) İş ve kişisel hedeflerinin farkında olmak

( ) Mümkün olduğu kadar rahat bir çalışma ortamı geliştirmek

( ) Hastaların yanı sıra çalışanlarla işyeri içinde destek ve saygı kültürünü sağlamak

18. Sizce yoğun bakımlarda en fazla karşılaşılan hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hatalar neler olabilir?

19. Sağlık bakımı hizmeti sunumunda hasta güvenliğini etkileyecek tıbbi hataya tanık oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

20. Eğer tıbbi hata ile karşılaştıysanız türü nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

( ) İlaç hatası

( ) Kimlik hatası

( ) Hastane enfeksiyonları

( ) Kan transfüzyonları
( ) İletişim hataları
( ) Cerrahi güvenlik (yanlış taraf cerrahisi, malzeme unutulması)
( ) Eksik malzeme / ekipman
( ) Düşmeler
( ) Bakım ve tedavinin gecikmesi
( ) Basınç yaraları
( ) Cerrahi yanıklar

21. Tıbbi hatayla karşılaştıysanız sonuca etkisi neydi?
( ) Hata hastaya zarar vermeden engellendi / önlendi.
( ) Hastanın izlem ihtiyacı arttı.
( ) İlave tetkik istendi.
( ) İlave tedavi düzenlendi.
( ) Yatış süresi uzadı.
( ) Sakatlık
( ) Ölüm

22. Sizce tıbbi hataları en sık hangi meslek grubundakiler yapıyor?
( ) Hekimler ( ) Hemşireler ( ) Diğer (yazınız)

23. Sizce tıbbi hataların meydana gelme sebepleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
( ) Hemşirelerin sayı olarak yetersiz olması
( ) Uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, stres
( ) İletişim bozuklukları
( ) Ekip çalışmasının olmaması
( ) Yanlış ya da uygun olmayan malzeme
( ) Sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapıda olması
( ) Doktorların hastalara yeterince vakit ayırmaması
( ) Mesleki eğitiminin yetersiz olması
( ) Doktorların el yazılarının okunaklı olmaması

24. Tıbbi hatalar konusunda ne sıklıkla duyum alıyorsunuz?

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

25. Tıbbi hatalardan korunmak için kendi bilgi ve farkındalığınıza ne kadar güveniyorsunuz?

( ) Çok güvenirim ( ) Biraz güvenirim ( ) Güvenmem

26. Sizce merhamet yorgunluğu hasta güvenliğini etkiler mi?

( ) Evet ( ) Hayır

27. Sizce merhamet yorgunluğunun hasta güvenliği açısından ne gibi etkileri olabilir?

B. TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz

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					
İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim					
İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim					
İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim					
IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim					
İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım					
İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim					
İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim					
Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim					
Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim					
Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim					
HASTANE ENFEKSİYONLARI	**HİÇ**	**ÇOK NADİR**	**ZAMAN ZAMAN**	**GENELLİKLE**	**HER ZAMAN**
Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim					
IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim					
Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim					
İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak-yırtık/delik yönünden kontrol ederim					
Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştirim					
Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim					
Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim					
Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım					
Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim					
Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım					
Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim					

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

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

NO		(0)Hiçbir Zaman	(1)Nadiren	(2)Bazı Zamanlar	(3)Sıkça	(4)Sık Sık	(5)Oldukça Sık
1	Kendimi mutlu hissediyorum						
2	Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor						
3	İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.						
4	Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.						
5	Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçrıyor ya da ürküyorum.						
6	Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum						
7	Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.						
8	Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor						
9	Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.						
10	Yardım eden olarak kendimi kapana sıkılmış gibi hissediyorum						
11	Yardım için yaptığım çalışmalarımdan dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.						
12	İşimi seviyorum.						
13	Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.						
14	Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.						
15	Bana güç veren inançlarım var.						
16	Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum						
17	Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.						
18	İşim beni tatmin ediyor.						
19	Kendimi tükenmiş hissediyorum						
20	Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.						
21	Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.						
22	İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum						
23	Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.						
24	Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.						
25	Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor						
26	Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum						
27	Yardım eden olarak kendimi "başarılı" hissediyorum.						
28	Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum						
29	Çok hassas bir insanım						
30	Bu işi seçtiğim için mutluyum						

EK D. BAŞHEKİMLİĞİNE GÖNDERİLEN İZİN DİLEKÇESİ

16.11.2018

Ç.Ü. TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Danışmanlığımda Şenay Karaca tarafından yürütülmesi öngörülen, ''Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Hasta Güvenliğine Etkisi'' başlıklı yüksek lisans tez çalışması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2 Kasım 2018 tarihli ve 82/8 karar numarası ile onay almıştır. Çalışmanın , yoğun bakım hemşirelerinde uygulanabilmesi için gerekli idari iznin verilmesi konusunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr. Öğrt. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

EKLER:

1. 2 Kasım 2018 Tarihli ve 82/8 Sayılı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı
2. Araştırma protokolü
3. Uygulanacak anket örneği

EK F. ANKET KULLANIM İZİN KAĞIDI

Gönderen: Sennur Kula SAHIN, ISU <ssahin@istinye.edu.tr>
Gönderildi: 21 Ağustos 2019 Çarşamba 18:18
Kime: Şenay Karaca <senayatayan@hotmail.com>
Konu: FW: tıbbi hataya eğilimlerinin belirlenmesi içeren anket izni

From: Musa özata <musaozata@gmail.com>
Sent: Tuesday, May 30, 2017 3:38 PM
To: Sennur Kula SAHIN, ISU <ssahin@istinye.edu.tr>
Subject: Re: tıbbi hataya eğilimlerinin belirlenmesi içeren anket izni

Ölçeği kullanabilirsiniz. Sadece hemşirelerde kullanabilirsiniz.

29 Mayıs 2017 16:19 tarihinde Sennur Kula SAHIN, ISU <ssahin@istinye.edu.tr> yazdı:

> Sayın Doç.Dr.Musa Özata
>
> Tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi ölçeğini zi, bir özel hastanede çalışan hemşirelerde kullanmak istiyoruz. Ölçeğin orjinali, değerlendirmesi ve izin verdiğinizi gösteren bir mail atarsanız seviniriz.
>
> Sadece hemşireler üzerinde mi geçerliliği yapıldı?
>
> Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.
>
> Yrd.DoçDr.Sennur KULA ŞAHİN
> İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi