



**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK,
HASTA GÜVENLİĞİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ:
BİR HASTANE ÖRNEĞİ**

Neşe KIRÇİÇEK KOCAMAN

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Birol TOPÇU**

**Tez No:2018/40
Tekirdağ 2018**

TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK, HASTA
GÜVENLİĞİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ:
BİR HASTANE ÖRNEĞİ**

Neşe KIRÇIÇEK KOCAMAN
1158206153

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Birol TOPÇU

Tez No: 2018/40

TEKİRDAĞ-2018

ONAY SAYFASI

KABUL ve ONAY
Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

02/11/2017

Doç. Dr. Tülin Yıldız
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Jüri Başkanı

Dr. Öğretim Üyesi Birol TOPÇU
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

Dr. Öğretim Ü. Aylin AYDIN SAYILAN
Kırklareli Üniversitesi
Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Neşe KIRÇIÇEK KOCAMAN'ın "Hemşirelerde Tükenmişlik, Hasta Güvenliği Ve Aralarındaki İlişki: Bir Hastane Örneği" başlıklı tezi günü saat’da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim süresince, tez çalışmasının planlanması ve gerçekleştirilmesinde iyi niyetiyle bana rehberlik eden, her türlü destek ve yardımını esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Birol TOPÇU'ya, katkılarından ve desteklerinden dolayı kıymetli hocam Doç. Dr. Tülin YILDIZ'a, destek olan diğer tüm hocalarıma, arkadaşlarıma, eğitimim süresince hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili eşim ve dünyaya daha yeni geldiği halde bu dönemde beni hiç üzmeyen ve varlığıyla beni çok mutlu eden biricik kızım Asya'ya sonsuz teşekkür ederim.



ÖZET

KIRÇIÇEK KOCAMAN, N. Hemşirelerde Tükenmişlik, Hasta Güvenliği ve Aralarındaki İlişki: Bir Hastane Örneği, Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2018. Hemşirelik mesleği yapısı gereği, birebir insan ilişkileri ile yoğun bir iletişim ve hizmet gerektirir. Bu sebeple hemşirelerin tükenmişlik yaşama ve tükenmenin etkisi ile hasta güvenliğini tehlikeye düşürme riskleri yüksektir. Bu bağlamda, hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü düzeylerini saptamak ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bu çalışma yapıldı. Araştırmanın evrenini, hastanede görev yapan tüm hemşireler; örneklemini gönüllü olarak katılan 100 hemşire oluşturdu. Veri toplama araçları, “Sosyo-demografik Soru Formu”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği”nden oluşmaktadır. PASW Statistics 18 for Windows istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Tüm ölçek puanları normal dağılıma sahip olmadığı için parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edildi. İki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. İkiyden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişki için Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi.

Elde edilen bulgulara göre; tükenmişlik ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Hasta güvenliği kültürü ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim ve haftalık çalışma saati arasında farka rastlanmamakla beraber kıdem ile arasında fark görüldü. Bu sonuçlara göre kıdemli hemşirelerin hasta güvenliği konusunda daha dikkatli olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Tükenmişlik, Hasta Güvenliği

ABSTRACT

KIRÇIÇEK KOCAMAN, N. Burnout In Nurses, Patients Safety And The Relationship Between Them: A Hospital Example, Namık Kemal University, Institute of Health Sciences, Department of Surgical Nursing Postgraduate Thesis, Tekirdağ, 2018. The nature of the nursing profession requires intensive communication and service with one-to-one human relations. For this reason, nurses have a high risk of burnout and compromising patient safety with the effect of burnout. In this context, this study was conducted to determine the levels of burnout and nursing safety of nurses and to determine the relationship between them. The universe of the study, all the nurses working in the hospital; 100 volunteers participated in the study. Data collection tools consist of “Socio-Demographic Questionnaire”, “Maslach Burnout Scale” and “Patient Safety Culture Scale”. The number of surveys is 100. PASW Statistics 18 for Windows statistical package was used. When evaluating the study data, Kolmogorov - Smirnov dispersion test was used for descriptive statistical methods (frequency, percentage, mean, standard deviation) as well as normal distribution. If all the scale scores did not have normal distribution, non-parametric statistical methods were preferred. In case of two groups, Mann Whitney U test was used to compare the parameters between groups. In case of more than two groups, Kruskal Wallis test was used to compare the parameters between groups. Spearman Correlation Analysis was used to examine the relationship between the scales.

According to the findings; there was no significant difference between burnout and gender, marital status, educational status, having children, working unit, weekly working hours and seniority. There was no difference between patient safety culture and gender, marital status, educational status, having children, working unit and weekly working hours however there was a difference between seniority. According to these results, senior nurses are more careful about patient safety.

Keywords: Nurse, Burnout, Patients Safety

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
TABLO LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1
1. TÜKENMİŞLİK	4
1.1. Tükenmişlik Tanımı ve İlgili Kavramlar.....	4
1.1.1. Duygusal Tükenme SİMGELER	6
1.1.2. Duyarsızlaşma	7
1.1.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi	8
1.2. Tükenmişliğin Nedenleri	8
1.2.1. Bireysel Faktörler.....	9
1.2.2. Çevresel Faktörler	12
1.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Nedenleri.....	18
1.4. Tükenmişliğin Belirtileri	19
1.4.1. Psikolojik belirtiler.....	20
1.4.2. Fiziksel Belirtiler.....	20
1.4.3. Davranışsal Belirtiler	21
1.4.4. Sosyal Belirtiler.....	21
1.4.5. Organizasyonel belirtiler	22
1.5. Tükenmişliğin Sonuçları	22
1.5.1. Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları	22
1.5.2. Tükenmişliğin Organizasyonel Sonuçları	24
2. HASTA GÜVENLİĞİ	25
2.1. Hasta Güvenliği Kavramı	25
2.2. Hasta Güvenliği Tanımı	26
2.3. Hasta Güvenliğinin Karakteristikleri.....	26
2.4. Tıbbi Hata.....	27
2.4.1. Tıbbi Hata Sebepleri	29

2.4.2.	Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	30
2.4.3.	Hasta Güvenliği İhlalleri ve Tıbbi Hataların Sonuçları	32
2.5.	Güvenilir Bir Sağlık Hizmetinin Önündeki En Önemli Engeller.....	33
2.6.	Hasta Güvenliği Kültürü	35
3.	MATERYAL VE YÖNTEM	37
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	37
3.2.	Araştırma Soruları	37
3.3.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.4.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.5.	Veri Toplama İşlemi ve Araçları.....	37
3.5.1.	Sosyo-demografik Veri Formu	38
3.5.2.	Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği	38
3.5.3.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	39
3.6.	Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	40
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.8.	Araştırmanın Etik Yönü	41
4.	BULGULAR.....	42
5.	TARTIŞMA.....	56
5.1.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.....	56
5.2.	Hasta Güvenliği Kültürü toplam ve alt boyut puan ortalamaları	57
5.3.	Sosyo-demografik veriler ile MTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler	58
5.4.	Sosyo-demografik veriler ile HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler	58
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	62
	KAYNAKLAR	66
	EKLER.....	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
HGKÖ	Hasta Güvenliği Kùltürü Ölçeği
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICN	International Council of Nursing
IOM	Institute of Medicine
NPSF	National Patient Safety Foundation
MTÖ	Maslach Tùkenmiřlik Ölçeği



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 Maslach'ın Tükenmişlik Modeli.....	5
Şekil 1.2. Çalışma Hayatı Alanları Açısından Kişi ve İş Arasındaki Uyum ve Uyumsuzluk	12



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Kişisel Özellikler	42
Tablo 4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular	43
Tablo 4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular	43
Tablo 4.4. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki Analizi	44
Tablo 4. 5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çalışılan Birime Göre Dağılımı	47
Tablo 4.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	48
Tablo 4.7. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	50
Tablo 4.8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Kıdeme Göre Dağılımı	51
Tablo 4.9. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	53
Tablo 4.10. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı	54
Tablo 4.11. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	55

GİRİŞ

Hemşirelik, geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerde kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplindir. Günümüzde de gelişimini aynı yönde sürdüren hemşirelik; insan tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca deneyimlediği sağlık/hastalık durumlarında gereksindiği bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir (Biol 2002).

Tükenmişlik; duygusal yorgunluk, fiziksel yorgunluk ve zihinsel yorgunluk durumlarını ifade eden ve zaman geçtikçe, yavaş bir şekilde gelişen süreçtir (Maslach ve diğ. 2001).Tükenmişlik, duygusal isteklerin yoğun bir şekilde bulunduğu ortamlarda uzun zaman çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel olarak yıpranma, işyerinde çalışan kişilere ve yaşam karşısında olumsuz davranışlar geliştirilmesi gibi işaretlerin görüldüğü bir durum olarak tanımlanabilir.

Kocaman'ın (2015) belirttiğine göre, "Tükenmişlik" terimi ilk olarak Freudenburg (1974) tarafından ortaya konmuş ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach (1981) yapmıştır. Maslach tükenmişliği, kişinin profesyonel çalışma yaşamında ve diğer kişilerle içinde bulunduğu ilişkilerde olumsuzluklara sebep olan benlik saygısının bitmesi, sürekli yorgun olmak, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının oluşması ile beraber fiziksel, duygusal ve entelektüel bitkinlik ile karakterize bir sendrom olarak tanımlamıştır (Maslach ve Jackson 1981).

Tükenmişlik; direk olarak insana hizmet veren, hizmetin kalitesinde insan ile direk temasın önemli yere sahip olduğu meslek dallarında daha sık görülmektedir. Bununla beraber yapılan araştırmalar sağlık sektöründe çalışan insanların tükenmişliği yoğun bir şekilde yaşadığını göstermektedir (Ergin 1992, Kocaman 2015). Tükenmiş olduğunu hisseden bir hemşirenin, zihinsel ve bedensel bir takım ciddi rahatsızlıklara sahip olduğunu düşünürsek bu insanların hizmet verdikleri insanlara karşı olumsuz davranışlar göstereceği ve standartların altında hizmet vereceği bekleneceğinden hem kendine hem karşısındaki insanlara hem de çalıştığı birliğe zarar vermesi kaçınılmazdır.

Tükenmişlik, hemşirelerde birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir. Ölüm ile sonuçlanabilen hastalıklarla uğraşmak, hem kişinin kendisinin hem de aile ve çevresinin beklentilerinin yüksek olması, uzun çalışma saatleri, olması gerekenden fazla iş yükü ve sorumluluk, nitelik ve nicelik açısından yetersiz yardımcı elemanlarla çalışmak, çalışılan bölüm, maddi kaygılar ve tüm bunlarla başa çıkmaya çalışırken kişinin kendine ve özel yaşamına yeterince vakit ayıramaması ile tüm bunların neden olduğu toplumsal geri çekilme sonucu ortaya çıkabilmektedir (Hersbach 1991, Heim 1992). Kronik, iyileştirilemeyen veya ölmekte olan hastalarla potansiyel bir umut eksikliği yaşamak, tükenmişlik yaratabilir.

Özellikle onkoloji, yoğun bakım, palyatif birimler gibi bölümlerde çalışanlarda tükenmenin daha sık görüldüğü saptanmıştır. (Olkinuora 1990). Hemşireler, kişisel ve mesleki değerleriyle uyum içinde mesleklerini icra etmelerine çok fazla vurgu yaparlar. Bu değerlere aykırı davranmak, onların bütünlük duygusunu ve anlamını tehdit eder. Hemşireler hasta ve aile merkezli bakım sağlamak için eğitilirler, hemşirelerin değerleri çalıştıkları örgütün değerleri ile uyummadığı zaman tükenmektedirler. Vicdan meseleleri sağlık hizmetlerinde yaygın olarak bildirilmektedir. Sorunlar tekrarlandığında veya gözden geçirilmediğinde, acı birikir ve hemşirelere pozisyonlarını veya mesleğini tamamen bırakmayı düşündürebilir (Rushton ve diğ. 2015). Bu ve bunun gibi birçok nedenlerle sadece çalışanlar değil, hizmet alanlar da etkilenmektedir. Bu da bir güvenlik sorunu olarak ortaya çıkmaktadır.

Hasta güvenliği kavramı, Institute of Medicine (IOM) tarafından “hastalarda zararın önlenmesi” olarak tanımlanmış (Mitchell 2008) olup, sağlık bakım hizmetlerinin kişilere vereceği zararı engellemek amacıyla sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır.

Hastaneler ve diğer sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için hasta güvenliği kültürünün oluşturulması gerekir. Hasta güvenliği kültürü; hata bildirimlerinde şeffaflık, tıbbi hataların önlenmesinde sistematik bir yaklaşım ve dürüstlük olarak tanımlanmaktadır (Kaya 2009). Hemşireler, hemşirelik bakımını sunarken hastayla en çok birlikte olan ve iletişim halinde bulunan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle hemşireler, hasta güvenliği kültürünün bilinmesi, tutum ve

davranışa dönüştürülmesinde önemli bir potansiyele sahiptir (Rich 2008). Hastanelerde, hasta güvenliğini sağlamak için hasta güvenliği kültürü oluşturmak kadar; hastayla en çok zaman geçiren, hasta bakımında önemli rol üstlenen ve bir kurumda sağlık çalışanları içinde sayısal olarak çoğunluğu oluşturan hemşirelerin fiziksel ve ruhsal güçlerini, motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyecek tükenmişlik yaşamamaları da önemlidir.

Çalışma ortamı, tükenmişlik ve hasta güvenliği kültürü birbirini etkileyebilen kavramlar olmasına rağmen yapılan çalışmalarda tükenmişlik ve güvenlik kültürü kavramlarının ayrı ayrı incelenmiş olduğu görülmektedir (Tak ve diğ. 2009, Altay ve diğ. 2010, Abdou ve Saber 2011).



1. TÜKENMİŞLİK

1.1. Tükenmişlik Tanımı ve İlgili Kavramlar

Zaman ilerledikçe yoğun olan rekabet koşulları ve ilerleyen teknolojinin çalışma koşulları üzerinde oluşan olumsuz etkisi ile tükenmişlik sendromu günümüzdeki çalışma dünyası için önemli bir sorun olmaya başlamıştır. Tükenmişlik sendromu, konusu itibariyle kişilerin işleri sebebiyle kurdukları ilişkiler ve bu kurulan ilişkilerin kötü gidişatıyla ortaya çıkan sorunlarla alakalıdır.

Tükenmişlik, insanlarla birebir ilişki içinde bulunmayı gerektiren işlerde daha fazla görülmektedir (Maslach ve Jackson 1981). İnsanlarla çalışanlarda, insanlara karşı olan sorumluluğun, nesnelere karşı duyulan sorumluluktan daha fazla olması sebebiyle, tükenmişliğin ortaya çıkması riskinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Ensari ve Tuzcuoğlu 1995). Bu neden ile tükenmişlik; hizmet veren sektör çalışanları olan hekimler, hemşireler, avukatlar, öğretmenler, akademisyenler, polisler, sosyal hizmet görevlileri, çocuk bakıcıları, işletmelerin müşteri hizmetleri temsilcileri ve yönetici kademesinde görev yapanlarda, diğer mesleklerde çalışanlara oranla daha yüksek olduğu izlenmiştir (Ensari ve Tuzcuoğlu 1995, Ergin 1995).

Olkinuora ve arkadaşlarının (1990) yaptıkları çalışmada, özellikle onkoloji, yoğun bakım gibi bölümlerde çalışanlarda tükenmişliğin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Piedmont ise, benzer iş koşullarında görev yapsalar da, tükenme düzeylerinin, kişilik özellikleri, kişinin stres yaratan durumlara bakış ve onlarla başetme yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle, bireysel olarak şekillendiğini düşünmektedir (Piedmont 1993).

Tükenmişlik sendromu kavramı, ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında gözlemlenen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işten ayrılma durumlarını tanımlamak için 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya konmuştur. Freudenberger bu ortaya çıkan durumu, “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı istekler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek” şeklinde tanımlamıştır (Freudenberger 1975).

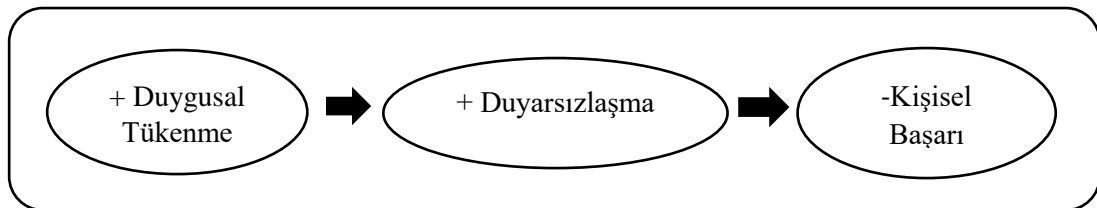
Freudenberger'den sonra bu konuyla ilgili çalışmaları ve özellikle tükenmişlik için geliştirdiği ölçek dolayısıyla günümüzde de tükenmişliğin en yaygın

ve kabul görmüş tanımını, aynı zamanda kendi adı verilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni de geliştirmiş olan Christina Maslach yapmıştır. Maslach'a göre tükenmişlik “mesleği gereği yoğun duygusal isteklere maruz kalan ve sürekli olarak diğer insanlarla birebir şekilde çalışmak zorunda olan kişilerde; bitkinlik, uzun süre görülen fiziksel yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk hislerinin; yapılan işe, dış dünya ve diğer insanlar üzerinde gösterdiği olumsuz tepkilerle meydana çıkan bir sendrom”dur (Maslach ve Jackson 1981).

Tükenmişlik sendromu, işyerinde karşılaşılan zorluklara karşı bireysel olarak geliştirilen duygusal olumsuz reaksiyonlardır (Italia ve diğ. 2008). Başka bir ifade ile tükenmişlik, sürekli güçlü strese maruz kalmaktan kaynaklanan düşük öz saygı veya öz yeterlilik duyguları ile birleşen duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenmişlik olarak tanımlanabilir (Seta ve diğ. 2000). O halde tükenmişlik, yaşanan stresle başa çıkamama sonucunda gözlenen, fizyolojik, zihinsel ve duygusal alanlarda hissedilen bir durumdur. Tükenmişlikle ilgili olarak yapılan araştırmada, kişiler arası ilişkilerin, fazla iş yükünün ve kişinin stresle başa çıkamadaki başarısının tükenmişlikle ilgili olduğu görülmüştür (Tuğrul ve Çelik 2002).

Literatürdeki stresin üç safhası; alarm, direniş ve tükenme olarak ifade edilir. Alarm dönemi süresince kişi, herhangi bir dış uyarı stres faktörü olarak algılar. Fiziksel ve psikolojik sınırları olan kişi bu uyarıdan kaçmak zorunda kalır ya da savaşılarak eski uyum seviyesine dönmeye çalışır. Stres faktörünün olumsuz etkilerinin fiziksel ve emosyonel enerjinin aktif hale getirilmesiyle karşı karşıya kaldığı direniş döneminden sonra, sorunun çözülmesi başarıya ulaşırsa, genel uyum seviyesine dönerek direniş aşaması sona erer. Lakin uyarıcı çok şiddetli ise ve kişi olumsuz etkileri ortadan kaldıramazsa, stres faktörüne uzun süre maruz kalıyorsa, bir tükenme periyodu oluşur (Torun 1997).

Maslach ve Jackson'a (1981) göre tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olmak üzere üç boyuttan oluşur.



Şekil 1.1 Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik sendromu, öncelikle kişinin duygusal kaynaklarını tüketen aşırı kronikleşmiş iş isteklerine bağlıdır. Bu durum duygusal tükenmeye yol açar. Bu aşamada, tükenmişliğin stres boyutlarını yaşayan kişi, kendini fiziksel ve duygusal olarak bunalmış ve yıpranmış hisseder, işe odaklanamaz ve daha önce olduğu gibi kendini başkalarına karşı sorumlu hissetmez. Daha sonra, savunma mekanizmasının bir sonucu olarak, kişi etrafındaki insanlarla olan ilişkisine sınır koyar ve psikolojik olarak insanlardan ayrılır. Böylesi duyarsızlaşma, kişi ve iş talebi arasında duygusal bir tampon görevi görür. Duyarsızlaşmış kişi, tüm yaşamının başkaları tarafından ele geçirildiğini düşünür ve insanları hayatından çıkarmak ve kendi başına kalmak ister.

Son olarak, kişi önceki olumlu tutumları ile mevcut bulunan tutumları arasındaki ayrımı fark eder ve sonuç olarak mesafeli tutumlarının, çalıştığı kurum ve topluma katkılarını sınırlandırdığını düşünür. Böylelikle kişi, iş ve insan ilişkilerinde yetersizlik duygusu hisseder, kısacası kendini işini yapmak ve hizmet sağlamak için yetersiz olduğunu düşünmeye başlar (Maslach ve Zimbardo 1982, Cordes ve Dougherty 1993, Maslach ve diğ. 2001).

Duygusal tükenme, duygusuzluk ve ilgide azalma ile sonuçlanmaktadır. Duyarsızlaşma, karşılıklı etkileşim içinde çalıştığı kişilere karşı olduğu gibi, işyerine karşı da negatif tutumların gelişmesi ile karakterizedir. Bu durumdaki kişiler yardıma ihtiyaç duyabilir, nazik olmayı reddedebilir, hastaları kötüleyebilir ve hatta küçümseyebilirler. Kişisel başarı duygusunda azalma ise kişinin işteki performansını zayıf olarak görmesini de kapsamına alacak şekilde kendisini negatif bir şekilde değerlendirme eğilimi ile ortaya çıkmaktadır. Kişinin kendisini yetersiz ve başarısız hissetmesi duygusu, öz saygısını kaybetmesine ve depresyona neden olmaktadır (Borkowski 2005, Italia ve diğ. 2008). Bu durumda, tükenmişlik bulguları, duygusal tükenmişlik, engellenme duygusu, öfke, verimsizlik ve beceriksizlik duygularından oluşmaktadır (Borkowski 2005).

1.1.1. Duygusal Tükenme

Mesleki tükenmişlik boyutunda kişide yorgunluk, enerji yoksunluğu ve duygusal olarak yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenmektedir. Bu boyut

literatürde bulunan tükenmişliğin en can alıcı ve en belirleyici boyutu olarak gösterilmiştir. Duygusal tükenme, tükenmişliğin içsel boyutunda bulunur. Duygusal tükenme, gerginlik ve hayal kırıklığı duygularıyla hizmet eden kişi ve ertesi gün tekrar çalışmanın gerekliliği ile ilgilenen bir kişi için bir kaygı kaynağı olarak düşünülmektedir (Leiter ve Maslach 1988, Friesen ve Sarros 1989, Ergin 1992, Singh ve diğ. 1994, Ergin 1995, Torun 1997, Maslach ve diğ. 2001, Çimen ve Ergin 2001, Sweeney ve Summers 2002).

1.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, kişinin hizmet verdiği insanlara karşı birer birey olmalarından bağımsız duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemesi ile meydana çıkar. Kişi, insancılıktan uzaklaşmış, alay eden, aşağılayan, katı, duygusuz ve kayıtsız bir davranış içerisine girmiştir (Singh ve diğ. 1994, Maslach ve diğ. 2001, Kaçmaz 2005). Çalışanlar, hem hizmet ettikleri kişiye hem de çalıştıkları kurumlara karşı rahatsızlık duymadan, uzak, ilgisiz ve ihtiyatlı bir davranış sergileyebilirler (Çimen 2000). Aşağılayıcı bir dil kullanmak, insanları sınıflandırmak, sıkı kurallara göre iş yapmak ve endişe duyarsızlaşmanın belirtilerindendir (Torun 1997).

Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade eder (Budak ve Sürgevil 2005). Daley (1979) özellikle sosyal hizmet uzmanlarına atıfta bulunsa da, kişilerin tükenmişlik özelliklerinin bazılarını listelemektedir. Buna göre, tükenmiş kişilerin hizmet ettikleriyle özel yaşamları arasında sıkı bir sınırı vardır. Örneğin ev ortamındaki işlerinden bahsetmezler ve fiziksel bir mesafe oluşturmak için hizmet ettikleri insanlarla mümkün olduğunca iletişime girmekten kaçınırlar. Buna ek olarak, Daley (1979), tükenmişlik hissedenden çalışanların bürokratik organizasyonları tanımlamada kullandıkları benzetmeye benzer bir şekilde, hizmet verilen kişilere katı muamele yapacak bir şekilde davranıp, sorunlarını çözmekten ziyade kitaba göre hareket etmeyi tercih ettiklerini söylemektedir.

1.1.3. Kişisel Başarıda Azalma Hissi

Bu kavram, 'kişinin kendi kendini olumsuz bir şekilde değerlendirme eğilimlerini' ifade eder (Maslach 2003). Kişisel başarısı düşmüş olan kişi kendini yetersiz hisseder, yetkin biri olmadığını düşünür motivasyonunda da düşüş görülür. Bu boyuttaki kişi değerlendirmesinde genel bir dezavantaj hisseder, çalışmalarında herhangi bir ilerleme kaydetmez, hatta gerilemekte ve yaptığı çabanın çalışmadığı ve çevrelerinde fark yaratmadığını düşünmektedir (Singh ve diğ. 1994, Çimen 2000, Maslach ve diğ. 2001). Sonuç olarak kişi, çalışmasında veya etkileşim kurduğu insanlarla olan ilişkilerinde genel bir yetersizlik görmeye ve başarısızlık hissetmeye başlar (Cordes ve Dougherty 1993).

Tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olan temel faktör, uzun süre strese karşı korumasız kalmaktır (Seta ve diğ. 2000). Rol çatışması, rol belirsizliği, aşırı iş yükü ve sosyal destekten yoksunlukla uzun süre karşı karşıya kalınması, tükenmişlik sendromunu ortaya çıkarabilir (Zohar 1997, Cordes ve diğ. 1997, Iverson ve diğ. 1998). Bunlara ilave olarak, kişiler arası olumsuz ilişkiler, motivasyon düşüklüğü, aşırı iş yükü ve kişinin stresle başa çıkmadaki başarısızlığı da tükenmişliğe katkıda bulunabilir (Tuğrul ve Çelik 2002).

1.2. Tükenmişliğin Nedenleri

Yapılan birçok araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve konuyla ilgili çalışan araştırmacıların gözlemleri sonucu elde edinilen bilgiler doğrultusunda tükenmişliğe etki eden faktörler incelendiğinde birçok sebepten söz edildiği görülmektedir. Bunlardan bir kısmı bireylerin kendilerinden kaynaklanan kişisel faktörler olarak ele alınırken, diğer bir kısmı ise bireyin dışında gerçekleşen kişinin yaşadığı çevreden kaynaklanan örgütsel (çevresel) faktörler olarak ele alınır (Okutan 2010). Tükenmişlik üzerine etkisi olduğu düşünülen bu etkenler, tükenmişlik ve tükenme ile başa çıkmanın daha iyi tanınması açısından önemlidir.

Tükenmişlik sendromunun gelişmesinde stresin bir biçimde önemli rol oynadığı konuyla ilgili yazarların büyük çoğunluğunca kabul gören bir düşüncedir. Stres kavramı, bireysel algılamaya bağlı, öznel bir duyumdur. Kimilerince kendini

gösterebilme fırsatı olarak algılanabilecek bir olay, diğer kişiler tarafından içinden çıkılmaz bir sorun olarak algılanabilir. Stres toleransı sürekli aşılın birey, bu durumdan olumsuz olarak etkilenir (Hsu ve Marsall 1980).

1.2.1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler, organizasyondaki insanlar tarafından meydana getirilir ve tükenmeye neden olan özelliklerdir. Bu faktörler örgütsel özelliklerin kişiler üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkilerini belirler.

Yaş, evlilik, çocuk sayısı, eğitim, kendini işe adama ve işine aşırı bağlanma, bireysel beklentiler, bireyin ego gücü ve kişilik, A tipi kişilik özelliklerinin bulunması, özsaygı, deneyim, duygusal denge durumu, özel hayatta karşılaşılan psikososyal stresörler vb. faktörler bireysel faktörlere örnek olarak gösterilebilirler (Beemsterboer ve Baum 1984).

Çalışanların kişilik yapıları tükenmişliğin ortaya çıkması olasılığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kişiliğe göre, idealist, mükemmeliyetçi, amaç odaklı, savaşçı, rekabetçi, agresif, kaybetmeyi sevmeyen, zamanında verilen görevleri bitirme çabası gösteren, sadık, sorumlu, kişisel çıkarlarını diğer her şeyden üstün tutan, hızlı hareket eden ve konuşan insanlar (Akçamete ve diğ. 2001), hayatlarının şans, kader ve kısmet gibi dış faktörler tarafından yönetildiğini düşünenler, beklentilerinin karşılanması güç olan (Cordes ve Dougherty 1993), öz yeterliliği olmayan kişiler ve empati geliştiremeyen kişiler (Lee ve diğ. 2003) daha çok tükenme riski altındadırlar.

Sağlık çalışanlarını bir kısmının bireysel özellikleri sebebiyle tükenmişlik sendromuna daha yatkın olduğu gözlenmiştir. Özellikle nevroitik anksiyete, gerçek ötesi hedefler ve azalmış benlik saygısı bu bozukluğa eğilim yaratabilmektedir. Stres yanıtını etkileyen bir başka etken de duyarlılıktır. Ayrıca, bireyin kendi işi hakkında hissettiklerinin de en az dışardan görünen iş koşulları kadar önemli olduğu anlaşılmıştır.

Cinsiyete bağlı tükenmişlik çalışmalarına göre, kadınların genellikle erkeklerden daha fazla tükendiği sonucuna varılmıştır. Bunun nedeni, kadınların

cinsiyetlerinden ortaya çıkan içgüdüleri sebebiyle daha çok farkında olmaları ve dikkat etmeleridir (Ergin 1992). Yaş, çalışma süresi ve meslekteki kıdem ile tükenmişlik seviyesi arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Polatçı ve diğ. 2007).

Genç ve deneyimsiz çalışanlarda, daha fazla tükenmenin görülmesi, yeni işe alınan bireylerin daha fazla enerji harcaması ve daha kısa sürede yorulmalarının daha heyecanlı ve istekli olmasından kaynaklanmaktadır. Kendilerini çalışmalarında kanıtlamak isteyen kişiler genellikle kısa sürede büyük başarılar elde edebileceklerine inanırlar; ancak zaman geçtikçe hedeflerine ulaşamazlarsa heyecanları ortadan kalkar. Gençlerde ve yaşlı çalışanlarda tükenmişlik görülme sıklığı değişmektedir. Tükenmişlik çalışmalarında, genç işçilerin mesleklerinin ilk yıllarındaki yüksek beklentileri nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri ortaya çıkmıştır (Çimen 2000, Maslach ve diğ. 2001). Ergin (1993) çalışmasında kişisel başarıda düşme hissine sahip kişilerin daha uzun süre çalıştıklarını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, insanlar gerçeği kabul etmek ve hedeflerini azaltmak yerine hayal kırıklığına ve tükenmişliğe çekiliyorlar. Yeni işe alınanlarda tükenmişlik insidansının artmasının bir başka nedeni de, yeni işin rol ve sorumluluklarının karmaşıklığı ve mesleğe bağlılık eksikliğidir (Randall ve Scott 1988).

Kişilerin eğitim seviyesi tükenmişlik düzeyini etkileyen bir başka faktördür. Bu konuda yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Her ne kadar çalışmaların çoğunluğu eğitim seviyesi arttıkça tükenmişliğe karşı gösterilen mücadeledeki başarının artacağını ve eğitim seviyesiyle tükenmişlik arasında ters bir ilişki olacağını öne sürse de, ortaya konan sonuçlarda eğitim arttıkça tükenmişliğin de arttığını görülmektedir (Çimen 2000, Maslach ve diğ. 2001). Bu sonuç, stresli durumlarla karşılaşma olasılığının artmasıyla ve eğitim seviyesi arttıkça sorumluluklarında artması ile açıklanabilir. Eğitim seviyesi arttıkça, insanların kariyer beklentilerindeki artış bir stres kaynağı olarak görülebilir.

Tükenmişliği etkileyen sosyal faktörler ele alındığında, en önemli belirleyicilerin ailenin yapısı ve sosyal destek olduğu görülmektedir. Tam bir aile yaşantısına sahip olmak, iş arkadaşları ve sosyal arkadaşları ile sorunları paylaşmak ve tükenmişliği azaltmak için çözümle iletişim kurmaktır (Torun 1997). Araştırmalar

hiç evlenmemiş ve boşanmış kişilerle evli fakat; çocuksuz kişilerin daha fazla duygusal tükenmişlik hissettiklerini ortaya koymaktadır (Çimen 2000, Maslach ve diğ. 2001).

Medeni hale göre değerlendirildiğinde, bekârların evli olanlara göre daha fazla tükenmiş olduğu bulunmuştur (Maslach ve Jackson 1981, Lee ve Ashforth 1993, Çimen 2000, Tekin 2009, Demirkaya 2014). Bekâr ve evli kişiler aynı ortamda çalışsalar dahi, evli insanların daha az tükenmesi, evlilikte olan genel yaşam memnuniyetine bağlanabilir. Buna ek olarak, evli kişiler kişilerarası ilişkiler ve krizlerle baş etme konusunda deneyim sahibidir ve problem çözme becerilerini geliştirmiştir (Maslach ve Jackson 1986).Özet olarak kişiler aynı koşullar altında olsalar bile, kişisel nedenlerden dolayı bazıları tükenmiş olsa da, bazıları tükenmiş olmayabilir.

İşte yaşanan stresler, birey tarafından, temel hedef ve umutlarına, bireysel değer ve amaçlarına yönelik tehdit olarak algılanır (Freunderberger 1974, Richardson 1991). Aşağıda belirtilen çalışma ortamına ve yönetime ilişkin etmenler strese sebep olabilir (Ersoy ve diğ. 2001).

- Aşırı iş yükü ve dinlenme zamanlarının az olması
- Çalışmanın karşılığının alınmaması
- Hastaların gereksinimlerinin finansal, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması
- Önderlerin yetersizliği, denetim yetersizliği, ya da her ikisi
- Yetersiz uzman eğitimi ve yönlendirme
- Yaptığı işi kontrol etme ve etkileme duygusundan yoksun olma
- Çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin olmaması
- Kâğıt işi ve bürokratik engellerin çok fazla zaman alması

Goldberg yaptığı araştırmada tükenmişliğin yüksek olasılıkla ilişkili olabileceği durumları şu şekilde belirtmiştir (Goldberg 1991):

- Kariyer memnuniyetsizliği
- Uyku bozuklukları

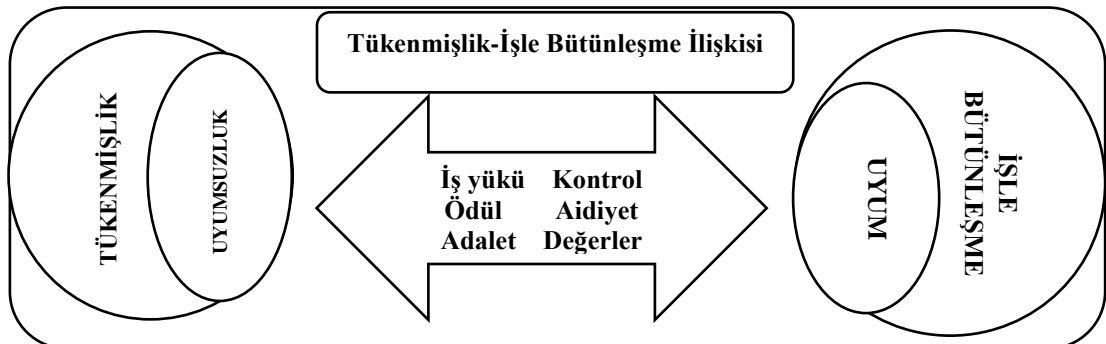
- Çalışılması gerekenden fazla miktarda nöbet tutulması
- Klinik pratikten 10 yıl boyunca uzaklaşma
- Fazla alkol tüketimi
- Egzersiz yapmama

1.2.2. Çevresel Faktörler

Tükenmişlik kavramının ilk kez tanımlandığı senelerde, tükenmişliğin daha çok “bireysel özellikler kaynaklı” bir sorun olduğu kabul edilmiştir. Bu geleneksel bakış açısına göre, sorun insandadır ve çözüm bu insanın sorunlarını gidermek ya da insandan kurtulmaktır; ancak, ilerleyen senelerde yapılan çalışmalar tükenmişliğin sadece insan odaklı bir sorun olmadığını ortaya koymuştur (Maslach ve Leiter 1997, Sezgin 2010, Çalık 2015).

Tükenmişlik, kişinin çalışma ortamı ile etkileşiminin bir sonucudur. Literatürde, tükenmişlik kaynakları çoğunlukla kişisel değil, durumsal olarak tanımlanmıştır ve çalışmanın sosyal ortamında tükenmişlik çözümlerine başvurulmalıdır (Leiter ve Maslach 1988, Maslach 1999, Budak ve Sürgevil 2005).

İşin niteliği, çalışılan ortam, çalışma saatleri ve düzeni, işyerinin özellikleri, iş yükü, işteki rol ya da rollerin belirsizliği, örgütsel desteğin olmaması, iş koşulları, nöbet ve fazla mesai gibi külfetlerin yeterince ödüllendirilmemesi, yetersiz ücret, hastalar ve idareciler tarafından gerekli takdir görememe, diğer işler ve yönetimle ilgili işlerle geçirilen zaman miktarı, idari baskı, yetersiz eğitim, bürokrasi ve kırtasiye işlerinin fazlalığı, önemli kararlara katılmayıp, işin yüksek performans gerektirmesi, özerkliğin eksikliği, hizmet verilenlerin nitelikleri, yetersiz görevli, yetersiz araç vb faktörler çevresel faktörler olarak sayılabilir (Maslach ve Jackson 1981, Nagy ve Davis 1985).



Şekil 1.2. Çalışma Hayatı Alanları Açısından Kişi ve İş Arasındaki Uyum ve Uyumsuzluk

Şekil 1.2.'de belirtilen çalışma hayatı alanları olarak isimlendirilen altı faktör aşağıda açıklanmıştır.

İş Yüğü

Çalışma hayatının ana alanlarından biri olan iş yükünün 'belirli bir zamanda, belli bir kalitede çalışılması ile yapılacak işin miktarı' olarak tanımı yapılabilir. İş yükü, organizasyon açısından verimliliği ve kişisel olarak işi yapmak için kullanılan zaman ve enerjiyi ifade etmektedir (Maslach ve Leiter 1997). Tükenmişliğin boyutları açısından bakıldığında, iş yükünün fazla olması duygusal tükenmişlikte çok önemli bir etkidir.

İş yükü açısından kişi ile iş arasındaki uyum; yapılacak işin kişinin beklentilerini karşıladığı anlamına gelir. Kişi ile iş arasında iş yükü arasında bir uyum varsa, kişinin işi belli bir düzene sahip olur. Bununla birlikte iş, ne kişiyi yormak ve kapasitesini zorlamak için fazla ne de sıkılmasına sebep olacak kadar az olmamalıdır (Leiter 2003). Maslach ve Leiter (1997), sadece aşırı iş yükünün değil, aynı zamanda iş yükünün altında işin olmasının da kişide stresi ortaya çıkardığını belirtmiştir.

Kişi ile iş arasında iş yükü açısından uyum sağlandığında insanlar işlerini sevgiyle yaparlar iken, kendilerini mesleki yönden geliştirerek kariyerlerini de planlamaktadırlar. Kişi ile iş arasındaki uyumsuzluk durumunda, iş yükü açısından, genellikle işin türü veya miktarı kişinin kapasitesini zorlarsa oluşur. Bir kişinin yapması gereken iş, karmaşık bir yapıya sahip bir işletme veya gerekli bilgi ve deneyime sahip olmayan bir iş olabilir. Böyle bir durumda, insanlar yoğun çalışmaların taleplerinden tükenmekte, kendilerine gelme ve enerjilerini toplamak için zaman bulamamaktadır (Maslach ve diğ. 2001).

Genel olarak iş yükü uyumsuzluğunun, duygusal tükenme boyutuyla doğrudan ilgili olduğu ifade edilmektedir (Maslach ve diğ. 2001).

Kontrol

Kişinin işinde; seçim yapma, karar verme, problem çözme ve sorumluluklarını yerine getirme yeteneği olanağına sahip olduğu yetki olarak tanımlanır (Maslach ve diğ. 2001). Kişi ve onun işi arasındaki kontrol açısından

uyum, kişinin işindeki kontrolü, onun işinde sahip olduğu sorumlulukla örtüştüğünde ortaya çıkar (Leiter 2003).

İnsanlar seçimler yapmak, karar vermek, becerilerini kullanmak, problemleri çözmek, kendileri için önemli bir değere sahip olabilecek sonuçlara katkıda bulunmak isterler (Maslach ve Leiter 1997); lakin kontrol eksikliği gibi aşırı kontrol de arzu edilmez. Çünkü aşırı kontrol, çalışan kişilerin bitkin düşmelerine, işlerinden bezginlik duymalarına, kendilerinin yetersiz olduğunu düşünmelerine ve kendilerine güvende azalmaya neden olabilmektedir (Uğurluoğlu-Ok 2002).

Kişinin kontrolü ve iş uyumsuzluğu, insanlar işlerinin gerektirdiği kaynakları kontrol edemediğinde veya işin nasıl yapıldığına karar verme yetkisini elinde bulundurmadıklarında ortaya çıkar. Bu uyumsuzluk, insanların işlerinden uzaklaşmasına, performanslarının gitgide azalmasına ve bunların sonucu olarak tükenmesine neden olur. Kontrol açısından uyumsuzluk, tükenmişliğin kişisel başarıda azalma boyutuyla ilişkilidir (Maslach ve diğ. 2001).

Ödüllendirme

Kişiyile iş arasındaki uyumsuzluk, mesleğinde kazandığı başarı için ödüllendirilmemesinden kaynaklanır. İnsanlar ücretlerin dondurulması, geçici işten kaynaklanan kaygı, sözleşmeli işlerde maaşların ödenmesi gecikmesi nedeniyle maddi yetersiz ödemeler ve maddi destek eksikliği gibi tatsız durumlarla karşılaşabilirler (Maslach ve Leiter 1997), ancak insanlar çok çalıştığında, başkaları tarafından görmezden gelinip göz ardı edilir ve değer verilmemesinde olduğu gibi, genellikle daha önemli olan sosyal ödüllendirme eksikliği görülür. İnsanları ödüllendirmedeki başarısızlık, işin ve çalışanların değerini azaltmaktadır (Maslach ve diğ. 2001).

Kişiy ve işi arasındaki ödüller açısından uygunluk; insanları, organizasyona katkılarından dolayı memnun, takdir edilmiş ve ödüllendirilmiş hissettiren bir çalışma ortamını ifade eder (Leiter 2003). İnsanlar bu ödüllerinin sonucu olarak organizasyon için anlamlı ve önemli olduklarına inanırlar.

Kişi ile işi arasında ödüller açısından bir tutarsızlık var ise; işine ilişkin meselelerde, kişinin kuruma katkısı karşılığında herhangi bir ödülün olmaması veya eksiklik olması durumunda görülür (Maslach ve Leiter 1997). Eğer bir kişi çalışmalarından elde edilmesi gerektiğini düşündüğü ödülleri elde edemiyorsa, onun katkılarının organizasyon tarafından göz ardı edildiğini düşünür, bu da motivasyon ve performansında azalmaya yol açar (Leiter 2003).

Ödüllendirme eksikliği kişisel yetersizlik ve düşük kişisel başarı algısı ile de ilişkilidir (Maslach ve diğ. 2001).

Aidiyet

İnsanlar sosyal varlıklar oldukları için, bir topluluğa ait olmaları ve diğer insanlarla yakın ilişkilerinin olması gerekir. Bu ihtiyaçların karşılanması, kişinin belirli bir tatmin düzeyine ulaşmasını ve işin motivasyonunu artırmasını sağlar (Sabuncuoğlu ve Tüz 2005).

Kişi ile işi arasındaki aidiyet yönünden uyum; insanların birbirleriyle destekleyici bir ilişki içinde oldukları ve işyerindeki birlik ve beraberlik duygularının baskın olduğuna dair bir işarettir (Maslach ve diğ. 2001).

Kişi ve iş arasında aidiyetle ilgili bir uyumsuzluk varsa; kişinin meslektaşları ile olumlu iletişim kuramadığı ya da iletişimi kaybettiği sonucu ortaya çıkar. Ait olma konusunda bir çelişkisi olan kişi kendini arka planında hisseder, kendinden ve çevreden izole hisseder ve / veya başkalarıyla aktif bir çatışmaya girer (Leiter 2003).

Topluluğun parçalanması, işyerinde çalışan kişilerin olumlu bağlantılarının ortadan kalkmasının sonucudur, ancak bazen çalışma kişiyi çevreden izole edebilir. Bu, fiziksel olarak ayrılma, zamanın çoğunu bilgisayar karşısında geçirme veya çok yoğun çalışma nedeniyle bir araya gelememe sonucunda oluşabilir (Maslach ve Leiter 1997).

Maslach ve arkadaşlarının belirttiğine göre, çalışma hayatı için en zararlı olan durum, çalışanlar arasındaki kronik ve çözülmemiş anlaşmazlıklardır (Maslach ve diğ. 2001). Organizasyon içindeki çatışmalar veya anlaşmazlıklar, kişilerin meslektaşları ile olumlu ilişkileri olduğu hissini kaybetmelerine neden olur.

Meslektaşların ve işin geliştirdiği olumsuz fikirler, kişinin çalışmasına ait olma konusunda bir uyumsuzluk duygusuna neden olmaktadır. Ross ve arkadaşlarına göre (1989), kişinin ve onun çalışmasının tutarsızlığı, duygusal tükenmesi ve duyarsızlaşma düzeylerinin artmasına neden olmuştur. Sosyal destek yüksekse, bu ilişki seviyesi düşüktür.

Tükenmişlik araştırmalarında, çalışan kişilerin üstlerinden gelecek sosyal desteğin, iş arkadaşlarından gelecek destekten bile daha önemli olduğu belirlenmiştir (Maslach ve diğ. 2001).

Adalet

Adalet kavramı, organizasyonun bütün insanlar için tutarlı ve eşit kurallara sahip olduğu anlamına gelmektedir (Bilgin 2003). Bir kurumda eğer adaletin varlığından söz etmek istiyorsak, kurumun herkes için tutarlı ve eşit kurallara sahip olması gerekir (Leiter 2003).

Örgütsel adalet kavramı üzerine yapılan ilk çalışma, çeşitli örgütsel uygulamaların nasıl adil olarak algılandığı konusunda kişiler tarafından incelenirken, son yıllarda örgüt içindeki kişiler arası ilişkilerde adalet algısı (örneğin, lider ve meslektaşlarla ilişkilerde) araştırılmaya başlandı (Greenberg 1993).

Kişi ve iş arasında adalet yönünden uyumluluk; organizasyon içinde farklı düşünce yapılarına sahip kişiler olmasına rağmen, çalışanlar, iş hakkındaki her önemli kararın açık, tutarlı ve eşit bir şekilde alındığını hissetmelidir. Bu uyum, organizasyonun insanlara karşı duyduğu saygının ve çalışanlarda var olan örgütsel adalet duygusunun bir göstergesi olur. Kişi ve iş arasındaki adalet yönünden uyumsuzluk; çalışanların, çalıştıkları kurum için önemli olan kararların güçlü kişi ve kurumların çıkarları yönünde alındığını düşündükleri belirtilmektedir (Leiter 2003).

İş yüküyle ilgili eşitsizlikler, tarafların çıkarları doğrultusunda karar alma ve üst yönetimin değerlendirme ve terfileri doğru ve eşit bir şekilde yapmadaki başarısızlığı kurum içi adaletsizliğin örnekleridir. Öte yandan, ihtilaflar ve ihtilaflarla ilgili prosedürler tarafların kendilerini eşit olarak savunmalarına izin vermediğinde, adaletsizlik meydana gelir (Maslach ve diğ. 2001).

Çalışanların örgütsel algıları, çalıştıkları yerde kendilerine ve diğerlerine ne kadar adil davranıldığı ile ilgili oluşturdukları algıdır. Bu adalet algısı kaynakların ödül ve cezanın adil bir şekilde dağıtılması sırasında ortaya çıkmaktadır. Literatürde çoğu örgütsel adalet araştırmasında yöntem ve dağıtım olmak üzere sadece iki boyutuyla incelenen örgütsel adaletin dört boyutu olduğu görülmüştür. Çağımızda ekonomi, eğitim vb. birçok kurumda örgütsel adalet anlayışının ihmal edilmesi ve bunun sonucunda da verimlilik kaybına neden olabilmektedir. Bu da hizmet alan topluma, hizmet veren kuruluşa ve daha önemlisi devlete dolaylı da olsa maddi-manevi külfetler ortaya çıkarmaktadır (Hogan ve Emler 1981).

Bir organizasyonda, adalet açısından algılanan uyumsuzluk, tükenmişlik konusunda iki şekilde etkili olmaktadır. İlki, çalıştığı organizasyonda adaletsizliği hissettiği anda kişinin duygusal çöküşü ve tükenmesidir. İkincisi de haksız ortamın kişinin iş ve kuruma karşı duyarsızlaşmasına neden olmasıdır (Maslach ve diğ. 2001).

Değerler

Değeri, en yalın haliyle, “hangi tür davranışların iyi, doğru ve arzu edilir olduğunu belirten ortak bir ölçüt ya da fikir” olarak tanımlayabiliriz (Özkalp ve Kırel 2001). Bu tanıma göre değer, belirli bir davranış stilinin veya yaşam amacının birbirinden üstün olduğu konusunda tutarlı ve derin bir inançtır (Robbins 1999).

Cherniss’e göre (1980); bir organizasyonda çalışan kişi, kendisini artık özgür biri olarak değil de, işleri daha çok çalıştığı kurumdaki değerler sistemi tarafından belirlenen bir olarak değerlendirmektedir.

Kişi ve iş arasındaki değerler açısından uyum; organizasyonun misyon ve hedefleri ile kendi misyonu ve hedefleri belirleme ve örgütlenme misyonunun, insanların günlük iş hayatında etkisi olduğu anlamına gelir (Leiter 2003).

Kişi ile iş arasında değer bakımından uyumsuzluk ise; organizasyon yapısının özelliklerinden bazıları, kişinin beklentileriyle çelişince ortaya çıkar. Uyumsuzluk, organizasyonun sunduğu hizmetler, dış dünya ile etkileşimi ve / veya davranış biçimi ile ilişkili olabilir (Leiter 2003). Kişi ile işin çalışma hayatının altıncı ve son alanı

olan değerler yönünden arasındaki tutarsızlık, aynı zamanda tükenmişliğin üç boyutuyla da ilişkili bulunmuştur (Leiter ve Maslach 2004).

Sonuç olarak, bu altı alanın uyumlu hale getirilmesi durumunda, bu uyumdan kaynaklanan sinerji tükenmişliğe izin vermeyecektir ve aynı zamanda tükenmişliğin tam tersi özelliklere sahip olan ve örgütsel başarı için çok önemli olduğu düşünölen çalışmanın entegrasyonunu da oluşturacaktır (Maslach ve diğ. 2001).

1.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Nedenleri

Yukarıda ifade elden bireysel ve çevresel nedenlere ek olarak, sağlık sektöründe çalışan hekim ve hemşirelerde tükenmişliğin nedenlerin; kronik ve ölümcül hastalara bakım hizmet verilmesi, hobi vb. dinlendirici etkinliklerin olmaması, bireyin mizah duygusunun olmaması ve her şey çok fazla ciddiye alan bir yapıda olması, kolay engellenebilmesi ve başarısızlığa aşırı duyarlı olması, hastaların ihtiyaçlarının finansal, bürokratik ve dar nedenlerle karşılanmaması, yardımcı elemanların nitelik ve nicelik olarak yeterli olmamaları, çalışmanın karşılığının alınmaması, yetersiz uzmanlık eğitimi ve tüm bu sorunlarla uğraşırken kendisine, ailesine ve özel yaşamına fazla zaman ayıramaması şeklinde ifade etmek mümkündür (Ersoy ve diğ. 2001).

Hekimlik ve hemşirelik gibi yoğun çalışma saatleri, ağır iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, hasta ve yakınlarına gerektiğinde destek verme gibi duygusal yük ve strese sebep olan durumlara maruz kalınan mesleklerde tükenmişlik riski yüksektir (Şen ve diğ. 2007; Wright ve Cropanzano 2000).

Aslankoç ve diğ. (1999) nöbet ve vardiya sistemi içinde gece çalışmanın tükenmeyi arttırdığını belirtmişlerdir.

Bunlarla birlikte De Valk ve Oostrom'a (2007) göre hekimlerde tükenmişlik nedenler şöyle sıralanabilir:

- Hekimlerin zamanlarının çoğunu hastaları ve meslektaşları ile geçiriyor olmaları

- Hekimlerin zamanlarının kısıtlı olması, sürekli yen beceriler kazanma gereği, çalışma rutinler ve malpraktis (hatalı hekimlik) uygulamaları sonucu yaşanacak hukuk sorunlar
- Obsesif- kompulsif olma, dikkat ve kendini adama gibi kişilik özellikleri,
- Hekimlerin, işlerinde zaman, çaba, empati ve dikkat gibi faktörler içeren yatırımları hastaların muayene sonrası şükran ve takdir duygularıyla veya başarılı bir tedavi sonucu hastanın kurtulmasıyla karşılık bulduğunda dengelendiğinden, bunun gerçekleşmemesi durumunda oluşacak sorunlar
- Tedavi sonrası minnettarlık duygularını ifade etmeler ödüllendirici olmakla birlikte, hekimlerin talep ve beklentiler artan hastalarla ilişki kurmada zorlanmaları
- Hekimlerin, aynı zamanda meslektaşları ve çalıştıkları organizasyonlarla ilişkilerinde de dengesizlikler yaşayabilmeleri.

Hemşirelikte tükenmişliğin nedenleri; stresin yoğun olması, tehlikeli iş koşulları, destek yoksunluğu, sağlık bakım ekibi içinde karşılıklı sorumluluk taşıyan ilişkilerin eksikliği, düşük ücret düzeyi, hekimlerin, hastaların ve hatta hasta yakınlarının yaklaşımları, vardiya değişikliği ve çalışma süresinin uzunluğu, hastanelerde yetersiz elemanın olması, uzun dönemler boyunca çalışma, sürekli yüksek düzeyde bakım verme sorumluluğunun gerilimi, sınırlı terfi olanakları ve iş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farktan doğan engellenme ve hayal kırıklığı olarak ifade edilebilir (Çam 1998).

1.4. Tükenmişliğin Belirtileri

İş yaşamında tükenmişlik belirtileri 5 ayrı kategoride ele alınabilir. Bu belirtileri Psikolojik belirtiler, Fiziksel belirtiler, Davranışsal belirtiler, Sosyal belirtiler ve Organizasyonel belirtiler olarak ele almak mümkündür (Schaufeli ve Buunk 1992, Maslach ve diğ. 2001, Ceyhan ve Siliğ 2005, Oruç 2007).

1.4.1. Psikolojik belirtiler

Özellikle kendini depresif hissetme, derinlerde hissedilen öfke ve hayal kırıklığı duygusu, zihinsel ve motor hareketlerde beceri zayıflığı, yoğunlaşma bozukluğu, nedeni bilinmeyen huzursuzluk veya tedirginlik duygusu gibi belirtiler önemli psikolojik belirtiler arasında sayılabilir. Bu belirtiler yaşandığı zaman bireyi güçsüz kılacağı gibi bireyin başarıya duygusu da yok olur. Bir şeyi başarmayla ilgili kendine güveni ve takdiri azalır ve sonuçta tükenmişliğin diğer belirtileri yaşanır. Bir işyerinde hastanede bu belirtileri yaşayanların sayısının artması halinde, örgütsel tükenmişlik söz konusu olur ki, bunun da organizasyona maliyeti olağanüstü yüksektir. İnsanların strese olan direnç eşikleri ne kadar yüksekse, strese ilgili hastalıklara ve tükenmişliği geliştirmeye de o derece dirençli olur. İş yaşamında çalışanlarda tükenmişliğin gelişmesi yaşanan hayal kırıklığı, engellenme ve hüsrana duygusu yaşamayla yakından ilişkilidir. Ötekileştirme, dışlama ve nefret söylemleri çalışanlarda tükenmişliğin gelişmesine neden olur (Maslach ve Leiter 1997).

1.4.2. Fiziksel Belirtiler

Özellikle iş yaşamının kötü fiziksel koşullarının bir sonucu olarak kendini gösterir. Bu belirtiler; tansiyon, baş ağrıları, bulantı, yoğun veya kronik yorgunluk, ülserler, mide bağırsak bozuklukları, kalple ilgili problemler, astım, yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyesi olarak sayılabilir. Örgütlerde uygulanan vardiya sistemleri, statü ve bunların gerektirdiği sorumluluklar, fiziksel ve zihinsel olarak işin gerektirdiği beceriye sahip olmamak, ergonomi, fizik ortamın (ışıklandırma, gürültü, titreşim, ışın gibi) insan yapısını zorlaması nedeniyle stres yaşanır. Stres olgusu yaşandığı zaman, vücutta dengeyi sağlayan mekanizma bozulur ve buna bağlı olarak da fizyolojik yapı bozulur. Örneğin, stresin yaşanması salgı bezlerinin adrenalin salgılanmasına neden olur. Bu madde de birçok diğer maddenin salgılanarak kana boşaltılmasına neden olur. İnsan vücudunun organik yapısının devamlılığı için gerekli olan bu maddelerin gereğinden fazla salgılanmış olması, organizmanın dengesini bozar. Aynı zamanda insanın fizik yapısını da negatif yönde etkiler. Tükenmişlik, çalışanların yaşamsal sistemleri ile iç ve dış sistemleri üzerinde olumsuz etki oluşturduğu görülmektedir (Maslach ve Leiter 1997, Karakaya 2017).

1.4.3. Davranışsal Belirtiler

İş yaşamında çalışanların üzerlerinde baskı hissetmesi ve bunun artması neticesinde kendini gösterir. Özellikle hiperaktivite, sigara, kafein, kahve, alkol, ilaç alımlarında artış, iş yerinde üretimin düşmesi, işe gelmeme, işten kaytarmaların artması, çalışma ortamında kendini izole etme, iş yerindeki işlerin dışında kalma gibi belirtiler bu kapsamda değerlendirilir. Çalışanın yaşadığı davranışsal belirtiler, artarak devam eder. Hiperaktif davranışta, hiç bir şekilde huzur bulamamak, yaptığı hiç bir şeyden zevk almamak ve birinden bir diğer aktiviteye atlamak fakat bitirmeden ilgiyi kaybedip bıkmak, sabırlı olmamak gibi davranışlar birbirini takip eder. Bazı bireyler sigaraya sarılır. Sağlığını tehdit edecek miktarda sigara ve kahve içmeye devam eder. Alkol alımı alkolik olana kadar sürer. Ayrıca bunların yanında uykusuzluk insanları tüketir. Sakinleştirici ilaçların da bu arada dozu artırılır. Bu platforma gelen insanın verimi düşer. Sık hastalanır veya kendini o kadar hasta hisseder ki, sık sık işe gelmemeyi alışkanlık haline getirir veya iş yerindeyken işten kaytarır (sigara içmeyi, tuvalete gitmeyi bahane olarak kullanılır). Temel ihtiyaçların karşılanması için kullanılması gereken zaman uzatılarak işten kaçma eyleminde bulunulur (Maslach ve Leiter 1997, Tekin 2009).

1.4.4. Sosyal Belirtiler

Bu boyut daha çok iş ortamında görülür. İş ortamında tükenmişliği yaşayan kişiler, fizik ve psikolojik olarak kendilerini çalışma arkadaşlarından izole ederler. İnsan ilişkileri kopmuştur. Diğer çalışanlar arasında olsa da kendini izole edilmiş gibi hisseder. Kendi kendisine de yabancılaşmıştır. Kendisini tanımakta zorluk çeker. Tükenmişliğin bu boyutuna iş yaşamında gerekli destek birimlerinin olmaması ya da var olanların görevlerini yeterince yerine getirmemeleri neden olur.

Problem olacak tutumlar; negatiflik, alaycılık, vazgeçme tutumu, kötümser olmak ve ilgisiz olmak olarak sayılabilir. Çalışanların gerek kişilik yapıları gerekse içinde buldukları durum itibariyle sergiledikleri bu tutumları, diğer boyutta tükenmişliklerin yaşanmasına çanak tutar. Bireyler sadece kendileri değil, fakat çevrelerindeki de zaman içinde etkileri altına alırlar. Karşılıklı etkileşim söz konusudur (Maslach ve Leiter 1997).

1.4.5. Organizasyonel belirtiler

Maslach ve Leiter (1997) bu boyutta tükenmişliğe neden olan birçok sebep ayırt ederler. Bu boyutun daha çok genç elemanlar tarafından yaşandığının altını çizerler. Bunlar; çok fazla iş yükü, başına buyruk olma, otorite boşluğu veya otoriteyi reddetme ve beklenti ve elde edilen olarak sayılabilir. Çalışanın, gerek kendi beklentilerini karşılamayan iş ortamı gerekse başkalarının yaptığı ve elde ettiğiyle kendisini kıyaslaması, onu hayal kırıklığına ve enerjisini gereksiz yere tüketmesine neden olur.

1.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Araştırmalar, tükenmişliğin sonuçlarının çalışan ve hizmet verdiği kişiler için çok ciddi olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle bu sendromunun mümkün olan en kısa ve kolay yoldan anlaşılması ve tanınması gerekmektedir. Tükenmişlik özellikle, işe olumlu beklentilerle, ihtirasla ve kendini insanlara yardım etmeye adanarak giren profesyoneller için trajik bir sonudur. Bu anlamda iş tükenmişliği, istekle çalışmaya başlamış olan bir kişiyi bitmiş, alaycı ve etkisiz hale getirir. Eisenstat ve Felner (1984) iş stresinin çalışanın duygusal tükenme düzeyini oldukça etkilediğini belirtmişlerdir.

Tükenmişlik sendromunun önemi, kişisel ve organizasyonel yönden oluşan olumsuz sonuçlarda yatmaktadır (Cordes ve Dougherty 1993). Ancak tükenmişlik sonuçlarına ilişkin nihai standartlardan bahsetmek mümkün olmamaktadır. Bunun nedeni de, tükenmişliği etkileyen faktörlerden etkilenme düzeyinin kişiden kişiye ve zamana bağlı olarak değiştiği yönündedir (Sabuncuoğlu ve Tüz 2005).

1.5.1. Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları

Bir stres türü olan tükenmişlik sendromu (Maslach ve Zimbardo 1982), kişileri birçok yönden etkiler. Kişinin tükenmişlik nedeniyle yaşadıkları, fiziksel olarak yorulup tükenmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, kişinin yorgunluğunun gerçek kaynağı çalışma ortamındaki gerilimdir. Çalışma ortamındaki

bu sürekli gerginlik, bireyin uykusunu bölen kâbuslara, uykusuzluğa bağlı halsizlik ve huzursuzluk yaşanmasına, bir şeyin sık sık yanlış gideceği düşüncesine sebep olur.

Diğer yandan, kronik fiziksel yorgunluk ve gerginlik; grip, soğuk algınlığı gibi hastalıklara yakalanma riskini ve baş ağrısı oluşma olasılığını arttırmakta, bu tür hastalıkların uzun süre atlatılamamasına sebep olmaktadır (Maslach ve Zimbardo 1982, Kahill 1988). Tükenmişliğin en öne çıkan ve en dikkat çeken sonuçlarından biri de, tüm bu olanların yaşattığı enerji düşüklüğüdür (Freudenberger ve Richelson 1998).

Müşterilere ya da hizmet alanlara karşı olumsuz davranışlarda bulunmak, insanların ilişkilerinin bozulmasına ve aktif bir şekilde diğer insanların çevrelerine girememeye ve geri çekilme, hizmet kalitesinde bozulma, hatalar, kaza ve yaralanmalarda artış, yaratıcılık kaybı, düşük performans ve mesleki başarıda azalma, idealizm kaybı, işe geç varış ve devamsızlık, bazı şeylerin ertelenmesi veya askıya alınması, devamsızlık, iş doyumunu ve örgütsel bağlılığın azaltılması ve bunların sonucunda işten ayrılma ve iş değiştirme isteği tükenmişliğin organizasyonlar açısından sonuçları olarak söylenebilmektedir (Fogarty ve diğ. 2000, Dervişoğlu 2000, Tepeci ve Birdir 2005, Kaçmaz 2005, Lambie,2007). Wright ve Bonett'in (1997) 3 yıllık çalışması, tükenmişlik boyutlarından sadece duygusal tükenmenin iş performansı ile negatif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Diğer yandan strese bağlı fizyolojik bozukluklar; dolaşım sistemi ve kardiyovasküler hastalıklar, hareket sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, üreme sistemi hastalıkları, jinekolojik hastalıklar, deri ve zührevi hastalıklar ve migren gibi hastalıkların tükenme yaşayan insanlarda görülme ihtimali, tükenmişlikle stresin ilişkisi sebebiyle oldukça yüksektir (Sabuncuoğlu ve Tüz 2005). Kişi, tükenmişliğin fizyolojik sonuçlarına karşı bazı duygusal tepkiler geliştirerek kendini koruma altına alacaktır. Kişinin tükenme sürecinde karşılaştığı fizyolojik problemler de psikolojik düzenini bozmaya eğilimlidir. Depresyon, anksiyete, çaresizlik ve benlik saygısı kaybı gibi belirtiler (Kahill 1988) tükenmişliğin başlı başına “ruhsal bir hastalık” olduğunu göstermektedir (Maslach ve diğ. 2001).

1.5.2. Tükenmişliğin Organizasyonel Sonuçları

Organizasyonlardaki rollerle ilgili stres kaynaklarına yönelik tatmin, performans ve bağlılık gibi bazı sonuçlarla doğrudan ilişki içerisinde olmasına karşın Singh ve arkadaşları (1994) satış görevlileri üzerinde yapılan bir çalışmada bu ilişkiye tükenmişliğin bir nebze de olsa aracılık ettiğini göstermiştir. Bu, organizasyondaki kişinin rolünün neden olduğu baskının önce tükenmişliğe neden olup sonra tükenmişliğin iş tatmini, performansı, bağlılığı ve işten ayrılma niyetini etkilediğini göstermektedir. Low ve arkadaşlarının (2001) yine satış görevlileri üzerinde yaptıkları çalışmada örgütsel bağlılık ve işten ayrılma düşüncesi arasındaki ilişkide tükenmişliğin aracılık ettiği belirlenmiştir.

Tükenmişlikten muzdarip kişiler, kişilerarası çatışmalara neden olarak ve / veya işe müdahale ederek meslektaşları üzerinde olumsuz bir etki oluşturur. Tükenmişlik ile ilgili sorunlar, kişilerarası ilişkiler yoluyla çevreye dağılarak tükenme yaşayan kişilerle sınırlı kalmaz. Burke ve Greenglass'a (2001) göre, bir salgın gibi yayılan tükenmişlik, belli bir süre sonra örgüt içinde kendini ölümsüzleştirmektedir.

2. HASTA GÜVENLİĞİ

Kırım Savaşı sırasında, Florence Nightingale, savaş sırasında savaşa ilgili yaralanmalar nedeniyle askerlerin yalnızca altıda birinin öldüğünü ve diğer ölümlerin, tifo, tifüs ve tifo gibi kötü yaşam koşullarından kaynaklanan enfeksiyonlardan kaynaklandığını kendi istatistik yöntemleri ile 1850'lerde tespit etmiştir. Ernst Codman isimli ortopedistin 1910 yılında, hastaların tedaviden fayda görüp görmediğini anlamak için izlenmesinin gerektiğini ve hasta kayıtlarının tutulup bu açıdan karşılaştırılması gerektiğini söylemiştir. Amerikan Cerrahlar Koleji 1917 yılında hastanelerin asgari standartlarını geliştirmiştir. Tüm bu tarihsel gelişmeleri göz önüne alınıp incelendiğinde; risk yönetimi, kalite ve hasta güvenliği gibi kavramların köklerinin çok eski olduğu görülmektedir. Lakin günümüzde, hasta güvenliği hem kavramsal hem de bilimsel disiplin bağlamında nispeten yeni bir alandır (Sözer, 2012).

2.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Her yıl klinik hatalarından kaynaklanan ölümlerin meme kanseri, AIDS ya da trafik kazalarından kaynaklanan ölümlerden daha fazla olduğu göz önüne alınırsa hasta güvenliği kavramının ne denli önemli olduğu anlaşılacaktır (Sammer ve diğ. 2010). 1999 yılında, Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) hastanelerdeki Amerikan sağlık sistemi hakkındaki araştırma raporunu (To Err is Human: Building a Safer Health System) yayınladı (IOM 2000). Bu araştırma raporunun sonuçları, hasta güvenliği kavramının yeniden sorgulanmasına sebep oldu. Raporda yazılana göre, ABD'de hastaneye yatırılmış hastalarda yapılan iki çalışma, yan etkiler veya tıbbi bakım sırasında % 2,9 ve % 3,7 oranında bir insidans bildirdi ve bunların % 58 ve % 53'ü önlenebilir tıbbi hatalar olarak ortaya konuldu. Bu verilerin ışığında 1997 yılında ABD'de hastaneye yatırılan 33,6 milyon hastaya dayanarak, tıbbi hatalardan dolayı her yıl en az 44.000 hasta hatta daha kötüsü 98.000 hastanın öldüğü belirtilmektedir. Tıbbi hataların maliyetinin 37,6 milyar dolar ile 50 milyar dolar arasında olduğu öngörülmektedir. Önenebilir hataların maliyeti 17-29 milyar dolar arasında bulunmaktadır. 100 hastanın 6,7'sinde ciddi veya ciddi potansiyel barındıran medikasyon hatası yapılmaktadır. (Bates

1995). Amerikan hastanelerinde ve sağlık kuruluşlarında tıbbi hatalar sonucu her yıl 250 bin civarında kişi hayatını kaybetmektedir (Makary ve Daniel 2016). Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin 1997 istatistikleri ölüm nedenlerine göre "Tıbbi Hatalar" beşinci sırada yer almaktadır (Health Grades 2004). Yönetilen bakım nüfusunda olan 2000 ve 2002 yılları arasında 37 milyon hastane yatışında da 1,14 milyon (% 3,08) hasta güvenliği ihlali tespit edilmiştir.

Hasta güvenliği ihlallerinin ana elemanları zamanında tanı koymama ve tedavi yapmama, bası yarası gelişimi ve postoperatif sepsis olarak belirlenmiştir. Bu üç güvenlik ihlalinin tüm hasta güvenliği ihlallerinin % 60'ını kapsadığı bildirilmiştir. Bu rapora göre, Amerika'daki hastanelerde 195.000 hastanın bir yıl içinde önlenebilir hatalardan ölebileceği öngörülmektedir (Sözer 2012).

2.2. Hasta Güvenliği Tanımı

Hasta Güvenliği; sağlık sektöründe güvenilir bir sağlık hizmeti sistemine ulaşmak için güvenlik bilimleri yöntemlerinin uygulandığı bir disiplin olarak tanımlanabilir (Emanuel ve diğ. 2008). Hasta güvenliği aynı zamanda olumsuz olayların etkisini en aza indiren ve telafisini en üst düzeye çıkaran özelliğidir.

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'nın (National Patient Safety Foundation-NPSF) yaptığı tanımına göre ise, sağlıkla ilgili hataların önlenmesi ve sağlıkla ilgili hatalardan kaynaklanan hasta hasarının giderilmesi veya azaltılmasıdır.

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM 2000) hasta güvenliğini kazalardan ayrı olarak tanımlamış, lakin bir disiplin olarak etki ve yetki alanları belirlenmemiş ve bunun üzerine bir fikir ortaklığına varılamamıştır. Bir diğer zorluk da kalite ve güvenlik kavramlarının birbirlerinden kesin ve net olarak ayrılamamasından kaynaklanmaktadır.

2.3. Hasta Güvenliğinin Karakteristikleri

Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde nispeten yeni bir bilim dalıdır. Ülkemizde bir bilim dalı olarak görülmemesine rağmen, yurt dışında akademik

düzyeyde eğitim veren bir bilim dalı olarak kabul edilmiştir. Uyguladığı yöntemler büyük ölçüde tıbbi olmayan bilim dallarından elde edilir. Bunların en önemlileri yönetim bilimi, bilişsel psikoloji, endüstri psikolojisi ve insan faktörü mühendisliğidir. Diğer bilim dalları; matematik, biyoloji, kimyadır. Yurtdışındaki örneklerde, kurumda hasta güvenliği operasyonundan sorumlu bir hasta güvenlik görevlisi çalışmaktadır. Hasta güvenlik görevlisi, hasta güvenliği eğitimi veren enstitü veya üniversitenin hasta güvenlik bölümlerinde eğitilmiştir ve insan faktörü mühendisliği, endüstriyel psikoloji ve bilişsel psikolojinin yanında tıbbi teknik bilgi sahibidir. Hasta güvenliği ve risk yönetimi konusunda geniş yetki sahibi olan bu hasta güvenliği yetkilileri, her türlü güvensiz operasyonu, uygulamayı ve hatta ameliyatı durdurmak için bile yetkileri vardır (Sözer 2012).

2.4. Tıbbi Hata

Tıbbi hatalar ve hatalardan dolayı hastaların uğradığı zararlar hakkında yapılan çalışmalar, yaklaşık olarak yüz yıldan fazla bir geçmişe sahiptir, ancak bu çalışmalar izole kalmıştır ve sağlık sektörünün ve kamuoyunun dikkatini çekmemiştir (Vincent 2011). Yirminci yüzyılın ilk yarısında sanayi dönemi, hizmet sektöründe de sanayileşmeyi ortaya çıkarmıştır. Endüstri mühendisleri tarafından imalat sektöründe uygulanan “sistemsel düşünce” metodu, hizmet sektörüne uyarlanmış ve uygulamaya geçmiştir. Bu dönemde sağlık sektörü, bu tür uygulamalardan oldukça uzak bir şekilde hizmet vermeye devam etmiştir. Bu dönemde hastalığa neden olan bozuklukların tedavisi ilk hedef olarak belirlenmiş ve sisteme dayalı sağlık uygulamalarını gözden geçirmeyi düşünmemiştir.

Erken dönemde yapılan deneysel çalışmalar, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ve güvenlik sorunlarının bulunduğunu ortaya çıkarmıştır (Seddon 2001, Neale 2001, Weingart 2000). Örneğin, yatışların yaklaşık % 18'i advers olaylardan ve % 10'u tıbbi hatalara uğramış hastalardan oluştuğu rapor edilmiştir (Sözer, 2012).

Amerika'daki Managed Healthcare döneminde sağlık harcamalarındaki kontrol edilemeyen artış ve kalite eksikliklerinin hızla artması, önlenemez tıbbi hataların artması ve medya baskısının oluşması ile sağlık kurumlarının daha saydam bir hale gelmesine duyulan ihtiyacın artmasına neden olmuştur. Sağlık sektörü

sorunlarına yeni çözümler aramıştır. İlk kez Lucien Leape, teorik olarak endüstride uygulanan “insan faktörü mühendisliği” kavramının sağlık sektöründe de uygulanabileceğini dile getirmiştir (Leape 1993). Bundan bir yıl sonra, Bates ve arkadaşları, ilaç hatalarını yeni bir bakış açısı olan sistem analizi ile inceleyip yayınlamışlardır (Leape 1995). Yeni bakış açısı dikkat çekmiş ve 1996'da Annenberg Sağlık Bilimleri Merkezi'nde ilk “Hasta Güvenliği ve Sistem Hataları” konferansı yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite sorunları üç kategoriye ayrılmaktadır: Sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı, gereksiz kullanımı ve yanlış kullanımı. Sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı, tedavinin önlenemez bir komplikasyonu olarak tanımlanabilir. Yanlış kullanım kategorisi, hasta güvenliğini kalitenin bir bileşeni olarak kavramsallaştırmak için iyi bir kaynaktır (Leape ve Berwick 2005).

Leape ve Berwick 2005 yılında hasta güvenliğine olan ilginin, yetersiz kullanım, gereksiz kullanım ve yanlış kullanım arasındaki çizginin ne kadar bulanık olduğuna yoğunlaştığını gözlemlemiştir. Bu ihtiyaç duyduğu tedaviyi alamayan hasta ile ihtiyacı olmayan bir tedaviyi alan hasta ile ameliyat mağduru olan hasta arasında hiçbir risk farkı olmadığı için mantıklı görünüyordu (Leape ve Berwick 2005).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı hasta güvenliğinin tanımını açıklığa kavuşturarak, hedefini “Sağlık hizmetlerine ilişkin hataların önlenmesi ve sağlık hizmetleriyle ilgili hatalardan kaynaklanan hasta hasarlarının yok edilmesi veya azaltılması” olarak belirtmiştir (Cooper 2000).

Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı Tıbbi hatayı; “Hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenilmeyen sonuç” olarak tanımlamıştır (NPSF 2003).

Tıbbi hataların ortaya çıkmasına göre hatalar;

- İşleyişle ilgili hatalar: Yanlış operasyonu gerçekleştirme
- İhmalle ilgili hatalar: Doğru işlemi yapmama
- Uygulamayla ilgili hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama olarak sınıflandırılmıştır.

Farklı bir bakış açısıyla tıbbi hata; planlanan bir çalışmayı hedeflendiği şekilde tamamlanamama (uygulama hatası) ya da hedefe ulaşmak için yanlış planlama ve kullanma (planlama hatası) olarak tanımlamak da mümkündür. Ayrıca, tıbbi hataların yanı sıra yan etki kavramının da belirtilmesi gerekmektedir. Yan etki: Sağlık hizmetlerinden (tıbbi uygulama) hastanın durumuna veya altta yatan hastalığın durumuna bakılmaksızın yol açtığı hasar / zarar (Kohn 1999). Örneğin; batın içinde gerçekleştirilen bir operasyon sırasında hastanın üretrasını yanlışlıkla bağlamak gibi (Kaynak içinde geçen de dâhil).

2.4.1. Tıbbi Hata Sebepleri

Sağlık Araştırmaları ve Kalite Ajansı'nın (AHRQ 2014) Ara Raporuna göre, tıbbi hataların en yaygın nedenleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

a) İletişim problemleri, sözlü veya yazılı bilginin iletilmesindeki eksiklikler, kötü el yazısı, telefonla iletilen bilgilerin yanlış yazılması vb.

b) Yetersiz bilgi akışı, kritik hizmet alanlarında ihtiyaç duyulan bilgilere ulaşamama. Hasta devrinde hastayla ilgili notların yetersizliği, eksikliği veya hiç aktarılmaması, kritik test sonucunun laboratuvarından hekime bildirilmemesi vb.

c) İnsan faktörü, kurum politikaları ve işleyişlerine ve yazılı kurallara uymamak. Hastadan alınan örneği uygun olmayan etiketleme, yetersiz dokümantasyon vb.

d) Hasta ile ilgili problemler, hastanın kimlik bilgilerinin doğru alınmaması veya eksik olması, değerlendirme eksikliği.

e) Organizasyon içindeki bilgi aktarımı eksikliği, uygulama ve politikaların organizasyon içindeki tüm bölümlere yeterince iletilmemesi. Örneğin, yoğun bakım ünitesinde yatan hastanın servise nakli sonrasında hastada bulunan drenin bakımının nasıl yapılacağı kat hemşireleri tarafından bilinmiyor ise hastada drene bağlı enfeksiyon ortaya çıkması.

f) Artan iş yükü, yetersiz iş gücü, doğrudan tıbbi hata nedeni olmamasının yanı sıra, aşırı yoğunluk, çalışanların hata yapma riskini de beraberinde getirmektedir.

g) Teknik sorunlar, teknik donanım eksikliği, bakım sıkıntısı bu kategoride değerlendirilmektedir. Örneğin: Böbrek fonksiyonu bozulan bir hastanın müdahalesi sırasında diyaliz makinesinin çalışmaması vb.

h) Yetersiz politikalar ve işleyişler, birçok tıbbi hatanın ortaya çıkmasında belki de en önemli faktördür. Kurumsal olarak yetersiz veya iyi belgelenmemiş veya tamamen eksik belgeler tespit edilmiştir. Bugün ortaya konulan standartlar, bu hataları önlemek için geliştirilmiş önlemleri içermektedir (AHRQ 2014).

2.4.2. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Tıbbi hataların sınıflandırılmasında farklı yaklaşımlar vardır. Bunlar arasında en kabul gören sınıflandırma Lucien Leape ve arkadaşlarının yaptığı sınıflandırılmadır (Leape 1993, Bates 1995). Tıbbi hataları aşağıdaki gibi sınıflandırmışlardır:

- **Tanı hataları**

- Yanlış tanı veya tanıda gecikme olması
- Uygun ve gereken tetkiklerin yapılmaması
- Gerçekçi olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanımı
- Tetkik sonuçlarına uygun davranılmaması

- **Tedavi hataları**

- Cerrahi girişim, işlem veya muayenenin yanlış yapılması
- Tedavinin uygulanmasında hata olması
- İlaç dozajında veya uygulama yönteminde hata olması
- Tedavinin uygulanmasında gecikme görülmesi
- Uygun olmayan tedavi yapılması

- **Koruyucu tedavi hataları**

- Profilaktik tedavinin uygulanmaması veya uygulamada hata olması
- Tedavide yetersiz takip

- **Diğer hatalar**

- İletişim eksikliğine bağlı hatalar görülmesi
- Kullanılan malzemelerde yetersizlik/eksikliğe bağlı hata görülmesi
- Diğer sistem eksikliklerinin olması

Akalın, “Yoğun Bakımda Hasta Güvenliği” (Akalın 2005) isimli makalesinde, tıbbi hataları; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı hataları, sistem yetersizlikleri nedeniyle oluşan hatalar ve diğer hatalar olarak sınıflandırmıştır. Bu beş madde aşağıda açıklanmıştır:

i) İlaç hataları: Çoğu önlenilebilir olan bu hatalar, ilaçların hastaya yanlış uygulanmasıyla ilgilidir. Bu tür hatalar, yanlış ilaç seçimi, yanlış dozaj, uygulama hatası, birlikte verilen diğer ilaçlarla etkileşim, alerjili hastaya alerji yapan ilacı verme gibi hatalardır. İlaç Hatalarını Van den Bemt ve arkadaşları şöyle sıralamıştır (Van den Bemt ve diğ. 2000):

- İlaç seçimi
- İlaç verme, reçeteleme
- İlaç hazırlama ve dağıtım
- Uygulama
- İzleme

ii) Cerrahi hatalar: Yanlış taraf işaretleme veya taraf işaretleme, ameliyat bölgesinde yabancı alet, cisim vb. unutulması bu grup hatalara örnek verilebilir.

iii) Tanı koymada hatalar: Yanlış tanı, yanlış ve yetersiz tedaviye ve gereksiz tetkiklere yol açabilir. Laboratuvar testlerinin yanlış yapılması veya yorumlanması en yaygın tıbbi hatalardandır.

iv) Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar: Bunlar, sağlık hizmetlerinin sunulması sırasında sistemde görünen ve tespit edilmesi çok zor olan hatalardır. Defibrilatör, intravenöz sıvı pompaları, monitör vb. cihazların arızalanması, yanlış kullanımı örnek olarak verilebilir.

v) Diğer: Hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, düşmeler gibi problemler önemli tıbbi hatalardır. Örneğin, profilaksi uygulanmasının ameliyattan önce doğru gerçekleştirilmemesi, tam olarak uygulanmaması, zamanından çok önce uygulanması vb. nedenlerle cerrahi alanda oluşan cerrahi alan enfeksiyonu, bu grup için iyi birer örnek olabilirler (Van den Bemt ve diğ. 2000).

2.4.3. Hasta Güvenliği İhlalleri ve Tıbbi Hataların Sonuçları

Mortalite ve morbidite: Tıbbi hataların en ciddi sonucu hastanın kaybıdır. Buna verilecek en çarpıcı örnek, dünya çapında nadir ve çok başarılı bir kalp akciğer naklinin ikinci gününde yanlış kan transfüzyonu nedeniyle hastanın kaybıdır (Sözer 2012). Ayrıca, kalıcı veya geçici işlev kaybı, hem hasta hem de yakınları ve sağlık kurumu için üzücü bir durumdur.

Yatış süresinde uzama: Yanlış tedavi uygulama, teşhis koyma hatası, hastane enfeksiyonu, cerrahi komplikasyonlar görülmesi gibi sebeplerle uzayabilmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının mağduriyeti: Uzun süren tedavi süreci, iş kaybı, beklenmedik maliyetler veya kalıcı sakatlık nedeniyle iş kaybı gibi sonuçlar doğurabilmektedir.

Hukuksal sorunlar: Yanlış uygulamalar sonucu açılan davalar vb.

olarak özetlemek mümkündür. Bunun yanı sıra, tıbbi hataların maliyeti de ayrı bir kategori oluşturmaktadır (Sözer 2012).

2.5. Güvenilir Bir Sağlık Hizmetinin Önündeki En Önemli Engeller

Amalberti ve arkadaşları (Amalberti ve diğ. 2005), “Ultra Güvenli Sağlık Sistemine Ulaşmak için Beş Sistem Engeli” (Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care) isimli makalelerinde hasta güvenliğinin sağlık hizmetlerinde istenen seviyeye ulaşamamasının nedenlerini şöyle sıralamıştır:

- Maksimum performans sınırlarının zorlanması
- Profesyonel otonomi
- Zanaatkar yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma
- Güvenlik Stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda olması
- Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı

Maksimum performans sınırlarının zorlanması: Uygulama alanında kısıtlayıcı bir kural veya düzenleme olmaması durumunda, daha fazla ürün veya hizmet üretmek için güvenlikle ilgili kuralların göz ardı edilmesini açıklar. Örneğin; Daha fazla operasyon gerçekleştirmek için ameliyathane iki operasyon arasında yeterince iyi temizlenmezse bu hastada hastane enfeksiyonunun gelişmesine yol açabilir. Daha fazla hasta muayenesi için hasta muayenesi sürelerinin evrensel standart olan 20 dakikanın daha azına indirilmesi, hastanın yetersiz muayenesi, yanlış veya eksik tanı ile sonuçlanabilir.

Profesyonel otonomi: Birçok yüksek riskli alanda, geliştirilen politikalar ve kurallar, operasyon sürecinde bireylerden özerkliği alarak sorumluluğu eşit bir şekilde takımlara dağıtmak için yapılandırılmıştır. Bu uygulama sonucunda istenmeyen olaylar / kazalar büyük ölçüde engellenmiştir. Sağlık sektöründe de kural ve politikalar geliştirilmesine rağmen, hekim özerkliğinin önüne geçmek zordur. Hekimler geleneksel olarak, hastalarından sorumlu olan tek çalışan olduklarını düşünmektedir. Bu sorumluluk duygusu ile hekimler önceliği eline almak istemektedirler.

Zanaatkâr yaklaşımından takım oyuncusu yaklaşımına geçişte zorlanma: Yıllar boyunca, hekimler kendi muayenehanelerinde ya da kliniklerinde görev yapıyorlardı. Gelişen tıbbi teknoloji ve değişen koşullar nedeniyle, hizmetin sunulma şekli değişmiş, özerk ve zanaatkâr olan hekimin artık bir takım oyuncusuna

dönüşmesi beklenmiştir. Bu yaklaşıma göre, hastalar hastalandığında, onlara en doğru tanı ve tedaviyi verebilecek sağlık kurumunu seçmeye çalışacaklardır; ancak güncel sağlık yönetiminin bu değişimi öngördüğü yolda da, hastalar sadece en doğru ve en iyi kurumu seçmenin yanı sıra en iyi hekimi seçmeye de özen göstermektedirler. Ayrıca, hastanın hekimini seçme hakkı yasalarla güvence altına alınmıştır. Yine yasal olarak hasta ile hekim arasındaki, ilişki vekâlet ilişkisidir. Başka bir deyişle, hasta hastalığını araştırma ve tedavi etme yetkisini ilgili ekibe değil, seçtiği hekime verir.

Güvenlik stratejilerinin sistematik yaklaşımları içermek zorunda olması:

Sağlık kurumunda güvenlik algısı farklı seviyelerde, farklı algılanabilir. Örneğin; üst düzey yöneticiler, tüm kurumlarını kapsayacak güvenlik stratejileri isterler; ancak çalışanları rahatsız hissettirecek kuralların olmamasını ve hasta güvenliği sorunlarının kurumda ayrı bir risk kaynağı teşkil etmemesini isterler. Klinik bölüm başkanları, geleneksel olarak hasta güvenliğini, kendilerinden bağımsız kalite ve üretimle ilgili konular olarak ele almak isterler. Hekimler, öngörülemez bir olayın kariyerleri, gelirleri ve itibarı için felaket sonuçları doğuracağından endişe duymaktadır. Bununla birlikte, politika geliştiriciler ve topluluk dâhil olmak üzere ortak, kabul edilebilir ve uygulanabilir sistematik yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir. Aksi halde, istenmeyen sonuçlarla karşılaşma riski ortaya çıkmaktadır. Örneğin; 1980'lerde, Fransa'daki kan nakillerinde, HIV testinin transfüzyon öncesi tarama testlerine dâhil edilmemesi nedeniyle kan transfer edilmiş birçok hasta AIDS'e yakalanmış, ülkede bir krize neden olmuştur. Bu olaydan sonra alınan önlemler katı kurallar ve ağır bürokratik işlemler getirmiştir. Hekimler, risk ve bürokratik yükü önlemek için kan transfüzyonundan kaçınmışlar; ancak bu yaklaşım toplumda anemi oranlarının yükselmesine yol açmıştır.

Profesyonel kural ve yasaların karmaşıklığı: Mükemmel bakım kalitesi elde etme arzusu, bu mükemmellik isteğinin aksi şeklinde güvenli bir hizmeti engelleyebilir. Mükemmelliğe ulaşmak için kurallar, süreçlere eklenen adımlar, sürekli değişen işleyişler, kuralların günlük hayatta pratik olmamasına neden olabilir. Mevcut yasa ve yönetmeliklerdeki çelişkiler ara sıra durumu içinden çıkılmaz kılmaktadır.

Bu tür sistemlerde, hatanın görünürlüğü ortadan kalkabileceğinden, istenmeyen olaylarda bir artış meydana gelebilir. Van Geest ve Cummins, hasta güvenliğini arttırmak için hemşirelerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yaptığı bir çalışmada (VanGeest ve Cummins 2003), hasta güvenliğini artırmadaki engelleri şu şekilde sıralamıştır:

- Sağlık hizmetinin karmaşık hale gelmesi
- Hoşgörü kültürü eksikliği/yetersizliği
 - İnkâr
 - Profesyonel otorite
 - Narsizim, durumdan memnun olma
 - Hata yapmaya karşı verilen tepki
 - Korku
- Konu ile ilgili eğitim yetersizliği ve eksikliği
- Hataların rapor edilmesinin hiçbir şeyi değiştirmeyeceği düşüncesi

Bunlarla beraber bu çalışmada; “Hasta güvenliği hekimler ve hemşireler için önemli midir?” sorusu sorulmuş ve hem hekimler hem de hemşireler hasta güvenliği konusunun çok önemli olduğu belirtmiştir.

2.6. Hasta Güvenliği Kültürü

Kültür, çok çeşitli tanımları olan, Latince bir sözcüktür. Taylor’a göre kültür (Çakır 2007), bir toplumun üyesi olarak bireyin öğrendiği bilgi, inanç, ahlak, hukuk, sanat, gelenek v.b. alışkanlıkları içeren ve bireyin kendinden sonra gelenlere aktarılmak üzere öğrettiği her şeyi kapsayan karmaşık bir bütündür (Önler 2010).

Güvenlik kültürü, kavram olarak iş güvenliği sisteminin temelleri olan; organizasyon çalışanları tarafından mesleki tehlikeler, kazalar ve güvenli iş gibi stratejilerin belirlenmesine yardımcı olan; değerler, inanışlar, ilkeler ve uygulamaları açıklamaktadır. Bu anlayışlar ve uygulamalar; güvenli çalışma, çalışanların iş yaşamı kalitesinin, yaşam kalitesine olan etkisinin farkında olması, güvenlik ve sağlık

konusunda bilgili olmasıdır. Çalışma davranışlarının güvenli olması durumunda, güvenli davranış ise; sağlık ve güvenlik kültürünün yerleştiği ortamlarda sağlanabilir. Güvenlik kültürünün oluşturulması ile sağlıklı ve güvenli davranış, alışkanlık haline getirilebilir (Şerifoğlu ve Sungur 2007).

Hasta güvenliği kültürü, tüm sağlık hizmetleri sektöründe çalışan, özellikle hasta ve yakını ile birebir iletişim içinde olan hekimlerin, hemşirelerin ve diğer hastane personelinin hasta haklarına saygı, her türlü koşulda hasta haklarının korunması için bütün kurum çalışanlarının göstereceği ihtimam olarak tanımlanmıştır (Yalçın 2010).

Lider davranışları kurum kültürünü geliştirme sürecinde olduğu gibi, üst yönetimin hasta güvenliği kültürünü sağlamak ve geliştirmek için bu konuyu gündeminden düşürmemelidir (Birgili 2010). İlgili kurum ve araştırmacılar, bu konudaki stratejileri geliştirirken dikkate alınması gereken noktaları şu şekilde sıralamışlardır:

- Hasta güvenliğinin tüm çalışanlar tarafından sahiplenilmesi gereken bir konu olduğunun ilan edilmesi,
- Hasta güvenliği konusunda yöneticiler, çalışanlar ve hastalar arasında açık bir iletişim olmasının teşvik edilmesi,
- Çalışanlara hasta güvenliğini tehdit eden işlemleri belirleme ve bunları azaltma ve hatta önüne geçme konusunda sorumluluk verilmesi,
- Hasta güvenliği için ayrı bir yerde kaynak olması,
- Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda sürekli eğitiminin sağlanması

Ulusal Kalite Forumunun Hasta Güvenliği Uzlaşma Raporunda (Kiezer 2001), tıbbi hataların rapor edilmesinin ceza ile sonuçlanacağı bir ortam yaratmamaktan kaçınılması önerilir. Öte yandan, Cooper ve Pizzi'nin ayrı makalelerinde, hastanın güvenlik kültürü, hasta güvenliğinin kurumun en yüksek önceliği ve ortak değeri olarak kabul edilmesi gerektiğini güçlü bir şekilde vurgulamaktadır (Cooper 2000, Pizzi 2001).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile hasta güvenliği kültürü düzeylerini saptayarak aralarındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik tanımlayıcı, ilişki arayıcı çalışma niteliğindedir.

3.2. Araştırma Soruları

Araştırmanın soruları şu şekildedir:

- 1- Sosyo-demografik değişkenlerin tükenmişlik ve hasta güvenliği ile ilişkisi nasıldır?
- 2- Hemşirelerde tükenmişlik düzeyi nasıldır?
- 3- Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü düzeyi nasıldır?
- 4- Tükenmişlik ve Hasta Güvenliği Kültürünü karşılaştırınca sonuç nasıldır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; bir üniversite hastanesinde, Aralık 2017- Ekim 2018 yılları arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinde görev yapan tüm hemşireler, örneklemini gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 100 hemşire oluşturdu.

3.5. Veri Toplama İşlemi ve Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Örnekleme dâhil olan tüm birimler seçilerek, tesadüfi olarak uygulanmıştır. Araştırmanın güvenilirliğini artırmak amacıyla, örnek büyüklüğüne bağlı kalınarak, 100 hemşireye uygulanmıştır.

Araştırmada veri ve bilgilerin toplanması için, yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu (8 soru), hasta güvenliği kültürünü sorgulayan likert tipte olan Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ) (51 soru) ve tükenmişlik düzeyini ölçmeye yarayan likert tipte olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (22 soru) kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formu, çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesindeki hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışılan birim, meslekteki kıdem ve haftalık çalışma saatleri gibi özelliklerini belirlemeye yönelik 8 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği; Türkmen, Baykal, Seren, Altuntaş tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Toplam 51 madde ve beş alt boyuta sahiptir. Ölçek, dörtlü likert tipindedir. Ölçekte tamamen katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, katılıyorum 3 ve tamamen katılıyorum 4 ile puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında; alt boyutlarda yer alan madde puanları toplanıp elde edilen toplam sayı madde sayısına bölünmekte ve 1-4 arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilmektedir. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında 5 alt boyutun ortalama puanı toplanmakta ve 5'e bölünerek 1-4 arasında ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek puanının yorumlanmasında ise "puan ortalamasının 4'e doğru yükselmesi, olumlu hasta güvenliği kültürünü", "1'e doğru azalması, olumsuz hasta güvenliği kültürünün varlığını" göstermektedir.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği alt boyutları şu şekilde sıralanmaktadır;

- Yönetim ve Liderlik: Yönetim ve Liderlik 17 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 1-17 numaralı sorular dâhil arasındaki sorularını kapsamaktadır.
- Çalışanların Eğitimi: Çalışanların Eğitimi 7 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 37-43 numaralı sorular dâhil arasındaki soruları kapsamaktadır.

- Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama: Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama 5 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 33-37 numaralı sorular dâhil arasındaki sorularını kapsamaktadır.
- Bakım Ortamı: Bakım ortamı 8 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 44-51 numaralı sorular dâhil arasındaki sorularını kapsamaktadır.
- Çalışan Davranışı: Çalışan Davranışı 14 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 18-32 numaralı sorular dâhil arasındaki sorularını kapsamaktadır.

Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.97'dir. Alt boyut Cronbach's alfa değerleri ise şu şekilde sıralanmaktadır: Yönetim ve liderlik 0.92, Çalışanların Eğitimi 0.91, Beklenmedik olay ve hata raporlama 0.83, Bakım Ortamı 0.86, Çalışan davranışı 0.91'dir (Altuntaş ve diğ. 2011).

3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği tükenmişliği değerlendirmek üzere Maslach ve Jackson (1986) tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Toplam 22 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları şu şekilde sıralanmaktadır;

- Duygusal Tükenme: Duygusal Tükenme 9 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 1-2-3-6-8-13-14-16-20 numaralı sorularını kapsamaktadır.
- Duyarsızlaşma: Duyarsızlaşma 5 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 5-10-11-15-22 numaralı sorularını kapsamaktadır.
- Kişisel Başarı Duygusunda Azalma: Kişisel Başarı Duygusunda Azalma 8 maddeden oluşmakta ve ölçeğin 4-7-9-12-17-18-19-21 numaralı sorularını kapsamaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyut puanları; Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma; hiçbir zaman 1, çok nadir 2, bazen 3, çoğu zaman 4, her zaman 5 şeklinde düz ve Kişisel Başarı Duygusunda Azalma; hiçbir zaman 5, her zaman 1 şeklinde tersine puanlanmaktadır. Bu puanların toplanması ile Duygusal Tükenme

için 0-36, Duyarsızlaşma için 0-20 ve Kişisel Başarı Duygusunda Azalma için de 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Bu çalışmada Ergin'in ölçeğinin Türkçe uyarlamasında yaptığı gibi, olumlu ifadelerden oluşan Kişisel Başarı Duygusunda Azalma alt boyutunda puanlama ters yönde yapılmış ve "kişisel başarısızlık" olarak yorumlanmıştır. Bu nedenle Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Duygusunda Azalma alt boyutlarından yüksek puanlar almak tükenmişliği ifade etmektedir.

Ölçeğin Cronbach's alfa değerleri; Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.65 ve Kişisel Başarı Duygusunda Azalma için 0.72 bulunmuştur (Ergin 1992).

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için PASW Statistics 18 for Windows istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Tüm ölçek puanları normal dağılıma sahip olmadığı için parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edildi. İki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. İki'den fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma yalnızca çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır.

Doğum izninde, yıllık izinde olan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve iş yoğunluğundan anketi tamamlayamayan hemşirelerin olması nedeniyle örnekleme oluşturan hemşirelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.10.2017 Tarih ve 2017/98/10/13 Sayılı izni ile onay alınmıştır.

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğini çalışmamızda kullanmak üzere ölçeği geliştiren Doç. Dr. Serap Altuntaş'tan 11.10.2017 tarihinde e-mail yolu ile izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan tüm hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşirelerin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 4.1. Kişisel Özellikler

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	17	17,0
	Kadın	83	83,0
Medeni Durum	Evli	39	39,0
	Bekâr	61	61,0
Çocuk Sayısı	Yok	70	70,0
	1 Tane	24	24,0
	2 Ve üzeri	6	6,0
Eğitim Düzeyi	Lise	18	18,0
	Önlisans	3	3,0
	Lisans	66	66,0
	Lisansüstü	13	13,0
Çalışılan Birim	Servis	33	33,0
	Yoğun Bakım	34	34,0
	Ameliyathane	14	14,0
	Acil	11	11,0
	Diğer	8	8,0
Kıdem	1 Yıldan Az	7	7,0
	1-5 Yıl	57	57,0
	6-10 Yıl	29	29,0
	11 Yıl Ve üzeri	7	7,0
Haftalık Çalışma Süresi	Ortalama 40 Saat	21	21,0
	Ortalama 45 Saat Ve üstü	79	79,0

Hemşirelerin yaş ortalaması $27,4 \pm 5,1$ (20 – 45) olarak bulundu.

Tablo 4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular

	Ort	Ss	Min.	Max.
Duygusal Tükenme	20,110	6,803	7	34
Duyarsızlaşma	6,990	4,361	0	18
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	10,840	5,590	1	23
Tükenmişlik Toplam	37,940	12,694	9	71

Araştırmaya katılan Hemşirelerin “duygusal tükenme” düzeyi ($20,110 \pm 6,803$); “duyarsızlaşma” düzeyi ($6,990 \pm 4,361$); “kişisel başarı hissinde azalma” düzeyi ($10,840 \pm 5,590$); “tükenmişlik toplam” düzeyi ($37,940 \pm 12,694$) olarak saptandı.

Tablo 4.3. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular

	Ort	Ss	Min.	Max.
Yönetim ve Liderlik	48,840	7,849	18	72
Çalışanların Eğitimi	19,950	3,503	7	28
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	13,590	2,822	5	20
Bakım Ortamı	22,210	3,753	8	32
Çalışan Davranışı	39,350	6,693	14	56
HGKÖ Toplam	146,690	22,212	53	212

Araştırmaya katılan Hemşirelerin “yönetim ve liderlik” düzeyi ($48,840 \pm 7,849$); “çalışanların eğitimi” düzeyi ($19,950 \pm 3,503$); “beklenmedik olay ve hata raporlama” düzeyi ($13,590 \pm 2,822$); “bakım ortamı” düzeyi ($22,210 \pm 3,753$); “çalışan davranışı” düzeyi ($39,350 \pm 6,693$); “HGKÖ toplam” düzeyi ($146,690 \pm 22,212$) olarak saptandı.

Tablo 4.4.Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri İle Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki Analizi

		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Tükenmişlik Toplam
Yönetim ve Liderlik	r	-0,244	-0,121	-0,280	-0,278
	p	0,014	0,231	0,005	0,005
	n	100	100	100	100
Çalışanların Eğitimi	r	-0,236	-0,077	-0,172	-0,228
	p	0,018	0,445	0,088	0,023
	n	100	100	100	100
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	r	-0,348	-0,141	-0,255	-0,332
	p	0,000	0,161	0,010	0,001
	n	100	100	100	100
Bakım Ortamı	r	-0,192	-0,131	-0,140	-0,202
	p	0,056	0,194	0,164	0,044
	n	100	100	100	100
Çalışan Davranışı	r	-0,276	-0,173	-0,202	-0,280
	p	0,005	0,085	0,044	0,005
	n	100	100	100	100
HGKÖ toplam	r	-0,291	-0,177	-0,261	-0,318
	p	0,003	0,079	0,009	0,001
	n	100	100	100	100

Yönetim ve liderlik ile duygusal tükenme arasında %24,4 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,244$; $p=0,014<0,05$). Buna göre yönetim ve liderlik puanı arttıkça duygusal tükenme puanı azalmaktadır.

Çalışanların eğitimi ile duygusal tükenme arasında %23,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,236$; $p=0,018<0,05$). Buna göre çalışanların eğitimi puanı arttıkça duygusal tükenme puanı azalmaktadır.

Beklenmedik olay ve hata raporlama ile duygusal tükenme arasında %34,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,348$; $p=0,000<0,05$). Buna göre

beklenmedik olay ve hata raporlama puanı arttıkça duygusal tükenme puanı azalmaktadır.

Bakım ortamı ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,192$; $p=0,056>0,05$).

Çalışan davranışı ile duygusal tükenme arasında %27,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,276$; $p=0,005<0,05$). Buna göre çalışan davranışı puanı arttıkça duygusal tükenme puanı azalmaktadır.

HGKÖ toplam ile duygusal tükenme arasında %29,1 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,291$; $p=0,003<0,05$). Buna göre HGKÖ toplam puanı arttıkça duygusal tükenme puanı azalmaktadır.

Yönetim ve liderlik ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,121$; $p=0,231>0,05$).

Çalışanların eğitimi ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,077$; $p=0,445>0,05$).

Beklenmedik olay ve hata raporlama ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,141$; $p=0,161>0,05$).

Bakım ortamı ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,131$; $p=0,194>0,05$).

Çalışan davranışı ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,173$; $p=0,085>0,05$).

HGKÖ toplam ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,177$; $p=0,079>0,05$).

Yönetim ve liderlik ile kişisel başarı hissinde azalma arasında %28,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,280$; $p=0,005<0,05$). Buna göre yönetim ve liderlik puanı arttıkça kişisel başarı hissinde azalma puanı azalmaktadır.

Çalışanların eğitimi ile kişisel başarı hissinde azalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,172$; $p=0,088>0,05$).

Beklenmedik olay ve hata raporlama ile kişisel başarı hissinde azalma arasında %25,5 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,255$; $p=0,010<0,05$). Buna göre beklenmedik olay ve hata raporlama puanı arttıkça kişisel başarı hissinde azalma puanı azalmaktadır.

Bakım ortamı ile kişisel başarı hissinde azalma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı. ($r=-0,140$; $p=0,164>0,05$).

Çalışan davranışı ile kişisel başarı hissinde azalma arasında %20,2 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,202$; $p=0,044<0,05$). Buna göre çalışan davranışı puanı arttıkça kişisel başarı hissinde azalma puanı azalmaktadır.

HGKÖ toplam ile kişisel başarı hissinde azalma arasında %26,1 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,261$; $p=0,009<0,05$). Buna göre HGKÖ toplam puanı arttıkça kişisel başarı hissinde azalma puanı azalmaktadır.

Yönetim ve liderlik ile tükenmişlik toplam arasında %27,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,278$; $p=0,005<0,05$). Buna göre yönetim ve liderlik puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

Çalışanların eğitimi ile tükenmişlik toplam arasında %22,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,228$; $p=0,023<0,05$). Buna göre çalışanların eğitimi puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

Beklenmedik olay ve hata raporlama ile tükenmişlik toplam arasında %33,2 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,332$; $p=0,001<0,05$). Buna göre beklenmedik olay ve hata raporlama puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

Bakım ortamı ile tükenmişlik toplam arasında %20,2 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,202$; $p=0,044<0,05$). Buna göre bakım ortamı puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

Çalışan davranışı ile tükenmişlik toplam arasında %28,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,280$; $p=0,005<0,05$). Buna göre çalışan davranışı puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

HGKÖ toplam ile tükenmişlik toplam arasında %31,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0,318$; $p=0,001<0,05$). Buna göre HGKÖ toplam puanı arttıkça tükenmişlik toplam puanı azalmaktadır.

Tablo 4. 5. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çalışılan Birime Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Servis	33	21,455	6,185	0,147
	Yoğun Bakım	34	20,853	7,287	
	Ameliyathane	14	16,643	6,109	
	Acil	11	19,364	6,577	
	Diğer	8	18,500	7,690	
Duyarsızlaşma	Servis	33	7,091	3,971	0,415
	Yoğun Bakım	34	7,971	4,802	
	Ameliyathane	14	5,714	4,565	
	Acil	11	5,455	3,725	
	Diğer	8	6,750	4,234	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Servis	33	11,515	6,529	0,174
	Yoğun Bakım	34	11,529	4,251	
	Ameliyathane	14	11,214	5,437	
	Acil	11	7,727	5,551	
	Diğer	8	8,750	6,159	
Tükenmişlik Toplam	Servis	33	40,061	10,518	0,115
	Yoğun Bakım	34	40,353	12,319	
	Ameliyathane	14	33,571	13,597	
	Acil	11	32,546	15,115	
	Diğer	8	34,000	15,390	
Yönetim ve Liderlik	Servis	33	46,939	9,855	0,226
	Yoğun Bakım	34	48,500	6,195	
	Ameliyathane	14	52,286	6,195	
	Acil	11	49,000	6,573	
	Diğer	8	51,875	7,846	
Çalışanların Eğitimi	Servis	33	19,515	3,954	0,220
	Yoğun Bakım	34	19,853	3,465	
	Ameliyathane	14	21,357	2,735	
	Acil	11	19,182	2,089	
	Diğer	8	20,750	4,334	

Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Servis	33	13,515	3,114	0,998
	Yoğun Bakım	34	13,471	2,926	
	Ameliyathane	14	14,000	2,320	
	Acil	11	13,364	2,873	
	Diğer	8	14,000	2,330	
Bakım Ortamı	Servis	33	21,849	4,597	0,777
	Yoğun Bakım	34	22,353	3,757	
	Ameliyathane	14	22,786	3,286	
	Acil	11	21,909	2,508	
	Diğer	8	22,500	2,330	
Çalışan Davranışı	Servis	33	39,030	7,888	0,945
	Yoğun Bakım	34	39,029	6,939	
	Ameliyathane	14	41,000	4,852	
	Acil	11	38,455	4,059	
	Diğer	8	40,375	6,781	
HGKÖ Toplam	Servis	33	143,606	28,180	0,563
	Yoğun Bakım	34	145,941	19,155	
	Ameliyathane	14	154,500	16,969	
	Acil	11	144,364	15,832	
	Diğer	8	152,125	22,649	

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının çalışılan birim değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Yok	70	20,757	6,805	0,251
	1 Tane	24	19,125	6,596	
	2 ve üzeri	6	16,500	7,148	
Duyarsızlaşma	Yok	70	7,314	4,130	0,356
	1 Tane	24	6,375	4,915	
	2 ve üzeri	6	5,667	4,967	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Yok	70	11,257	5,450	0,076
	1 Tane	24	10,833	5,932	
	2 ve üzeri	6	6,000	4,050	

Tükenmişlik Toplam	Yok	70	39,329	12,268	0,092
	1 Tane	24	36,333	13,127	
	2 ve üzeri	6	28,167	12,906	
Yönetim ve Liderlik	Yok	70	47,514	8,043	0,032
	1 Tane	24	51,250	6,201	
	2 ve üzeri	6	54,667	7,554	
Çalışanların Eğitimi	Yok	70	19,429	3,674	0,091
	1 Tane	24	20,958	2,836	
	2 ve üzeri	6	22,000	2,449	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Yok	70	13,329	2,987	0,499
	1 Tane	24	14,167	2,582	
	2 ve üzeri	6	14,333	0,817	
Bakım Ortamı	Yok	70	21,986	3,903	0,518
	1 Tane	24	22,583	3,717	
	2 ve üzeri	6	23,333	1,506	
Çalışan Davranışı	Yok	70	38,743	7,077	0,111
	1 Tane	24	40,292	5,894	
	2 ve üzeri	6	42,667	3,670	
HGKÖ Toplam	Yok	70	143,671	23,160	0,078
	1 Tane	24	152,167	19,003	
	2 ve üzeri	6	160,000	14,873	

Hemşirelerin yönetim ve liderlik puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,032<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Buna göre; çocuk sayısı 2 ve üzeri olanların yönetim ve liderlik puanları ($54,667 \pm 7,554$), çocuğu olmayanların yönetim ve liderlik puanlarından ($47,514 \pm 8,043$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı.

Tablo 4.7.Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Lise	18	19,889	6,970	0,768
	Önlisans	3	19,000	10,149	
	Lisans	66	20,576	6,645	
	Lisansüstü	13	18,308	7,181	
Duyarsızlaşma	Lise	18	6,778	3,859	0,845
	Önlisans	3	10,333	8,021	
	Lisans	66	6,924	4,196	
	Lisansüstü	13	6,846	5,178	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Lise	18	10,222	6,477	0,161
	Önlisans	3	17,000	6,000	
	Lisans	66	11,167	5,104	
	Lisansüstü	13	8,615	5,938	
Tükenmişlik Toplam	Lise	18	36,889	12,574	0,631
	Önlisans	3	46,333	24,028	
	Lisans	66	38,667	11,725	
	Lisansüstü	13	33,769	14,945	
Yönetim ve Liderlik	Lise	18	47,333	7,483	0,709
	Önlisans	3	43,667	9,292	
	Lisans	66	49,439	8,170	
	Lisansüstü	13	49,077	6,396	
Çalışanların Eğitimi	Lise	18	19,111	4,185	0,271
	Önlisans	3	18,667	0,577	
	Lisans	66	20,364	3,256	
	Lisansüstü	13	19,308	4,008	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Lise	18	12,833	3,312	0,876
	Önlisans	3	12,333	4,619	
	Lisans	66	13,924	2,495	
	Lisansüstü	13	13,231	3,295	
Bakım Ortamı	Lise	18	22,000	3,710	0,070
	Önlisans	3	18,667	0,577	
	Lisans	66	22,667	3,880	
	Lisansüstü	13	21,000	3,028	
Çalışan Davranışı	Lise	18	38,889	5,476	0,769
	Önlisans	3	39,333	1,528	
	Lisans	66	39,697	7,271	
	Lisansüstü	13	38,231	6,166	
HGKÖ Toplam	Lise	18	142,889	21,315	0,380
	Önlisans	3	135,667	15,503	
	Lisans	66	148,833	23,177	
	Lisansüstü	13	143,615	19,734	

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Kıdeme Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	1 Yıldan Az	7	18,571	3,952	0,669
	1-5 Yıl	57	20,737	7,050	
	6-10 Yıl	29	19,862	7,055	
	11 Yıl Ve üzeri	7	17,571	6,133	
Duyarsızlaşma	1 Yıldan Az	7	4,143	1,864	0,279
	1-5 Yıl	57	7,333	4,377	
	6-10 Yıl	29	6,931	4,217	
	11 Yıl Ve üzeri	7	7,286	6,157	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	1 Yıldan Az	7	8,286	2,628	0,087
	1-5 Yıl	57	11,842	5,747	
	6-10 Yıl	29	10,276	5,637	
	11 Yıl Ve üzeri	7	7,571	4,577	
Tükenmişlik Toplam	1 Yıldan Az	7	31,000	2,449	0,174
	1-5 Yıl	57	39,912	12,769	
	6-10 Yıl	29	37,069	13,390	
	11 Yıl Ve üzeri	7	32,429	12,726	
Yönetim ve Liderlik	1 Yıldan Az	7	52,143	3,185	0,022
	1-5 Yıl	57	46,895	8,156	
	6-10 Yıl	29	50,379	6,155	
	11 Yıl Ve üzeri	7	55,000	10,214	
Çalışanların Eğitimi	1 Yıldan Az	7	20,429	0,535	0,027
	1-5 Yıl	57	19,175	3,864	
	6-10 Yıl	29	20,621	2,718	
	11 Yıl Ve üzeri	7	23,000	3,055	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	1 Yıldan Az	7	14,429	0,976	0,239
	1-5 Yıl	57	13,070	3,240	
	6-10 Yıl	29	14,035	2,061	
	11 Yıl Ve üzeri	7	15,143	2,340	

Bakım Ortamı	1 Yıdan Az	7	24,000	0,000	0,031
	1-5 Yıl	57	21,491	3,933	
	6-10 Yıl	29	22,621	3,550	
	11 Yıl Ve üzeri	7	24,571	3,645	
Çalışan Davranışı	1 Yıdan Az	7	41,143	0,900	0,027
	1-5 Yıl	57	37,860	7,393	
	6-10 Yıl	29	40,724	5,209	
	11 Yıl Ve üzeri	7	44,000	6,506	
HGKÖ Toplam	1 Yıdan Az	7	155,429	4,429	0,004
	1-5 Yıl	57	141,035	23,893	
	6-10 Yıl	29	151,310	16,827	
	11 Yıl Ve üzeri	7	164,857	24,293	

Hemşirelerin yönetim ve liderlik puanları ortalamalarının kıdem değişkeni ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,022<0.05$). Buna göre; kıdemi 1 Yıdan az olanların yönetim ve liderlik puanları ($52,143 \pm 3,185$), kıdemi 1-5 yıl olanların yönetim ve liderlik puanlarından ($46,895 \pm 8,156$) yüksek bulundu. Kıdemi 6-10 yıl olanların yönetim ve liderlik puanları ($50,379 \pm 6,155$), kıdemi 1-5 yıl olanların yönetim ve liderlik puanlarından ($46,895 \pm 8,156$) yüksek bulundu. Kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların yönetim ve liderlik puanları ($55,000 \pm 10,214$), kıdemi 1-5 yıl olanların yönetim ve liderlik puanlarından ($46,895 \pm 8,156$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin çalışanların eğitimi puanları ortalamalarının kıdem değişkeni ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,027<0.05$). Buna göre; kıdemi 11 yıl ve üzeri olan çalışanların eğitimi puanları ($23,000 \pm 3,055$), kıdemi 1 Yıdan az olan çalışanların eğitimi puanlarından ($20,429 \pm 0,535$) yüksek bulundu. Kıdemi 11 yıl ve üzeri olan çalışanların eğitimi puanları ($23,000 \pm 3,055$), kıdemi 1-5 yıl olan çalışanların eğitim puanlarından ($19,175 \pm 3,864$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin bakım ortamı puanları ortalamalarının kıdem değişkeni ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,031<0.05$). Buna göre; kıdemi 1 Yıdan az olanların bakım ortamı puanları ($24,000 \pm 0,000$), kıdemi 1-5 yıl olanların bakım ortamı puanlarından ($21,491 \pm 3,933$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin çalışan davranışı puanları ortalamalarının kıdem değişkeni ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,027<0.05$). Buna göre; kıdemi 6-10 yıl olanların çalışan davranışı puanları ($40,724 \pm 5,209$), kıdemi 1-5 yıl olanların çalışan davranışı puanlarından ($37,860 \pm 7,393$) yüksek bulundu. Kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların çalışan davranışı puanları ($44,000 \pm 6,506$), kıdemi 1-5 yıl olanların çalışan davranışı puanlarından ($37,860 \pm 7,393$) yüksek bulundu.

Hemşirelerin HGKÖ toplam puanları ortalamalarının kıdem değişkeni ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,004<0.05$). Buna göre; kıdemi 1 Yılda az olanların HGKÖ toplam puanları ($155,429 \pm 4,429$), kıdemi 1-5 yıl olanların HGKÖ toplam puanlarından ($141,035 \pm 23,893$) yüksek bulundu. Kıdemi 6-10 yıl olanların HGKÖ toplam puanları ($151,310 \pm 16,827$), kıdemi 1-5 yıl olanların HGKÖ toplam puanlarından ($141,035 \pm 23,893$) yüksek bulundu. Kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların HGKÖ toplam puanları ($164,857 \pm 24,293$), kıdemi 1-5 yıl olanların HGKÖ toplam puanlarından ($141,035 \pm 23,893$) yüksek bulundu.

Tablo 4.9.Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Erkek	17	20,294	7,728	0,934
	Kadın	83	20,072	6,649	
Duyarsızlaşma	Erkek	17	6,941	4,479	0,989
	Kadın	83	7,000	4,364	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Erkek	17	10,588	6,443	0,901
	Kadın	83	10,892	5,442	
Tükenmişlik Toplam	Erkek	17	37,824	13,671	0,811
	Kadın	83	37,964	12,572	
Yönetim ve Liderlik	Erkek	17	46,706	7,380	0,165
	Kadın	83	49,277	7,913	
Çalışanların Eğitimi	Erkek	17	18,941	3,665	0,095
	Kadın	83	20,157	3,455	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Erkek	17	13,412	3,001	0,425
	Kadın	83	13,627	2,801	
Bakım Ortamı	Erkek	17	21,118	3,672	0,086
	Kadın	83	22,434	3,752	

Çalışan Davranışı	Erkek	17	37,765	6,006	0,115
	Kadın	83	39,675	6,813	
HGKÖ Toplam	Erkek	17	140,353	21,301	0,075
	Kadın	83	147,988	22,295	

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Haftalık Çalışma Süresine Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Ortalama 40 Saat	21	18,762	5,770	0,353
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	20,468	7,042	
Duyarsızlaşma	Ortalama 40 Saat	21	5,381	3,853	0,056
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	7,418	4,410	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Ortalama 40 Saat	21	9,667	4,872	0,251
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	11,152	5,754	
Tükenmişlik Toplam	Ortalama 40 Saat	21	33,810	9,569	0,111
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	39,038	13,237	
Yönetim ve Liderlik	Ortalama 40 Saat	21	48,619	4,965	0,826
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	48,899	8,477	
Çalışanların Eğitimi	Ortalama 40 Saat	21	19,810	2,337	0,483
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	19,987	3,764	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Ortalama 40 Saat	21	13,238	2,095	0,264
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	13,684	2,989	
Bakım Ortamı	Ortalama 40 Saat	21	22,095	2,914	0,948
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	22,241	3,962	
Çalışan Davranışı	Ortalama 40 Saat	21	38,476	4,057	0,318
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	39,582	7,237	
HGKÖ Toplam	Ortalama 40 Saat	21	145,238	13,813	0,651
	Ortalama 45 Saat ve üstü	79	147,076	24,012	

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

		n	Ort	Ss	p
Duygusal Tükenme	Evli	39	19,641	7,322	0,538
	Bekâr	61	20,410	6,495	
Duyarsızlaşma	Evli	39	6,744	4,598	0,637
	Bekâr	61	7,148	4,234	
Kişisel Başarı Hissinde Azalma	Evli	39	9,923	5,686	0,142
	Bekâr	61	11,426	5,494	
Tükenmişlik Toplam	Evli	39	36,308	13,287	0,305
	Bekâr	61	38,984	12,297	
Yönetim ve Liderlik	Evli	39	50,436	8,522	0,079
	Bekâr	61	47,820	7,277	
Çalışanların Eğitimi	Evli	39	20,385	3,529	0,404
	Bekâr	61	19,672	3,487	
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	Evli	39	13,718	2,585	0,904
	Bekâr	61	13,508	2,981	
Bakım Ortamı	Evli	39	22,205	4,124	0,954
	Bekâr	61	22,213	3,531	
Çalışan Davranışı	Evli	39	40,051	7,138	0,292
	Bekâr	61	38,902	6,413	
HGKÖ Toplam	Evli	39	149,692	24,372	0,292
	Bekâr	61	144,771	20,694	

Hemşirelerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma, tükenmişlik toplam, yönetim ve liderlik, çalışanların eğitimi, beklenmedik olay ve hata raporlama, bakım ortamı, çalışan davranışı, HGKÖ toplam puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi ve tükenmişliğin olmaması için, öncelikle var olan durumun ortaya konması gerekmektedir. Bir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve hasta güvenliği kültürü düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları; hemşirelerin

- MTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları,

- HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları,

- Sosyo-demografik veriler ile MTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler,

- Sosyo-demografik veriler ile HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler

olmak üzere 4 bölümde tartışıldı.

5.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden minimum 9 maksimum 71 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalaması $37,940 \pm 12,694$ ve orta düzeyde bulundu (Tablo 4.2). Literatürde bu bulgu ile paralel olacak şekilde hemşirelerde tükenmişliğin orta düzeyde olduğunu bildiren çalışmaların (Günüşen ve Üstün 2008, Şenturan ve diğ. 2009, Altay ve diğ. 2010, Akpınar ve Taş 2011, Kaçan ve diğ. 2016) yanı sıra, hemşirelerde tükenmişliğin orta düzeyin altında olduğunu bildiren çalışmada mevcuttur (Sayıl ve diğ. 1997).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği; 'duygusal tükenme', 'duyarsızlaşma' ve 'kişisel başarı hissinde azalma' olmak üzere toplam 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada, alt boyutlardan en düşük puan 'duyarsızlaşma' alt boyutundan alındı ($6,990 \pm 4,361$) (Tablo4.2). Duyarsızlaşma kişinin çalışmakta olduğu ortamda hizmet verdiği kişilere karşı nasıl bir tutum içerisinde olduğunu anlatmak amacıyla kullanılmaktadır (Akyüz 2015). Duyarsızlaşma alt boyutundan alınabilecek en düşük

puan 0 en yüksek puan 18'dir. Her ne kadar alt boyutlar arasında en düşük puan 'duyarsızlaşma' alt boyutundan alınmış olsa da, bu alt boyuttan alınabilecek olan en düşük puanın 0 olduğu düşünüldüğünde, çalışanların duyarsızlaşma puanlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Literatürde, bu çalışmaya benzer şekilde, en düşük puanın 'duyarsızlaşma' alt boyutundan alındığı (Metin ve Özer 2007, Günüşen ve Üstün 2008, Şenturan ve diğ. 2009, Altay ve diğ. 2010, Akpınar ve Taş 2011) çalışmalar mevcuttur.

Alt boyutlardan en yüksek puan 'duygusal tükenme' alt boyutundan alındı (20,110 ± 6,803) (Tablo4.2). Duygusal tükenme alt boyutu, çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini ne düzeyde yorgun ve yıpranmış hissettiklerini anlamada kullanılır (Akyüz 2015). Duygusal tükenme alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 34'tür. Literatürde, bu çalışmaya benzer şekilde, en yüksek puanın 'duygusal tükenme' alt boyutundan alındığı (Metin ve Özer 2007, Kaçan ve diğ. 2016) çalışmalar mevcuttur.

5.2. Hasta Güvenliği Kültürü toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeğinden minimum 53 maksimum 212 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği toplam puan ortalaması 146,690 ± 22,212 olup, alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; yönetim liderlik 48,840 ± 7,849, çalışan eğitimi 19,950 ± 3,503, hata olay rapor etme 13,590 ± 2,822, bakım ortamı 22,210 ± 3,753 ve çalışan davranışı 39,350 ± 6,693 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği; 'yönetim ve liderlik', 'çalışanların eğitimi', 'beklenmedik olay ve hata raporlama', 'bakım ortamı' ve 'çalışan davranışı' olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada, alt boyutlardan en düşük puan 'beklenmedik olay ve hata raporlama' alt boyutundan alındı (13,590 ± 2,822) (Tablo4.3). Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 5 en yüksek puan 20'dir. Her ne kadar alt boyutlar arasında en düşük puan 'beklenmedik olay ve hata raporlama' alt boyutundan alınmış olsa da, bu alt boyuttan alınabilecek olan en düşük puanın 5 olduğu düşünüldüğünde, çalışanların beklenmedik olay ve hata raporlamalarının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Literatürde, bu çalışmaya benzer şekilde, en düşük puanın

'beklenmedik olay ve hata raporlama' alt boyutundan alındığı çalışmalar mevcuttur (Karaca ve Arslan 2014, Rızalar ve diğ. 2016).

Alt boyutlardan en yüksek puan 'yönetim ve liderlik' alt boyutundan alındı (48,840 ± 7,849) (Tablo4.3). Yönetim ve liderlik alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 18 en yüksek puan 72'dir. Her ne kadar alt boyutlar arasında en yüksek puan 'yönetim ve liderlik' alt boyutundan alınmış olsa da, bu alt boyuttan alınabilecek olan en yüksek puanın 72 olduğu düşünüldüğünde, çalışanlarda yönetim ve liderliğin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir.

5.3. Sosyo-demografik veriler ile MTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler

"Duygusal Tükenme" ile yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Duygusal tükenme alt boyutu, çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini ne düzeyde yorgun ve yıpranmış hissettiklerini anlamada kullanılır (Akyüz 2015).

"Duyarsızlaşma" ile yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Duyarsızlaşma kişinin çalışmakta olduğu ortamda hizmet verdiği kişilere karşı nasıl bir tutum içerisinde olduğunu anlatmak amacıyla kullanılmaktadır (Akyüz 2015).

"Kişisel Başarı Hissinde Azalma" ile yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

"Tükenmişlik" ile yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

5.4. Sosyo-demografik veriler ile HGKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler

Yönetim ve Liderlik alt boyutunda puan ortalaması 48,840 ± 7,849'dur. Karaca ve Arslan'ın (2014) çalışmasında hemşirelerin yönetim ve liderlik puanı

çalışmamızdakinden daha yüksek bulundu. Adıgüzel'in (2010) çalışmasında; yönetici kültürü, iletişim ve raporlanan olayların sıklığı ile hasta güvenliği kültürü uygulamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuş; yönetici kültürünün, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirmesinde en önemli etken olduğu saptanmıştır. Bir kurumda hasta güvenliği kültüründen söz edilebilmesi için öncelikle yöneticilerin bu konuya inanması ve öncelikle yöneticilerde bu kültürün hayata geçirilmesine yönelik bilincin, tutum ve davranışların sergilenmesi gerekmektedir. Yönetici ve liderler hasta güvenliği kültürü algısı ve tutumunun ölçülmesinde öncülük etmeli, iyileştirme yapılacak alanları ve çalışanların kaygılarını belirlemede bu sonuçlardan faydalanmalıdırlar (Pizzi ve diğ. 2001, Akalın 2004, AHRQ 2014). Çalışmamızda yönetim ve liderlik alt boyut puanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çalışılan birim ve haftalık çalışma saatinin yönetim ve liderlik puanını etkilemediği görülmüştür; ancak kıdem ve çocuk sahibi olma puanları etkilemiştir. 2 ve üzeri çocuk sahibi olanların puanı çocuğu olmayanlardan yüksek bulundu. Çocuk sahibi olmak yönetme ve liderlik etme gibi özellikleri kişiye kazandırdığı için 2 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda yönetim ve liderlik daha fazla görülmektedir. Yönetim ve liderlikte de meslekteki kıdem arttıkça puanda artış görülmektedir. Ancak çalışmamızda; bu duruma ters olarak sadece çalışma yılı 1 yıldan az olanların 1-5 yıl arası çalışanlara göre yönetim ve liderlik puanları yüksektir. Bu sonucu kıdemleri 1 yıldan az olanların; mesleğe yeni başlama, bilgilerin taze olması, yeniliklere daha açık olma gibi maddeleri barındırmaları ile desteklemek mümkündür.

Çalışan Eğitimi alt boyutunda alt boyutunda puan ortalaması $19,950 \pm 3,503$ 'tür. Bu boyutta hasta güvenliği konusunda tüm çalışanlara düzenli eğitim yapılması, konunun uyum programlarında ele alınması, iletişim ve teknoloji kullanımını konusunda eğitim verilmesi, eğitimde gerçek olay raporlarından yararlanılması, hasta güvenliği bilgisinin paylaşımı yer almaktadır (Rızalar ve diğ. 2016). Çalışmamızda çalışan eğitimi alt boyut puanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu, yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim ve haftalık çalışma saatinin çalışan eğitimi puanını etkilemediği görülmüştür; ancak kıdem arttıkça puan da artmaktadır. WHO raporunda, kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti için hasta güvenliğinin kurumun bütününe yönelik bir sorumluluk olduğu,

kurumda kanıta dayalı uygulamaların yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması, kurum içi eğitim ile uygulamaların iyileştirilmesi üzerinde durulmaktadır (WHO 2004, AHRQ 2014).

Beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyutunda puan ortalaması $13,590 \pm 2,822$ 'dir. Gökdoğan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği çalışmasında, hemşireler hataların rapor edilmesi gerektiğini (%85.6), hasta güvenliğine ilişkin rapor etmede kendilerini rahat hissettiklerini (%83.7) belirtmişlerdir (Gökdoğan ve diğ. 2010). Dursun ve ark.'ın (2010) yaptığı araştırmada katılımcıların %71.3'ünün hasta güvenliğini tehlikeye attığını düşündükleri hiçbir olayı rapor etmediği belirtilmiş, Çakır ve Tütüncü'nün (2009) çalışmasındaysa çalışanların cezalandırılma korkusu ile hataları rapor etmeyebileceklerine dikkat çekilmiştir. Diğer çalışmalarda da hata bildirmeme nedenleri cezadan korkma, suçlanma, ayıplanma, prestij kaybı ve başının derde gireceğini düşünme olarak listelenmiştir (Wang ve diğ. 2014). Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) yaptıkları çalışmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin %72'sinin ve özel hastanede çalışan hemşirelerin %73,5'inin, son bir yılda yöneticilerine birimleriyle ilgili hiç olay raporu vermedikleri gösterilmektedir. Çalışmamızda beklenmedik olay ve hata raporlama alt boyut puanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdemin beklenmedik olay ve hata raporlama puanını etkilemediği görülmüştür.

Bakım ortamı alt boyutunda puan ortalaması $22,210 \pm 3,753$ 'tür. Bu boyutta kurumun fiziksel yapısı ve donanımı ile malzeme, cihaz ve teknolojiler ve bakımı elektronik tıbbi kayıtlar, malzeme ve ilaçlar için barkotlama sistemleri, kimlik belirlemede güvenlik sistemi, kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınması yer almaktadır. Eğer bu bahsedilen ortamlarda teknolojik yenilikler artarsa bakım ortamı alt boyutunda iyileşme görülecektir (Rızalar ve diğ. 2016). Çalışmamızda bakım ortamı alt boyut puanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdemin bakım ortamı puanını etkilemediği görülmüştür.

Çalışan davranışı alt boyutunda puan ortalaması $39,350 \pm 6,693$ 'tür. Bu boyutta çalışma kurallarına uyma, kalite kıstasları ve kurumsal hedefleri bilme, ekip çalışmasına uyum, çalışma arkadaşları ile hasta yararına yardımlaşma, hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneride bulunma, hata oluştuğunda hasta ve yakınlarını bilgilendirme, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalar yapma gibi konulardan oluşmaktadır (Türkmen ve ark., 2011). Çalışmamızda çalışan davranışı alt boyut puanlarının genel olarak orta düzeyde olduğu; yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, haftalık çalışma saati ve kıdem in Çalışan davranışı puanını etkilemediği görülmüştür.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Elde edilen bulgularda tükenmişlik ölçeği puanları incelendiğinde;

Kişisel özelliklere göre:

“Duygusal Tükenme” ile cinsiyet ($p=0,934>0,05$), medeni hal ($p=0,538>0,05$), eğitim durumu ($p=0,786>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,251>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Duyarsızlaşma” ile cinsiyet ($p=0,989>0,05$), medeni hal ($p=0,637>0,05$), eğitim durumu ($p=0,845>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,356>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Kişisel Başarı Hissinde Azalma” ile cinsiyet ($p=0,901>0,05$), medeni hal ($p=0,142>0,05$), eğitim durumu ($p=0,161>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,076>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Tükenmişlik” ile cinsiyet ($p=0,811>0,05$), medeni hal ($p=0,305>0,05$), eğitim durumu ($p=0,631>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,092>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Mesleki özelliklere göre:

“Duygusal Tükenme” ile çalışılan birim ($p=0,147>0,05$), haftalık çalışma saati ($p=0,353>0,05$) ve kıdem ($p=0,669>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmadı.

“Duyarsızlaşma” ile çalışılan birim ($p=0,415>0,05$), haftalık çalışma saati ($p=0,056>0,05$) ve kıdem ($p=0,279>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmadı.

“Kişisel Başarı Hissinde Azalma” ile çalışılan birim ($p=0,174>0,05$), haftalık çalışma saati ($p=0,251>0,05$) ve kıdem ($p=0,087>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmadı.

“Tükenmişlik” ile çalışılan birim ($p=0,115>0,05$), haftalık çalışma saati ($p=0,111>0,05$) ve kıdem ($p=0,174>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmadı.

Hasta güvenliği kültürü puanları incelendiğinde;

Kişisel özelliklere göre:

“Yönetim ve Liderlik” ile cinsiyet ($p=0,165>0,05$), medeni hal ($p=0,079>0,05$) ve eğitim durumu ($p=0,709>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmamakla beraber; çocuk sahibi olma ile arasında fark görülmüştür ($p=0,032<0,05$). Farklılığın hangisinden kaynaklandığına bakıldığında 2 ve üstü çocuk sahibi olanların çocuğu olmayanlardan daha fazla yönetim ve liderlik puanına sahip olduğu saptandı.

“Çalışanların Eğitimi” ile cinsiyet ($p=0,095>0,05$), medeni hal ($p=0,404>0,05$), eğitim durumu ($p=0,271>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,091>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” ile cinsiyet ($p=0,425>0,05$), medeni hal ($p=0,904>0,05$), eğitim durumu ($p=0,876>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,499>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Bakım Ortamı” ile cinsiyet ($p=0,086>0,05$), medeni hal ($p=0,954>0,05$), eğitim durumu ($p=0,070>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,581>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Çalışan Davranışı” ile cinsiyet ($p=0,115>0,05$), medeni hal ($p=0,292>0,05$), eğitim durumu ($p=0,769>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,111>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

“Hasta Güvenliği Kültürü” ile cinsiyet ($p=0,075>0,05$), medeni hal ($p=0,292>0,05$), eğitim durumu ($p=0,380>0,05$) ve çocuk sahibi olma ($p=0,078>0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Mesleki özelliklere göre:

“Yönetim ve Liderlik” ile çalışılan birim ($p=0,226>0,05$) ve haftalık çalışma saati ($p=0,826>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmamakla beraber; kıdem ($p=0,022<0,05$) ile arasında fark bulundu.

“Çalışanların Eğitimi” ile çalışılan birim ($p=0,220>0,05$) ve haftalık çalışma saati ($p=0,483>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmamakla beraber; kıdem ($p=0,027<0,05$) ile arasında fark bulundu.

“Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama” ile çalışılan birim ($p=0,998>0,05$), haftalık çalışma saati ($p=0,264>0,05$) ve kıdem ($p=0,239>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmadı.

“Bakım Ortamı” ile çalışılan birim ($p=0,777>0,05$) ve haftalık çalışma saati ($p=0,984>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmamakla beraber; kıdem ($p=0,031<0,05$) ile arasında fark bulundu.

“Çalışan Davranışı” ile çalışılan birim ($p=0,945>0,05$) ve haftalık çalışma saati ($p=0,318>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmamakla beraber; kıdem ($p=0,027<0,05$) ile arasında fark bulundu.

“Hasta Güvenliği Kültürü” ile çalışılan birim ($p=0,563>0,05$) ve haftalık çalışma saati ($p=0,651>0,05$) arasında anlamlı bir farka rastlanmamakla beraber; kıdem ($p=0,004<0,05$) ile arasında fark bulundu.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerde yaşanan tükenmişliği en aza indirmek ve hasta güvenliğini maksimum düzeyde sağlamak için aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilebilir.

- Hemşirelerin çalıştıkları birimlerin fiziki şartlarının iyileştirilmesi, ergonominin düşünülmesi, birimlerin temizlik, havalandırma ve enfeksiyonlara karşı gerekli önlemlerin alınmasının yanı sıra yemekhane ve dinlenme odaları ile ilgili iyileştirilmelerin yapılması iş motivasyonunu artırabilir.
- Hemşirelerin karar alma konularında sürece dâhil edilmeleri, şikâyet ve isteklerini iletebilecekleri var olan kanalların düzenlenmesi, düzenli toplantıların planlanıp yapılması, dilek ve isteklerine geri dönüşlerin olması kişisel başarı için yararlı olabilir.
- Hemşirelerin performansları ile ilgili değerlendirmeler yapılarak bunların hemşirelere geri bildirimlerinin yapılması sağlanabilir.
- Kişisel gelişimin ve eğitimin desteklenmesi, mesleki eğitimlere, kongre, kurs ve seminerlere katılımları için kolaylıklar sağlanabilir. Çalışanların eğitim düzeylerini artırmalarının teşvik edilmesi yararlı olabilir.

- Yetersiz tıbbi malzeme, ilaç ve donanımın yanı sıra yetersiz yardımcı eleman sorunu yöneticiler tarafından önlenmesi hemşirenin bakım ortamında oluşabilecek sorunları engelleyebilir.
- Bilgi sistemlerinin sağladığı kolaylıklar hasta güvenliğini destekler nitelikte olduğu için hasta güvenliğinin oluşturulması için hastaneler bilgi sistemlerine daha fazla yatırım yapabilir.
- Araştırma bulgularına dayanarak hasta güvenliği kültürünü iyileştirmek üzere öncelikle beklenmedik hata ve olay rapor etme ve bakım ortamına odaklanması, etkin bir hata bildirim sistemi kurularak olumlu tutum içerisinde işletilmesi, hasta güvenliği kültürünün yerleşebilmesi için hemşirelere verilen düzenli eğitimlerin etkinlikleri değerlendirilerek yapılması önerilebilir.
- Bu çalışmanın örneklem sayısı az olduğu için genellenebilirliği düşüktür; daha geniş örneklem grubuyla ve farklı değişkenler eklenerek yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- ABDOU, H.A., SABER, K.M. 2011. A Baseline Assessment of Patient Safety Culture Among Nurses At Student University Hospital. *World Journal of Medical Sciences* 6(1):17-26.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). 2014. Patient Safety Culture. Erişim: 09.08.2018. [<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>]
- AKALIN, H.E. 2005. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*. S: 141- 146.
- AKÇAMETE, G., KANER, S., SUCUOĞLU, B. 2001. Öğretmenlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Kişilik. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
- AKPINAR, A.T., TAŞ, Y. 2011. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeyleri Arasında İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 11(4):161-165.
- AKYÜZ, İ. 2015. Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*. 3(1):21-34.
- ALTAY, B., GÖNENER, D., DEMİRKIRAN, C. 2010. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 15(1): 10-6.
- AMALBERTI, R., AUROY, Y., BERWICK, D., BARACH, P. 2005. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med*. May 3;142(9):756-64.
- ASLANKOÇ, R., ÖZTÜRK, M., YILDIRIM, N.G. 1999. Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Kurumlarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongre Kitabı. Ankara. S: 192.
- BATES, E.A. 1995. Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. *JAMA* S: 29-34
- BEEMSTERBOER, J., BAUM, B.H. 1984. Burnout: Definitions and health care management. *Social Work In Healthcare*. 10:97-110.
- BİLGİN, N. 2003. Sosyal Psikoloji Sözlüğü. Bağlam Yayıncılık. İstanbul.
- BİRGİLİ, F., SALIŞ, F., ÇEKİRDEKÇİ, S., ECE, G. 2010. Hastanelerde Hasta Güvenliği İklimi: Muğla İlinde Bir Hastane Örneği. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1. Ankara. S: 57-72
- BİROL, L. 2002. Hemşirelik Süreci. Akademisyen Yayınevi. Ankara.
- BORKOWSKI, N. 2005. Stress in the Workplace and Stress Management. In Borkowski N. (ed), *Organizational Behavior in Health Care*, Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts. S: 231-269.

- BUDAK, G., SÜREGEVİL, O. 2005. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*. Cilt:20, Sayı:2. S: 95-108.
- BURKE, R.J., GREENGLASS E.R. 2001. Hospital Restructuring and Psychological Burnout in Nursing Staff. *Equal Oppurtunities International*. 20(1/2):61–71.
- CEYHAN, A.A., SİLİĞ, A. 2005. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ile Uyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *A.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*.
- CHERNISS, C. 1980. Staff Burnout. Job Stress in the Human Services. Sage Publications. London.
- COOPER, J.B. 2000. The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. *Med. Gen. Med.*
- CORDES, C.L., DOUGHERTY, T.W.A. 1993. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*. 18(4), S: 621-656.
- CORDES, CL., DOUGHERTY, T.W., BLUM, M. 1997. Patters of Burnout Among Managers and Professionals: a Comparison of Models. *Journal of Organizational Behavior*. 18:685-701.
- ÇAKIR, A. 2007. Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- ÇAKIR, A., TÜTÜNCÜ, Ö. 2009. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongre Kitabı. Turunç Matbaacılık, Antalya. S: 189-205.
- ÇALIK, N. 2015. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi.
- ÇAM, O. 1998. Tükenmişlik Nedir? *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9 (1).
- ÇİMEN, M. 2000. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş doyumunu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, T. C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı.
- ÇİMEN, M., ERGİN, C. 2001. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 43 (2). S: 169–176.
- DALEY, M.R. 1979. Burnout: Smoldering Problem in Protective Services. *Social Work*. September. S: 375-379.
- DE VALK, M., OOSTROM, C. 2007. Burnout in Medical Professon- Causes, consequences and Solutions. *Occupational Health at Work*. 3 (6).

- DEMİRKAYA, S. 2014. Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik İlişkisi. Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- DERVİŞOĞLU, G. 2000. The Role of Certain Demographic Variables, Burnout and Stres on Job Satisfaction. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, The Department of Educational Sciences.
- EISENSTAT, A.R., FELNER R.D. 1984. Toward a Differentiated View of Burnout: Personel and Organizational Mediators of Job Satisfaction and Stress. *American Journal of Community Psychology*. 12:411-430.
- EMANUEL, L., BERWICK, D., CONWAY, J., COMBES, J., HATLIE, M., LEAPE, L., REASON, J., SCHYVE, P., VINCENT, C., PHIL, M., WALTON, M. 2008. What Exactly Is Patient Safety? Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality.
- ENSARİ, H., TUZCUOĞLU, S. 1995. Marmara Üniversitesine Bağlı Fakültelerde Görev Yapan Yönetici ve Öğretim Elemanlarının Meslekten Yılgınlıklarında Kişilik Özelliklerinin Rolü. *Öneri Dergisi*. 2(11). S: 51-63.
- ERGİN, C. 1992. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi. Editörler: R. Bayraktar ve İ. Dağ. Ankara. S: 143-154.
- ERGİN, C. 1995. Akademisyenlerde Tükenmişlik ve Çeşitli Stres Kaynaklarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 12(1-2). S: 37-50.
- ERSOY, F., Yıldırım, C.R., Edirne T. 2001. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. Şubat. S: 15-20
- FOGARTY, T.J., SINGH, J., RHOADS, G.K., MOORE, R.K. 2000. Antecedents and Consequences of Burnout in Accounting: Beyond the Role Stress Model. *Behavioral Research in Accounting, Vol.12*. S: 32-67.
- FREUDENBERGER, H.J. 1974. Staff Burnout. *J. Soc. Issues*. 30:159-165
- FREUDENBERGER, H.J. 1975. The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. *Psychother. Theory Res. Pract.* 12:73-82.
- FREUDENBERGER, H.J., RICHELSON, G. 1998. Tükenmeye Rağmen Nasıl Yaşanabilir? Çev.:Nesrin H. Şahin, Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:2. 3. Basım. Ankara.
- FRIESEN, D., SARROS, J.C. 1989. Sources of Burnout Among Educators. *Journal of Organizational Behavior*. 10 (2), April. S: 179-188.
- GOLDBERG R.A. 1991. Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine an int. Study. *Ann. Emerg. Med.* 20:992-996.

- GÖKDOĞAN, F., YORGUN, S., YAPICI, M. 2010. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (Kongre Kitabı). 2: 95-104.
- GREENBERG, J. 1993. The Social Side of Fairness: Interpersonal and informational classes of organisational justice. R. Cropanzano (Der.). Justice in the workplace. Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- GÜNDOĞDU, S., BAĞÇECİK, N. 2012. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(2):119-28.
- GÜNÜŞEN, N., ÜSTÜN, B. 2008. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi*. 11:48-59.
- HEALTH GRADES. 2004. Health Grades Quality Study, Patient Safety in American Hospitals.
- HEIM, E. 1992. Stressoren der Heilberufe. *Zschlpsychosom Med*. 38:207-226
- HERSBACH, P. 1991. Stress in Krankenhaus-die belastungen von krankenpflegekräften und ärzten/aerztinnen. *Psycholher Psychosom Med. Psychol*. 41:176- 186.
- HOGAN, R., EMLER, N.P. 1981. Retributive Justice. The justice motive in social behaviour. New York: Plenum Press.
- HSU, K., MARSHALL, V. 1980. Prevalance of depression and distress on a large sample of Canadian residents, interns and fellows. *Ann. J. Psychiatry*. 144:1561-1566
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN). 2012. Patient Safety [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf]Erişim tarihi: 20.08.2018.
- IOM 2000. Reportbrief to Err is Human. Erişim tarihi: 01.09.2018 [[www.nap.edu: http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371](http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371)]
- ITALIA, S., FAVARA-SCACCO, C., DI CATALDO, A., RUSSO, G. 2008. Evaluation and Art Therapy Treatment of the Burnout Syndrome in Oncology Units. *Psycho-Oncology*. 17:676-680
- IVERSON, R.D., OLEKALNS, M., ERWIN, P.J. 1998. Affectivity, “Organizational Stressors and Absenteeism: A Causal Model of Burnout and Its Consequences”. *Journal of Vocational Behaviour*. 52:1-23.
- KAÇAN, C.Y., ÖRSAL, Ö., KÖŞGEROĞLU, N. 2016. Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. S:65-74.
- KAÇMAZ, N. 2005. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. Cilt.68. 1:29-32
- KAHILL, S. 1988. Symptoms of Professional Burnout: Areview of the Empirical Evidence. *Canadian Psychology*. 29:284-297.

- KARACA, A., ARSLAN, A. 2014. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 1(1):9-18.
- KARAKUŞ, G. 2008. Özel İlköğretim ve Ortaöğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KAYA, S. 2009. Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? *Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi* 1(1):32-34.
- KIEZER, K. 2001. Patient safety: a call to action: A consensus statement from the National Quality Forum. *Medscape General Medicine*. Washington, DC.
- KOCAMAN, E. 2015. Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi.
- KOHN, C. D. 1999. To Err is Human: Building a safer health system. IOM.
- LAMBIE, G.W. 2007. The Contribution of Ego Development Level to Burnout in School Counselors: Implications for Professional School Counseling. *Journal of Counseling & Development*. Vol.85, Winter. S: 82-88.
- LEAPE, L.L. 1993. Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin*: 144.
- LEAPE, L.L. 1995. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA*. S: 35 - 43.
- LEAPE, L.L., BERWICK, D.M. 2005. Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? *Journal of the American Medical Association*. 293:2384-90.
- LEE, H., SONG, R., CHO, Y.S., LEE, G.Z., DALY, B. 2003. A Comprehensive Model for Predicting Burnout in Korean Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 44(5):534-545.
- LEITER, M.P. 2003. Areas of Worklife Survey Manual (Third Edition). Centre for Organizational Research and Development. Wolfville, Canada.
- LEITER, M.P., MASLACH, C. 1988. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9:297-308.
- LOW, G.S., CRAVENS, D.W., GRANT, K., MONCRIEF, W.C. 2001. Antecedents and consequences of salesperson burnout. *European Journal of Marketing*. 35(5/6):587-611.
- MAKARY, M.A., DANIEL, M. 2016. Medical Error - The Third Leading Cause of Death in the US. *British Medical Journal*. S: 353.
- MASLACH, C. 1999. Take This Job and Love it. *Psychology Today*. October. S: 50-80
- MASLACH, C. 2003. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, Vol.12. 5:189-192.

- MASLACH, C., JACKSON, S.E. 1981. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 2:99-113.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. 1986. Maslach Burnout Inventory Manual (2nd Ed.). Palo Alto, California. Consulting Psychologist Press.
- MASLACH, C., LEITER P.M. 1997. The Truth about Burnout. Jossey-Bass. San Francisco, California.
- MASLACH, C., SCHAULEFI, W.B., LEITER, M.P. 2001. Job Burnout. *Annual Review Psychology*. 52:397-422.
- MASLACH, C., ZIMBARDO, P.G. 1982. Burnout – The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. New Jersey.
- METİN, Ö., ÖZER, F.G. 2007. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1):58-64.
- MITCHELL, P.H. 2008. Defining Patient Safety and Quality Care. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Chapter 1.
- NAGY, S., DAVIS, L.G. 1985. Burnout: A Comparative Analysis of Personality and Environmental Variables. *Psychological Reports*. 57:1319-1326.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. 2003. Erişim tarihi:13.08.18: [http://www.npsf.org]
- NEALE, G. 2001. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine S*: 322-330.
- OKUTAN, E. 2010. Kişilik Özelliklerinin Tükenmişliğe Etkisi: Bir Örnek Olay İncelemesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sakarya.
- OLKINUORA, M., ASP, S., JUNTUNENJ ET AL. 1990. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc. Psychiatry, Psychiatry Epidemiol*. 25:81-86.
- ORUÇ, S. 2007. Özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (Adana ili örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.
- ÖNLER, E. 2010. Ameliyathane Çalışanlarının Hasta Güvenliğine İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi.
- ÖZKALP, E., KIREL, Ç. 2001. Örgütsel Davranış. Anadolu Üniversitesi. Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayın No: 149. Eskişehir.
- PIEDMONT, R.L. 1993. A longitudinal analysis of burnout in the health care setting; the role of personal predispositions. *J. Pers. Assess*. 61:457-473.
- PIZZI, L.T., GOLDFARB, N.I., NASH, D.B. 2001. Promoting a culture of safety. K.G. Shojania, BW Duncan, McDonald KM, Wachter RM (Eds). In: Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence

Report/Technology Assessment, Number 43. AHRQ Publication O1-E058, Rockville.

- POLATCI, S., ARDIÇ, K., TINAZ, Z.D. 2007. Tükenmişlik Sendromu ve Demografik Özelliklerin Tükenmişlik Üzerine Etkisi: Tokat Orta Öğretim Kurumlarında Bir Analiz. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. Aralık. S: 1-22.
- RANDALL, M., SCOTT, W.A. 1988. Burnout, Job Satisfaciton and Job Performance. *Australian Psychologist* 23(3):335-347.
- RICH, V. L. 2008. Creation of a patient safety culture: a nurse executive leadership imperative: Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses, 2:2-45.Erişim tarihi:18.08.2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2642>
- RICHARDSON, A.M. 1991. Occupational Stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc. Sci. Med.* 33:1179-1187.
- RIZALAR, S., BÜYÜK, E.T., ŞAHİN, R., AS, T., UZUNKAYA, G. 2016. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 9(1):9-15.
- ROBBINS, S.P. 1999. Organizational Behavior. 8.Edition. New Jersey, Prentice Hall.
- ROSS, R.R., ALTMAIER, E.M., RUSSELL, D.W. 1989. Job Stress, Social Support, and Burnout among Counseling Center Staff. *Journal of Counseling Psychology*. 36 (4): 464-470.
- RUSHTON, C.H., BATCHELLER, J., SCHROEDER, K., DONOHUE, P. 2015. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care*. Sep;24(5):412-20. doi: 10.4037/ajcc2015291.
- SABUNCUOĞLU, Z., TÜZ, M. 2005. Örgütsel Psikoloji. Alfa Aktüel Basım Yayın. Bursa.
- SAMMER, E.C., LYKENS, K., SINGH, P.K., MAINS, A.D., LACKAN, A.N. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of Literature, *Journal of Nursing Scholarship*. S: 156- 165.
- SAYIL, I., HARAN, S., ÖLMEZ, Ş., ÖZGÜVEN, H.D. 1997. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 5(2):71-77.
- SCHAUFELI,W., BUUNK, B. 1992. Burnout. Winnubst, J.A.M. Schabrag. M.J.(editör). Handbook Arbeit en Gez. Psychology. Utrecht: Lemma (Industrial and Health Psychology – Text Book).
- SEDDON, M.E. 2001. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* S: 152-158.
- SETA, C.E., PAULUS, P.B., BARON, R.A. 2000. Effective Human Relations A Guide to people at Work. 4. Edition. Alllyn and Bacon, USA.

- SEZGİN, A. 2010. Üniversite Hastanelerinde Çalışan Başmüdür ve Müdürlerin İş Doyumu İle Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- SINGH, J., GOOLSBY, J.R., RHOADS, G.R. 1994. Behavioral and Psychological Consequences of Boundary Spanning Burnout for Customer Service Representatives. *Journal of Marketing Research*, November. 31:558-569.
- SÖZER, E. 2012. Hasta Güvenliği Kültürü ve Ölçüm Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi.
- SWEENEY, J.T., SUMMERS, S.L. 2002. The Effect of the Busy Season Workload On Public Accountants' Job Burnout. *Behavioral Research In Accounting*. 14:223-245.
- ŞEN, S., YORULMAZ, H., BATMAZ, M. 2007. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu. <http://www.istanbul112.com/makalesevim.doc> Erişim Tarihi:15.08.2018.
- ŞENTURAN, L., KARABACAK, B., ALPAR, Ş., SABUNCU, N. 2007. Hemodiyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi. 17. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi. Antalya.
- ŞERİFOĞLU, U.K., SUNGUR, E. 2007. Kazaların Habercileri: Kaza Habercisi Olayların Yönetimi ve Sağlık, Güvenlik Kültürü İlişkisi, IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongresi Bildirileri, MMO yayınları, Yayın No: E/2007/424. Adana.
- TAK, B., TOMBUL, K., ALTAY, M., BARAN, A., SAKARYA, S. 2009. Patient Safety and Nursing Care: Uludag University Healthcare Institutions' Experience." 3. International Conference on Quality in Health Care Accreditation and Patient Safety. Antalya.
- TEKİN, A. 2009. Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- TEPECİ, M., BİRDİR, K. 2005. Otel Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu. 11.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 22 Mayıs. Afyon. S: 958-972.
- TORUN, A. 1997. Stres ve Tükenmişlik. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi İçinde. Ed. Suna Tevrüz. 2.Baskı. Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını, İstanbul. S: 43- 53.
- TUĞRUL, B., ÇELİK, E. 2002. Normal Çocuklarla Çalışan Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2(12):1-11.
- UĞURLUOĞLU-OK, S. 2002. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.

- VAN DEN BEMT, M. 2000. Medication Errors. *Drug Safety* S: 321 – 333.
- VANGEEST, J., CUMMINS, D. 2003. An Educational Needs Assesment for Improving Patient Safety: Result of a National Study of Physicians and Nurses. Boston.
- VINCENT, C. 2011. Patient Safety. London: Wiley - Blackwell.
- WANG, X., LIU, K., YOU, L., XIANG, J., HU, H., ZHANG, L. 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2333:1-5.
- WEINGART, S.N. 2000. Epidemiology of medical error. *BMJ* S: 774–777.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (WHO). 2004. World Alliance For Patient Safety Forward Programme. Erişim:12.10.2018. <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr03/nhqr2003.pdf>
- WRIGHT, T.A., BONETT, D.G. 1997. The controbution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*. 18(5):491-499.
- WRIGHT, T.A., CROPANZANO R. 2000. Psychological well-being and job satisfaction a predictors of job performance. *J Occup Health Psychol*. 5: 84-94.
- YALÇIN, Ş., ACAR, A. 2010. Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği Ve Güvenli Hastane İlişkisi, 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 1, Ankara. S: 12–26.
- ZOHAR, D. 1997. Predicting Burnout with the Hassle-Based Measure of Role Demands. *Journal of Organizational Behavior*. 18:101–115.

EKLER

EK 1

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1	2	3	4	5
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17. "Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5

EK 2**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyarak size en uygun olan seçeneği işaret koyarak seçiniz.	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Tepe yönetim, çalışma ortamında hasta güvenliğine önem verir.				
2. Sunulan tüm hizmetler, hasta güvenliği açısından değerlendirilir.				
3. Hasta güvenliği ile ilgili nelerin doğru olduğu konusunda görüş birliği vardır.				
4. Bakımın denetiminde hasta güvenliği dikkate alınır				
5. İlaç uygulama hatalarıyla ilgili (İsim benzerliği nedeniyle karıştırılabilecek ilaçların azaltılması, ayrı depolanması vb.) önlemler alınır.				
6. Hasta güvenliği için insani ve finansal kaynak sağlanır.				
7. Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum içi kıyaslamalarda, ilaç hata oranları, ventilatöre bağlı pnömoni oranları, düşmeler vb göstergelerden yararlanır.				
8. Hasta güvenliği süreçlerinin iyileştirilmesi için kurum dışı kıyaslamalarda, mortalite oranları, nozokomiyal enfeksiyon oranları vb göstergelerden yararlanır.				
9. Tüm çalışanların performans değerlendirmelerinde, hasta güvenliğiyle ilgili kriterlere yer verilir.				
10. Hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik öneriler yöneticiler tarafından dikkate alınır.				
11. Hasta ve ailesine, kendi güvenlikleri konusunda sorumluluklarının neler olduğu açıklanır.				
12. Hastaya zarar veren ciddi hatalar olduğunda, bunların giderilmesine özür dileme ve tazminat ödeme) çalışılır.				
13. Hasta ve yakınlarının düşmesini önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.				
14. Hasta güvenliği ile ilgili konuları belirlemede, risk değerlendirme süreci kullanılır.				
15. Çalışanlar, hasta bakım gereksinimlerini karşılayacak sayı ve niteliktedir.				
16. Tüm çalışanlar 12 saatten fazla çalıştırılmaz.				
17. Tüm meslek grupları arasında iyi bir iletişim vardır.				
18. Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili endişelerini yöneticileriyle rahatça paylaşabilir.				
19. Yöneticiler, hataların sadece kişilerden değil, sistemden de kaynaklanabileceğini düşünerek hareket eder.				
20. Çalışanlar, hasta güvenliği ile ilgili olumsuzlukları ve hataları raporlandığında meslektaşları tarafından cesaretlendirilir.				
21. Çalışanlar, hatalar oluştuğunda hastalar ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereğine inanır.				
22. Çalışanlar, hasta güvenliği konusundaki kurumsal hedefleri bilir.				
23. Çalışanlar, hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik önerilerinin dikkate alınacağına inanır.				

24.	Çalışanlar, oluşan hatalar konusunda yönetimin kendilerine geri bildirim vereceğine inanır.				
25.	Çalışanlar, hataların tekrarını önlemeye yönelik çalışmalarda görev alır.				
26.	Çalışanlar birbirleriyle uyum içinde çalışır.				
27.	Çalışanlar vardiya değişiminde hastayla ilgili tüm bilgileri aktarır.				
28.	Hasta güvenliğini sağlamak için meslektaşlar arasında yardımlaşma vardır.				
29.	Çalışanlar, çalışma kuralları, politikaları ve prosedürlerinin ihmal edilmemesi gerektiğine inanır.				
30.	Tüm çalışanlar (tüm disiplinler) hasta güvenliği ile ilgili grup çalışmalarına (Güvenlik programları, standart geliştirme, klinik rehber geliştirme) katılır.				
31.	Kan transfüzyonu, narkotik, dopamin, adrenalin infüzyonu gibi yüksek riskli uygulamalar, yapılmadan önce ikinci bir kişi tarafından kontrol edilir.				
32.	Hataların raporlanmasında cezalandırıcı bir tutum sergilenmez.				
33.	Beklenmedik olay ve hatalar prosedüre uygun şekilde zamanında raporlandırılır.				
34.	Beklenmedik olay veya hataya neden olan çalışanlara duygusal destek sağlanır.				
35.	Hasta güvenliği raporlarından elde edilen veriler, süreçlerin ve sistemin iyileştirilmesinde kullanılır.				
36.	Olay raporları, kurumun bağlı olduğu genel müdürlük, bakanlık gibi üst organizasyonlarla paylaşılır.				
37.	Oryantasyon programlarında hasta güvenliği konusuna yer verilir.				
38.	Yeni teknoloji ve ekipman kullanımı konusunda çalışanlara oryantasyon programı yapılır.				
39.	Tüm çalışanlara, iletişim teknikleri konusunda eğitim verilir.				
40.	Tüm çalışanlara, hasta güvenliğine ilişkin (kayıtlar, beklenmedik olay-hataları tanımlama ve raporlama süreçleri, vb) eğitimler düzenli olarak verilir.				
41.	Kurumsal öğrenmeyi artırmak için hasta güvenliği ile ilgili bilgiler birimler arasında paylaşılır.				
42.	Acil eylem planlarına yönelik eğitim verilir.				
43.	Hasta güvenliği eğitim programlarında, isim vermeden gerçek olay raporlarından yararlanır.				
44.	Kurumumuzun fiziksel yapısı, hasta güvenliğini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.				
45.	Mevcut bina ve donanımın yenilenmesinde, hasta güvenliği kriterleri göz önüne alınır.				
46.	Kurumumuzun tümünde kullanılan malzeme, cihaz ve teknolojiler standartize edilmiştir.				
47.	Kurumumuzda tüm tıbbi kayıtlar elektronik ortamda tutulur.				
48.	Tıbbi malzeme ve ilaçlar için barkodlama sistemleri kullanılır.				
49.	Kurumumuzda kullanılan tüm alet ve ekipmanın bakımı (kalibrasyonu, ayarı) düzenli olarak yapılır.				
50.	Hasta kimliğini belirlemeye yönelik güvenlik sistemleri (isim bileziği vb.) kullanılır.				
51.	Kurum giriş ve çıkışlarında güvenlik önlemleri alınır.				

EK 3

Değerli katılımcı;

Sizden katılmanızı istediğimiz; 'Hemşirelikte Tükenmişlik, Hasta Güvenliği ve Aralarındaki İlişki: Bir Hastane Örneği' adlı çalışma, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans öğrencisi olan Hemşire Neşe Kırççek Kocaman tarafından, Yrd.DoçDr. Birol Topçu'nun tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu çalışmada; hemşirelerde tükenmişliğin hasta güvenliğini nasıl etkilediğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Hemşire bireylerden alınacak bu bilgiler bilimsel açıdan oldukça değerli olacaktır.

Bu amaçla size bazı sorular sorulacaktır. Bu sorulara açık yüreklilikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

1.Yaşınız nedir?

- a.18-25
- b.26-30
- c.31-40
- d.40-50
- e.50 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek
- b) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Eşinden ayrı yaşıyor
- e) Dul

4. Sahip olduğunuz çocuk sayısı kaçtır?

- a.Yok
- b.1
- c.2 ve üzeri

5. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) İlköğretim
- b) Lise
- c) Yüksek okul veya üniversite
- d) Diğer..

6. Çalışmakta olduğunuz birim\ ünitelütfen belirtiniz.

7. Meslekte çalıştığınız süre nedir?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 5-10 yıl
- d)11 yıl ve üzeri

8. Haftalık çalıştığınız süre nedir?

- a) ortalama 40 saat
- b)ortalama 45 saat ve üstü

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Neşe Kırççek Kocaman