



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE MERHAMET  
YORGUNLUĞUNUN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DURUMLARINA  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELTEM ALTAY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL-2022





ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE MERHAMET  
YORGUNLUĞUNUN TIBBİ HATAYA EĞİLİM DURUMLARINA  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MELTEM ALTAY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL-2022

## BEYAN

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

\_\_/\_/2022

Meltem Altay

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, yol gösteren, değerli bilgi, birikimlerini paylaşan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu'ya,

Tez çalışmamın yürütülmesine destek veren Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörü Sayın Saliha Koç Aslan'a ve Acıbadem Sağlık Grubu yöneticilerine,

Tez çalışmamda pozitif iş birliği ve destekleriyle yoğun çalışma koşullarında zamanlarını ayıran ve araştırmanın temelini oluşmasına destek veren değerli meslektaşlarıma,

Her zaman desteğini hissettiğim ve yanımda olduğunu bildiğim arkadaşım Zülfiye Şen'e,

Hayatım boyunca sevgi, ilgi ve güvenini daima hissettiğim, bana her konuda sonsuz şefkatle destek olan, cesaretlendiren canım annem Hülya Altay ve varlığından güç aldığım biricik kardeşim Öznur Altay'a ve adını sayamadığım, katkıda bulunan herkese

Tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ .....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT .....	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2 GENEL BİLGİLER .....	6
2.1 Hasta Güvenliği Kavramı .....	6
2.2 Tıbbi Hatanın Tanımı.....	7
2.2.1 Tıbbi hata türleri.....	8
2.2.2 Tıbbi hataları önlemede hemşirenin sorumlulukları.....	9
2.3 Merhamet Kavramı .....	10
2.3.1 Hemşirelik bakımında merhamet kavramı.....	10
2.3.2 Hemşirelerde merhamet yorgunluğu .....	11
2.3.3 Merhamet yorgunluğu oluşum süreci.....	13
2.3.4 Merhamet yorgunluğunun belirtileri .....	14
2.4 Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hataya Eğilim.....	14
3 GEREÇ VE YÖNTEM .....	16
3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	16
3.2 Araştırmanın Soruları.....	16
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	16
3.4.1 Örneklem seçim kriterleri .....	17
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.6 Araştırmada Veri Toplama Süreci.....	17
3.7 Araştırmada Veri Toplama Araçları .....	18
3.8 Araştırmanın Etik Yönü .....	19
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi .....	19
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
4 BULGULAR .....	21

<b>5</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>SONUÇ.....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>39</b>
<b>8</b>	<b>EKLER.....</b>	<b>46</b>
	<b>EK 1. Hemşire Tanılama Formu .....</b>	<b>46</b>
	<b>EK 2. Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği.....</b>	<b>47</b>
	<b>EK 3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği .....</b>	<b>48</b>
	<b>EK 4. Etik Kurul Kararı .....</b>	<b>50</b>
	<b>EK 5. Kurum İzinleri.....</b>	<b>51</b>
	<b>EK 6. Ölçek İzinleri.....</b>	<b>68</b>
	<b>EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</b>	<b>69</b>
<b>9</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>70</b>

## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

<b>AIDS</b>	Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (Acquired Immune System Deficiency)
<b>ANA</b>	Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
<b>GRS</b>	Güvenlik Raporlama Sistemi
<b>HTHEÖ</b>	Hemşirelikte Tıbbı Hataya Eğilim Ölçeği
<b>ICN</b>	Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
<b>IOM</b>	Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
<b>JCI</b>	Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Comission International)
<b>NPSF</b>	Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>YBÜ</b>	Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci ..... 13



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Tıbbi Uygulama Hataları .....	8
Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları (N=420).....	21
Tablo 3. Hemşirelerin Bakımda Merhamete Yönelik Görüşlerinin Dağılımları (N=420).....	22
Tablo 4. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan Ortalamaları (N=420) ..	23
Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları (N=420) .....	23
Tablo 6. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	24
Tablo 7. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeklerinin Hemşirelerin Bakımda Merhamete Yönelik Görüşlerine Göre Karşılaştırılması .....	27
Tablo 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinin İlişkisi .....	28



## ÖZET

### **Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilim Durumlarına Etkisinin Değerlendirilmesi**

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapıldı. Araştırma, özel bir sağlık kurumuna ait toplam 16 hastanede gerçekleştirildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 420 yoğun bakım hemşiresi dahil edildi. Verilerin toplanmasında “Hemşire Tanılama Formu”, “Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği” ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” kullanıldı. Araştırma kapsamında hemşirelerin %74,8’i (n=314) kadın, yaş ortalaması 26,15±5,47’dir. Hemşirelerin %40,5’inin (n=170) sağlık meslek lisesi mezunu, %30’unun (n=126) 3-5 yıl üzerinde hemşire olarak çalıştıkları saptandı. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği puan ortalaması 56,20±26,77 (orta düzey), Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalaması 4,82±0,28’dir (düşük düzey). Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puan ile mesleki çalışma süreleri (<0,01) ve yoğun bakımda çalışma süreleri (p<0,01) arasında, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden aldıkları toplam puan ile eğitim durumu (p<0,05) ve mesleki çalışma süreleri (p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Hemşirelerin her iki ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında; negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki belirlendi (p=0,001). Araştırma sonucunda, hemşirelerde orta düzey merhamet yorgunluğu ve hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptandı. Hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyi arttıkça tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin arttığı belirlendi. Güvenli bakımın sürdürülmesi ve tıbbi hataların azaltılmasında hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeylerinin izlenmesi oldukça önemlidir. Kritik bakım ortamlarında çalışan hemşireleri merhamet yorgunluğundan korumak, başa çıkma yollarını öğretmek ve farkındalığı sağlamak için eğitim ve izlem programlarının oluşturulması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hasta güvenliği, merhamet yorgunluğu, tıbbi hataya eğilim, yoğun bakım hemşireliği.

## ABSTRACT

### **Evaluation of the Effect of Compassion Fatigue on Tendency to Medical Error in Intensive Care Nurses**

This descriptive study was conducted to evaluate the effect of compassion fatigue on the tendency to medical error in intensive care nurses. The research was carried out in a total of 16 hospitals belonging to a private health institution. 420 intensive care nurses who met the inclusion criteria were included in the study. "Nurse Identification Form", "Compassion Fatigue Short Scale" and "Tendency to Medical Error Scale in Nursing" were used to collect data. Within the scope of the research, 74.8% (n=314) of the nurses were female, and the mean age was  $26.15 \pm 5.47$  years. It was determined that 40.5% (n=170) of the nurses were graduates of a vocational school of health, and 30% (n=126) worked as a nurse for more than 3-5 years. The mean score of the nurses' Compassion Fatigue Scale was  $56.20 \pm 26.77$  (moderate level), and the mean score of the Tendency to Medical Error Scale in Nursing was  $4.82 \pm 0.28$  (low level). A statistically significant difference was found between the total score of the nurses from the Compassion Fatigue Scale with the duration of their professional work ( $p < 0.01$ ) and the duration of work in the intensive care unit ( $p < 0.01$ ), and the total score from the Tendency to Medical Error Scale in Nursing with their educational status ( $p < 0.05$ ) and duration of their professional work ( $p < 0.05$ ). A negative statistically significant weak correlation was determined between the total scores of the nurses from both scales ( $p = 0.001$ ). As a result of the research, it was determined that the nurses had moderate compassion fatigue and the tendency of the nurses to make medical errors was low. It was determined that as the compassion fatigue level of the nurses increased, their tendency to make medical mistakes increased. It is very important to monitor nurses' compassion fatigue levels in maintaining safe care and reducing medical errors. It is recommended to establish training and monitoring programs to protect nurses working in critical care environments from compassion fatigue, teach ways of coping, and raise awareness.

**Keywords:** Patient safety, compassion fatigue, medical error tendency, intensive care nursing.

# 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Hasta güvenliği üzerine yapılan ilk çalışmalarda, tıbbi hatalar "tıbbi ilerleme hastalıkları" olarak tanımlanmıştır (1). Tıbbi hata konusuna ilk kez 1999 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine, IOM)'nün "Hata İnsana Mahsustur: Daha Güvenilir Bir Sistem İnşa Etmek (To Err Is Human: Building a Safer System)" başlıklı raporunda değinilmiştir. Bu raporda tıbbi hataların; meme kanseri, AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu-Acquired Immune System Deficiency) ve trafik kazalarından daha çok ölüme sebep olduğu belirtilmektedir (2). Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı'na (National Patient Safety Foundation, NPSF) göre her gün 8.220 hastanın önlenebilir nedenlerle, her yıl yaklaşık 3 milyon insanın ise tıbbi hatalardan dolayı hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Küresel olarak tıbbi hataların; AIDS, sıtma ve tüberkülozun toplamından daha fazla insanın hayatını kaybetmesine sebep olduğu belirtilmektedir (3). Her yıl, yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde, ilaç hatası nedeniyle 7.000 ila 9.000 kişinin hayatını kaybettiği, İlaç hatalarından etkilenen hastalara bakmanın yıllık tahmini maliyetinin 40 milyar dolar üzerinde olduğu vurgulanmaktadır (4).

Hemşirelerden kaynaklanan tıbbi hataların sıklıkla; doktor istemine bağlı kalmama, hatalı ilaç uygulama, uygun malzamenin kullanılmaması, yabancı cisim unutulması, yetersiz hasta takibi, iletişim yetersizliği, hasta düşmesi sonucu oluşan yaralanmalar olduğu açıklanmıştır (5). Kahriman ve Öztürk (2016) tarafından 1092 hemşirenin katılımıyla yürütülen çok merkezli bir çalışmada, hemşirelerin %22'sinin meslek yaşamı boyunca hasta güvenliğini tehlikeye atacak düzeyde tıbbi hata yaptığı, %4'ünün ise tıbbi hatalardan dolayı hastaların zarar gördüğünü belirtmiştir. Tıbbi hata yapan hemşirelerin %10'u hastanın tedavisinin geciktiğini, %6'sı hastanın yan etki yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin %23'ü hastanın tedavisini geciktirme/uygulamama gibi tıbbi hatalar yaptıklarını, %20'si ise aletleri kontrol etmeden kullanma gibi tıbbi hatalar yaptıklarını ifade etmişlerdir (6). Türkiye'de hemşirelerin yaptığı tıbbi hataların türünü, nedenini ve yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan benzer bir çalışmada; en sık rastlanan tıbbi hataların sırasıyla hastane enfeksiyonu, tanı hataları, iğne veya kesici alet yaralanmaları ve ilaç kullanımına bağlı

hatalar olduğu belirlenmiş (7). Tıbbi hataların artış göstermesi toplumun sağlık çalışanlarına güvensizliği, hataya sebep olan sağlık çalışanının ve hataya uğrayan hastanın spirütüel yönden olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (8).

Sağlık bakımındaki teknolojik gelişmeler yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde bakım verdiği hastayla temasının artmasına, hastaların acı çekme, yaşam sonunda daha çok zaman geçirilmesine yol açmaktadır (9). Joinson (1992), hemşirelerde tükenmişliği incelerken, bakım verme yetkinliğinin azalmasıyla merhamet yorgunluğu terimi ortaya çıkmıştır. Merhamet yorgunluğu “bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” olarak ifade edilmiştir (10). Najjar ve arkadaşlarının (2009)’ın kanser hastalarına bakım verenlerde merhamet yorgunluğunun yaygınlığını saptamak için inceledikleri 57 çalışma sonucunda; Figley’in (1995) “travmatik olaylardan acı çeken bireylere yardım etme ya da yardım etme arzusundan doğan sekonder travmatik stres tepkisidir” tanımının, en güvenilir tanım olarak belirtmiştir (11, 12). Merhamet yorgunluğu, hastalarla sık temas, fedakarlık ve yoğun stres altında olmanın sonucu gelişmektedir (13).

Hemşireler, hastaların karmaşık gereksinimlerini karşılamak için bakım sağlayan ve merhamet yorgunluğu açısından sağlık profesyonelleri içerisindeki en riskli meslek grubudur (14). Ertümer ve Kaya (2022)’nın yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu düzeyinin arttıka hasta güvenliğine ilişkin prosedürlere uyumun azaldığı görülmektedir (15). Daha az deneyimli ve yönetsel desteğe erişimi kısıtlı olan, daha geç ve YBÜ’lerde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (16, 17). Yaşanan duygusal stresin hemşirelerde tıbbi hataya yol açtığı vurgulanmaktadır (18).

Merhamet yorgunluğunun hemşirelik mesleği ve hasta üzerinde olumsuz etkileri olduğu (19), hemşirelerde bakım verme isteğinin ve becerisinin azalmasına neden olduğu belirtilmektedir (20). Hastalara daha nitelikli bir bakım arayışı, teknolojik yeniliklerin hasta bakımında etkin kullanılması kritik bakım ortamlarına odaklanan çalışmaların artmasına neden olmuştur (21). Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliği üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır (22). Bu araştırma, yoğun

bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla geręekleřtirilmiřtir.



## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Hasta Güvenliği Kavramı

Tıp Enstitüsü hasta güvenliği kavramını; “sağlık kurumlarında hata yapma olasılığını en aza indirerek, sağlık hizmeti sunumu esnasında oluşabilecek zararları önlemek amacıyla kurumsal sistem ve süreçlerin oluşturulması” olarak açıklamaktadır (23). Sağlık kurumlarının amacı güvenli sağlık hizmeti sunmaktır (24). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmeti sunumunda tıbbi hataların önlenmesi, analizi ve meydana gelen zararların azaltılması aynı zamanda alınan önlemlerin tamamını kapsamaktadır (25). Kavram “önce zarar verme” manasında olan Hipokrat’ın Latince “primum non nocere” ifadesi olan hasta güvenliği; kaliteli sağlık hizmetinin temelidir (26). Hastaların en çok temas ettiği hemşireler hasta güvenliğinin sağlanmasıda önemli rolleri bulunmaktadır (27).

Hemşirelerin sağlık bakım hizmetini yerine getirirken tıbbi uygulama hataları yapmalarının olası olduğu ancak mesleğe bağlılık düzeyinin, tıbbi hata eğilimini azaltan bir kavram olduğu saptanmıştır (28). Karaca ve Arslan (2014), hemşirelerin bakım uygulamaları esnasında hasta güvenliğini esas alarak uygulamalarda bulunmasının neticesinde hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanabileceğini belirtmiştir (29).

Uluslararası Birleşik Komisyonu’nun (Joint Commission International-JCI) denetimiyle akredite olan sağlık kuruluşları JCI’nın uluslararası hasta güvenliği hedeflerini uygulamaktadır. Bunlar; “doğru kimlik belirleme, güvenli cerrahinin uygulanması, etkili iletişimin sağlanması, yüksek riskli ilaç güvenliği, enfeksiyonların azaltılması ve düşmelerin önlenmesidir” (30). Hemşireler bu hedeflerin uygulanmasında kilit konumdadır (31).

## 2.2 Tıbbi Hatanın Tanımı

Tıbbi hata, sağlık hizmeti sunumunda sağlık profesyonelinin kusurlu hareketinin sonucudur (32). Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “Hata” kavramının anlamı “istemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış, kusur, yanılma, yanılğı” şeklinde tanımlanmıştır (33).

Tıbbi hata; hizmet sunumu esnasında, kasıtsız, beklenilmeyen sonuç olarak belirtilmiştir (3). Uygulamanın hedeflendiği şekilde gerçekleştirilememesi durumudur (34). Tıbbi hata, girişim ve hemşirelik uygulamasının yanlış ya da eksik yapılması anlamına gelmektedir (35).

Sağlığı geliştirme zarar vermeme ilkesi doğrultusunda hizmet veren hemşireler açısından tıbbi hatalar önemlidir. Türk Hemşireler Derneği tarafından Aralık 2009 da yayınlanan “Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar” kitapçığının II. Bölüm “Hemşirenin Hizmet Verdiği Birey, Aile ve Topluma Karşı Sorumluluk”ları başlığının 7. Maddesinde; hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliğinin sağlanması ve olası zararların önlenmesinin önemi üzerinde durulması ve II. Bölüm “Hemşirenin Mesleki Sorumluluğu” başlığının 1. Maddesinde; uygulamadan doğan sorumluluğun üstlenilmesi ile ilgili olduğu görülmektedir (36). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses, ICN) ise hasta güvenliği başlığı altında ele alınan konuların büyük bir kısmının tıbbi hatalar ile ilgili olduğunu vurgulamıştır (37).

Avrupa Komisyonu tarafından 2005 yılında tıbbi hata algılarının belirlenmesi amacıyla ülkemizde içinde bulunduğu 25 Avrupa ülkesinin katıldığı bir araştırmada “Ciddi bir tıbbi hataya maruz kalmaktan ne kadar endişe duyuyorsunuz?” sorusuna her 5 kişiden 2’si (%40) ciddi bir tıbbi hatayla karşılaşmaktan endişe ettiğini, Türkiye’de her 3 kişiden 2’si (%65) bu endişeyi hissettiğini belirtmiştir (38).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (World Health Organization) “Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı 2021–2030”da yer alan bilgilerine göre her yıl özellikle düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde güvenli olmayan sağlık hizmetleri nedeniyle çok sayıda

hastanın zarar gördüğü, sakatlık ya da ölümlerle sonuçlanan istenmeyen olayların yaşanabildiği belirtilmektedir (39). Günümüzde hastaların bakım ve tedavisinde teknolojik gelişmeler takip edilirken beklenen yaşam süresinde yükselmiştir. Bu durum tedavi ve bakıma bağlı hataların, bunlardan kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların da artmasına sebep olmaktadır (40).

### 2.2.1 Tıbbi hata türleri

Tıbbi hatalar, türlerine göre; tanı, tedavi ve önleme hataları olarak sınıflandırılmaktadır. Diğer hatalar ise; kök neden analizine göre, ihmal ve istismar dahilinde olan hatalar, işlem\uygulamaya bağlı hatalar olarak belirtilmektedir (2, 41). Tıbbi hatalar, kişisel ve çevresel nedenlerden dolayı meydana gelebildiği gibi tıbbi malzeme ve teknik faktörler nedeniyle de olabilmektedir (28). Tıbbi uygulama hataları kök nedenlerine ve hata türüne göre Tablo 1’de sınıflandırılmıştır (34).

Tablo 1. Tıbbi Uygulama Hataları

Kök Nedenlerine Bağlı Tıbbi Hatalar	Hata Türü Açısından Tıbbi Hatalar
<ul style="list-style-type: none"><li>• İşleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma)</li><li>• İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama)</li><li>• Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanı/teşhise bağlı hatalar</li><li>• Cerrahi müdahale ile ilgili hatalar</li><li>• İlaç hataları</li><li>• Sistemsel olarak ortaya çıkan hatalar</li><li>• Diğer hatalar</li></ul>

Tıbbi hatalar, ilaç uygulamaları, hasta düşmeleri, yanlış taraf cerrahisi, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar olarak ele alınmakta, bu uygulamalarda hemşirelerin primer sorumluluğu bulunmaktadır (42).

Sağlık Bakanlığı’nın 2016 yılında oluşturduğu Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) üzerinden retrospektif olarak yapılan ve sisteme bildirilen 155.295 bildirim analizinde sırasıyla en çok bildirim yapılan hataların %87,37 oranla laboratuvar hatası, %4,90 oranla cerrahi hata bildirim, %4,61 oranla ilaç hatası bildirim yer

almıştır. En sık bildirim yapılan hasta güvenliği hatasının %34 oranıyla hasta düşmesi olduğu belirlenmiştir (43).

### **2.2.2 Tıbbi hataları önlemede hemşirenin sorumlulukları**

Hasta güvenliği, işe alım süreciyle başlayıp, mesleki ve kurumsal eğitimlerle devam eden, meslekte deneyimin artmasıyla, güvenli ilaç uygulama, enfeksiyonlarla baş etme, cihaz güvenliğini sağlama, hasta güvenliğiyle ilgili bilimsel bilgi ve liderlik gelişimini destekleme sistemlerinin bütünüdür (37). 2009 yılında “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”de, “birinci, ikinci, üçüncü basamak kamu ve özel sektöre ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan hasta güvenliğine ilişkin” konulara yer verilmiştir (44). Hasta ve çalışan güvenliğini sürdürülmesini esas alan faaliyetleri yerine getirmek amacıyla Tebliğ 2011 yılında “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik” haline getirilmiştir. Yönetmelikte, çalışan ve hasta güvenliği konusuna değinilmiştir (45).

Tıbbi hataların önlenmesinde öncelikle hemşirelerin tıbbi hata yapma nedenlerinin belirlenmesi gerekmektedir (46). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %5,8’inin tıbbi hataya sebep olduğu saptanmıştır (47). Hemşirelerin hata oranları düşük olsa bile, hatalardan zarar görmelerini önlemek, yasal olarak kendilerini korumaları için oranın azaltılması hedeflenmelidir (48). Literatürde tıbbi hataların önlenmesinde hemşirelere verilecek eğitimlerin ve bilgi düzeylerinin artırılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (29, 49). Hemşirelik yöneticilerinin, hata yerine hemşireye odaklanması buna bağlı olarakta hemşirelerin olumsuz yaptırımlardan endişe duyması ilaç hatalarının bildirilmemesindeki en önemli neden olarak belirlenmiştir. Bildirimlerin eksiksiz yapılması için kişisel ve sistematik önlemlerin alınması gerekmektedir (50). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin raporlama sistemi kullanımına yönelik yeterli düzeyde bilgisinin olmadığı, yaşanan durumları öncelikle yöneticisine bildirdiği belirlenmiştir (51). Hemşireleri hataları raporlamaya teşvik eden faktörler; sorumluluk duygusu, hatalardan ders çıkarma ve raporlama sistemine

duyulan güven olarak belirtilirken kariyer kaygısı, düşük mesleki yetkinlikte değerlendirilme korkusu negatif yönde etkileyen etkenler olarak belirtilmektedir (52).

### **2.3 Merhamet Kavramı**

Merhamet kelimesi “rahim” sözcüğünden türemiş olup "acıma, şefkat" sözcüğünden alıntıdır (53). Merhamet sözcüğü TDK Sözlüğü'nde; “bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma” olarak tanımlanmıştır (33). Merriam -Webster sözlüğünde; “acı ya da talihsizliğe maruz kalan birine karşı duyulan derin sempati ve üzüntü hissiyle birlikte çekilen acı ve acı nedenlerini ortadan kaldırma isteğidir” denilmektedir (54). Merhamet karmaşık bir olgudur ve acıyı ortadan kaldırmaz (55).

Florence Nightingale'in “Merhamet” konusundaki düşüncesini; “İyi hemşireler karakterlerinde bazı erdem ve nitelikleri barındıran iyi insanlardır. Bu erdem ve niteliklerden biri de merhamettir” şeklinde ifade etmiştir (56). Merhamet, “başkalarının acısını hafifletmek için harekete geçmede bir motivasyon” olarak görülmektedir (20). Hastalar sağlık kurumlarında merhamete en çok ihtiyaç duyan gruptur. Sağlık profesyonellerinin merhamet hissi ile hastalara bakım vermesi oldukça önemlidir (57).

Merhamet; insana değer veren görüşlerin ve dinlerin özen gösterdiği evrensel bir değerdir, acı çeken bireylerle gönül bağı kurarak onları rahatlatma çabası olarak tanımlanabilir (58). Merhamet beklentisi toplumsal olarak değişiklik göstermekle birlikte ülkemizde batı toplumuna göre daha yüksek seviyededir (59).

#### **2.3.1 Hemşirelik bakımında merhamet kavramı**

Hemşirelik mesleği, hastalık durumunda acıyı gidermeye odaklanan insancıl bir meslektir (60). Hemşireler acıya tanıklık etmeye yabancı olmasalar da merhametli bakım sadece acıyı hafifletmek değil, aynı zamanda hastanın deneyimine girerek onun bağımsızlığını ve onurunu korumasını sağlamakla da ilgilidir (61).

Erdemli bir davranış olan merhametin hemşireyle hasta arasındaki bakım ilişkisinde çok önemli yeri bulunmaktadır (19). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) ve ICN 2020 yılında yenilediği etik kodlarının 1. maddesinde; “hemşire, insanın doğasında var olan haysiyet, değer ve benzersiz niteliklere karşı merhamet ve saygıyla çalışır” denmektedir (62). Hasta bakımında merhamet ve empati lüks değil aksine zorunluluktur. Empati ve merhamet olmadan insani bir bakım mümkün değildir (19).

Merhamet, hemşirelik bakımında hedeflenen sonuçlara ulaşmada iş birliği yapmada motive eden değerli bir süreçtir (55). Merhamet, hemşireliğin ayrılmaz bir parçası olarak görülse de merhamet eksikliğini yansıtan bakım deneyimlerinin ortaya çıkması nedeniyle incelenmesi gereken önemli bir kavramdır (63).

### **2.3.2 Hemşirelerde merhamet yorgunluğu**

Merhamet yorgunluğu, işle ilgili stres faktörlerinden kaynaklanan sıkıntıyı tanımlamak için kullanılmış olup “merhamet stresine uzun süre maruz kalmanın bir sonucu olarak biyolojik, fiziksel ve sosyal olarak bir tükenme ve işlev bozukluğu durumu” olarak tanımlanmıştır (64). Merhamet yorgunluğu, acıya ve stres faktörlerine sürekli maruz kalan bakım sağlayıcısındaki merhamet ve empatinin azalması sonucunda ortaya çıkmaktadır (65).

Merhamet yorgunluğunun, zaman içerisinde gösterilen merhametin kademeli azalması ile ilgili olduğu belirtilmektedir (66). İyilik hali beklentisi olmadan, acı ve ıstırap içindeki kişilere uzun zaman, merhametli yaklaşımın sonucunda merhamet yorgunluğunun meydana geldiği bilinmektedir (67).

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk kez Carla Joinson tarafından “compassion fatigue” ifadesiyle acil servis hemşirelerinin bakım esnasında hissettikleri olumsuz duyguları ifade etmek amacıyla kullanılmıştır (10). Merhamet yorgunluğu, ıstırap çeken\travmatik olay yaşayan hastalara ilgi göstermenin olumsuz yansıması olarak değerlendirilmektedir (20).

Hasta ve hasta yakınlarının travma, ıstırap ve yas süreçlerine maruz kalan hemşirelerin, hastaların tedavisi başarılı sonuçlansa bile üzerlerinde oluşan duygusal yük ortadan kalkmamaktadır (13). Bu duygusal yük merhamet yorgunluğu olarak belirtilmekte ve tıbbi hataların artışına neden olmaktadır (68).

Empati kuran hemşireler genellikle hastaların yaşadığı travmalara şahit oldukları için en sık merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık profesyonelleridir (20). Hemşireler, bakım verdikleri hastalara zamanlarının ve enerjilerinin büyük çoğunluğunu harcayarak kendi gereksinimlerini göz ardı edebilmektedir. Sonuçta hemşireler kendi duygusal onarım süreçlerini aşan düzeyde enerji sarf etmektedir (48). Yılmaz ve Üstün (2018) merhamet yorgunluğunun ağır duygusal yükü olan çalışma ortamlarında profesyonel sınırlarını korumakta zorlanan ve baş etme mekanizmalarını etkisiz kullanan bakım vericilerde daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (69).

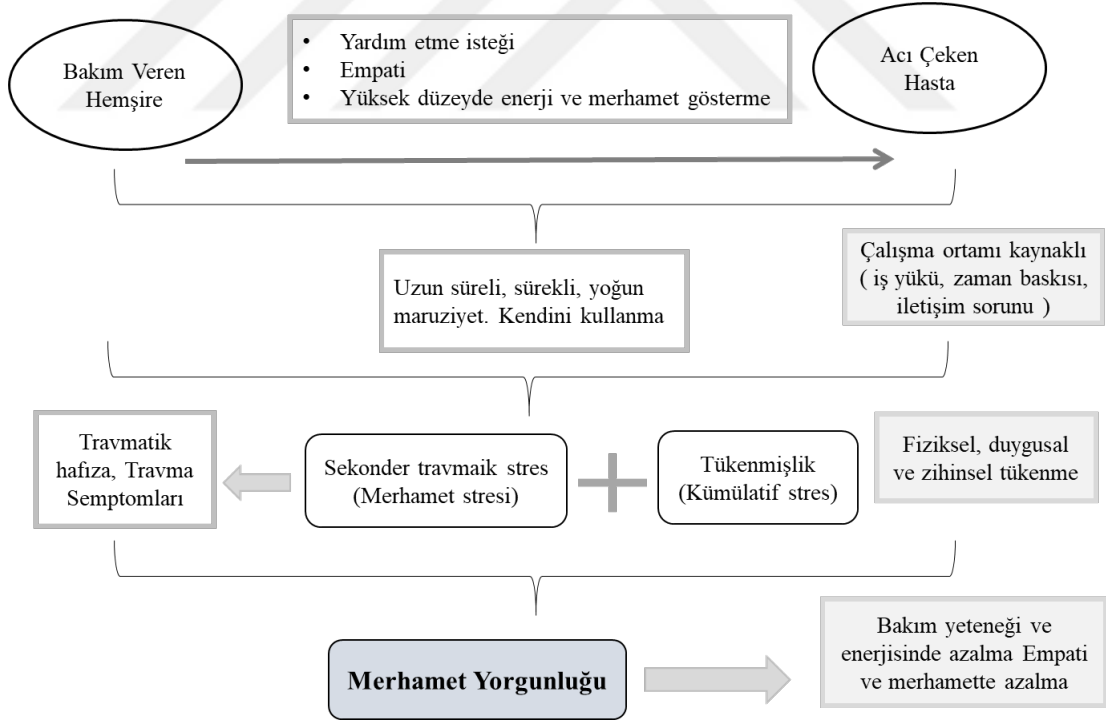
Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmada; hemşirelerin genellikle merhamet yorgunluğu yaşadığı, yaşadıkları merhamet yorgunluğuyla başa çıkabilmek için yoğun bakım ortamından kendilerini izole ettikleri ve bilinçli olarak hastalara ya da hasta yakınlarına duydukları empatiyi azalttıkları belirtilmiştir (70). Polat ve Erdem'in (2017) sağlık profesyonelleri ile yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan sevecenlik boyutundan daha fazla puan aldıklarını ve bunun hemşirelerde daha fazla merhamet yorgunluğuna neden olabileceğini belirtmişlerdir (57).

Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğunu belirlemek için yapılan bir çalışmada, çalışma süresi düşük olanların, yüksek olanlara göre sevecenlik puanının yüksek olduğu belirlenmiş ve sağlık profesyonellerinin meslekte beşinci yıldan sonra çalışma isteklerinin azaldığı belirtilmiştir (57). Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan benzer bir çalışmada, medeni durumu bekar, 50 yaş üzeri ve lisans üstü eğitimini tamamlayan hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (71). İspanya' da palyatif bakım profesyonelleri (doktorlar, kayıtlı hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb.) ile yapılan bir çalışmada; palyatif bakımda çalışmanın hem profesyonel yaşamda hem de kişisel hayatta bazı

sıkıntılar getirdiği ve merhamet yorgunluğunu gelişimi açısından risk oluşturduğu ifade edilmiştir (72).

### 2.3.3 Merhamet yorgunluğu oluşum süreci

İyilik hali beklentisi olmadan, acı ve ıstırap içindeki kişilere uzun süre empatik yaklaşımın sonucunda merhamet yorgunluğu gelişmektedir (67). Joinson (1992)' a göre merhamet yorgunluğu oluşumunun nedenleri; bakım veren hemşirelerin kişilik özellikleri, dış kaynaklar, farkındalığın düşük olmasıdır (10). Merhamet yorgunluğu, hemşirelik bakımının hastada bir değişiklik yaratmayacağına inanıldığı durumlarda da ortaya çıkabilmektedir (73). Pehlivan ve Güner (2018) merhamet yorgunluğunun oluşum sürecini yeni bir modelle açıklamışlardır. Bu model ıstırap çeken bireye yardım etme ile başlamakta, empati ve merhamet göstermeyle devam etmektedir (Şekil 1) (74).



Şekil 1. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci (74)

### 2.3.4 Merhamet yorgunluğunun belirtileri

Hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşaması durumunda manevi olarak kendilerini kötü hissettikleri, bakım verirken duyarsız davrandıkları belirtilmektedir (75). Hemşireler merhamet yorgunluğu yaşadıklarında görevlerine odaklanamamakta, bireysel performansları olumsuz etkilenmekte, hataya meyilli olmakta, işten ayrılma ve tıbbi bakım maliyetinde artış görülmektedir (65, 76). Merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık profesyonellerinde; hasta bakım performansını olumsuz etkileyebilen fiziksel (baş ağrıları ve sindirim sorunları), duygusal (depresyon, huzursuzluk ve konsantrasyon bozukluğu) ve işle ilgili (hastalardan kaçınma, hasta\ hasta yakınlarına karşı empati kurma yeteneğinin azalması) belirtiler görülebilir (77).

Merhamet yorgunluğu olan yoğun bakım hemşirelerinin hastalara veya hasta yakınlarına karşı bilinçli olarak empati duygusunu azalttıkları görülmüştür (70). Yaşanan merhamet yorgunluğu uyku kalitesinde bozulmaya, tükenmişlik belirtilerine ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya neden olmaktadır (19, 60, 78). Tanımlanan tüm bu belirtilerin bilinmesi merhamet yorgunluğunun hemşireyi ne derece olumsuz etkileyebileceğinin tespiti açısından önemli ve gereklidir.

### 2.4 Merhamet Yorgunluğu ve Tıbbi Hataya Eğilim

Önlenebilir tıbbi hatalar birçok insanın yaşamını etkilemektedir (79). İş yükünün sebep olduğu stres, hemşirelerinin tıbbi hata yapma riskini artırmaktadır (80). Yoğun bakım ünitelerindeki sağlık çalışanları arasında merhamet yorgunluğunu değerlendiren sistematik bir derlemede merhamet yorgunluğu sıklığının %7,3-%40 arasında değiştiği bildirilmektedir (81). Merhamet yorgunluğu ve hasta güvenliği birbirini etkileyen iki temel ögedir bu nedenle hem hasta güvenliğini riske sokacak tutumların hem de merhamet yorgunluğuna maruz kalacak çalışanları motive edecek davranışların belirlenmesi gerekmektedir (82). Tıbbi hataların hastalara verdiği zararın yanı sıra hemşireler üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. Çalışanlar, yaptıkları hata sonrasında duygusal anlamda da suçluluk duygusu yaşamakta ve bunun sonucu olarak hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır (34).

Bu araştırma sonuçlarının, yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumları ve etkileyen faktörleri ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



### **3 GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli**

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türde gerçekleştirildi.

#### **3.2 Araştırmanın Soruları**

Araştırma kapsamında yanıt aranan sorular aşağıdaki gibidir;

- Yoğun Bakım Hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyi nedir?
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin tıbbi hataya eğilim durumu nedir?
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin tıbbi hataya eğilim durumunu etkileyen faktörler nelerdir?
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin merhamet yorgunluk düzeyi ve tıbbi hataya eğilim durumu arasında ilişki var mıdır?

#### **3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma özel bir sağlık kurumunun İstanbul, Ankara, Kocaeli, Bursa, Bodrum, Adana, Kayseri ve Eskişehir’ de bulunan toplam 16 hastanesinin erişkin YBÜ’lerinde, Aralık 2021 – Mart 2022 tarihleri arasında yapıldı.

#### **3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma evrenini özel bir sağlık kurumunun Türkiye’de, farklı sekiz ilinde bulunan toplam 16 hastanesinin erişkin YBÜ’lerinde çalışan 466 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmaya kabul eden tüm hemşireler

araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın sürdürüldüğü tarihlerde görev yapan ve dahil edilme kriterlerine uyan 420 (%90) hemşireye ulaşıldı.

Kliniklerde çalışan hemşireler gündüz (08.00- 18.00) ve gece (18.00-08.00) iki vardiya şeklinde çalışmaktadırlar. Hastanelerin Genel YBÜ ve Kalp Damar Cerrahisi YBÜ'leri üçüncü basamak, Koroner YBÜ'leri ikinci basamak hasta kabulü yapmaktadır.

### 3.4.1 Örneklem seçim kriterleri

*Dahil edilme kriterleri;*

- Erişkin yoğun bakım ünitesinde en az 6 aydır çalışan hemşireler araştırmaya dahil edildi.

*Dışlanma kriterleri:*

- Oryantasyon sürecinde olan hemşireler,
- Çocuk YBÜ ve yeni doğan YBÜ'de çalışan hemşireler,
- Gününbirlik destek amaçlı YBÜ'de çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmadı.

### 3.5 Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** YBÜ hemşirelerinin merhamet yorgunluk düzeyi, tıbbi hataya eğilim düzeyidir.

**Bağımsız Değişken:** YBÜ hemşirelerinin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.), mesleki çalışma özellikleridir (deneyim süresi, çalışma yılı, çalışma ortamı vb.).

### 3.6 Araştırmada Veri Toplama Süreci

Veriler çevrimiçi olarak Google anket üzerinden katılımcılara gönderildi.

### 3.7 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Hemşire Tanılama Formu” (EK- 1), “Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği” (EK- 2) ve “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği” (EK- 3) kullanıldı.

***Hemşire Tanılama Formu (EK- 1):*** Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerine yönelik 13 soru yer almaktadır (yaş, cinsiyet, mesleki deneyim süresi vb.).

***Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği (EK-2):*** Adams ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeğinin (83) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dinç ve Ekinci tarafından 2019 yılında yapılmıştır (84). Ölçek iki alt boyut ve 13 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10’lu likert tipindedir. Ölçek ikincil travma ve mesleki tükenmişlik olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki “c, e, h, j, l” maddeleri ikincil travmayı; “a, b, d, f, g, i, k, m” maddeleri mesleki tükenmişliği ölçen maddelerdir. Ölçekten en düşük 13 ve en yüksek 130 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır. Bu araştırmada ölçek cronbach-alfa değeri 0,927 olarak belirlendi.

***Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) (EK- 3):*** Özata ve Altuncan tarafından 2010 yılında geliştirilen ölçek 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (85). Ölçek likert tipi 5 kategorilidir; 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 245, en düşük puan ise 49’dur. Ölçek, ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), iletişim (5 madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliği (9 madde), olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan ortalaması kullanılmaktadır. Puan ortalaması yükseldikçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğu, puan ortalaması düştükçe hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada ölçek cronbach-alfa değeri 0,957 olarak belirlendi.

### 3.8 Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırmanın yürütülebilmesi için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulundan 2021 – 12/23 karar numarası ile onay alındı (EK-4).
- Araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alındı (EK-5).
- Veri toplamada yararlanılan ölçeklerin kullanımı için yazarlardan izinler alındı (EK-6).

Anketin ilk sayfasında bilgilendirilmiş gönüllü olur formuna yer verildi ve bu formun sonunda araştırmaya katılmaya gönüllü olarak “Kabul Ediyorum” ile “Kabul Etmiyorum” seçeneğine yer verildi. Katılımcı “Kabul Ediyorum” seçeneğini tıkladıktan sonra diğer sorulara geçebildi. “Kabul Etmiyorum” seçeneği tıkladığında ise diğer sorulara geçilemedi. “Kabul Ediyorum” seçeneğini tıkladığında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiği varsayıldı. Bu bilgiler, bilgilendirilmiş gönüllü olur formuna da eklendi (EK-7).

### 3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

### 3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlı yönleri; araştırmanın özel bir sağlık grubuna ait hastanelerin erişkin YBÜ'lerinde yapılması, hemşirelerin çalışma ortamında merhamet yorgunluğu yönünden gözlemlenememesi, sadece hemşirelerin subjektif görüş ve algılarının değerlendirilmesi nedeniyle araştırma sonuçları tüm evrene genellenememektedir.



## 4 BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmaya toplam 420 yoğun bakım hemşiresi dahil edildi. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları Tablo 2’de belirtildi. Hemşirelerin %74,8’i (n=314) kadın olmak üzere yaşları 20 ile 50 arasında değişmekte olup; ortalaması 26,15±5,47’dir.

Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları (N=420)

Tanımlayıcı Özellikler	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)
Yaş	26,15±5,47	24 (20-50)
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	314	74,8
Erkek	106	25,2
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık meslek lisesi	170	40,5
Ön lisans	78	18,6
Lisans	146	34,8
Yüksek lisans	26	6,2
<b>Hemşirelik mesleğinde çalışma süresi</b>		
0-1 yıl	60	14,3
1-3 yıl	91	21,7
3-5 yıl	126	30
5-10 yıl	90	21,4
>10 yıl	53	12,6
<b>YBÜ’de çalışma süresi</b>		
0-1 yıl	72	17,1
1-3 yıl	114	27,1
3-5 yıl	118	28,1
5-10 yıl	77	18,3
>10 yıl	39	9,3
<b>YBÜ’de kendi isteğiyle çalışma durumu</b>		
Hayır	16	3,8
Evet	404	96,2
<b>Yoğun bakım hemşireliği sertifika alma durumu</b>		
Hayır	339	80,7
Evet	81	19,3
<b>YBÜ Özelliği</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Genel YBÜ	308	73,3
Koroner YBÜ	42	10
Kalp damar cerrahisi YBÜ	70	16,7

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %40,5'inin (n=170) sağlık meslek lisesi, %34,8'inin (n=146) lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelik mesleğinde çalışma süreleri incelendiğinde en fazla 3-5 yıl (%30; n=126) ve 5-10 yıl (%21,4; n=90) arasında çalıştıkları saptandı. Yoğun bakımda çalışma süreleri incelendiğinde ise en fazla 1-3 yıl (%27,1; n=114) ve 3-5 yıl (%28,1; n=118) arasında çalıştıkları saptandı (Tablo 2).

Hemşirelerin %96,2'sinin (n=404) YBÜ'de kendi isteğiyle çalıştığı, %19,3'ünün (n=81) yoğun bakım hemşireliği sertifikası olduğu belirlendi. Hemşirelerin en sık %73,3 oranla (n=308) Genel YBÜ'de çalıştıkları saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Bakımda Merhamete Yönelik Görüşlerinin Dağılımları (N=420)

	n	(%)
<b>Merhamet yorgunluğuna yönelik eğitim alma durumu</b>		
Hayır	357	85,0
Evet*	63	15,0
Yazılı kaynaklar	11	18,3
Online dokümanlar	11	18,3
Kurum hizmet içi eğitim	42	70
Bilimsel toplantılar	9	15
<b>Kendini merhametli bulma durumu</b>		
Hayır	24	5,7
Evet	396	94,3
<b>Merhametin duygusal yorgunluk yapma durumu</b>		
Hayır	218	52,5
Evet	197	47,5
<b>Merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünme</b>		
Hayır	216	51,8
Evet	201	48,2
<b>Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkileme durumu</b>		
Hayır	144	34,5
Evet	273	65,5

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 3’de hemşirelerin bakımda merhamete yönelik görüşlerine yer verilmiştir. Hemşirelerin %15’i (n=63) merhamet yorgunluğu ile ilgili eğitim aldıkları, eğitimi ise en sık (%70; n=42) hizmet içi eğitimlerden aldıkları belirlendi.

Hemşirelerin %94,3’ü (n=396) kendini merhametli bulduğunu, %47,5’i (n=197) hastalara karşı gösterdiği merhametin duygusal olarak kendisini yordüğünü, %48,2’sinin (n=201) merhamet yorgunluğu yaşadığını düşündüğü, %65,5’inin (n=273) merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilediğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan Ortalamaları (N=420)

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
İkincil Travma	5	19,72±10,87	18 (5-50)
Mesleki Tükenmişlik	8	36,49±17,50	37 (8-80)
<b>Ölçek Toplam</b>	13	56,20±26,77	55 (13-130)

Araştırmaya katılan hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği “İkincil Travma” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 50 arasında değişmekte olup, ortalama 19,72±10,87 puan; “Mesleki Tükenmişlik” alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 80 arasında değişmekte olup, ortalama 36,49±17,50 puan olarak belirlenmiştir. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar 13 ile 130 arasında değişmekte olup; ortalama 56,20±26,77 puandır (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Puan Ortalamaları (N=420)

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	Soru Sayısı	Ölçek Madde Puan Ort		Ölçek Toplam Puan Ort.	
		Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)	Ort±Ss	Min-Mak
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	4,82±0,29	4,9 (3-5)	86,69±5,19	54-90
Düşmeler	5	4,86±0,30	5 (3-5)	58,50±3,48	36-60
Hastane Enfeksiyonları	12	4,88±0,29	5 (3-5)	42,59±3,66	26-45
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	9	4,73±0,41	5 (2,9-5)	24,28±1,48	15-25
İletişim	5	4,83±0,37	5 (2,4-5)	24,12±1,87	12-25
<b>Ölçek Toplam</b>	49	4,82±0,28	4,9 (3-5)	236,20±13,92	146-245

Tablo 5’te hemşirelerin tıbbi hataya eğilim ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarına yer verilmiştir. Ölçek madde puan ortalamaları incelendiğinde; “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu puan ortalaması  $4,82\pm 0,29$ , “Düşmeler” alt boyutu puan ortalaması  $4,86\pm 0,30$ , “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu puan ortalaması  $4,88\pm 0,29$ , “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması  $4,73\pm 0,41$ , “İletişim” alt boyutu puan ortalaması  $4,83\pm 0,37$  olarak belirlenmiştir. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam madde puanları 3 ile 5 arasında değişmekte olup; madde puan ortalaması  $4,82\pm 0,28$ ’dir.

Ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutu puan ortalaması  $86,69\pm 5,19$ , “Düşmeler” alt boyutu puan ortalaması  $58,50\pm 3,48$ , “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutu puan ortalaması  $42,59\pm 3,66$ , “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutu puan ortalaması  $24,28\pm 1,48$ , “İletişim” alt boyutu puan ortalaması  $24,12\pm 1,87$  olarak belirlenmiştir. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar 146-245 arasında değişmekte olup; ortalama puan  $236,20\pm 13,92$ ’dir (Tablo 5).

Tablo 6. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Merhamet Yorgunluğu Ölçeği		Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
	r	p	r	p
<b>Yaş</b>	0,042	<b>0,391</b>	-0,016	<b>0,743</b>
	<b>Ort±Ss</b>	<b>Medyan (Min-Mak)</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Medyan (Min-Mak)</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	57,18±27,31	57 (13-128)	4,83±0,27	4,9 (3-5)
Erkek	53,32±25,01	49,5 (13-130)	4,78±0,32	4,9 (3,1-5)
	<b>p</b>	<b><sup>a</sup>0,158</b>		<b><sup>a</sup>0,094</b>
<b>Eğitim durumu</b>				
Sağlık meslek lisesi	56,98±24,31	55,5 (13-130)	4,85±0,28	5 (3-5)
Ön lisans	59,91±27,66	58 (13-122)	4,81±0,25	4,9 (4-5)
Lisans	52,62±30,04	52,5 (13-128)	4,81±0,30	4,9 (3,1-5)
Yüksek lisans	60,12±16,90	54,5 (29-88)	4,72±0,33	4,8 (3,8-5)
	<b>p</b>	<b><sup>b</sup>0,169</b>		<b><sup>b</sup>0,023*</b>

Tablo 6. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeklerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (devam)

	Merhamet Yorgunluğu Ölçeği		Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)
<b>Hemşirelik mesleğinde çalışma süresi</b>				
0-1 yıl	43,63±27,53	39,5 (13-124)	4,84±0,26	5 (4-5)
1-3 yıl	57,65±27,11	61 (13-128)	4,79±0,31	4,9 (3,1-5)
3-5 yıl	54,67±25,80	54 (13-124)	4,85±0,26	5 (3,4-5)
5-10 yıl	62,76±24,60	65 (15-116)	4,79±0,30	4,9 (3-5)
>10 yıl	60,47±26,87	58 (15-130)	4,82±0,30	5 (3,8-5)
	<i>p</i>	<sup>b</sup> 0,001**		<sup>b</sup> 0,024*
<b>YBÜ'de çalışma süresi</b>				
0-1 yıl	47,49±28,85	40,5 (13-124)	4,85±0,25	5 (4-5)
1-3 yıl	56,63±26,42	57 (13-128)	4,80±0,30	4,9 (3,1-5)
3-5 yıl	53,87±24,57	53 (13-122)	4,83±0,29	4,9 (3,4-5)
5-10 yıl	64,04±23,98	68 (15-116)	4,80±0,30	4,9 (3-5)
>10 yıl	62,62±30,57	59 (15-130)	4,85±0,27	5 (3,8-5)
	<i>p</i>	<sup>b</sup> 0,002**		<sup>b</sup> 0,292
<b>YBÜ'de kendi isteğiyle çalışma durumu</b>				
Hayır	44,56±30,17	38,5 (13-107)	4,68±0,62	5 (3,1-5)
Evet	56,66±26,56	55 (13-130)	4,83±0,26	4,9 (3-5)
	<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,067		<sup>a</sup> 0,471
<b>Yoğun bakım hemşireliği sertifika alma durumu</b>				
Hayır	58,32±25,77	57 (13-128)	4,81±0,28	4,9 (3,1-5)
Evet	47,35±29,15	46 (13-130)	4,86±0,28	5 (3-5)
	<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,001**		<sup>a</sup> 0,005**
<b>YBÜ Özelliği</b>				
Genel YBÜ	55,09±27,46	54 (13-128)	4,81±0,31	4,9 (3-5)
Koroner YBÜ	53,67±22,95	51 (15-96)	4,88±0,20	5 (4,1-5)
Kalp damar cerrahisi YBÜ	62,60±25,17	63 (15-130)	4,85±0,22	4,9 (4-5)
	<i>p</i>	<sup>b</sup> 0,055		<sup>b</sup> 0,645

<sup>a</sup>Mann Whitney-U Test <sup>b</sup>Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferonni Test \**p*<0,05 \*\**p*<0,01  
r: Spearman Correlation Test YBÜ; yoğun bakım ünitesi

Tablo 6'da hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve Merhamet Yorgunluğu Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yoğun bakımda kendi isteğiyle çalışma durumu ve yoğun bakımın özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile mesleki çalışma süreleri ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) ve yoğun bakımda çalışma süreleri ( $p=0,002$ ;  $p<0,01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Mesleki çalışma yılı 0-1 yıl arası hemşirelerin aldıkları puanlar, 5-10 yıl, 1-3 yıl arası ve 10 yıl üzerinde hemşirelerden anlamlı düşüktür ( $p=0,001$ ;  $p=0,010$ ;  $0,011$ ;  $p<0,05$ ). Yoğun bakımda çalışma yılı 0-1 arası hemşirelerin aldıkları puanlar, 5-10 yıl arası hemşirelerden anlamlı düşüktür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Yoğun bakım hemşireliği sertifikası olan hemşirelerin, Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, sertifikası olmayanlardan anlamlı düşüktür ( $p=0,010$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

Tablo 6'da hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, YBÜ'de çalışma süresi, yoğun bakımda kendi isteğiyle çalışma durumu ve yoğun bakım özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile eğitim durumu ( $p=0,023$ ;  $p<0,05$ ) ve hemşirelik mesleğinde çalışma süreleri ( $p=0,024$ ;  $p<0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunu olanların aldıkları puanlar; yüksek lisans mezunu olanlardan anlamlı yüksektir ( $p=0,034$ ;  $p<0,05$ ). Mesleki çalışma yılı 3-5 yıl arası hemşirelerin aldıkları puanlar, 5-10 yıl arası hemşirelerden anlamlı yüksektir ( $p=0,048$ ;  $p<0,05$ ).

Yoğun bakım hemşireliği sertifikası olan hemşirelerin Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, sertifikası olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır ( $p=0,005$ ;  $p<0,01$ ).

Tablo 7. Merhamet Yorgunluğu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeklerinin Hemşirelerin Bakımda Merhamete Yönelik Görüşlerine Göre Karşılaştırılması

	Merhamet Yorgunluğu Ölçeği		Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği	
	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)	Ort±Ss	Medyan (Min-Mak)
<b>Merhamet yorgunluğuna yönelik eğitim alma durumu</b>				
Hayır	56,83±26,98	56 (13-130)	4,82±0,26	4,9 (3-5)
Evet	52,63±25,46	49 (13-128)	4,80±0,39	4,9 (3,1-5)
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,206		<sup>a</sup> 0,249	
<b>Kendini merhametli bulma durumu</b>				
Hayır	29,79±33,96	13 (13-118)	4,90±0,26	5 (4-5)
Evet	57,80±25,46	56 (13-130)	4,82±0,28	4,9 (3-5)
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,001**		<sup>a</sup> 0,001**	
<b>Merhametin duygusal yorgunluk yapma durumu</b>				
Hayır	44,26±23,80	40 (13-116)	4,86±0,25	5 (3,1-5)
Evet	69,42±23,52	71 (13-130)	4,78±0,31	4,9 (3-5)
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,001**		<sup>a</sup> 0,002**	
<b>Merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünme</b>				
Hayır	43,02±22,12	40 (13-116)	4,84±0,28	5 (3,1-5)
Evet	70,10±24,19	72 (13-130)	4,81±0,29	4,9 (3-5)
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,001**		<sup>a</sup> 0,020*	
<b>Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkileme durumu</b>				
Hayır		52,5 (13-120)	4,85±0,25	4,9 (3,6-5)
Evet	50,81±26,36	57 (13-130)	4,81±0,30	4,9 (3-5)
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0,007**		<sup>a</sup> 0,167	

<sup>a</sup>Mann Whitney-U Test

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test & Dunn Bonferonni Test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

Tablo 7’de Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve hemşirelerin bakımda merhamete yönelik görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve merhamet yorgunluğuna yönelik eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Kendini merhametli bulan, merhametin kendisinde duygusal yorgunluk yaptığını belirten, merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünen ve merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilediğini düşünen hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır (*p*=0,001; *p*<0,01).

Tablo 7’de Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve hemşirelerin bakımda merhamete yönelik görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ve merhamet yorgunluğuna yönelik eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kendini merhametli bulan, merhametin kendisinde duygusal yorgunluk yaptığını belirten ve merhamet yorgunluğu yaşadığını düşünen hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük saptanırken ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ), merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilemesine verilen yanıtlara göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği ile Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinin İlişkisi

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği		Merhamet Yorgunluğu Ölçeği		
		İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	Ölçek Toplam
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	r	-0,251	-0,299	-0,286
	p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Düşmeler	r	-0,077	-0,127	-0,107
	p	<b>0,117</b>	<b>0,009**</b>	<b>0,029*</b>
Hastane Enfeksiyonları	r	-0,109	-0,182	-0,155
	p	<b>0,025*</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği	r	-0,144	-0,198	-0,178
	p	<b>0,003**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
İletişim	r	-0,120	-0,177	-0,155
	p	<b>0,014*</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Ölçek Toplam	r	-0,207	-0,277	-0,252
	p	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>

r: Spearman Correlation Test

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

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $r:-0,286$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “Düşmeler” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,107; p=0,029; p<0,05).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “Hastane Enfeksiyonları” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,155; p=0,001; p<0,01).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,178; p=0,001; p<0,01).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği “İletişim” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,155; p=0,001; p<0,01).

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (r:-0,252; p=0,001; p<0,01).

## 5 TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun tıbbi hataya eğilim durumlarına etkisinin değerlendirildiği araştırmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda aşağıda tartışıldı.

Araştırma kapsamında YBÜ’de çalışan hemşirelerin demografik özellikleri değerlendirildiğinde %74,8’inin kadın olduğu belirlendi. İsrail’ de palyatif bakım merkezinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyini değerlendiren bir çalışmada hemşirelerin %85,4’ünün kadın (86), Avusturalya’ da YBÜ’de çalışan hemşirelerle yapılan benzer bir çalışmada hemşirelerin %71,4’ ünün kadın (87) olduğu belirlendi. Literatürde konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın cinsiyette olduğu belirtilmektedir (88, 89). Bu çalışmada hemşirelerin cinsiyet oranları açısından literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kadın cinsiyeti toplumun yaklaşık yarısını oluşturmakla birlikte profesyonel bakım verici rolleriyle hemşirelik mesleğinin içerisinde büyük bir orana sahiptir. Bu çalışmada da kadın cinsiyetin yüksek çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında hemşirelerin %72,3’ünün YBÜ’de çalışma süresinin 5 yılın altında olduğu belirlendi. Yoğun bakım hemşirelerinin, YBÜ’de çalışma süreleri açısından değerlendirildiğinde; yapılan bir çalışmada YBÜ’de 5 yıldan az çalışan hemşire oranının %32,5 olduğu belirtilmiştir (87). İran’da 400 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan bir çalışmada YBÜ’de çalışma süresi 5 yıldan az olan hemşire oranı %51,2 olarak bulunmuştur (90). Kore’ de yapılan benzer bir çalışmada ise 5 yıldan az görev yapan hemşirelerin oranı yarıdan fazladır (%64,7) (89). Araştırma kapsamında alınan hemşirelerin yoğun bakım deneyim sürelerinin literatürle farklı olarak daha kısa süre olduğu belirlendi. Bunun nedeni olarak ülkemizde genç nüfusun fazla olması, son yıllarda hemşirelikle ilgili eğitim veren okul sayısındaki artış nedeniyle yeni mezun sayısının artması, yoğun bakım yatak sayısındaki artış ve kurumlarda hemşire istihdamındaki hızlı değişmelerin neden olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin bakımda merhamete yönelik görüşleri değerlendirildiğinde hemşirelerin çoğunluğunun kendini merhametli bulduğu ve yaklaşık yarısının bakımda merhametli yaklaşımın kendilerinde duygusal yorgunluk yaptığı ve merhamet yorgunluğu yaşadıklarını ifade etmiştir. Atilla Gök (2015) tarafından yoğun bakım hemşireleriyle yapılan nitel bir çalışmada “merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz” sorusuna hemşirelerin çoğunluğunun evet yanıtını verdiği belirtilmiştir (70). Polat ve Erdem (2017)’in yapmış olduğu çalışmada hekim ve hemşirelerden oluşan sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamadıkları ve sağlık hizmeti sunarken istekli bir şekilde hizmet verdiklerini ancak hemşirelerin merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan sevecenlik boyutundan daha fazla puan aldıklarını ve bunun hemşirelerde daha fazla merhamet yorgunluğuna neden olabileceğini belirtmişlerdir (57).

Yoğun bakım ünitelerinde kritik hasta bakımında görev alan hemşireler teknolojik tıbbi cihaz donanımlarıyla, yetişmiş işgücü profili ve profesyonel kapasitesiyle oldukça özel birimlerde çalışmaktadırlar (91, 92). Hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyleri değerlendirildiğinde yoğun bakım hemşirelerinin, tüm hemşireler arasında en yüksek merhamet yorgunluğu semptomlarına sahip olduğu bildirilmiştir (17). Cerrahi YBÜ’de çalışan travma hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %73,1’inin orta düzey merhamet yorgunluğu yaşadığı saptanmıştır (93). Asya kıtasında YBÜ’de çalışan hemşirelerde şiddetli merhamet yorgunluğu semptomları görüldüğü bildirilmiştir (17). İsrail’de palyatif bakım merkezinde çalışan hemşirelerle yapılan kesitsel bir çalışmada merhamet yorgunluğu puanı orta yüksek düzeyde bulunmuştur (86). 2021 yılında 11 ülkeden 79 çalışmanın dahil edilerek yapılan bir meta analiz çalışmasında merhamet yorgunluğu belirtilerinin en düşük seviyelerinin Avrupa ve Amerika’da çalışmakta olan hemşirelerde olduğu, bununla birlikte ilgili ülkelerde merhamet memnuniyeti düzeyinin en yüksek seviyelerde olduğu belirtilmektedir (17). İncelenen çalışmaların; farklı ülke ve çalışma koşullarında yapılmış olması merhamet yorgunluğu görülme düzeylerinin değişiklik göstermesine sebep olmasıyla açıklanabilir. Hastalara kesintisiz bakım hizmeti sunan, hastanın en yakınında bulunan hemşirelerin merhamet yorgunluğu açısından diğer sağlık çalışanlarına göre daha büyük risk altında olduğu açıkça görülmektedir.

Pandemi sürecinde Covid-19 tanılı hastaya bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin bakım vermeyen hemşirelere göre merhamet yorgunluğunun daha yüksek olduğu (94) ayrıca Covid-19 hastalığı geçiren hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (95). Pandemi koşullarında enfekte olma endişesi, hemşirelerin hissettikleri baskı nedeniyle artan stresin sonucu olarak açıklanabilir. Bu araştırmada YBÜ hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyi orta düzeyde bulundu. YBÜ'lerin karmaşık yapısı, ağrı ve acı çeken hastalara bakım verilen bir ortam olması nedeniyle hemşirelerin merhamet yorgunluğuna eğilimin arttığı düşünülebilir. Ayrıca bu araştırmanın verileri pandemi sürecinde toplandığından bunun da sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında merhamet yorgunluğunu etkileyen tanımlayıcı özellikler; mesleki çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlenmiştir. Avusturalya' da yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmada mesleki deneyim süresi ve yoğun bakım çalışma süresi arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyinin arttığı bulunmuştur (87). Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğunun arttığı saptanmıştır (48). Literatürde farklı olarak az deneyimli ve yönetsel desteğe sınırlı erişimi olan genç hemşirelerin merhamet yorgunluğunun arttığını bildiren çalışmada bulunmaktadır (16). Bu araştırmada literatüre benzer olarak hemşirelik mesleğinde çalışma süresi ve YBÜ'de çalışma süresi arttıkça merhamet yorgunluk düzeyinin arttığı saptandı. Bunun nedeni olarak; hemşirelerin ilk çalışma yıllarında oryantasyon eğitimleri başta olmak üzere eğitim saatlerinin yüksek olması, yoğun bakımlarda hemşire yetkinliğine ve hasta profiline göre planlama yapılması, yetkinlik ve deneyim arttıkça bağımlılık düzeyi daha yüksek olan, ağrı ve acıya daha fazla maruz kalan hastalara bakım vermeleri olarak düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hemşirelerin sadece %15'inin merhamet yorgunluğuna yönelik eğitim aldığı belirlenmiş olup yoğun bakım hemşireliği sertifikasına sahip hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun araştırıldığı çalışmada;

merhamet yorgunluğu yaşıyan hemşirelerin bu durumla, kendilerini yoğun bakım ortamından izole ederek baş ettikleri saptanmıştır (70). Ortega-Campos ve arkadaşları (2019) yaptıkları meta analiz çalışmasında hastanede sürekli risk durumlarına maruz kalan hemşirelerin, merhamet yorgunluğunu en aza indirmeye yardımcı olacak programların uygulanmasını önermişlerdir (96). Zhang ve arkadaşlarının (2018) 21 çalışmayı dahil ederek yaptıkları meta analiz çalışmasında hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yaygın olduğunun ancak iyi bir eğitimle hemşirelerin yaşam kalitesinin arttırılabileceğini belirtmişlerdir (97). Literatür doğrultusunda merhamet yorgunluğu veya yoğun bakım hemşireliğine yönelik verilen eğitim ve sertifika programlarının hemşirelerde koruyucu etki yarattığı görülmektedir.

Shahar ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada orta yaş (49 – 65) aralığındaki hemşirelerin merhamet yorgunluğunu genç yaş (22 – 48) hemşirelerden daha yüksek bulmuşlardır (86). Yaşla birlikte, mesleki deneyim süresinin artması maruziyeti etkilediğinden merhamet yorgunluk gelişimini olumsuz etkilediği söylenebilir. Bu araştırmada hemşirelerin yaş ortalamasının düşük ve genç popülasyondan oluşması nedeniyle yaş etkili faktör olarak bulunmamıştır. Farklı yaş gruplarında hemşirelerin dahil edildiği çalışmalarda bu değişkenin tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir.

Yapılan çalışmalarda merhamet yorgunluğu puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (98-101). Bu araştırma da ise merhamet yorgunluk düzeyleri ile cinsiyet arasında farklılık saptanmamıştır. Araştırma örneklemindeki cinsiyetler arası sayısal oran farklılıklarının bunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Daha büyük örneklemlerli çalışmalarda bu değişkenin tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir.

Hunsaker ve arkadaşları (2015) yüksek eğitim düzeyine sahip acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğu puanının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (16). Bu araştırmada eğitim durumu ile merhamet yorgunluğu arasında ilişki saptanmamıştır. 2019 yılında yapılan meta analiz çalışmasında yoğun bakım hemşireleri arasında merhamet yorgunluğu araştırma bulgularının tutarsız sonuçlar içerdiği belirtilirken (102), 2020 yılında 71 çalışmanın dahil edildiği meta analiz

çalışmasında deneyim süresi, çalışılan bölüm gibi demografik özelliklerin merhamet yorgunluğu gelişiminde istatistiksel olarak etkili olmadığı görülmüştür (103).

Tıbbi hatalar; hastanın yatış süresinin uzamasına, morbidite ve mortalite oranlarında artışa, tedavinin uzamasına bağlı olarak maliyet artışına neden olurlar (104). Bu araştırmada, Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması düşük düzeyde belirlendi. Ulusal literatür değerlendirildiğinde hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin düşük ve orta düzeyde olduğu görülmektedir (49, 85, 99, 105-109). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin düşük olmasında; araştırmanın sürdürüldüğü sağlık grubu içerisinde işe alım sürecindeki değerlendirilmelerden itibaren planlı mesleki ve kişisel gelişim eğitim programları, eğitim gelişime ayrılan zaman ve finansal destek, hemşire başına düşen eğitim saatlerinin yüksek olması, uygulamaya dayalı eğitimlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerde tıbbi hataya eğilim düşük düzeyde çıkmasına rağmen hemşirelerin hataları gizleme eğilimi gösterebilecekleri bu nedenle sorulara olumlu yönde yanıt vererek tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük çıkmasına sebep olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düşük saptanması, tıbbi hata yaşanmayacağı anlamına gelmemelidir. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %67'sinin tıbbi hata durumuyla karşılaştığı ve %28,5'inin daha önce tıbbi hata yaptığı belirtilmektedir (110). Farklı bir çalışmada ise, hemşirelerin %48,9'unun mesleki deneyimleri boyunca en az bir kez pediatrik ilaç uygulama hatası yaptığı, %72,2'sinin ise en az bir defa mesai arkadaşının pediatrik ilaç uygulama hatasına tanık olduğu belirlenmiştir (111). Alan ve Khorshid (2016)'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %50,7'sinin çalışma hayatları boyunca çalışma arkadaşının yaptığı tıbbi hataya şahit olduğu saptanmıştır (112). Hasta güvenliğini sağlama konusunda önemli görevleri olan hemşireler, bireysel ya da kurumsal nedenlerden dolayı tıbbi hata yapabilmekte ya da şahit olabilmektedir. Tıbbi hataların nedenlerinin araştırılarak önlemlerin alınmasıyla hasta güvenliği sağlanabilir ve yaşanabilecek olumsuzlukların önüne geçilebilir (113).

Literatürde hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin “iletişim” boyutunda en yüksek, “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” boyutunda en düşük olduğu belirtilmektedir (105). Yapılan başka bir çalışmada, tıbbi hata eğiliminin en fazla olduğu alt boyutun “iletişim” ve “düşmeler” olduğu, tıbbi hata eğiliminin en az olduğu alt boyutun ise “enfeksiyonların önlenmesi” olduğu belirlenmiştir (114). Bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hata eğiliminin en yüksek olduğu alt boyutun “hasta izlemi ve malzeme güvenliği”, en az olduğu alt boyutun ise “hastane enfeksiyonlarının önlenmesi” olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sürdürüldüğü hastanelerde, hasta izleminde uygulanan prosedür ve talimatlarda standardizasyon mevcut olup kurul ve komiteler ile işleyiş takip edilmektedir. Düzenli aralıklarla yapılan kontrollerde saptanan uygunsuzluklar raporlanarak iyileştirme faaliyetleri yürütülmektedir. Aynı zamanda YBÜ’lerde kullanılan tıbbi cihazların kontrolü, sarf malzemelerin talebinin yapılması ve son kullanma tarihlerinin kontrolü sorumlu hemşireler ya da ekip liderleri sorumluluğunda sürdürülmektedir. Bu işleyiş sürecinin hemşirelerin bireysel olarak malzeme güvenliğine ilişkin sorumluluklarını azalttığı ve hata yapma eğilimlerini artırabileceği düşünüldü.

Araştırma kapsamında hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini etkileyen tanımlayıcı özellikler; eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, YBÜ’de çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlenmiştir. Literatürde mesleki deneyimin artmasıyla tıbbi hata oranının azaldığı belirtilmiştir (48, 99). Mesleki deneyim süresiyle tıbbi hata yapma eğilimi arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (49, 100, 109, 115). Bu çalışmada literatürden farklı olarak 3-5 yıl deneyime sahip olan hemşirelerin, 5-10 yıl arası çalışan hemşirelere göre tıbbi hataya eğilim düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.

Araştırma kapsamında yüksek lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerin diğer mezuniyet durumlarına göre tıbbi hataya eğilimleri daha yüksek saptandı. Yapılan bir çalışmada araştırma bulgusunun aksine yüksek lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerde hasta güvenliği uygulama puanı daha yüksek bulunmuştur (89). Lisans ve lisans üstü düzeyde eğitim alan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Özen, 2019).

Alan ve Khorshid' in yaptığı çalışmada (2016), mesleğini seven hemşirelerin, Kıymaz ve Koç (2018) çalışmasında ise mesleki memnuniyet düzeyi yüksek olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha düşük olduğu görülmüştür (112, 116). Araştırma kapsamında hemşirelerden yoğun bakım sertifikası olanların tıbbi hataya eğilim düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Yoğun bakım hemşireliği eğitim programının içeriği ağırlıklı olarak mesleki konulardan oluşmakta olup, bu programlara katılan hemşireler genellikle mesleki gelişimini önemseyen, mesleğini bilinçli olarak seçen ve seven kendi tercihiyle kritik bakım ortamlarında çalışan hemşirelerden oluşması ve mesleki memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının tıbbi hata yapma eğilimlerini azalttığı düşünülebilir.

Literatürde, kadın hemşirelerde hata yapma eğiliminin erkeklere oranla daha düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (99-101). Ancak literatürde cinsiyetin tıbbi hata eğilimini istatistiksel olarak etkilemediğini belirten çalışmalarda bulunmaktadır (49, 109). Bu çalışmada cinsiyetin tıbbi hataya eğilimi etkilemediği belirlenmiştir. Bunun nedeni cinsiyet dağılımındaki sayısal farklılığın yansıması olarak düşünülmektedir (99).

Araştırma kapsamında hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyleri ile tıbbi hataya eğilimleri arasında ilişki değerlendirildiğinde; hemşirelerin %65,5'i merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğini etkilediğini belirtmişlerdir. Ryu ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerin merhamet memnuniyetinin artışının hasta güvenliği uygulamalarına da olumlu yansıdığı bildirilmiştir (89). Ertümer ve Kaya'nın (2022) sağlık profesyonelleri ile yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu düzeyinin arttıkça hasta güvenliğine ilişkin prosedürlere uyumun azaldığı görülmüştür (15). Yapılan benzer çalışmalarda stresin hemşirelerde tıbbi hataya yol açtığı bildirilmiştir (18, 108). Hemşireler merhamet yorgunluğu yaşadıklarında görevlerine odaklanamamakta, bireysel performansları olumsuz etkilenmekte, hataya meyilli olmakta, işten ayrılma ve tıbbi bakım maliyetinde artış görülmektedir (65, 76). Bu çalışmada da merhamet yorgunluk düzeyi arttıkça tıbbi hataya eğilim düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

## 6 SONUÇ

Merhamet, insancıl bakım sunmanın temel unsuru ve bakım uygulamasında değerli bir duygudur. Merhamet duygusu ile yerine getirilen bakım uygulamalarının önemi büyüktür ve merhamet duygusu olmadan mükemmel hemşirelik bakımı yerine getirilemez. Merhametli bakımın bedeli olarak nitelendirilen merhamet yorgunluğu yoğun bakım hemşireleri için büyük risk oluşturmaktadır.

- Araştırma kapsamında hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyinin orta seviyede ve etkileyen tanımlayıcı özelliklerin; mesleki çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlendi.
- Araştırma kapsamında hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyinin düşük seviyede ve etkileyen tanımlayıcı özelliklerin; eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, YBÜ’de çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlendi
- Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun artmasının tıbbi hataya eğilimi arttırdığı saptandı.

Ülkemizde hemşirelerin merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve baş edebilmeleri için oluşturulmuş bir eğitim programı bulunmamaktadır. Hemşireleri merhamet yorgunluğundan korumak, başa çıkma yollarını öğretmek ve farkındalığı sağlamak için düzenli bir eğitim programının oluşturulması, hemşirelerin içinde yer alacağı kurum içi sosyal etkinlik programları ve kurs faaliyetlerinin planlaması önerilmektedir. Hemşirelerin yaşadıkları duygusal travmaları ifade edebilecekleri fiziksel ve psikolojik ortamlar oluşturulmalı, merhamet yorgunluğu ile baş edebilecekleri koruyucu ve önleyici programlar planlanmalıdır.

Güvenli bakımın sürdürülmesi ve tıbbi hataların azaltılmasında hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeylerinin izlenmesi oldukça önemlidir. Yoğun bakım üniteleri çeşitli uygulamaların yapıldığı ve uygularken merhametin üst düzeyde hastaya yansıtıldığı bölümlerdir. Hemşireler hastaya sergiledikleri merhametli yaklaşımı kendilerinden de esirgememelidir. Merhamet yorgunluğunun hasta

güvenliğinin farklı boyutları üzerine etkilerinin belirlenmesine yönelik geniş kapsamlı, farklı örneklem gruplarıyla çalışılması önerilmektedir.



## 7 KAYNAKLAR

1. Grober ED, Bohnen JMA. Defining medical error. *Can J Surg.* 2005;48(1):39.
2. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. *To err is human: building a safer health system.* Washington (DC): National Academies Press 2000.
3. NPSF. National Patient Safety Foundation [www.npsf.org/](http://www.npsf.org/) 2022 [
4. Tariq RA, Vashisht R, Sinha A, Scherbak Y. *Medication dispensing errors and prevention.* StatPearls Publishing, Treasure Island (FL)2018.
5. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000;4:22-7.
6. Kahrıman İ, Öztürk H. Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. *Journal of clinical nursing.* 2016;25(19-20):2884-94.
7. Küçük Alemdar D, Yaman Aktaş Y. Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013;12(3).
8. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. A retrospective review about the malpractice applications in medicine. *Dirim.* 2009;84(1):1-10.
9. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care.* 2008;22(1):24-34.
10. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992;22(4):116, 8-9, 20.
11. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *J Health Psychol.* 2009;14(2):267-77.
12. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: (Ed.) BHS, editor. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators: The Sidran Press.*; 1995. p. 3-28.
13. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs Health Sci.* 2010;12(2):235-43.
14. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing.* 2010;36(5):420-7.
15. Ertümer AG, Kaya E. Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliğine Etkisi *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2022;25(1):139-54.
16. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship.* 2015;47:186-94.
17. Xie W, Chen L, compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies.* 2021;120.
18. Ayorinde MO, Alabi PI. Perception and contributing factors to medication administration errors among nurses in Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 2019:100153.

19. Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(2):123-30.
20. Alan H. Merhamet Yorgunluğu ve Yönetici Hemşirenin Rolü. Journal of Health and Nursing Management. 2018;5(2):141-6.
21. Preto VA, Pedrão L. Stress among nurses who work at the intensive care unit. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009;43:841-8.
22. Somyürek N, Uğur E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği kültürü oluşturma: hemşire gözüyle tıbbi hatalar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi. 2016;3(1):1-7.
23. PAGE. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety Board on Health Care Services. Institute of Medicine: Keeping Patients Safe-Transforming the Work Environment of Nurses. 2004.
24. Yılmaz A. Hasta güvenliği kültürü kavramının boyutları ile incelenmesi boyutların hasta güvenliği uygulamalarına etkisinin araştırılması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2020;7(3):223-30.
25. Famolaro T, Yount N, Hare R. Hospital Survey on Patient Safety Culture. 2018.
26. Oksay A, Kılınç M, Sayhan M. Sağlık çalışanlarında hasta güvenliği kültürü algısının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;19(2):455-75.
27. Lee YC, Shieh JI, Huang CH, Wang CY, Wu HH. Analyzing patient safety culture from viewpoints of physicians and nurses—A case of a regional teaching hospital in Taiwan. The Journal for Healthcare Quality (JHQ). 2017;39(5):294-306.
28. Uysal A, Karakurt P. Hemşirelerin mesleğe bağlılık durumlarının tıbbi hata yapma eğilimlerine etkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;14(3):349-61.
29. Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi. 2014;1(1):9-18.
30. JCI. International Patient Safety Goals <https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/> [cited 2022 2022].
31. Türkmen E, Altuntaş S, Baykal Ü, Seren Ş. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi. 2011;14(4):38-46.
32. Birgen N. Tıbbi Uygulama Hatalarına Adli Tıp Açısından Yaklaşım. ANKEM Dergisi. 2006;20:20-5.
33. TDK. Türk Dil Kurumu <https://www.Tdk.Gov.Tr> [cited 2022 2022].
34. Akalın E. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5(3):141-6.
35. Özdilek AO. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin Hukuki Sorumluluğu. 2006;24.
36. THD. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr2009>
37. ICN. International Council of Nurses-ICN (2006) Safe staffing saves lives. International Nurses Day 2006. Information and Action Tool Kit. Geneva, Switzerland,; 2006.
38. EC. European Commission (2006) Medical Errors [https://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf) 2006 [cited 2022 2022].

39. WHO. World Health Organization Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [cited 2022 2022].
40. Demir Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010;12(1):67-74.
41. Sayek F. Hasta güvenliği: Türkiye ve dünya. Ankara2011. 139-49. p.
42. İntepeler ŞS, Dursun M. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(2):129-35.
43. Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(3):423-48.
44. Gazete R. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 2009.
45. Gazete R. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Yönetmelik. 2011.
46. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(3):132-9.
47. Sivrikaya SK, Kara AŞ. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;8(1):7-14.
48. Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P. Compassion fatigue: A Study of critical care nurses in Turkey. Journal of Human sciences. 2016;13(2):2879-84.
49. Işık Andsoy I, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. HSP. 2014;1:17-27.
50. Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. J Pediatr Nurs. 2004;19(6):385-92.
51. Karagözoğlu Ş, Otu M, Coşkun G. Bir Araştırma ve Uygulama Hastanesinde İlaç Hatalarının Bildirimine Yönelik Hemşirelerin Düşünceleri ve İlaç Hatalarını Raporlama Alışkanlıkları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019;4(1):26-39.
52. Hewitt T, Chreim S, Forster A. Sociocultural factors influencing incident reporting among physicians and nurses: understanding frames underlying self-and peer-reporting practices. Journal of patient safety. 2017;13(3):129-37.
53. <https://www.nisanyansozluk.com>.
54. <http://www.merriamwebster.com/dictionary/compassion>
55. Van Der Cingel M. Compassion and professional care: exploring the domain. Nurs Philos. 2009;10(2):124-36.
56. Bradshaw A. Compassion: what history teaches us. Nurs Times. 2011;107(19-20):12-4.
57. Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;26:291-312.
58. Dalgacı B, Gürses İ. Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018;2:181-204.

59. Cingi CC, Eroğlu E. Sağlık alışanlarında merhamet yorgunluğu. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2019;41:58-71.
60. Uslu Y, Demir Korkmaz F. Yoğun Bakımda Hemşirenin Hissi Tarafı “şekfat” ve Bakım. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2016;20(2):108-15.
61. Von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. *Nurs Inq*. 2000;7:166-74.
62. ICN. International Council of Nurses-ICN (2020) About ICN: Code of Ethics for Nurses. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2020\\_ICN\\_Codeofethics\\_fornurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2020_ICN_Codeofethics_fornurses_%20eng.pdf) 2020.
63. Straughair C. Cultivating compassion in nursing: a grounded theory study to explore the perceptions of individuals who have experienced nursing care as patients. *Nurse education in practice*. 2019;35:98-103.
64. Figley CR. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*: Brunner/Mazel, Publishers; 1995.
65. Cross LA. Compassion fatigue in palliative care nursing: A concept analysis. *J Hosp Palliat Nurs*. 2019;21(21).
66. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016;48:456-65.
67. Circenis K, Millere I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30,:2042-6.
68. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30:339-45.
69. Yılmaz G, Üstün B. Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9:205-11.
70. Atilla Gök G. Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*. 2015;20:299-313.
71. Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Crit Care Nurse*. 2015;35(4):32-42.
72. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(200-207).
73. Uslu E, Buldukoğlu K. Psikiyatri hemşireliğinde şekfat yorgunluğu: Sistemantik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2017;9:421-30.
74. Pehlivan T, Güner P. Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9:129-34.
75. Jenkins B, Warren NA. Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical care nursing quarterly*. 2012;35:388-95.
76. Romano J, trotta R, Rich VL. Combating compassion fatigue: An exemplar of an approach to nursing renewal. *Nursing administration quarterly*. 2013;37:333-6.

77. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: A nurse's primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(3).
78. Uslu Y, Demir Korkmaz F. Hemşirenin Hissi Tarafı Şefkatin Bedeli: Şefkat Yorgunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(1):123-33.
79. Bonney W. Medical errors: moral and ethical considerations. *J Hosp Adm*. 2013;32:80-8.
80. Özlü ZK, Eskici V, Aksoy D, Özer N, Yayla A, Avşar G. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4:83-104.
81. Van Mol M, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(8):e0136955.
82. E. K, Gündüz S. Sağlık Kurumlarında Merhamet Yorgunluğu ve Hasta Güvenliğinin Önemi. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*,. 2022;4:46-61.
83. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76:103-8.
84. Dinç S, Ekinci M. Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019(11):192-202.
85. Özata M, Altuncan H. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. *TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü II Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*. 2010:415-31.
86. Shahar I, Asher I, Ben Natan M. Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nurs Health Sci*. 2019;21(291-296).
87. Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Aust Crit Care*. 2018;31:396-405.
88. Storm J, Chen HC. The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30:443-53.
89. Ryu IS, Shim J. The Influence of Burnout on Patient Safety Management Activities of Shift Nurses: The Mediating Effect of Compassion Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18:12210.
90. Salimi S, Pakpour V, Rahmani A, Wilson M, Feizollahzadeh H. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*,. 2020;31:59-66.
91. Terzi B, Kaya N. A planned admission protocol application in intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2017;22:362-71.
92. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2011(1):21-5.

93. Mason V, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014;33:215-25.
94. Okgün Alcan A, Yıldız K. Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği: Algılanan Stresin Merhamet Yorgunluğuna Etkisi. *Forbes Journal of Medicine.* 2021;2.
95. Katran HB, Güre S, Arpag N, Çavuşlu M. COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2021;25:42-50.
96. Ortega-Campos E, Vargas-Roman K, Velando-Soriano A, Suleiman-Martos N, Canadas-de la Fuente GA, Albendin-Garcia L, et al. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability.* 2019;12(72).
97. Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang CF, Kong C, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *J Nurs Manag.* 2018;26(7):810-9.
98. Avcı A, Çavuşoğlu E, Moran M, Gün M. COVID-19 Tanısı Alan Hastaya Bakım Veren Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve İş Doyumu Arasındaki İlişki *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2022;5:43-52.
99. Özen N, Onay T, Terzioğlu F. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2019;6:283-92.
100. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi.* 2016.
101. Öztürk YE, Özata M. Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2013;18:365-81.
102. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Compassion fatigue in critical care nurses: An integrative review of the literature. *Saudi Med J.* 2019;40:1087.
103. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics.* 2020;27:639-65.
104. Miller KP. Malpractice: Nurse practitioners and claims reported to the national practitioner data bank. *JNP.* 2011;7:761-3.
105. Yüksel A, Akbulut T, Bahadır Yılmaz E. Hemşirelerde stresle baş etme ve tıbbi hataya eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.* 2019;6:288-94
106. Avşar G, Armutçu Atabek E, Karaman Özlü Z. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2016;3:115-22.
107. Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014;1:44-56.
108. Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin Bakış Açısıyla Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2012;11:421-30.
109. Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;15:188-96.

110. Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Examination of the tendency for nursing malpractice and affecting factors/Hemsirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2015;12:210-5.
111. Manav G, Başer S. Çocuk hemşirelerinin ilaç hatası yapma durumları ve eğilimlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;7:41-9.
112. Alan N, Khorshid L. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;32:1-18.
113. Farquhar M, Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. *AORN J*. 2007;86:455-7.
114. Sayılan AA, Boğa SM. Hemşirelerin iş stresi, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018;20:11-22.
115. Barış VK, Intepeler SS, Yeginboy EY. The cost of serious patient fall-related injuries at hospitals in Turkey: A matched case-control study. *Clin Nurs Res*. 2018;27:162-79.
116. Kıymaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of clinical nursing*. 2018;27:1160-9.

## 8 EKLER

### EK 1. Hemşire Tanılama Formu

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: a. Kadın      b. Erkek
3. Eğitim Durumu: a. Sağlık Meslek Lisesi   b. Ön lisans  c. Lisans  d. Lisans üstü e. Doktora
4. Hemşirelik Mesleğinde çalışma süreniz?  
a. 0 – 1 Yıl b. 1 – 3 Yıl c. 3 – 5 Yıl d. 5 – 10 Yıl e. 10 Yıl Üstü
5. Yoğun bakımda çalışma süreniz?  
a. 0 – 1 Yıl b. 1 – 3 Yıl c. 3 – 5 Yıl d. 5 – 10 Yıl e. 10 Yıl Üstü
6. Yoğun Bakım Ünitesinde kendi isteğinizle mi çalışıyorsunuz?  
a. Evet  b. Hayır
7. Yoğun Bakım Hemşireliği sertifikanız var mı?  
a. Evet  b. Hayır
8. Hangi Yoğun Bakımda çalışıyorsunuz?  
a. Gybü  b. Kybü  c. Kvc Ybü
9. Merhamet yorgunluğu ile ilgili bir eğitim aldınız mı?  
a. Evet  b. Hayır   
Cevabınız Evet ise  
a. Bilimsel Toplantılar (Sempozyum – Kongre)   
b. Kurum hizmet içi eğitim programları   
c. Yazılı Kaynaklar (Dergi, Kitap, Makale)   
d. Online dokümanlar
10. Kendinizi merhametli buluyor musunuz?  
a. Evet  b. Hayır  Cevabınız ‘evet’ ise sonraki soruları yanıtlayınız.
11. Hastalara karşı gösterdiğiniz merhamet sizi duygusal olarak yoruyor mu?  
a. Evet  b. Hayır
12. Merhamet yorgunluğu yaşadığınızı düşünüyor musunuz?  
a. Evet  b. Hayır
13. Sizce merhamet yorgunluğu hasta güvenliğini etkiler mi?  
a. Evet  b. Hayır

## EK 2. Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği

	MERHAMET YORGUNLUĞU KISA ÖLÇEĞİ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>a</b>	İşim yüzünden kapana sıkışmış gibi hissediyorum.										
<b>b</b>	Hayattaki hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.										
<b>c</b>	Hastalarımınla ilgili olarak geçmiş durumları anımsadığım oluyor.										
<b>d</b>	İşimde “başarısız” olduğumu hissediyorum.										
<b>e</b>	Hastalarımın deneyimlediklerine benzer sıkıntılı rüyalar görüyorum.										
<b>f</b>	Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.										
<b>g</b>	Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum.										
<b>h</b>	Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.										
<b>i</b>	İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.										
<b>j</b>	Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.										
<b>k</b>	İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum.										
<b>l</b>	Bir hasta ile ilgili travmatik bir deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.										
<b>m</b>	İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.										

### EK 3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği

		HIÇ (1)	ÇOK NADİR (2)	ZAMAN ZAMAN (3)	GENELLİKLE (4)	HER ZAMAN (5)
	<b>İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI</b>					
1	İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.					
2	Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.					
3	İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.					
4	Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.					
5	İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.					
6	İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.					
7	İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm					
8	İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.					
9	IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.					
10	İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.					
11	İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.					
12	İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim					
13	Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim					
14	Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.					
15	Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim					
16	Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.					
17	Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.					
18	Hastaya fazla sıvı yüklenmemesine dikkat ederim					
	<b>DUŞMELER</b>					
1	Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm					
2	Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım					
3	Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim					
4	Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim					
5	Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım					
	<b>HASTANE ENFEKSİYONLARI</b>					
1	Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.					
2	IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.					
3	Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.					
4	İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim					
5	İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak- yırtık/delik yönünden kontrol ederim.					
6	Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.					
7	Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.					
8	Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.					
9	Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.					
10	Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.					
11	Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.					
12	Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.					

### EK 3. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (devam)

	<b>HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ</b>	<b>HİÇ (1)</b>	<b>ÇOK NADİR (2)</b>	<b>ZAMAN ZAMAN (3)</b>	<b>GENELLİKLE (4)</b>	<b>HER ZAMAN (5)</b>
1	Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım					
2	Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.					
3	Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.					
4	Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim					
5	Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.					
6	Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.					
7	Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.					
8	Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.					
9	Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim					
	<b>İLETİŞİM</b>					
1	Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.					
2	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
3	Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.					
4	Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim.					
5	Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım.					

## **EK 4. Etik Kurul Kararı**



## **EK 5. Kurum İzinleri**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## **EK 5. Kurum İzinleri (devam)**



## EK 6. Ölçek İzinleri



## **EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**



## 9 ÖZGEÇMİŞ



