

2016



ORDU ÜNİVERSİTESİ
UNIVERSITY

Yasemin ÖZYER

CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE
İŞ YÜKÜ ALGISI, İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE TIBBİ HATA TUTUMLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**INSTITUTE OF
HEALTH SCIENCES**

**CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE
İŞ YÜKÜ ALGISI, İŞE BAĞLI GERGİNLİK
VE TIBBİ HATA TUTUMLARI**

**YÜKSEK LİSANS
MASTER THESIS**

**Yasemin ÖZYER
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ**

ORDU - 2016

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERDE İŞ YÜKÜ ALGISI
İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE
TIBBİ HATA TUTUMLARI**

Yasemin ÖZYER

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

I. Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

II. Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

ORDU –2016

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Yasemin ÖZYER tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ danışmanlığında yürütülen “*Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 09/09/2016 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

I. Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

II. Tez Danışmanı : Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

Başkan : Doç. Dr. Ayla GÜRSOY
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....

ONAY

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 11./11./2016 tarih ve 2016/70 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

11./11./2016



Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Nülüfer ERBİL

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Adı ve Soyadı
Yasemin Özyer

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında benden yardımlarını, desteğini, zamanını, bilgilerini, sabrını, anlayış ve hoşgörüsünü esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

İkinci danışman hocam Sayın Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Tez çalışmama değerli görüşleriyle katkıda bulunan Sayın Doç. Dr. Nülüfer ERBİL'e, Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a ve Yrd. Doç. Dr. Sevim ACARÖZ'e,

Çalışmama destek veren, katılan, yardımlarını esirgemeyen cerrahi hemşirelerine, arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Tuğba AYDIN GÜNGÖR'e, Yrd. Doç. Dr. Aşkın GÖKTÜRK'e,

Çalışmamın yürütülmesine izin veren Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine, müdür yardımcısı Hakan ERDOĞMUŞ'a,

Çalışmamın istatistiğini yapan Sayın Ahmet GÜL'e,

Benden her konuda desteğini esirgemeyen kardeşim Selçuk ÖZYER'e, ilham perilerim Eylül ve Duru TOPALOĞLU'na, anneme, teyzeme, kuzenim Eslem'e, yegane dostum Nesrin SAĞLAM'a ve tüm aileme,

Sonsuz Teşekkür Ederim....

ÖZET

CERRAHİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE İŞ YÜKÜ ALGISI, İŞE BAĞLI GERGINLİK VE TIBBİ HATA TUTUMLARI

Amaç: Araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi-Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan toplam 100 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler Kişisel Bilgi Formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği kullanılarak toplandı. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken non parametrik değişkenler için MannWhitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlandı. Parametrik değişkenlerde, iki grup arası karşılaştırmalarda Z testi, iki değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Korelasyon testinden yararlandı. Araştırmadan elde edilen veriler %95 güven aralığı ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin, yaş ortalaması 36.6 ± 7.6 'dır. Cerrahi hemşirelerinin Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği puan ortalaması 73.3 ± 9.0 İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği puan ortalaması 40.8 ± 5.4 ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği puan ortalaması ise 42.2 ± 4.9 olarak saptandı. Her üç ölçekten alınan toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0.05$). Cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin yönetici desteği ile ilgili olduğu ($r = 0.712$) saptandı. Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutum ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptandı. Her üç ölçeğin birbirleriyle doğru orantılı olarak ilişkilendirildiği düşünüldüğünde hemşirelerde iş yükü algısı az olursa işe bağlı gerginlikte az olacak ve tıbbi hatalarda tutumları da olumlu yönde olacaktır.

Sonuç: Bu araştırma sonuçlarının bundan sonraki benzer çalışmaların planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi hemşiresi, hemşirelik bakımı, iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik, tıbbi hata, tıbbi hatalarda tutum

ABSTRACT

WORKLOAD PERCEPTION, WORK-RELATED STRESS AND MEDICAL ERROR ATTITUDES OF NURSES WORKING IN SURGICAL CLINICS

Aim: The present study was conducted as a descriptive study in order to determine the workload perception, work-related stress and medical error attitudes of nurses working in surgical clinics.

Material and Method: We included 76 nurses who were working in surgical clinics of Ordu State Hospital and 24 nurses who were working in Ordu University Training and Research Hospital ($n_{\text{total}}=100$). The data were collected by using Self-Description Form, The Scale of Occupational Stress, Individual Workload Perception Scale, and Medical Error Attitudes Scale. SPSS 20.0 (Statistical Package for The Social Sciences) program was used to evaluate the data of the study. Mann Whitney U and Kruskal Wallis-H tests were used for non-parametric variables. In order to compare parametric variables, Z test was used to compare two groups and correlation test was used to determine the relationship between two variables. The data of the study were evaluated with 95% confidence interval and 5% significance level.

Results: The average age of surgical nurses was 36.6 ± 7.6 . The mean scores of the Individual Workload Perception Scale score, Work-related Stress Scale, and Medical Error Attitudes Scale were respectively 73.3 ± 9.0 , 40.8 ± 5.4 , and 42.2 ± 4.9 . In case the total mean scores of these three scales were compared to each other, it was found that there was no statistically significant relationship ($p>0.05$). It was detected that the most important relationship in case of the sub dimension of the Individual Workload Perception Scale was the “support of the manager” ($r=0.712$). The mean workload perception, work-related stress and medical error attitude scale scores of surgical nurses were at the moderate level. When it is considered that these three scales are directly proportional to each other, it can be concluded that the work-related stress will be low when nurses have low levels of workload perception and thus the medical error attitudes of nurses will be positive.

Conclusion: It is believed that the findings of this study will contribute to the similar studies.

Key Words: Surgical nurse, nursing care, workload perception, work-related stress, medical errors

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İş Yükünün Önemi	4
2.1.1. Birim Düzeyinde İş Yükü	4
2.1.2. İş Düzeyinde İş Yükü.....	4
2.1.3. Hasta Düzeyinde İş Yükü	5

	Sayfa No
2.1.4. Durum Düzeyinde İş Yükü	5
2.2. İş Yükü Algısı	5
2.3. İşe Bağlı Gerginlik	6
2.4. Tıbbi Hata	7
2.4.1. Sağlık Kurumlarında Tıbbi Hatalar	8
2.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutum	10
2.4.3. Tıbbi Hata Bildirimi	11
2.4.4. Tıbbi Hata Bildiriminde Hemşire ve Hekimin Sorumlulukları	12
2.5. Hasta Güvenliğinin Önemi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.4.2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	16
3.4.3. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği	17
3.4.4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	17
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	18

	Sayfa No
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.8. Araştırmanın Planı	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
6.1. Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	51
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	62
Ek.1. Kişisel Bilgi Formu	62
Ek.2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	64
Ek.3. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği.....	66
Ek.4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.....	67
Ek.5. Aydınlatılmış Onam Formu.....	68
Ek.6. Ölçek İzinleri	69
Ek.7. Kurum İzni.....	72
Ek.8. Etik Kurul Onayı	74
ÖZGEÇMİŞ.....	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırma Planı	19
---------------------------------------	----

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	21
Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 3. Cerrahi Hemşirelerinin Karşılaştıkları Tıbbi Hatalar ve Bu Hatalarla Karşılaşma Durumları	24
Tablo 4. Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Nedenleri ve Bu Nedenlere Verdikleri Önem Derecesinin Dağılımı	25
Tablo 5. Cerrahi Hemşirelerinde Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki	26
Tablo 6. Cerrahi Hemşirelerinde Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki	27
Tablo 7. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 8. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına Göre Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 9. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bireysel İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 10. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına Göre Bireysel İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- ANA : American Nurses Association
- JCAHO : The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- JCI : Joint Commission International
- KVC : Kardiyovasküler Cerrahi
- BİAÖ : Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği
- THTÖ : Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği
- İBGÖ : İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği
- KBB : Kulak Burun Boğaz
- IOM : Institute of Medicine
- WHO : World Health Organization
- ICN : International of Council Nurses
- ILO : International Labor Organization
- SPSS : Statistical Package for The Social Sciences

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerden, yoğun iş temposu ve hasta bakım sürecinde, hemşirelerin hızlı düşünmesi, çabuk karar vermesi ve hasta odaklı çalışması beklenmektedir. Fakat iş yükünün fazlalığı, hemşirelerin profesyonel davranmasını olumsuz yönde etkilemektedir (Balanuye, 2014). Hemşirelikte iş yükünün tanımı, belirli bir zaman içinde yürütülmesi gereken toplam hemşirelik hizmetleri olarak tanımlanabilir (Göktaş, 2007). Hemşirelik hizmetlerinde iş yükünü etkileyen faktörler arasında, çalışılan birimin özellikleri, bakım verilen hasta sayısı, çalışan hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri etkilidir (Göktaş, 2007).

Gelişen dünyanın teknoloji şartları, iş yükünü artırmakta, buna bağlı olarak işe bağlı gerginliğin artmasına neden olmaktadır (Aytaç, 2002). Hemşirelerde yoğun iş temposu, hasta bakımı, hasta bireylere fiziksel, sosyal ve psikolojik destek verme, hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olma durumu, idari sorunlar hemşirelerin işe bağlı gerginliğini artıran faktörler arasında bulunmaktadır (Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Hemşirelerin iş yüklerinin azaltılmasında doğru planlamalar yapılması, uygulanması ve rehberlik edilmesi, gelecekte hemşire ve hasta güvenliğinin sağlanması açısından önemli bir unsurdur. Teknolojinin özellikle tıpta hızla gelişmesi ve değişmesi, hastanelerde çalışan sayısında eksiklik veya dengesiz dağılım, sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadığı sorunlar sağlık personeli üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Hemşirelerde görülen işe bağlı gerginlik; tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasına, iş doyumunu ve kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.

İşe bağlı gerginlik sağlık personelinde fiziksel ve ruhsal olarak iş doyumunu ve kalitesini düşürmekte, sağlık personelinin yeterli verim alınamamaktadır. Hemşirelerin hasta bakımına doğrudan katılmaları, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iç içe olmaları, hemşirelerin çalışma ortamlarının olumsuz koşulları, sürekli ayakta kalma, gece nöbetleri ve çalışan hemşire sayısının yetersiz olması riskleri artıran

faktörler arasındadır (Alçelik ve ark., 2005; Parlar, 2008; Karwowski, 2005; Mollaoğlu ve ark., 2010; Stone ve ark. 2007).

Günümüzde sağlık sektörünü en fazla meşgul eden konuların başında, şüphesiz tıbbi hatalar gelmektedir. Bu konunun önemli olmasının temel esaslarından biri, öncelikli olarak insan hayatı ve insan sağlığıdır. Sağlık çalışanlarında bilgi ve beceri eksikliği, yanlış uygulamalar, iş yükü ağırlığı, hasta bakımında eksiklikler, iletişimin ekip üyeleri arasında eksik olması tıbbi hatalar sonucu meydana gelen durumlardır (Hillin ve Hicks, 2010).

Cerrahi klinikler, hemşirelerin iş yüklerinin fazla olduğu, hastalara daha fazla işlem yapılması nedeniyle, tıbbi hataların daha fazla görüldüğü yerlerdir (Gülkaya, 2009; Balanuye, 2014). Hastaların ameliyat öncesi hazırlanma süreçleri, ameliyat sonrası komplikasyon riskleri, ameliyatta kullanılan anesteziik maddeler, uygulanan cerrahi girişimler iş yüklerini artırmakta, iş yükü, işe bağlı gerginliğin oluşmasını sağlamakta bu durumda dolaylı olarak tıbbi hataların artmasına neden olmaktadır (Balanuye, 2014).

Tıbbi hataların sıklığının azaltılması, nedenlerinin anlaşılması ve önlenmesi veya zarar oluşmadan fark edilebilmesi için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunu başarabilmek için hataların ve zararlı etkilerinin azaltılması ile ilgili önerileri de içeren gerçek ifadelerin toplandığı, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın sağlanması gereklidir. Aynı zamanda hastane çalışanlarının memnuniyet, iş yükü, stres gibi tıbbi hata nedeni olabilecek konularda durumlarının belirlenmesi kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasında rehber olacaktır.

Çalışma ortamı ile ilgili iş yükü algısının ve işe bağlı gerginlik durumunun belirlenmesi hemşirelerin tıbbi hata yapmalarının ya da yapılan tıbbi hatalarda gösterecekleri tutumda etkili olacaktır. Hemşirelerin iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata algısı ile çalışmalar ayrı ayrı mevcut olmasına rağmen hepsinin bir arada alındığı çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma; cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde bireysel iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Sağlık alışanlarının tıbbi hatalarda tutum düzeyi nedir?
2. Sağlık alışanlarının bireysel iş yükü algıları ile tıbbi hatalarda tutumları arasında bir ilişki var mı?
3. Sağlık alışanlarının işe bağlı gerginlikleri ile tıbbi hatalarda tutumları arasında bir ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Yükünün Önemi

İş yükü, kişinin üzerinde hissettiği bir tür baskıdır. İş yükü fazlalığı, kişinin olumsuz duygular yaşamasına neden olabilmekte, performansını kötü etkilemekte ve bunun sonucunda istenmedik hatalar oluşturabilmektedir. İletişim eksikliği, motivasyon kaybı, memnuniyetsizlik, tükenmişlik iş yükünün ortaya çıkardığı olumsuz durumlardır. Hastaların hastanede yatış sürelerinin uzamasına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık alanındaki olumsuz koşulların bilinmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması ayrı bir önem arz etmektedir (Bal, 2014).

Hemşirelik iş yükü ölçümleri dört bölümde incelenmektedir (O'Brien-Pallas ve ark., 2005; Carayon ve Gürses, 2008). Bu ölçümler;

- Birim
- İş
- Hasta
- Durum bölümlerini içermektedir.

2.1.1. Birim Düzeyinde İş Yükü

Birim düzeyinde iş yükündeki en önemli konular, hasta sayısına göre hemşire sayısında tam olarak dağılım yapılamaması, hemşirelerin çalıştıkları yerlere göre uygun dağılımlarının orantılı ve doğru olarak yapılamaması, hemşirelerden beklentilerin tam olarak açıklanmamasıdır (Bal, 2014). Özellikle çalışılan kliniklerde hasta sayısına göre hemşire sayısının ayarlanması önem taşımaktadır (Carayon ve Gürses, 2008).

2.1.2. İş Düzeyinde İş Yükü

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler, çalışma koşulları ve ünvanları iş düzeyinde iş yükünün değerlendirilmesinde önemlidir (Eroğlu, 2011). Hastanede iki farklı yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş yüklerinin karşılaştırılması bu duruma örnek verilebilir. Fakat içinde bulunulan koşullar göz önüne alındığında, farklı sonuçlar

ortaya çıkabilir. Örneğin; koroner yoğun bakımda hasta sirkülasyonunun fazla olması, nöroloji yoğun bakımda yatan hastaların uzun süreli yatıyor olması hemşireler üzerindeki iş yükünde farklılıklara sebep olacaktır (Carayon ve Gürses, 2008).

2.1.3. Hasta Düzeyinde İş Yükü

Burada esas belirleyici olan hastanın klinik durumudur. Hastalığın şiddeti, yapılan tedavi ve bakımlar hemşirenin üzerindeki iş yükünü arttıran önemli sebeplerdir (Top ve ark., 2009).

2.1.4. Durum Düzeyinde İş Yükü

Hasta sayısı, hemşirelerin kullandıkları destek hizmetleri, hastaların bakım gereksinimleri durum düzeyinde iş yükünü oluşturan kavramlardır (Bal, 2014). Hasta sayısının yanı sıra hastanın klinik durumu, hemşirenin deneyim durumu gibi etmenler durum düzeyinde iş yükünü açıklayabilir (Carayon ve Gürses, 2008). Ülkemizde hemşirelere sorumlulukları dışında birçok görev verilmekte, özellikle özel hastaneler de mesai saatleri artmakta, hemşirenin üzerine düşen iş yükü miktarı artmakta ve bu durumlar hemşireler üzerinde tükenmişlik sendromuna neden olabilmektedir (Carayon ve Gürses, 2008). Hemşirelerin iş yükünün azaltılmasında, hasta odaklı davranmak temel hedef olmalıdır. Hasta sayısı oranına göre hemşire sayısının belirlenmeli, ayrıca iş yükü ölçümleri yapılarak hemşire dağılımı planlanmalıdır (Bal, 2014).

Günümüzde değişen koşullarla birlikte, hastanelerin geleceğe yönelik hedeflerinde personel sayısının özellikle hemşire sayısının azaltılması yapılan planlamalar arasındadır. Ancak bu durumun hemşireler üzerindeki iş yükünü arttıracığını ve tıbbi hata oranlarını fazlalaştıracağını düşünmek gerekir (Kane ve ark., 2007; Carayon ve Gürses, 2008).

2.2. İş Yükü Algısı

İş yükü algısı, bireyin iş yerinde kendisine yüklenen işin normalin üzerinde olduğuna yönelik algısıdır. Bu kavram, zaman ve kişi başına düşen işin bireyi baskı altında tutması anlamına da gelebilmektedir (Greenberg, 2005; Ildız, 2009). İş yükü

algısı fiziksel, zihinsel, konumsal, çevresel ve duygusal olarak beş faktörden etkilenmektedir (Atik, 2015). Konumsal faktör ilk sırada yer almaktadır. Çalışan bireylerin statüleri, iş yükü algısını değiştirebilmektedir. Çalışanların ve yöneticilerin demografik özellikleri ile iş yükü algısı arasında yaş, eğitim durumu ve iş tecrübesi açısından anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca çalışanların ve yöneticilerin iş yükü algıları orta düzeyde belirlenmiştir (Atik, 2015).

Toplumda sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli kullanılmasında hemşirelerin olumsuz iş yükü algıları, hemşirelerin performanslarını negatif yönde etkilemekte, bu açıdan bakıldığında, iş yükü algısı ayrı bir önem taşımaktadır (Bal, 2014). İş yükü bir program ya da ünitenin hacminin toplamı anlamına gelir. Hemşirelerde iş yükü belirli bir zaman dilimi içinde olan hemşirelik hizmetleridir (Göktaş, 2007). Hemşirelerde iş yükü algısı bireyden bireye değişen bir kavramdır. Hemşirelerin işten beklentileri, ön yargıları, değerleri, inançları, tutum ve davranışları, iş ortamı ve doyumu iş yükü algısı ölçütlerini belirler. Hemşire sayısının, hasta sayısına göre az olması da iş yükünü arttırmaktadır (Bal, 2014).

2.3. İşe Bağlı Gerginlik

İşe bağlı gerginlik bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit veya tehlike olarak algıladığı, gerekli koşullar sağlandığında uyum sağladığı, gerekli koşulların olmadığında ise, kendisini tehdit altında hissettiği süreçlerin tamamıdır (Akbaş, 2007; Erçevik, 2010). Çalışan bireylerin iş yaşamlarındaki olumlu gelişmeler, bireylerin duygu durumlarını olumlu yönden etkilemektedir (Özgür ve ark., 2011). Olumsuz iş koşulları ise çalışan kişilerde birçok negatif etmenlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle hemşireler bu anlamda güçlük yaşayabilmektedir. İş yükünün fazlalığı, prognozu kötü olan hastalara bakım verme, hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek sağlama, kâğıt evrakların fazlalığı, eleman sayısının az olması, idari nedenler ve bunun gibi birçok faktör hemşirelerde işe bağlı gerginlik düzeyini arttırmaktadır (Aylaz ve Durmuş, 2000). Şüphesiz ki iş yaşamı ve kişinin sosyal yaşamı birbirinden bağımsız konular değildir ve birbirlerinin üzerlerinde etkileri vardır. Birinde meydana gelecek olumsuz bir durum diğerinde de olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu anlamda olumlu duyguların oluşturulması temel esaslardan bir tanesi olmalıdır (Özgür ve ark., 2011).

İşe bağlı gerginliğin oluşmasındaki en önemli etmenlerden biri çalışılan ortamın stres kaynağı olmasıdır. Stres verimliliği düşürmekte, çalışanların işten ayrılmasına, işyerinin güç duruma düşmesine neden olmaktadır. Çalışma koşullarının düzeltilmesiyle, birçok olumsuz etmenin ortadan kalkacağı düşünülmektedir (Alçelik ve ark., 2005; Parlar, 2008). İşe bağlı gerginlik ve stres genellikle birbirinin yerine kullanılan terimlerdir (Yürür ve Keser, 2011). İş stresi ise, bireyde fiziksel ve psikolojik belirtileri ortaya çıkaran ve kişide engellenmişlik duygusu ortaya çıkmasına neden olan durumlardır (Taşçı ve ark., 2007; Erçevik, 2010). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labor Organization; ILO) hemşirelerde işe bağlı gerginlikle ilgili belirlediği konular bulunmaktadır (ILO 2001; Arıkan ve Karabulut, 2004; Bilazer, 2008). Bunlar; hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin stresörler, denetici ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hasta sorumluluğunun oluşturmuş olduğu duygusal tükenme, yaşlı ve ölümü yaklaşmış hastalarla birlikte çalışma, hasta ve hasta yakınlarıyla yaşanan tartışmalar ve nöbet sayılarının fazla olması gibi etmenlerdir.

2.4. Tıbbi Hata

Tıp enstitüsünün (Institute of Medicine; IOM) tanımına göre tıbbi hata; planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması şeklindedir (Institute of Medicine, 2000).

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO) ise tıbbi hata tanımını şöyle yapmıştır; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesidir (JCAHO, 2006).

Tıbbi hata, hastaya tıbbi tedavi ve bakımı sırasında istemeyerek verilen zararlar ve bunlar sonucunda meydana gelen olaylar dizisidir. Tıbbi hatalar 1990 yılına kadar, kayıtların yeterince iyi tutulmaması nedeniyle bilinmiyordu. Özellikle Amerika'da daha sonraki yıllarda bu eksiklikten kaynaklanan olaylar nedeniyle, tıbbi hata konusuna olan eğilim artmış ve tıbbi hatayla ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Balas ve ark., 2004; Anezz, 2006; Mitchell, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi hata nedeniyle her 100 hastadan onu zarar görmektedir (Anezz, 2006). Tıbbi

hataların %61'inin engellenebileceği ortaya konulmuş ve bu konuda sağlık çalışanlarına önemli görevler düştüğünün önemi vurgulanmıştır (Smits ve ark., 2010).

Ülkemizde 1993-1998 yılları arasında yüksek sağlık şurasına gelen 1015 hatalı uygulama vakasının 59'unun hemşire ve ebelerle ilgili olduğu belirlenmiştir (Gündoğmuş ve ark., 2004). Türkiye'de yapılan tıbbi hataların diğer dünya ülkeleriyle paralellik gösterdiği belirlenmiştir (Temel, 2005). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, hekimlerin %65.2 oranıyla, hemşirelerden (%12.2) daha fazla tıbbi hata yaptıklarını belirlemiştir. Bu hataların %43.6'lık oranla ameliyathaneden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tansüyer, 2010).

Hemşireler sağlık alanında iş yükü en fazla olan çalışma grubudur. İş yükünün fazlalığı, hastalarla daha yakından ilgili olma, sağlık alanındaki rollerinin fazlalığı gibi etmenler nedeniyle daha fazla tıbbi hatayla karşılaşır (Anezz, 2006; Tang ve ark., 2007). Günümüzde hemşireler eleştirilme, fişlenme ve itibarını kaybetme korkuları yaşadıklarından tıbbi hataların bildiriminde çekingen davranabilmektedirler. Tıbbi hataların belirlenip, bildirilmesi de ayrı bir önem taşımaktadır (Farquhar ve ark., 2007). Sağlık sektörünün hem maddi hem de manevi açıdan daha fazla zarar görmesini engellemek ve daha kaliteli hizmet sunulması bakımından bu bildirimler gereklidir (İntepeler ve Dursun, 2012).

2.4.1. Sağlık Kurumlarında Tıbbi Hatalar

Tıbbi hatalar kişileri ve çalışanları olumsuz etkilediği gibi kurumları da olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta bakım ve tedavisi oldukça güç ve karmaşık bir süreci içermektedir. Hasta bakımında ve güvenliğinde hemşirelere çok fazla görev düşmektedir (Mrayyan ve ark., 2007).

Tıp Enstitüsü'nün yayınladığı rapora göre her yıl birçok insan tıbbi hata ve hasta güvenliği ile ilgili birçok sebeple hayatını kaybetmektedir. Yapılan tıbbi hataların birçoğu önlenbilir düzeydedir (WHO, 2006). Sağlık kurumlarında genel olarak tıbbi hata tanımına bakacak olursak; hasta bakım ve tedavisinde yapılması gereken işlemlerin eksik ve hatalı yapılmasının dışında, yapılması gereken işlemlerin yapılmaması ya da yapılmaması gereken işlemlerin yapılmasını ifade etmektedir

(Sütlaş, 2005). Ayrıca çalışan bireylerden kaynaklanan sorunlarda tıbbi hatalara neden olmaktadır. Tıbbi hatalar iki bölümde incelenebilmektedir (Akalin, 2007; National Patient Safety Foundation, 2007).

1. Kök nedene göre;

- a. İşleme bağlı hatalar: Yanlış işlem yapma.
- b. İhmale bağlı hatalar: Doğru işlem yapmama.
- c. Uygulamaya bağlı hatalar: Doğru işlemi yanlış uygulama

2. Hata türlerine göre;

- a. İlaç hataları,
- b. Cerrahi hatalar,
- c. Tanı koymada hatalar,
- d. Sistem yetersizliğine bağlı hatalar,
- e. Diğer hatalar (transfüzyon hataları, düşmeler ve hastane enfeksiyonları) şeklindedir.

Tıbbi hatalar iki nedenle meydana gelmektedir.

1. İnsandan kaynaklanan sorunlar
2. Kurumdan kaynaklanan sorunlar

Bireylerden kaynaklanan temel sorunların başında ihmalkarlık, tedbirsizlik, dikkatsizlik, iletişimsizlik ve eğitim yetersizliği yer almaktadır. Kurumdan kaynaklanan sorunların başında ise; yönetimden kaynaklanan sorunlar, maliyet, personel sıkıntısı, geribildirim eksikliği, yanlış politikalar, yetersiz cihaz, cihazlarda kalibrasyon eksikliği ve yöneticiden kaynaklanan sorunlar gibi birçok etmen sayılabilmektedir (Akalin, 2007). Adams ve Garber'e (2007) göre sistem hataları, insan hatalarının önüne geçmektedir. Sistemden kaynaklanan en küçük sorunlar, büyük sonuçlar doğurabilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinde tıbbi hata oranı oldukça yüksektir (Kohn ve ark., 2000).

Yapılan araştırmaların ışığında tıbbi hataların sonuçları, tehlikeli sporlar kadar etkili bulunmuştur (Young, 2005). Bunun yanı sıra maliyet açısından da ciddi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde tıbbi hataların ülkeye maliyeti 17-29 milyar dolar arasında meydana gelirken, İngiltere’de altı milyar dolar seviyelerindedir (Slonim ve ark., 2003).

2.4.2. Tıbbi Hatalarda Tutum

Tutum, davranışları belirleyen sebepler bütünüdür (Kağıtbaşı, 2010). Bireylerin çevresinde birçok bağımlı etmen bulunmaktadır (insanlar, canlı ya da cansız nesnelere, kurumlar vb.). İçerisinde bulunduğumuz bu değişkenlere karşı verdiğimiz yanıtlar ve durumların toplamı bizim genel tutumumuzu belirlemektedir (Aydın, 2009). Genellikle bireyler her olay ve durum karşısında çeşitli tepkilerde bulunurlar. İçinde buldukları bu durumda verdikleri tepkiler kişilerin tutumlarını ortaya koyar. Olaylar karşısında verilen tepkiler kişilerin tutumlarını oluşturmaktadır (İnceoğlu, 2010).

Bireyler çevresindeki diğer bireyler, olaylar ve başka durumlarla karşılaştıklarında bir tavır ya da tutum gösterirler. Daha sonra gösterilen bu tutumlar zihinsel belleğimize yerleşir ve kişiler aynı durumla karşılaştıklarında, tekrar aynı tutumları gösterirler (Cüceloğlu, 2010). Cüceloğlu’na göre tutumlar oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir (Cüceloğlu, 2010). Tutum üç ana oğeden oluşmaktadır (İnceoğlu, 2010).

- a. Zihinsel oğe: Bildiklerimiz
- b. Duygusal oğe: Nasıl duygularla yaklaştığımız
- c. Davranışsal oğe: Tavırlarımızdır. Bu üç oğe arasında bir ahenk ve uyum olmak zorundadır (İnceoğlu, 2010).

Bireylerin tutumlara verecekleri yanıtları oğrenmek için genellikle onların duygu, düşünce ve davranışlarına yer verilir, diğer bireyler arasındaki benzerlik ve farklılıklara bakılır (Kağıtbaşı, 2010). Tıbbi hatalarda hemşirelerin tutumunda da zihinsel, duygusal ve davranışsal durumları önemli rol oynamaktadır. Örneğin, hemşirelik mesleğini yapan kişilerin çoğunun kadın oluşu, kadınların toplum içindeki sorumluluklarının fazla oluşu, hasta bireylerle daha fazla vakit geçirmeleri tıbbi hata oranını artırmaktadır. Buna bağlı olarak hemşirelerin zaten yüksek olarak

algıladıkları iş yükü ve yaşadıkları gerginlik tıbbi hataların bildirim ve olayın takibinde geri adım atmalarına neden olmaktadır (Anezz, 2006; Tang ve ark., 2007).

2.4.3. Tıbbi Hata Bildirimi

Tıbbi hataların engellenmesinde, hataların bildirim, hangi bölümlerin ne kadar etkilendiğinin değerlendirilmesinin yapılması yani hasar tespitinin yapılıp bunlara yönelik önlemlerin alınması temel esaslardan biri olmalıdır. Hasarın iyi tespit edilip geribildirim yapılması güvenliğin ne kadar iyi işlediğinin göstergesidir (İntepeler ve Dursun, 2012). Hatalardan geribildirim yapılması, yeni meydana gelebilecek olan hata yapılma risklerini ortadan kaldırmaktadır. Sağlık çalışanlarının, tıbbi hatalarla karşılaştıklarında durumu açıklamaları için cesaretlendirilmeli ve olumlu anlamda desteklenmelidirler (JCAHO, 2006).

Tıbbi hataların bildiriminde karşılaşılan önemli sorunlardan bir de sağlık çalışanlarının yaptıkları bazı hataların sonucunda herhangi bir durum gelişmemesi nedeniyle bunları tıbbi hata olarak algılamamalarıdır. Oysa ki tıbbi hataların sonucunda hastalara her zaman zarar gelmesi gerekmemektedir (JCAHO, 2006). Zaten sistemden kaynaklanan sorunları engellemede amaç, zararın hastaya ulaşmadan önce engellenmesidir. Kılıç (2009), yaptığı çalışmada hemşirelerin %56.4'ü, hekimlerin %46.9'u bir hata oluşmadan önlenirse bildirilmesinin gerekmediğini ifade etmektedir.

Yönetim olarak hataların niçin ve nasıl olduğu sorgulanmalı ve bununla ilgili olarak şemalar oluşturulmalıdır (Aspden ve Corrigan, 2004). Hata bildiriminde açık olunması, yeni oluşacak olan hataları ortadan kaldıracaktır (Kennedy ve ark, 2008). Tıbbi hatalarda etkin ve açık iletişim ortamı oluşturulmalıdır. Böylece yapılan hata oranları etkili bir biçimde azalacaktır (Garbutt ve ark., 2007). Aynı zamanda elde edilen sonuçların değerlendirilmesi, güvenlik kültürünün oluşmasını sağlayacaktır (Tighe ve ark., 2006).

Olay bildirim raporları incelendiğinde, hastanelerin %81.5'inin hiç olay bildirim yapmadığı görülmüştür. Ayrıca çalışan kişiler sicillerine işleneceklerini düşündüklerinden olay bildirim yapmaktan kaçınırken diğer taraftan %71.4'ü olay bildirim yapılmalı sorusuna "katılıyorum" şeklinde yanıt vermişlerdir (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Ülkemizde, tıbbi hataların bildirimini, tıbbi hata belirleyicileri ve güvenlik raporlama sistemi şeklinde yapılmaktadır. İndikatör sistemi özellikle ameliyathane, yoğun bakım ve servislerde meydana gelen delici-kesici alet yaralanmaları, genellikle yoğun bakımda yatan hastalarda meydana gelen düşme ve hastane enfeksiyonları kan ve vücut sıvılarıyla temas gibi meydana gelen olayların üç aylık değerlendirilmesinin yapılarak raporlanmasından oluşmaktadır. Güvenlik raporlama sistemi, kan transfüzyonu, ilaç ve cerrahi güvenlik gibi üç ana konunun üstünde durmaktadır (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012). Hasta güvenliğinin etkin ve verimli sağlanamadığı durumlarda; cerrahi girişim hataları, hasta düşmeleri, yanlış ilaç uygulamaları artmakta ve buna bağlı olarak hastalık ve ölüm oranları artmaktadır (Balanuye, 2014).

2.4.3. Tıbbi Hata Bildiriminde Hemşire ve Hekimin Sorumlulukları

Sağlık sektöründe tıbbi hataların önlenmesi için tıbbi hataların zamanında doğru olarak saptanması büyük önem taşımaktadır (Balanuye, 2014). Sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların belirlenip, ortaya çıkarılıp bildirilmesinde ve daha kaliteli sağlık hizmetinin verilmesi amacıyla, hekim ve hemşireye çok fazla sorumluluklar düşmektedir. Bunun başlıca nedenlerinden biri hastanelerde hemşirelerin hasta bakım ve tedavisinde daha fazla yer almaları, hastayla daha uzun zaman geçirmeleri, hastanın klinikte ilk olarak hemşireyle karşılaşması ve hemşirelerle daha çok iletişim halinde olmaları sayılabilir (İntepeler ve Dursun, 2012).

Tıbbi hataların bildiriminde hemşirelerin hekimlerden daha titiz davrandıkları görülmektedir (Schuerer ve ark., 2006). Hekimlerin hata bildiriminde isteksiz davranmasındaki nedenleri arasında; disiplin cezaları, sicile işlenmesi ve mahkemede süregelen davalardan oluşacak sorumluluktan kaçınmaları en fazla belirtilen durumlardır (Robinson ve ark., 2002; Hobgood ve ark., 2004; Hughes ve Ortiz, 2005). Özellikle yasal süreç, tıbbi hataların bildiriminde tarafların çekinik kalmasında en büyük etkidir (Barach, 2000).

İş yoğunluğu ve tıbbi hatalardan meydana gelen durumlarda zarar görülmemesi ya da bu durumun en az zararla atlatılması hastane yönetiminin geribildirimde bulunmaması gibi sebepler farklı ve yanlış raporların ortaya çıkmasına neden

olabilmektedir (Evans ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının yapmış oldukları tıbbi hatalardan pişmanlık duydukları, disiplin cezalarından ve sicillerine işlenmesinden dolayı korktukları için bildirim yapmadıkları, mevcut olayları sakladıkları, olayların sorumluluklarından kaçmaları yada başkalarına yükleyerek çıkış yolu bulmaya çalıştıkları görülmüştür (Wolf ve ark., 2008).

Hasta güvenliğinin temelini tıbbi hatalar oluşturmaktadır. Tıbbi hatalar, hasta bakım ve tedavisiyle yakından ilgili olan hekim ve hemşirelerin en fazla karşılaştıkları konulardan biri olup istenmeden meydana gelen durumları oluşturmaktadır. Tıbbi hata oranlarının azaltılabilmesi için hekim ve hemşirelerin bu konuda tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi temel esas olmalıdır (İntepeler ve Dursun, 2012).

2.5. Hasta Güvenliğinin Önemi

Hasta güvenliği, hastaların teşhis ve tedavi esnasında sağlık durumlarında meydana gelecek tehlikeli durumların dışında kalmasını, sağlık hizmetlerinden dolayı oluşan hataların engellenmesi, komplikasyonların en düşük düzeyde tutulmasını amaçlamaktadır (Yalçın ve Acar, 2010).

Sağlık sektörü birden fazla meslek grubunun bir araya geldiği bir oluşumdur. Bu sebeple istenmeyen olaylar daha fazla meydana gelmekte ve buna bağlı sorunlar oluşabilmektedir (International of Council Nurses, 2006; Akalın, 2007).

Günümüzde hasta sayısının ve sağlık alanındaki maliyetlerin artması, kişilerin bu alandaki taleplerinin fazlalığı sağlık alanındaki karmaşayı arttırmıştır. Bu nedenle hastaya zarar vermeden, hasta bakımını sağlamak genel hedef olmalıdır (Kohn ve ark., 2000). Özellikle tıbbi hatalardan meydana gelebilecek sorunları engellemede, tıbbi hatalar belirlenmeli, korkutucu olmamalı, kişiler rencide edilmeden durumlar tespit edilip buna göre önlemler alınmalıdır (WHO, 2006).

Teknolojinin hızla ilerlemesi, artan talepler, daha az personelle daha fazla işin yapılmaya çalışılması, hasta hakları konusuna farklı açılardan yaklaşılması, çalışanlar üzerinde sorumlulukların hızla artması, hasta güvenliği açısından negatif sonuçlar doğurmaktadır. Oysa ki hastaya zarar vermeden, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak temel hedef alınmalıdır (Kohn ve ark., 2000). Özellikle hasta güvenliği

istismarı konusunda iletişim eksikliği, hastanın oryante olamaması, tanı ve tedavide yetersizlik ve çalışan personelin eksikliğinden kaynaklanan sorunlar başlıca sorunlar arasında yer almaktadır (Korkmaz, 2012).

Hasta Güvenliği ile ilgili önemli çalışmalar, Uluslararası Birleşik Komisyonu (Joint Commission International-JCI) tarafından yapılmaktadır. Özellikle 2014 yılında bu anlamda önemli kararlar alınmıştır. JCI'nin hedeflerinde aşağıdaki maddeler yer almaktadır (JCI, 2014).

Hedef 1: Hasta kimliğinin doğrulanması

Hedef 2: Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması

Hedef 3: İlaç güvenliğinin sağlanması

Hedef 4: Kurumlardaki hasta güvenliği ile ilgili alarm sistemlerinin iyileştirilmesi

Hedef 5: Sağlık bakımıyla ilgili enfeksiyonların önlenmesi

Hedef 6: Hasta güvenliği ile ilgili risklerin tanımlanması ve önlenmesi

Hedef 7: Yanlış cerrahi girişimlerin önlenmesi

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) is sağlığını bütün mesleklerde çalışanın bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi şeklinde tanımlamışlardır. Hemşireler, çalışma ortamındaki kötü şartlardan etkilenen en önemli sağlık çalışanları olarak görülmektedirler. Çalışma ortamlarının her yönden düzeltilmesi, çalışan kişilerin iş verimini artıracak ve her yönden memnuniyetin sağlanmasını sağlayacaktır (Mollaoğlu ve ark., 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerinde (Genel Cerrahi, Üroloji, Beyin Cerrahi, Kalp Damar Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Cerrahi, Beyin Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz ve Kulak Burun Boğaz Cerrahisi, Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisinden) gerçekleştirildi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ikiden fazla cerrahi kliniklerin bir arada olduğu karma cerrahi şeklinde hizmet vermektedir. Araştırma verileri 10.09.2015 ve 30.10.2015 tarihleri arasında toplandı. Bu hastanelerde hemşirelik hizmetleri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü tarafından yürütülmektedir. Kliniklerde hemşireler haftalık olarak değişen 8 ve 16 saatlik shiftlerle, 08.00-16.00, 16.00-08.00 saatleri arasında olacak şekilde, haftada en az 40 saat çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan (76 hemşire) ve Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan (24 hemşire) toplam 100 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. İzinli ya da raporlu hemşirelerin, izin ve rapor dönüşleri takip edilerek evrenin tamamına ulaşıldı. Araştırma sonuçlarını değiştirebileceği düşünüldüğünden, ameliyathane, cerrahi yoğun bakım hemşireleri, cerrahi kliniklerinde altı aydan daha az çalışan hemşireler çalışma kapsamına alınmadı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ), Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ) ve Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği (BİAÖ) kullanılarak toplandı (Kopuz, 2013; Güleç, 2012; Saygılı, 2008).

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu hemşirelerin çalışma özellikleri dikkate alınarak hazırlanan 19 sorudan oluşmaktadır (Güleç, 2012). Soru formunun dokuz sorusu hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), diğer on soru (çalışılan klinik, çalışma şekli, aylık ortalama nöbet sayısı vb.) hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin özelliklerine yöneliktir (Saygılı, 2008) (Ek 1). Son iki soru tıbbi hata nedenleri ve tıbbi hata türlerine ilişkindir (Özata ve Altuncan, 2010).

3.4.2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği

Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 2003 yılında, Cox tarafından geliştirilmiş olup 2007 yılında yine Cox ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Cox ve ark., 2007). Türkiye’de ise ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Saygılı tarafından yapılmıştır (Saygılı, 2008).

Bireysel İş Yükü Algı Ölçeğinin; çalışanların iş ortamı algılarını ölçmek amacıyla, yönetici desteği, meslektaş desteği, birim desteği, çalışma ortamı iş yükü özellikleri ve mevcut işi sürdürme şeklinde beş alt boyuttan oluşmaktadır. Yönetici desteği alt boyutu sekiz, birim desteği alt boyutu altı, meslektaş desteği alt boyutu sekiz, çalışma ortamı alt boyutu altı sorudan oluşmaktadır. Mevcut işi sürdürme niyeti bölümü ise üç sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin tamamı 31 sorudan oluşmakta olup beşli likert tipindedir. Hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 31, en yüksek puan 155’tir. Mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalamasının artması, aslında mevcut işi sürdürme niyetinin azaldığını göstermektedir. Diğer alt boyut puan ortalamalarındaki artış ise olumlu

algılanmaktadır (Ek 2). Çalışmamızda Cronbah Alfa değeri 0.667 olarak bulunmuştur.

3.4.3. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Revicki ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (Revicki ve ark., 1991). Aslan ve arkadaşları tarafından, 1996 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (Aslan ve ark., 1998). İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, 18 maddeden oluşmakta olup, dörtlü likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Madde puanları 1-4 arasında olup “tamamıyla bana uygun”, “büyük ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun”, “bana hiç uygun değil” şeklindedir. Ölçeğin 2, 4, 8, 9, 11, 15 maddeleri tersine puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 18, en yüksek puan 72’dir. Ölçekten alınan puan arttıkça işe bağlı gerginlik artmaktadır (Ek 3). Çalışmamızda Cronbah Alfa değeri 0.698 olarak bulunmuştur. Ölçeğin özgün formunda ise Cronbach Alfa değeri 0.85’tir.

3.4.4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Tıbbi hatalarda tutum ölçeği Güleç tarafından geliştirilerek, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Güleç, 2012). Ölçeğin son hali 16 maddedir ve beşli likert tipindedir. Maddeler, Hiç Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 16, en yüksek puan 80 dir. Ölçeğin 10 ve 13. Maddeleri ters olarak puanlandıktan sonra tüm maddelerin puanı toplanarak ham puan elde edilmektedir. Bu maddelerin puanı tersine çevrilmiş, daha sonra maddelerin puanı toplanarak ham puan elde edilmiştir. Ölçekten ortalama 38-40 puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 38-40 puan ve üzeri alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. *Olumsuz tutum;* çalışanların tıbbi hatalarının ve hata bildirimlerinin öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken; *olumlu tutum;* çalışanlarda tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir (Ek 4). Ölçeğin özgün formunda Cronbach Alfa değeri 0.523 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo demografik özellikleri ve ölçeklerde yer alan sorulara verdikleri yanıtlarda yüzdelik ve aritmetik ortalama kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini değerlendirmek için Shapiro Wilk's'den yararlanıldı.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken nonparametrik değişkenler için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlanıldı. Parametrik değişkenler için, ikili grup karşılaştırmalarında Z ve iki değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon testinden yararlanıldı.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı şeklinde ifade edildi. Araştırmadan elde edilen veriler %95 güven aralığı ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

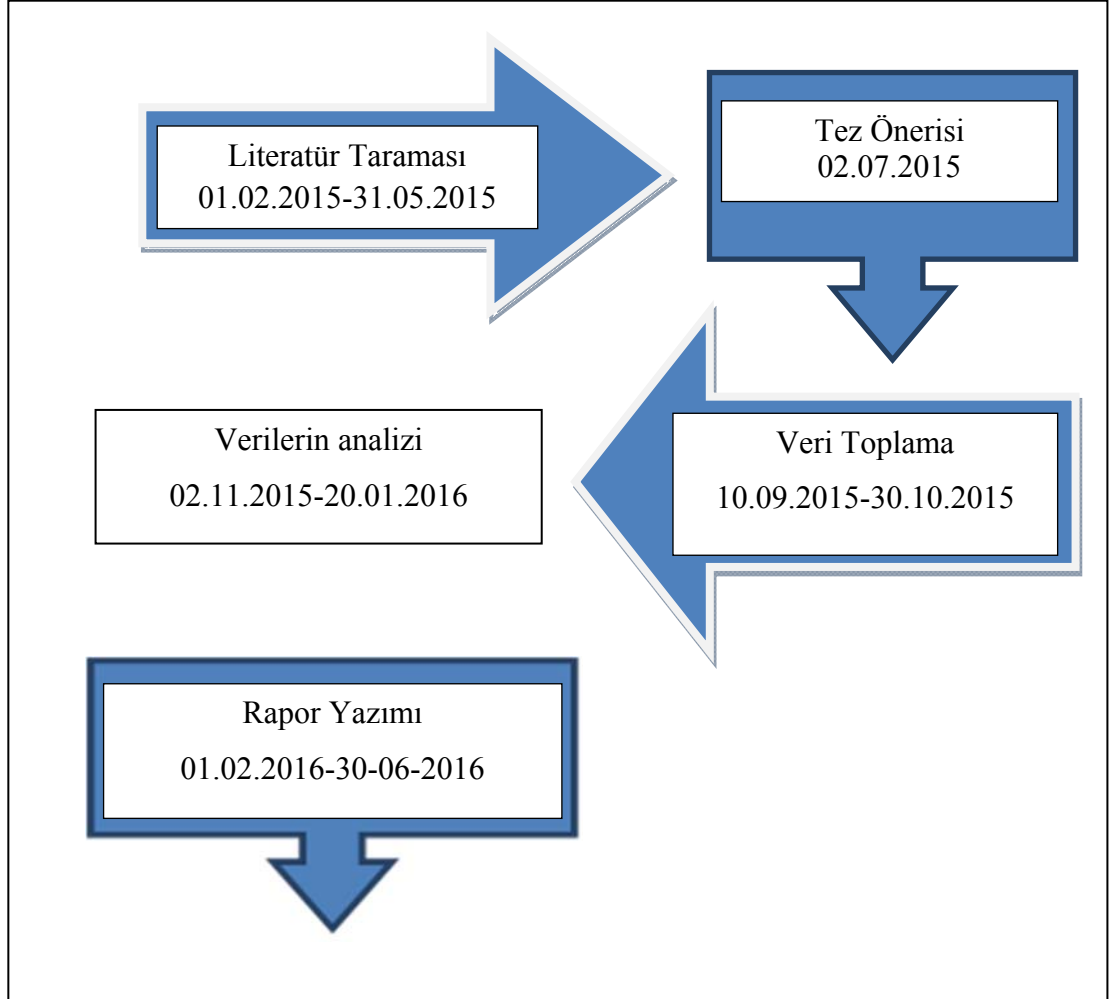
Veriler toplanmadan önce tüm hemşirelere araştırmanın konusu, amacı, nasıl yürütüleceği, araştırmanın önemi; verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve isimlerinin saklı tutulacağı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" alındı (Ek 5). Araştırma kapsamındaki hemşirelere verileri toplamaya başlamadan önce araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesine ve bireysel bilgilerin korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" etik ilkesine uyulmaya özen gösterildi.

Araştırmanın yapılabilmesi için; araştırmada kullanılacak ölçeklerin yazarlarından izin alındı (Ek 7). Araştırmanın yapılacağı Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bağlı bulunduğu Kamu Hastaneleri Birliği Sekreterliğinden yazılı izin alındı (Ek 6). Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12.02.2016 tarihinde etik kurul izni alındı (Ek 8).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ordu Üniversitesi-Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapıldığı için sonuçlar bu çalışma kapsamı dışındaki hemşirelere genellenemez.

3.8. Araştırmanın Planı



Şekil 1. Araştırma Planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, cerrahi hemşirelerinin iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumlarını belirlemek amaçlı 100 hemşire ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1’de, cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı bilgileri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalaması 36.6 ± 7.6 ’dır (min: 19, mak: 55). Çalışmaya katılan hemşirelerin %91’i kadın ve %9’u erkek, %76’sı evli, %24’ü bekar. Evli hemşirelerin %41’inin üçten az çocuğu bulunurken, %17’sinin üç ve daha fazla çocuğu vardır. Hemşirelerin %44’ü ön lisans mezunu, %45’i lisans ve lisansüstü mezundur. Hemşirelerin %56’sı bakmakla yükümlü olduğu yakını olduğunu ifade etmiştir. Cerrahi hemşirelerinin %53’ü isteyerek çalışmakta, %30’u kısmen isteyerek çalışmaktadır. Hemşirelerin %41’i ücretini yeterli bulmadıklarını, %57’si yasal izinlerini kullanabildiklerini belirtmiştir.

Tablo 1. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Tanımlayıcı Özellikler	n
Yaş	
19-30 yaş	21
31-40 yaş	48
41-55 yaş	31
$\bar{X} \pm SS = 36.6 \pm 7.6$	
Cinsiyet	
Kadın	91
Erkek	9
Medeni durum	
Evli	76
Bekar	24
Çocuk sayısı (n=76)*	
3'ün altı	41
3 ve üstü	17
Çocuk yok	18
Eğitim durumu	
Lise	11
Ön Lisans	44
Lisans ve lisansüstü	45
Bakmakla yükümlü olunan hasta yakını varlığı	
Evet	56
Hayır	44
İsteyerek çalışma durumu	
Evet	53
Hayır	17
Kısmen	3
Ücretini yeterli bulma durumu	
Yeterli	6
Kısmen yeterli	35
Yetersiz	41
Oldukça yetersiz	18
Yasal izinlerini kullanabilme durumu	
Evet	57
Hayır	43

*n sayısı olarak evli olan hemşirelerin sayısı alınmıştır.

Tablo 2’de cerrahi hemşirelerinin çalışma koşullarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, hemşirelerin %90’ının cerrahi klinik hemşiresi, %10’unun klinik sorumlusu olarak çalıştığı grlmektedir. Cerrahi hemşirelerinin %22’si devamlı gündüz, %12’si devamlı gece, %66’sı ise hem gündüz hem gece çalışmaktadır. Hemşirelerin %60’ı aylık ortalama 4-6 nöbet tutmaktadır. Hemşirelerin %42’sinin görev yılı 10-13 yıl, %26’sının görev yılı 14 yıl ve üzerindedir. Hemşirelerin %31’inin kurumdaki görev yılı 2-5 yıl, %25’inin 6 ay-1 yıl arasındadır. Hemşirelerin %34’ günlük 7-9 hastaya, %31’i 13 ve üzeri hastaya bakmaktadır.

Hemşirelerin %75’i çalışma hayatlarında hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir davranışları olmadığını, %63’ ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmediğini belirtmiştir.

Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımları (N=100)

Çalışma Koşulları	n
Çalışılan birim	
Kardiyovasküler cerrahi kliniği	16
Plastik ve rekonstrüktif cerrahi+beyin cerrahi kliniği	10
Üroloji+göğüs cerrahi kliniği	12
Genel cerrahi kliniği	10
Ortopedi ve travmatoloji kliniği	10
Çocuk cerrahi+genel cerrahi kliniği	11
Kulak burun boğaz kliniği+göz kliniği	8
Karma cerrahi klinikleri	23
Yapılan görev	
Klinik sorumlusu	10
Klinik hemşiresi	90
Çalışma şekli	
Devamlı gündüz	22
Nöbet	12
Gündüz+Gece	66
Aylık ortalama nöbet sayısı	
1-3 nöbet	17
4-6 nöbet	60
7-9 nöbet	17
10 ve üzeri nöbet	6
Görev yılı	
6 ay-1 yıl	8
2-5 yıl	16
6-9 yıl	8
10-13 yıl	42
14 yıl ve üzeri	26
Birimdeki görev yılı	
6 ay-1yıl	28
2-5 yıl	39
6-9 yıl	21
10-13 yıl	8
14 yıl ve üzeri	4
Kurumdaki görev yılı	
6 ay-1 yıl	25
2-5 yıl	31
6-9 yıl	23
10-13 yıl	14
14 yıl ve üzeri	7
Günlük bakılan hasta sayısı	
1-3 hasta	17
4-6 hasta	32
7-9 hasta	34
10-12 hasta	6
13 ve üzeri hasta	31
Çalışma hayatı boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata olma durumu	
Evet	25
Hayır	75
Çalışma hayatı boyunca ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını görme durumu	
Evet	37
Hayır	63

Tablo 3’te cerrahi hemşirelerinin karşılaştıkları tıbbi hatalar ve bu hatalarla karşılaşma durumlarının dağılımı verilmiştir. Cerrahi hemşirelerinin çok sık karşılaştıkları tıbbi hata türleri arasında sırasıyla; hastane enfeksiyonları (%10), yatak yaraları (%6), iğne/kesici alet yaralanmaları (%3) yer almaktadır. Cerrahi hemşirelerinin nadiren karşılaştıkları tıbbi hata türleri ise; araç gerece bağlı hatalar (%81), tanı hataları (%74) ve yatak yaralarıdır (%70).

Tablo 3. Cerrahi Hemşirelerinin Karşılaştıkları Tıbbi Hatalar ve Bu Hatalarla Karşılaşma Durumları (N=100)

Tıbbi Hatalar	Hiç n	Nadiren n	Genellikle n	Çok Sık n
Hastane enfeksiyonları	10	66	14	10
Araç gerece bağlı hatalar	12	81	5	2
Tanı hataları	22	74	3	1
Tedavide gecikme veya yapmama	33	63	4	-
Ventilatörle ilişkili sorunlar	36	59	5	-
Yanlış doz ilaç uygulaması	35	62	3	-
Yanlış ilaç uygulama	47	49	4	-
Yatak yaraları	15	72	7	6
İlacın yan etkisine bağlı hatalar	27	70	2	1
Ölümcül zarar verici düşmeler	51	48	1	-
İnfüzyon pompaları hataları	58	39	3	-
Cerrahi yanıklar	55	43	2	-
Yanlış yerden ilaç uygulaması	51	45	4	-
Tehlikeli kısaltmalar	51	44	5	-
Hava embolisi	54	42	3	1
İğne/kesici alet yaralanmaları	24	65	8	3
Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması	55	44	1	-
Yanlış taraf cerrahisi	64	36	0	-
Transfüzyon hataları	58	42	0	-
Kontamine ilaç veya kan alınması	62	36	2	-
Son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanımı	63	34	3	-

Tablo 4'te cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapma nedenleri ve bu nedenlere verdikleri önem derecelerinin dağılımı görülmektedir. Cerrahi hemşirelerinin çok önemli olarak belirttikleri tıbbi hata nedenleri sırasıyla; iş yükünün fazla olması (%78), çalışan hemşire sayısının az olması (%74), tükenmişlik duygusu (%67), hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi (%66) ve stres (%65) olduğu belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin az önemli olarak belirttiği tıbbi hata nedenleri arasında ise sırasıyla tecrübesizlik, olumsuz fiziksel ortam (%15) ve kayıtların düzenli tutulmaması (%14) yer aldı.

Tablo 4. Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Nedenleri ve Bu Nedenlere Verdikleri Önem Derecesinin Dağılımı (N=100)

	Önemsiz	Az önemli	Önemli	Çok önemli
	n	n	n	n
İş yükünün fazla olması	3	4	15	78
Çalışan hemşire sayısının az olması	2	5	19	74
Hemşirelerin çalıştıkları birimin sabit olmaması	6	13	39	42
Hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi	2	4	28	66
Tecrübesizlik	5	15	43	37
Mesleğin sevilmemesi	4	12	39	45
Hataları önleyici sistem olmaması	6	9	44	41
Aylık nöbet sayılarının fazla olması	1	10	40	49
Protokol ve prosedürlerin olmaması yada anlaşılır olmaması	3	8	33	56
Tükenmişlik duygusu	0	11	22	67
Stres	3	7	25	65
Kayıtların düzenli tutulmaması	2	14	34	50
Doktor istemlerinin anlaşılabilmesi	1	8	34	57
İletişim eksikliği	3	12	32	53
Nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi	6	9	39	46
Olumsuz fiziksel(ısı, ışık, gürültü) ortam	4	15	42	39
Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması	3	12	39	46
Yöneticilerden memnun olunmaması	6	10	39	45
Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması	4	12	46	38
Görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması	3	5	39	53
Mesleki bilginin yetersiz olması	3	6	41	50
Yorgunluk	5	7	25	63

Tablo 5’de Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Cerrahi hemşirelerinde yönetici desteği, meslektaş desteği, birim desteği ve çalışma ortamı algısı alt boyutları ile toplam bireysel iş yükü algı ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), mevcut işi sürdürme niyeti ile toplam bireysel iş yükü ölçeği arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$). Yönetici desteği alt boyut puanı arttıkça meslektaş desteği ve birim desteği puanı da artmaktadır. Birim desteği arttıkça çalışma ortamı puanı da artmaktadır. Diğer taraftan toplam bireysel iş yükü algı ölçeği ile en yüksek ilişkinin yönetici desteği puanı arasında ($r=0.712$), daha sonra meslektaş desteği ($r=0.680$), birim desteği ($r=0.410$) ve çalışma ortamı desteği ($r=0.287$) arasında olduğu belirlendi.

Tablo 5. Cerrahi Hemşirelerinde Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=100)

Alt Boyutlar	Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyutları						Toplam
	Ölçek Min. Mak. puanı	Alınan Min. Mak. puan	Meslektaş Desteği	Birim Desteği	Çalışma Ortamı Algısı	Mevcut İş Sürdürme Niyeti	
			r	r	r	r	r
Yönetici Desteği	8-40	6-26	.361***	.215*	-.050	-.171	.712***
Meslektaş Desteği	8-40	14-40	–	.026	-.090	-.179	.680***
Birim Desteği	6-30	2-10	–	–	.232*	.037	.410***
Çalışma Ortamı Algısı	6-30	5-21	–	–	–	.194	.287***
Mevcut İş Sürdürme Niyeti	3-15	6-15	–	–	–	–	.108
Toplam Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Puan Ort.	31-155	40-94	.680***	.410***	.287***	.108	–

*r: Pearson korelasyon analizi

** $p<0.05$

*** $p<0.01$

Tablo 6’da bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği arasındaki ilişki verilmiştir. Cerrahi hemşirelerinin bireysel iş yükü algı ölçeği puan ortalaması 73.37 ± 9.06 , işe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması 42.21 ± 4.99 ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalaması 40.86 ± 5.40 olarak saptandı. Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo 6. Cerrahi Hemşirelerinde Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki (N=100)

Ölçekler	Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği		İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği		Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	
	r	p	r	p	r	p
Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	-.082	.419	-.174	.084	-	-
Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği	-	-	-.139	.168	-.052	.187
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği	-.069	.152	-	-	-.066	.276

r: Pearson korelasyon analizi

Tablo 7’de hemşirelerin bireysel özelliklerine göre bireysel iş yükü algı leği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bireysel iş yükü algı leğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyut puan ortalaması 19-30 yaş grubunda olan cerrahi hemşirelerinde 10.19 ± 1.89 ile 41-55 yaş grubu cerrahi hemşirelerine göre (8.84 ± 1.46) daha olumsuz olarak saptandı. Cerrahi hemşirelerinin yaşları ile bireysel iş yükü algı leğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.021$).

Bireysel iş yükü algı leğinin meslektaş desteği alt boyutu puan ortalaması erkek hemşirelerde 30.11 ± 4.08 , bayan hemşirelerde 26.53 ± 5.33 olarak belirlendi. Meslektaş desteği puan ortalaması ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.045$).

ocuğu olmayan cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması (9.88 ± 1.81), 3’n altında, 3 ve üstünde çocuğu olan hemşirelere göre daha olumsuzdur. Cerrahi hemşirelerin ocuk sahibi olma durumu ile mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p= 0.027$).

İşini isteyerek yapan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı leğinin meslektaş desteği alt boyut puan ortalaması daha yüksektir (27.81 ± 5.55). Meslektaş desteği puan ortalaması ve işini isteyerek yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p= 0.012$).

İşini isteyerek yapmayan hemşirelerde bireysel iş yükü algı leğinin mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması (10.76 ± 1.71), işini isteyerek yapan ve kısmen isteyerek yapan hemşirelere göre daha olumsuz bulundu. Cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması ile işini isteyerek yapma durumu arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farklılık saptandı ($p= 0.001$).

Tablo 7. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=100)

Tanımlayıcı Özellikler	n	Yönetici Desteği		Meslektaş Desteği		Birim Desteği		Çalışma Ortamı		Mevcut İş Sürdürme Niyeti	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Yaş											
19-30 yaş	21	16.81± 4.21	26.95± 5.31	5.33± 2.08	14.10± 2.96	10.19± 1.89					
31-40 yaş	48	17.90± 4.38	26.06± 4.91	5.33± 2.40	14.73± 2.62	8.98± 2.15					
41-55 yaş	31	17.32±3.91	28.00± 5.85	5.45± 2.06	14.32± 2.90	8.84± 1.46					
		H= 0.501	H= 2.79	H= 0.113	H= 0.706	H= 7.68					
		p= 0.779	p= 0.247	p= 0.945	p= 0.703	p= 0.021**					
Cinsiyet											
Kadın	91	17.25± 4.17	26.53± 5.33	5.46± 2.20	14.52± 2.79	9.21± 1.94					
Erkek	9	19.89± 3.76	30.11± 4.08	4.44± 2.30	14.00± 2.65	9.00± 2.29					
		Z= -1.84	Z= -2.01	Z= -0.41	Z= -0.686	Z= -0.122					
		p= 0.066	p= 0.045**	p= 0.157	p= 0.493	p= 0.903					
Medeni durum											
Evli	76	17.34 ±4.29	26.83± 5.52	5.33± 2.22	14.37± 2.91	9.17 ±2.02					
Bekar	24	17.96 ±3.86	26.92 ±4.73	5.50± 2.23	14.79 ±2.26	9.25 ±1.78					
		Z= -0.616	Z= -0.069	Z= -0.334	Z= -0.256	Z= -0.439					
		p= 0.538	p= 0.945	p= 0.738	p= 0.798	p= 0.661					
Çocuk sayısı (n=76)*											
<3 Çocuk	41	17.62± 3.90	27.36± 5.57	5.53 ± 2.28	14.17 ±2.69	9.17± 1.99					
≥3 Çocuk	17	18.09± 4.89	26.45± 4.70	5.00± 2.07	15.05 ±2.59	8.45± 1.84					
Çocuk yok	18	16.68± 4.16	26.12± 5.37	5.36 ± 2.23	14.60 ±3.08	9.88 ±1.81					
		H= 1.136	H= 1.192	H= 0.668	H= 1.485	H= 7.23					
		p= 0.567	p= 0.551	p= 0.716	p= 0.476	p= 0.027**					
Eğitim durumu											
Lise	11	18.45± 4.44	29.36± 5.43	5.55± 1.92	14.00± 2.97	9.18±2.23					
Ön lisans	44	17.27± 4.22	26.16± 5.57	4.86± 2.25	14.80± 2.81	9.07±2.18					
Lisans ve lisansüstü	45	17.47± 4.15	26.91± 4.95	5.82± 2.19	14.27± 2.70	9.31± 1.68					
		H= 0.698	H= 3.44	H= 4.33	H= 1.11	H= 0.861					
		p= 0.705	p= 0.179	p= 0.114	p= 0.573	p= 0.651					
Bakmakla yükümlü olunan yakını olma durumu											
Evet	56	17.82± 4.01	27.32± 5.05	5.52± 1.98	14.59± 2.41	9.00± 1.80					
Hayır	44	17.07± 4.40	26.25± 5.65	5.18± 2.49	14.32± 3.18	9.43± 2.14					
		Z= -0.826	Z= -0.895	Z= -1.01	Z= -0.574	Z= -1.013					
		p= 0.409	p= 0.371	p= 0.314	p= 0.566	p= 0.311					
İsteyerek çalışma durumu											
Evet	53	18.51± 4.42	27.81± 5.55	5.64± 2.27	14.25±2.90	8.40±1.78					
Hayır	17	16.41± 3.20	23.59± 4.50	5.88± 2.37	15.35±2.34	10.76±1.71					
Kısmen	30	16.30± 3.88	27.00± 4.70	4.60± 1.87	14.37±2.72	9.70±1.70					
		H= 5.518	H= 8.801	H= 5.204	H= 3.349	H= 21.693					
		p= 0.063	p= 0.012**	p= 0.074	p= 0.187	p= 0.001***					
Ücretini yeterli bulma durumu											
Yeterli	6	16.33± 2.73	23.33± 5.09	7.00± 2.37	16.50± 2.35	10.00± 2.19					
Kısmen yeterli	35	18.03± 3.75	27.77± 5.55	5.54± 2.11	14.60± 2.55	8.89± 2.10					
Yetersiz	41	17.27± 4.57	26.63± 5.25	4.85± 2.13	14.34± 2.77	9.29± 2.02					
Oldukça yetersiz	18	17.33± 4.60	26.72± 4.93	5.67± 2.38	13.83± 3.15	9.28± 1.45					
		H= 1.108	H= 4.703	H= 5.848	H= 3.458	H= 1.749					
		p= 0.775	p= 0.195	p= 0.119	p= 0.326	p= 0.626					
Yasal izinlerini kullanma durumu											
Evet	57	17.84± 4.26	26.72± 5.45	5.67± 2.12	14.51± 3.00	9.19± 1.96					
Hayır	43	17.02± 4.08	27.02± 5.19	4.98± 2.29	14.42± 2.45	9.19± 1.98					
		Z= -1.03	Z= -0.141	Z= -1.659	Z= -0.375	Z= -0.004					
		p= 0.316	p= 0.889	p= 0.097	p= 0.707	p= 0.997					

*n sayısı olarak evli hemşireler alınmıştır.

** p<0.05

***p<0.01

Tablo 8’de hemşirelerin çalışma koşullarına göre bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Cerrahi hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği puan ortalamasının Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde en yüksek (29.70 ± 2.21), Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde en düşük (25.19 ± 4.10) olduğu bulundu. Cerrahi hemşirelerinin çalıştığı kliniklere göre hemşirelerin bireysel iş yükü algı meslektaş desteği alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p= 0.045$).

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin birim desteği puan ortalaması devamlı gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinde 6.35 ± 2.08 olup, devamlı gece çalışan ve karma (gece+gündüz) çalışan hemşirelere göre yüksektir. Hemşirelerin çalışma şekli ile bireysel iş yükü algı ölçeği birim desteği alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p= 0.023$).

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin çalışma ortamı alt boyutu puan ortalaması, nöbeti olmayan cerrahi hemşirelerinde 16.67 ± 2.16 , aylık 7-9 nöbeti olan cerrahi hemşirelerinde 12.65 ± 2.94 olarak saptandı. Cerrahi hemşirelerinin aylık nöbet sayıları ile bireysel iş yükü algı ölçeği çalışma ortamı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p= 0.005$).

Günlük 13 ve üzeri, hastaya bakım veren cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin birim desteği puan ortalaması 6.71 ± 2.02 ile en yüksek, 7-9 hastaya bakım veren hemşirelerde 4.62 ± 2.06 ile en düşüktür. Cerrahi hemşirelerinin günlük bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ile bireysel iş yükü algı ölçeği birim desteği alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptandı ($p= 0.002$).

Çalışma hayatı boyunca ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumu sorusuna evet cevabı veren cerrahi hemşirelerinde, bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyut puan ortalaması 9.89 ± 1.90 ile olumsuz olarak ifade edildi. Cerrahi hemşirelerinin çalışma hayatları boyunca ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumları ile bireysel iş yükü algı ölçeği mevcut işi sürdürme niyeti alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.004$).

Tablo 8. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına Göre Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=100)

	n	Yönetici Desteği $\bar{X}\pm SS$	Meslektaş Desteği $\bar{X}\pm SS$	Birim Desteği $\bar{X}\pm SS$	Çalışma Ortamı $\bar{X}\pm SS$	Mevcut İş Sürdürme Niyeti $\bar{X}\pm SS$
Çalışılan birim						
Kardiyovasküler cerrahi kliniği	16	18.19± 5.05	25.19± 4.10	5.44± 2.39	14.94±2.77	9.00± 2.16
Plastik + beyin cerrahi kliniği	10	19.80± 2.82	26.20± 4.96	6.30± 2.41	13.80±0.92	9.30± 1.42
Üroloji+göğüs cerrahi kliniği	12	16.00± 4.26	27.25± 4.37	5.00± 1.41	14.42±2.19	9.58± 2.19
Genel cerrahi kliniği	10	16.80± 3.05	27.90± 4.15	6.70± 2.00	14.80±3.05	9.10± 1.52
Ortopedi ve travmatoloji kliniği	10	17.80± 3.01	29.70± 2.21	5.20± 1.32	15.20±1.99	9.20± 1.14
Çocuk cerrahi+genel cerrahi kliniği	11	17.18± 4.73	27.36± 6.61	5.18± 2.09	14.36±2.54	10.27± 2.65
Kulak burun boğaz + göz kliniği	8	17.25± 4.17	27.75± 9.39	7.00± 2.67	14.13±3.87	8.5± 2.05
Karma cerrahi klinikleri	23	17.17± 4.63	25.83± 5.58	4.13± 2.07	14.17±3.54	8.91± 1.93
		H= 6.26	H= 7.88	H= 15.45	H= 0.462	H= 3.76
		p= 0.509	p= 0.343	p= 0.051	p= 0.706	p= 0.806
Çalışma şekli						
Devamlı gündüz	20	18.85± 4.34	26.50± 5.09	6.35± 2.08	14.85±2.35	8.75± 2.31
Devamlı gece	14	18.29± 2.92	27.07± 4.43	6.00± 2.39	15.14± 2.21	9.21±1.93
Hem gündüz hem gece	66	16.91± 4.29	26.91± 5.61	4.94± 2.12	14.21± 2.97	9.32±1.86
		H= 3.891	H= 0.114	H= 7.53	H= 1.21	H= 1.59
		p= 0.143	p= 0.945	p= 0.023*	p= 0.546	p= 0.451
Aylık ortalama nöbet sayısı						
1-3 nöbet	17	19.41±4.35	26.82± 5.64	6.53± 1.91	13.88± 2.47	9.00± 2.37
4-6 nöbet	60	71.25± 3.97	26.73± 5.30	5.23± 2.19	14.93± 2.58	9.00± 1.87
7-9 nöbet	17	16.24± 4.35	27.24± 5.54	4.82± 2.19	12.65± 2.94	9.00± 1.78
Nöbet yok	6	18.00± 4.56	27.00± 5.12	5.00± 2.76	16.67±2.16	9.50± 2.10
		H= 4.86	H= 0.276	H= 6.257	H= 12.95	H= 3.02
		p= 0.182	p= 0.964	p= 0.101	p= 0.005**	p= 0.388
Toplam görev yılı						
6 ay-1yıl	8	17.13± 3.56	29.38± 5.85	6.13± 2.10	15.63± 2.33	10.25± 2.25
2-5yıl	16	19.44± 3.35	26.31± 3.63	5.25± 2.14	14.69± 1.96	9.50± 1.51
6-9yıl	8	14.75± 4.89	26.38± 5.76	4.88± 1.73	13.88± 4.42	9.38± 1.30
10-13yıl	42	17.43± 4.32	25.36± 5.27	5.31± 2.40	14.36± 2.74	9.07± 2.38
14 yıl ve üzeri	26	17.35± 4.11	28.96± 5.38	5.46± 2.20	14.35± 2.84	8.81± 1.41
		H= 5.969	H= 9.837	H= 1.334	H= 1.801	H= 4.924
		p= 0.201	p= 0.053	p= 0.856	p= .0772	p= 0.295
Kurumdaki görev yılı						
6 ay-1yıl	25	18.08± 4.68	26.72± 5.14	5.00± 1.96	14.32± 2.95	10.12± 1.81
2-5yıl	31	17.26± 4.10	26.90± 4.61	5.13± 2.23	14.94± 2.61	8.68± 1.92
6-9yıl	23	17.04± 4.33	25.83± 5.29	5.48± 2.56	14.13± 2.63	9.30± 2.29
10-13yıl	14	17.29± 3.22	28.79± 6.02	6.43± 2.06	13.93± 3.12	8.71± 1.44
14 yıl ve üzeri	7	18.29± 4.75	26.57± 7.79	5.29± 1.98	15.14± 2.79	8.71± 1.50
		H= 1.747	H= 4.135	H= 4.249	H= 1.567	H= 8.846
		p= 0.782	p= 0.388	p= 0.373	p= 0.815	p= 0.065
Günlük bakılan hasta sayısı						
1-3 hasta	17	17.06± 3.72	29.47± 5.22	4.76± 1.79	13.59± 3.37	9.12± 1.96
4-6 hasta	12	18.08± 3.82	26.00± 4.67	4.67± 1.61	15.42± 2.43	8.00± 1.54
7-9 hasta	34	16.74± 4.64	27.21± 5.50	4.62± 2.06	14.59± 2.62	9.56± 1.93
10-12 hasta	6	14.67± 3.88	24.17± 4.67	5.83± 3.31	15.67± 3.50	10.50± 1.38
13 ve üzeri hasta	31	18.87± 3.79	25.87± 5.20	6.71± 2.02	14.23± 2.50	9.03± 2.06
		H= 7.403	H= 7.02	H= 16.63	H= 4.917	H= 9.453
		p= 0.116	p= 0.136	p= 0.002**	p= 0.296	p= 0.051
Çalışma hayatı boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata olma durumu						
Evet	25	16.56± 3.73	26.84± 5.29	5.64± 2.43	15.24± 2.47	9.52± 2.26
Hayır	75	17.80± 4.30	26.85± 5.30	5.28± 2.15	14.21± 2.80	9.08± 1.85
		Z= -1.362	Z= -0.219	Z= -0.711	Z= -1.211	Z= -0.894
		p= 0.173	p= 0.826	p= 0.477	p= 0.226	p= 0.371
Çalışma hayatı boyunca ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir hatasını görme durumu						
Evet	37	16.68± 4.28	26.11± 5.18	5.41± 2.30	15.05± 2.74	9.89± 1.90
Hayır	63	17.97± 4.08	27.29± 5.39	5.35± 2.18	14.13± 2.74	8.78± 1.89
		Z= -1.179	Z= -1.21	Z= -0.245	Z= -1.9	Z= -2.88
		p= 0.239	p= 0.226	p= 0.806	p= 0.057	p= 0.004**

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 9’de cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hata tutum ölçeği puan ortalamaları görölmektedir.

Çalıştıkları klinikte istemeyerek çalışan cerrahi hemşirelerinde işe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması 43.29 ± 6.46 ile, isteyerek çalışanlara 39.60 ± 5.10 ve kısmen isteyerek çalışanlara 41.70 ± 4.76 göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Cerrahi hemşirelerinde işe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması ile çalışılan serviste isteyerek çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p= 0.037$). Bu farklılığın istemeyerek çalışan cerrahi hemşirelerinden kaynaklandığı görölmektedir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği ile cerrahi hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, bakmakla yükümlü olunan yakını olma durumu, ücretini yeterli bulma durumu ve yasal izinlerini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 9. Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bireysel İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	n	İş yükü algısı $\bar{X} \pm SS$	İşe bağlı gerginlik $\bar{X} \pm SS$	Tıbbi hata tutum ölçeği $\bar{X} \pm SS$
Yaş				
19-30 yaş	21	73.38± 9.80	41.52±6.33	40.48±3.68
31-40 yaş	48	73.00± 8.67	40.50±4.90	42.77±5.81
41-55 yaş	31	73.94± 9.40	40.97±5.59	42.52±4.18
		H= 0.051 p= 0.975	H= 0.355 p= 0.837	H= 4.58 p= 0.101
Cinsiyet				
Kadın	91	72.97±9.12	40.98 ± 5.50	42.36 ± 4.97
Erkek	9	77.44 ±7.65	39.65 ± 4.24	40.67 ± 5.17
		Z=-1.52 p=0.129	Z=-0.525 p=0.601	Z=-0.815 p=0.415
Medeni durum				
Evlü	76	73.04±9.67	40.83± 5.17	42.20±4.92
Bekar	24	74.42±6.83	40.96± 6.17	42.25± 5.31
		Z= -0.186 p= 0.853	Z= -0.222 p= 0.824	Z=-0.291 p=0.771
Çocuk sayısı (n=76)*				
<3 Çocuk	41	73.85±9.09	40.81±5.67	42.04±4.63
≥3 Çocuk	17	73.05±8.91	40.36±4.05	43.23±5.50
Çocuk yok	18	72.64±9.43	41.40±5.97	41.68±5.32
		H=0.569 p= 0.752	H= 0.269 p= 0.874	H= 2.41 p= 0.301
Eğitim durumu				
Lise	11	76.55±5.94	41.00±7.33	41.55±4.32
Ön lisans	44	72.16±9.76	41.86±5.07	41.73±5.31
Lisans ve lisansüstü	45	73.78±8.91	39.84±5.11	42.84±4.83
		H= 1.57 p= 0.455	H= 3.31 p= 0.191	H= 1.01 p= 0.604
Bakmakla yükümlü olunan hasta yakını varlığı				
Evet	56	74.25±8.63	40.71±5.24	42.46±5.11
Hayır	44	72.25±9.56	41.05±5.64	41.89±4.87
		Z= -0.977 p= 0.329	Z= -0.251 p=0.802	Z= -0.941 p= 0.347
İsteyerek çalışma durumu				
Evet				
Hayır	53	74.60±9.15	39.60±5.10	43.00±5.29
Kısmen	17	72.00±8.55	43.29±6.46	42.00±4.77
	30	71.97±9.16	41.70±4.76	40.93±4.39
		H= 1.555 p= 0.459	H= 6.591 p= 0.037**	H= 3.012 p= 0.222
Ücretini yeterli bulma durumu				
Yeterli	6	73.17±7.52	40.17±4.26	40.67±5.39
Kısmen yeterli	35	74.83±8.74	40.34±5.14	42.51±5.80
Yetersiz	41	72.39±8.64	40.12±5.02	42.63±4.86
Oldukça yetersiz	18	72.83±11.21	43.78±6.42	41.17±3.29
		H= 2.958 p= 0.398	H= 5.458 p= 0.141	H= 2.622 p= 0.454
Yasal izinlerini kullanma durumu				
Evet	57	73.93± 8.95	41.05± 5.65	41.89± 5.70
Hayır	43	72.63± 9.25	40.60± 5.10	42.63± 3.87
		Z= -1.108 p= 0.268	Z= -0.464 p= 0.643	Z= -0.409 p= 0.683

*n sayısı olarak evli olan hemşirelerin sayısı alınmıştır.

** p<0.05

Tablo 10'da hemşirelerin çalışma koşullarına göre bireysel iş yükü algı leği, işe bağlı gerginlik leği ve tıbbi hatalarda tutum leği puan ortalamalarının karşılaştırılması grlmektedir.

Toplam görev yılı 2-5 yıl arasında olan cerrahi hemşirelerinde tıbbi hatalarda tutum leği puan ortalaması 38.94 ± 4.64 , görev yılı 10-13 yıl arasında olan cerrahi hemşirelerinde 43.57 ± 5.45 'dir. Cerrahi hemşirelerin toplam görev yılı ile tıbbi hata tutum leği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p= 0.029$). Bu farklılık, toplam görev yılı 2-5 yıl olan cerrahi hemşirelerinden kaynaklanmaktadır. Bireysel iş yükü algı leği puan ortalamaları ve işe bağlı gerginlik puan ortalamaları ile toplam görev süresi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Bireysel iş yükü algı leği, işe bağlı gerginlik leği ve tıbbi hatalarda tutum leği puan ortalaması ile cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları birim, yaptıkları görev, çalışma şekli, aylık ortalama nöbet sayısı, kurumdaki görev yılı ve günlük bakılan hasta sayısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Cerrahi hemşirelerinin bireysel iş yükü algı leği, işe bağlı gerginlik leği ve tıbbi hatalarda tutum leği puan ortalamaları ile hasta güvenliğini tehlikeye sokacak bir davranışları olma durumu ve ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 10. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Koşullarına Göre Bireysel İş Yükü Algısı, İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışma Koşulları	n	İş yükü algısı $\bar{X} \pm SS$	İşe bağlı gerginlik $\bar{X} \pm SS$	Tıbbi hata tutum ölç. $\bar{X} \pm SS$
Çalışılan birim				
Kardiyovasküler cerrahi kliniği	16	72.75±9.35	40.31± 4.80	43.50± 5.22
Plastik cerrahi+ beyin cerrahi kliniği	10	75.40±6.65	43.00± 7.09	40.20± 3.91
Üroloji+göğüs cerrahi kliniği	12	72.25±7.41	43.58± 5.74	41.67± 5.37
Genel cerrahi kliniği	10	75.30±8.12	39.00± 6.63	42.70± 5.25
Ortopedi ve travmatoloji kliniği	10	77.10±6.49	40.10± 5.38	42.90± 4.77
Çocuk cerrahi+genel cerrahi kliniği	11	74.36±7.80	39.73±4.43	42.82± 7.90
Kulak burun boğaz kliniği+göz kliniği	8	74.38±14.9	39.38± 5.40	42.38± 3.20
Karma cerrahi klinikleri	23	70.22±9.96	41.09± 4.54	41.61± 4.04
		H= 6.04	H= 7.51	H= 4.53
		p= 0.534	p= 0.378	p= 0.717
Yapılan görev				
Klinik sorumlusu	10	74.90± 8.63	39.90± 4.20	42.70± 5.12
Klinik hemşiresi	90	73.20± 9.14	40.97± 5.52	42.16± 5.00
		Z= -0.271	Z= -0.345	Z= -0.432
		p= 0.787	p= 0.731	p= 0.666
Çalışma şekli				
Devamlı gündüz	20	75.30± 6.79	39.40± 3.95	41.25± 5.00
Devamlı gece	14	75.71± 6.19	42.86± 6.11	40.36± 3.93
Hem gündüz hem gece	66	72.29± 10.02	40.88± 5.55	42.89± 5.09
		H= 2.352	H= 2.542	H= 4.31
		p= 0.308	p= 0.281	p= 0.116
Aylık ortalama nöbet sayısı				
1-3 nöbet	17	75.18± 9.39	40.41± 4.40	41.65± 5.59
4-6 nöbet	60	73.55± 8.74	41.13± 5.76	42.58± 5.31
7-9 nöbet	17	70.12± 10.25	41.00± 5.62	41.53± 4.05
Nöbet yok	6	75.67± 7.17	39.00± 4.10	42.00± 1.67
		H= 3.87	H= 0.679	H= 0.732
		p= 0.276	p= 0.878	p= 0.866
Toplam görev yılı				
6 ay-1 yıl	8	78.50± 8.07	40.88± 5.25	40.63± 3.62
2-5 yıl	16	75.19± 4.71	41.06± 6.14	38.94± 4.64
6-9 yıl	8	69.25± 12.51	40.13± 4.12	42.50± 5.13
10-13 yıl	42	71.52± 9.63	41.19± 5.43	43.57± 5.45
14 yıl ve üzeri	26	74.92± 8.57	40.42± 5.60	42.42± 3.87
		H= 5.7	H= 0.357	H= 10.829
		p= 0.223	p= 0.986	p=0.029
Kurumdaki görev yılı				
6 ay-1yıl	25	74.24± 9.96	41.00± 5.24	41.36± 6.26
2-5 yıl	31	72.90± 8.60	39.84± 4.68	42.68± 4.64
6-9yıl	23	71.78± 9.07	41.61± 6.53	42.30± 4.35
10-13 yıl	14	75.14± 8.31	42.00± 5.88	42.29± 4.53
14 yıl ve üzeri	7	74.00± 10.74	40.14± 4.30	42.71± 5.19
		H= 1.587	H= 1.684	H= 1.636
		p= 0.811	p= 0.794	p= 0.802
Günlük bakılan hasta sayısı				
1-3 hasta	17	74.00± 6.18	40.59± 6.17	43.12± 6.37
4-6 hasta	12	72.17±7.23	40.42± 4.25	42.67± 5.30
7-9 hasta	34	72.71± 11.41	41.21± 5.13	41.50± 4.97
10-12 hasta	6	70.83± 9.33	39.17± 4.02	43.17±2.04
13 ve üzeri hasta	31	74.71± 8.31	41.13± 6.05	42.13± 4.57
		H= 1.755	H= 1.025	H= 11.055
		p= 0.781	p= 0.906	p= 0.901
Çalışma hayatı boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hata olma durumu				
Evet	25	9.52± 7.49	40.44± 5.00	41.72± 4.49
Hayır	75	9.08± 9.57	41.00± 5.55	42.37± 5.16
		Z= -0.068	Z= -0.355	Z= -0.101
		p= 0.946	p= 0.723	p= 0.921

5. TARTIŞMA

Sağlık sektöründe iş yükü, çalışan hemşirelerin performansını ve bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz sonuçlar daha sonra hasta güvenliğini etkilemektedir (Balanuye, 2014). Çalışanlarda iş yükü fazlalığı, anksiyetiye, depresyona, tükenmişlik sendromuna, iş veriminin düşmesine, somatizasyon bozukluklarına neden olmaktadır (Kopuz,2013). İş yükü işe bağlı gerginliği arttırmakta ve buna bağlı olumsuz sonuçlar görülmektedir. Stres, işyerinde cezalandırılma korkusu, yönetimden kaynaklı sorunlar işe bağlı gerginliği arttırmaktadır. İş yükü ve işe bağlı gerginlik tıbbi hataların oluşumuna neden olmaktadır (Erçevik, 2010). Tıbbi hata, “hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuç ölüm, ciddi fiziksel ya da psikolojik hasarı veya hasar riskini içeren ters veya beklenmeyen olay” olarak tanımlanmaktadır (Akalın, 2007; Güven, 2007; National Patient Safety Foundation, 2007). Hastaneler gibi karmaşık ortamlarda sorunlara yol açabilecek hata türlerine neyin neden olduğunu anlamaya çalışmak gerekir. Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007).

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin %75’i çalışma yaşamı boyunca hasta güvenliğini tehlikeye sokacak davranışlarının olmadığını, % 63’ü ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmediğini ifade etti. Özata ve Altuncan’ın (2010), farklı hastanelerde 240 hemşire ile yaptığı bir çalışmada bu soruya hemşirelerin %6.2’si evet, %93.8’ i hayır cevabını vermiştir. Bu konuda yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermekle birlikte, hemşireler ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmediğini, hemşire öğrenciler ise gördüklerini ifade etmektedir. Çalışan hemşirelerin tıbbi hataların bildiriminde, cezalandırılmak ve ekipten dışlanmak gibi kaygıları nedeniyle cesaretli davranmadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda, cerrahi hemşirelerinin en sık olarak karşılaştıkları tıbbi hata türleri arasında sırasıyla, hastane enfeksiyonları, ameliyat esnası komplikasyonlar, yatak yaraları ve iğne/kesici alet yaralanmaları yer almaktadır. Cerrahi hemşirelerinin nadiren karşılaştıkları tıbbi hata türleri ise; yanlış doz ilaç uygulaması,

ilacın yan etkisine bağılı hatalar olarak belirlendi. Sharek ve Classen'in (2006), çalışmasında da %27.8 oranıyla hastane enfeksiyonlarının en sık karşılaşılan tıbbi hata olduğu saptanmıştır. Grasso ve arkadaşları (2003) ise çalışmalarında, tıbbi hataların en çok ilaç uygulamalarında ve hemşirelerin hekim istemini kendi gözlemlerine geçirmeleri esnasında olduğunu belirtmiştir. Özata ve Altuncan (2010), çalışmalarında en fazla görülen tıbbi hata türlerini hastane enfeksiyonları ve yatak yaraları olarak belirtmiştir. Aynı çalışmada en az görülen tıbbi hata türleri ise, yanlış taraf cerrahisi, kemoterapi hataları şeklinde yer almıştır. Konuyla ilgili çalışmaların yaklaşık dörtte üçünden fazlasında hastane enfeksiyonları en fazla görülen tıbbi hata olarak belirtilmiştir (Sharek ve Classen, 2006).

Çalışma kapsamına alınan cerrahi hemşireleri tıbbi hata yapma nedenleri arasında sırasıyla; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, tükenmişlik duygusu ve hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesini *çok önemli* olarak belirtmişlerdir. Cerrahi hemşireleri tıbbi hata yapma nedenleri arasında mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin olmaması, hataları önleyici sistemin olmaması ve tecrübesizliği *önemli* olarak ifade etmişlerdir. Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata yapma nedenleri arasında çalıştıkları birimin sabit olmaması, yöneticilerden memnun olunmaması ve nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi gibi durumları *önemsiz* olarak belirttiği görüldü. Aştı ve Kıvanç'ın çalışmasında (2003), hemşirelerin %23.3'ü çalışma saatlerinin fazlalığını, %16'sı çalışan hemşire sayısının az olmasının ve yorgunluk gibi nedenlerin tıbbi hatayı artırdığını belirtmiştir. Göktaş (2007) çalışmasında hemşirelerin 12 saatten fazla çalışmasının tıbbi hata yapmayı artırdığını belirtmiştir. Sezgin (2007) çalışmasında, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, dikkat dağınıklığı ve uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata nedenleri olduğunu belirtmiştir. Chang ve Mark (2009), çalışmalarında çalışan hemşire sayısının artmasıyla birlikte ilaç hatalarının azaldığını saptamıştır. Ayrıca yorgunluk ve deneyimsizliğinde tıbbi hataya neden olduğu belirtilmiştir. Hicks ve arkadaşları (2008), tıbbi hataların en fazla oluşma nedenleri arasında, dikkatsizlik ve iş yükünün fazla olmasını göstermişlerdir. Nath ve Marcus (2006), çalışmalarında kayıtların düzenli tutulmaması ve iş yükünün fazla olmasının tıbbi hataya neden olduğunu saptamıştır. Konu ile ilgili yapılan çalışma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında yönetici desteği arttıkça meslektaş desteği ve birim desteği artmaktadır. Benzer şekilde birim desteği arttıkça, çalışma ortamı algısı artmaktadır. Cerrahi hemşirelerinde toplam bireysel iş yükü algı ölçeği ile en yüksek ilişki yönetici desteği arasındadır. Daha sonra sırasıyla meslektaş desteği, birim desteği ve çalışma ortamı algısı gelmektedir. Cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme ile toplam bireysel iş yükü algı ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Cox ve arkadaşlarının (2007), pediatri hemşireleri ile, Saygılı'nın (2008) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada en olumlu algılanan boyutun meslektaş desteği olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermemektedir. Cerrahi hemşirelerinin yönetime rahat ulaşabilmeleri ve olası sorunlarına daha kısa sürede çözüm bulabilmelerinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan cerrahi hemşirelerin, bireysel iş yükü algı ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptandı. Tan ve arkadaşları (2012), çalışmalarında hemşirelerin çalışma ortamı algılarını yüksek olarak belirlemişlerdir. Çalışmamız literatürle farklılık göstermektedir (Ayaz ve Beydağ, 2014). Bu sonucun; hemşirelerde iş yükü algısının, işten beklentiler, değerler, inançlar, iş ortamı ve iş doyumundan etkilenme durumundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinde işe bağlı gerginlik puan ortalaması orta düzeyde bulundu. Kopuz (2013), çalışmasında hemşirelerin işe bağlı gerginlik puanını 38.89 ± 8.92 olarak belirtmiştir. Erçevik'in (2010), çalışmasında hemşirelerde işe bağlı gerginlik puanı 40.77 ± 6.82 'dir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermektedir. Cerrahi kliniklerinde iş yoğunluğunun ve hasta sirkülasyonunun fazla olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hatalarda tutum puan ortalaması orta düzeydedir. Güleç ve İntepeler (2013), çalışmalarında, hemşirelerin tıbbi hata meydana geldiğinde, tıbbi hata bildiriminde daha olumlu olduklarını belirlemişlerdir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin tıbbi hataya eğilim puanlarının düşük olduğu ifade edilmiştir (Cebeci 2010; Dikmen ve ark., 2014). Çalışmamız literatürle farklılık göstermektedir. Tıbbi hatalarda tutumda yönetimin desteği ve teşviği önemli role

sahiptir. Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinde yönetici desteği puanının yüksek olmasının tıbbi hata tutumlarının da olumlu olmasını sağladığı düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi. Kopuz'un (2013), çalışmasında belirttiği gibi işe bağlı gerginlik arttıkça iyimser yaklaşım azalmakta, boyun eğici yaklaşım artmakta ve sosyal destek arama azalmaktadır. Saygılı ve Çelik (2011), çalışmalarında iş yükü artışının tedavi ve bakımın bölünmesine ve dikkatin dağılmasına ve dolayısı ile hatalar yapılmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda uygulanan ölçekler arasında ilişki bulunmaması; cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin, bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ve genel puan ortalamalarının normal sınırlarda olması, işe bağlı gerginlik puanlarının orta düzeyde olması tıbbi hatalarda tutumlarına olumlu etkisinin olması ile açıklanabilir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleri puan ortalaması ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızla benzer olarak Cebeci (2010), hemşirelerle yaptığı çalışmada yaşın tıbbi hata yapmaya eğilimde etkili olmadığını belirtmiştir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Yiğitsoy (2014), hemşirelerle yaptığı çalışmada cinsiyetin tıbbi hataya etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızla benzer olarak, Tel ve arkadaşları (2012), hemşirelerle yaptıkları çalışmada cinsiyetin işe bağlı gerginlik puanlarında anlamlı farka neden olmadığını saptamışlardır.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleri puan ortalaması ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Erçevik (2010) ve Kopuz'un (2013) çalışmalarında da işe bağlı gerginliğin medeni durumdan etkilenmediği ifade edilmiştir (Arıkan ve Karabulut 2004).

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleri ile hemşirelerin sahip olduğu çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Kopuz (2013) ve Erçevik (2010) çalışmalarında ise

çocuk sayısı arttıkça işe bağlı gerginliğin azaldığı ifade edilmiştir. Arıkan ve Karabulut'un (2004), çalışmasında ise, işe bağlı gerginliğin çocuk sayısından etkilenmediği belirtilmiştir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleri puan ortalamasının eğitim durumu ve cerrahi hemşirelerinin bakmakla yükümlü oldukları yakını olma durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermediği bulundu. Tunalıgil (2013), acil tıp teknisyenleri ile yaptığı çalışmasında da eğitim düzeyinin ve hane içinde yaşayan kişi sayısının işe bağlı gerginliğe neden olmadığı belirtmektedir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Cerrahi hemşirelerinin, ücretini yeterli bulma durumları ile bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızdan farklı olarak Kopuz'un (2013), çalışmasında aylık gelirinden memnun olmayan hemşirelerin işe bağlı gerginliklerinin arttığı belirlenmiştir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleri puan ortalamaları ile cerrahi hemşirelerinin yasal izinlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Eroğlu (2011), hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin yasal izinlerini kullanırken sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalıştıkları klinikte istemeyerek çalışan cerrahi hemşirelerinde işe bağlı gerginlik ölçeği puanı, isteyerek çalışanlara ve kısmen isteyerek çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Eroğlu'nun (2011), çalışmasında, isteyerek çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin daha az olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç; isteyerek çalışan hemşirelerde, iş doyumunun yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak işe bağlı gerginliklerinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Aynı şekilde iş doyumunu yüksek, işe bağlı gerginliği düşük hemşirelerin tıbbi hata tutumları ile ilgili farkındalıklarının da daha yüksek olacağını düşünebiliriz.

Çalışılan birimlerle, bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Dikmen ve arkadaşları (2014), yaptıkları çalışmada, çalışılan birimlerin tıbbi hata yapma oranında etkili olduğunu

belirlemişlerdir. Bu sonucun çalışmanın yapıldığı cerrahi kliniklerinin fiziki koşullarının, iş yoğunluğunun ve çalışan hemşire sayısının yaklaşık olarak benzer olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalaması ile yapılan görev arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Çalışmamızdan farklı olarak Tel ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, klinik hemşirelerinin işe bağlı gerginlik düzeylerinin, klinik sorumlu hemşirelerinden daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda klinik sorumlusu olarak çalışan hemşire sayısının az olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin günlük baktıkları hasta sayısı ile bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızdan farklı olarak Erçevik'in (2010), çalışmasında hasta sayısı arttıkça, hemşirelerde işe bağlı gerginliğin arttığı belirtilmektedir. Bu sonuç çalışmanın yürütüldüğü kurumda hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça, sekreter, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı gibi birim desteğinin artmasıyla açıklanabilir.

Bireysel iş yükü ve işe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalamaları devamlı gece çalışan cerrahi hemşirelerinde daha düşük ancak tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Cerrahi hemşirelerinin çalışma şekli ile bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Hughes ve Ortiz (2005), çalışmasında vardiyalı çalışmanın tıbbi hata yapma oranını arttırdığı belirtmektedir. Çalışmamızda, istatistiksel olarak farklılık saptanmamış olmasına rağmen, işe bağlı gerginlik, bireysel iş yükü algısı ve tıbbi hatalarda tutum birbirleriyle doğru orantılı bir seyir izlemektedir.

Cerrahi hemşirelerinin aylık ortalama nöbet sayısı ile bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Bireysel iş yükü algısı, nöbeti olmayan cerrahi hemşirelerinde daha yüksekken, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları aylık 4-6 nöbet tutan cerrahi hemşirelerinde

daha yüksek olarak saptandı. Erçevik (2010) ve Kopuz (2013) yaptıkları çalışmada vardiyalı çalışan hemşirelerin ve haftalık çalışma saati fazla olan hemşirelerin işe bağlı gerginliklerinin arttığını ifade etmişlerdir. Haftalık çalışma saatinin kırk saat olması nedeniyle, ayda 4-6 nöbet tutan hemşirelerin, kırk saati doldurmak açısından gündüz mesaisine katılmak zorunda kalmaları gerektiği için iş yükü algıları artmakta, işe bağlı gerginlik yaşamakta ve bunun sonucunda tıbbi hatalarda tutumları olumsuz olmaktadır şeklinde düşünülebilir.

Hemşirelerin toplam görev yılı ile tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Cerrahi kliniklerinde 6 ay-1 yıl ve 2-5 yıl arasında görev yapanların toplam tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları, 6-9 yıl, 10-13 yıl, 14 yıl ve üzerinde görev yapan hemşirelere göre anlamlı derecede düşük saptandı. Çalışmamızdan farklı olarak Parshuram ve arkadaşları (2008), yaptıkları çalışmada görevde on yıl üstünde çalışan hemşirelerde yapılan tıbbi hatanın daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Sheu ve arkadaşlarının (2008), çalışmalarında hemşirelerin %53.7'sinin 2 yıldan az, %31.1'inin ise 25 yıllık deneyime sahip oldukları ve işe yeni başlayan hemşirelerin daha fazla tıbbi hataya maruz kaldıkları belirtilmektedir. Balçık (2013), çalışmasında görev süreleri beş yılın altında olan hemşirelerde işe bağlı gerginliğin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç; çalışma süreleri beş yılın altında olan hemşirelerin işe bağlı gerginliği daha fazla yaşamalarına ve tıbbi hataya daha fazla maruz kalmalarına rağmen tecrübesizlik nedeniyle tıbbi hatalarda tutum karşısında cesaretli ve özgüvenli davranmadıklarını düşündürmektedir.

Cerrahi hemşirelerinin, bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları ile çalışma hayatları süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hata yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Özata ve Altunkan'ın (2010), çalışmasında hemşirelerin %93.8'i bu soruya hayır cevabı vermiştir. Çalışmamız literatürle aynı doğrultudadır.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları ile cerrahi hemşirelerinin çalışma hayatları süresince ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını görme

durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Özata ve Altunkan'ın (2010), çalışmasında hemşirelerin % 89.6'sı bu soruya hayır cevabını vermiştir. Çalışmamız literatürle aynı doğrultudadır.

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyut puan ortalaması, 19-30 yaş grubunda olan hemşirelerde, 31-40 ve 41-55 yaş grubunda olan hemşirelere göre daha olumsuz olarak saptandı. Cerrahi hemşirelerinin yaşları ile bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Saygılı (2008), hastane çalışanları üzerine yaptığı çalışmasında 40 yaş üstünde çalışanların mevcut işi sürdürme puanının 18-19 yaş aralığındaki hemşirelere göre daha olumlu olduğunu belirlemiştir. Tan ve arkadaşlarının (2012), yaptığı çalışmada mevcut işi sürdürme niyetinde yaşın olumlu yönde etkili olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

İşini istemeyerek yapan hemşirelerde bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. Meslektaş desteği puan ortalaması ve işini isteyerek yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Çalışmamızla benzer şekilde, Tan ve arkadaşlarının (2012), hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında da meslektaş desteğinin hemşireler arasında fazla olduğu belirlenmiştir.

İşini istemeyerek yapan hemşirelerde bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması, işini isteyerek yapan ve kısmen isteyerek yapan hemşirelere göre daha olumsuzdur. Mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması ile işini isteyerek yapma durumu arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklılık bulundu ($p= 0.001$). İşini istemeyerek yapan hemşirelerin, olaylara daha olumsuz bir bakış açısıyla baktıkları ve mevcut işi sürdürmek istemedikleri düşünülebilir. Yapılan işin sevilmesi ve isteyerek yapılmasının iş doyumunun fazla, işe bağlı tükenmişlik duygusunun az yaşanmasında ve mevcut işi sürdürmede etkili olduğu söylenebilir.

Cinsiyete göre, bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği alt boyut puan ortalaması erkeklerde daha yüksektir. Cinsiyetle meslektaş desteği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.001$). Diğer ölçek puanları bakımından

cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Saygılı (2008), hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada meslektaş desteği ve mevcut işi sürdürme niyeti puanı bakımından erkek ve kadın çalışanlar arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda meslektaş desteğinin kadın cerrahi hemşirelerde düşük olmasında, çalışmaya katılanların dörtte üçünden fazlasının kadın olması ve kadın çalışanlar arasında yardımlaşma ve dayanışmanın, erkek çalışanlara göre daha az olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin çocuk sayıları ile mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu. Çocuğu olmayan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Saygılı (2008), hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada çocuğu olan hemşirelerin, mevcut işi sürdürme niyeti puanlarının, çocuğu olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Çocuk sahibi olmak anne ve babaya çocuğun geleceğini hazırlamak açısından ilave sorumluluklar yüklemektedir. Bu nedenle çocuk sahibi olan hemşirelerin iş kaybı ve iş değişikliği gibi radikal kararlar almada daha çekimser davranmaları ve mevcut işlerini sürdürmek konusunda daha kararlı olmaları şeklinde düşünülebilir. Çalışmamız literatürle aynı doğrultudadır.

Cerrahi hemşirelerinin çalışılan klinikte isteyerek çalışma durumları ile mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulundu. Çalışılan serviste istemeyerek çalışan cerrahi hemşirelerinin mevcut işi sürdürme niyeti puanı, isteyerek çalışanlara ve kısmen isteyerek çalışanlara göre yüksektir. Cerrahi hemşirelerinin isteyerek çalışma durumları ile bireysel iş yükü algı ölçeğinin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmadı. Eroğlu (2011), hemşirelerle yaptığı çalışmasında isteyerek yapılan işin verimliliği arttırdığı ve işin devamlılığını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermektedir

Cerrahi hemşirelerinin çalışma şekilleri ile birim desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. İki vardiyada da çalışan cerrahi hemşirelerinde birim desteği puan ortalaması, devamlı gündüz, nöbet ve devamlı gece çalışanlara göre anlamlı derecede düşüktür. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin diğer alt boyut

puanları ile cerrahi hemşirelerinin çalışma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Saygılı'nın (2008), hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada, devamlı gündüz çalışanların, nöbet ve devamlı gece çalışanlara göre, bireysel iş yükü ölçeği alt boyut ortalamalarını, birim desteği dışında daha olumlu algıladıkları belirlenmiştir. Bengü'nün (2005), çalışmada, gündüz çalışan hemşirelerin ortamını daha olumlu algıladıkları ve iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermektedir.

Cerrahi hemşirelerinin aylık ortalama nöbet sayıları ile çalışma ortamı algısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Aylık ortalama 1-3 nöbet, 4-6 nöbet tutan ve nöbet tutmayan cerrahi hemşirelerinde çalışma ortamı puan ortalaması anlamlı derecede düşüktür. Cerrahi hemşirelerinin aylık ortalama nöbet sayıları ile bireysel iş yükü algı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Ayaz ve Beydağ'ın (2014), çalışmalarında, nöbet tutmayan hemşirelerin daha olumlu oldukları ve iş yaşamında doyuma ulaştıkları ifade edilmiştir. Nöbet sayısı arttıkça, hemşirelerin çalışma ortamındaki yorgunlukları ve işe bağlı gerginlikleri artmaktadır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006). Günüşen ve Üstün (2010), hekimler ve hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında, nöbet sayısının işe bağlı gerginlikte etkili olduğunu belirtmişlerdir. Nöbet usulü çalışma şeklinin çalışanlarda gerginlik, uykusuzluk, anksiyete ve strese neden olmasının çalışma ortamına olumsuz yansıdığı düşünülebilir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermektedir.

Cerrahi hemşirelerinin mesai saati içinde bakmakla yükümlü olduğu hasta sayıları ile birim desteği puanı arasında anlamlı farklılık bulundu. Mesai saati içinde bakmakla yükümlü olduğu 10-12 hasta, 13 ve üzeri hastası olan cerrahi hemşirelerinin birim desteği, 1-3 hasta, 4-6 hasta ve 7-9 hastası olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Cerrahi hemşirelerinin mesai saati içinde bakmakla yükümlü oldukları hasta sayıları ile bireysel iş yükü algı ölçeğinin diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Saygılı (2008), hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada, birim desteği puanının, klinikte çalışan kişilerde, idarede çalışan kişilere oranla az olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar; hemşirelere görevleri dışında sorumlulukların yüklenmesinin iş yükünü arttırarak olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Çalışılan birimlerde kişiler arası iletişim ve işbirliğinin yetersiz olmasının birim desteğinin olumsuz

algılanmasına neden olduğu düşünülebilir. Çalışmanın yürütüldüğü kurum politikası gereği bakım verilen hasta sayısı arttıkça, çalışılan servisler de sekreter, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi ek desteklerin artırılması söz konusu olduğu için birim desteği ortalama puanının artmasında etkili faktörler olduğu düşünülmektedir.

Cerrahi hemşirelerinin ekip arkadaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görme durumları ile mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Ekip arkadaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmeyen cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması, ekip arkadaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görenlere göre daha düşüktür. Hemşireler ülkemizde hatalara yönelik cezai yaptırımlarından endişe duydukları için, bu sorulara yanıt verirken çekimser davranabilmektedirler. Özata ve Altuncan (2010), hemşirelerle yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bu tür soruları cevaplarırken çekimser kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermektedir.

Medeni durum, eğitim durumu, çalışma süreleri, çalışılan birimler, görev yapma süresi, bakmakla yükümlü yakını olma durumu, yasal izinlerini kullanma durumu, alınan ücreti yeterli bulma durumunun cerrahi hemşirelerinin bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyut puan ortalamalarını etkilemediği bulundu. Oysa Tan ve arkadaşlarının (2012), hemşirelerle yaptıkları çalışmada, çalışma ortamı ölçeği alt boyut puan ortalamalarıyla, çalışılan servis, yaş, görev ve günlük bakılan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ifade edilmiştir.

Sezgin (2007) hemşirelerle yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça, iş doyumunun arttığını ifade etmiştir. Ayaz ve Beydağ (2014), çalışmalarında eğitim durumu ve çalışma süresinin hemşirelik iş yaşamı kalitesine etkisi olmadığını belirtmiştir. Saygılı (2008), hastane çalışanları ile yaptığı çalışmada, çalışma süresi arttıkça genel çalışma ortamının olumsuz algılandığını ortaya koymuştur. Ayaz ve Beydağ (2014), çalışılan birimlerin özelliklerinin hemşirelik iş yaşamı kalitesine etkili olmadığını belirtmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda hemşirelerin görev yerlerinin farklı olmasının tükenmişlik düzeylerini etkilediği belirtilmiştir (Derin 2007; Günüşen ve Üstün 2010; Kahraman ve ark, 2011). Saygılı (2008), çalışmasında medeni durumun genel çalışma ortamını etkilediğini saptamıştır. Bengü

(2005), evli hemşirelerin, bekâr hemşirelere göre çalışma ortamına daha olumlu baktıklarını ifade etmiştir. Çalışmamız literatürle uygunluk göstermemektedir. Bu sonuçta çalışmanın yürütüldüğü kurumdaki işleyişten ve kurum politikasından memnuniyetin etkili olduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak; çalışma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hatalarda tutumları orta düzeyde belirlenmiştir. İş yükü fazlalığı iş verimini kötü etkilemekte ve bunun sonucunda istenmedik hatalar oluşabilmektedir. Olumsuz iş yükü algısı hemşirelerin performansını negatif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla birinde meydana gelebilecek olumsuz bir durum diğerlerinde de olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu kavramlar durağan değil, değişkendir. Bu nedenle yapılan bu çalışmanın, ileride farklı örneklem grupları ile tekrarlanırken rehber olması beklenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar altı başlık altında incelendi.

- Cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine ve çalışma koşullarına ilişkin sonuçlar,
- Cerrahi hemşirelerinin karşılaştıkları tıbbi hata türleri ve karşılaşma durumları, tıbbi hata nedenlerine verdikleri önem derecesine ilişkin sonuçlar,
- Bireysel iş yükü algı ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki sonuçları
- Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği, tıbbi hatalarda tutum ölçeği arasındaki ilişki sonuçları,
- Cerrahi hemşirelerinin bağımsız değişkenlerle ve çalışma koşulları ile bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği, ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar,
- Cerrahi hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine ve çalışma koşullarına göre bireysel iş yükü algı ölçeği puan ortalamalarına ilişkin sonuçlar,

Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine ve Çalışma Koşullarına İlişkin Sonuçlar

Cerrahi hemşirelerin yaş ortalaması 36.63 ± 7.69 'dur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %91'i kadın, %76'sı evli ve %41'nin üçten az çocuğu bulunmaktadır. Hemşirelerin %45'i lisans ve lisansüstü eğitime sahiptir. Cerrahi hemşirelerinin %53'ü isteyerek çalıştıklarını, %41'i ücretini yeterli bulmadıklarını ve %57'si yasal izinlerini kullanabildiklerini belirtti.

Hemşirelerin %90'ı cerrahi klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Cerrahi hemşirelerinin %66'sı hem gündüz hem gece çalışmakta, %60'ı aylık ortalama, 4-6 nöbet tutmaktadır. Hemşirelerin %42'sinin görev yılı 14 yıl ve üzerinde olup, %34'ü günlük 7-9 hastaya bakmaktadır. Hemşirelerin %75'i çalışma hayatlarında hasta

güvenliğini tehlikeye sokacak bir davranışları olmadığını, % 63'ü ekip arkadaşlarının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmediğini belirtti.

Cerrahi Hemşirelerinin Karşılaştıkları Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerine Verdikleri Önem Derecesine İlişkin Sonuçlar

Cerrahi hemşirelerinin çok sık karşılaştıkları tıbbi hata türleri sırasıyla, hastane enfeksiyonları (%10), yatak yaraları (%6), İğne /kesici alet yaralanmaları (%3) olarak yer almaktadır. Hemşirelerin ilk üç sırada çok önemli olarak belirttikleri tıbbi hata nedenleri; iş yükünün fazla olması (%78), çalışan hemşire sayısının az olması (%74) ve tükenmişlik duygusudur (%67) .

Cerrahi Hemşirelerinde Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki Sonuçları

Cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin yönetici desteği alt boyut puanı arttıkça meslektaş desteği, birim desteği puanı da artmaktadır. Birim desteği puanı arttıkça çalışma ortamı puanı da artmaktadır. Diğer taraftan toplam bireysel iş yükü ölçeği puanı ile en yüksek ilişkinin yönetici desteği puanı arasında, daha sonra meslektaş desteği puanı, birim desteği puanı ve çalışma ortamı algısı puanı arasında olduğu belirlendi.

Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Arasındaki İlişki Sonuçları

Cerrahi hemşirelerinin bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları orta düzeyde ve birbirleriyle doğru orantıdadır.

Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri Ve Çalışma Koşulları İle Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Ve Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Çalışılan serviste istemeyerek çalışanların işe bağlı gerginlik ölçeği puanı isteyerek çalışanlara ve kısmen isteyerek çalışanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçekleriyle çalışılan birimler, yapılan görev, çalışma şekli, aylık ortalama nöbet sayısı, kurumdaki görev yılı ve günlük bakılan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Görev yılı beş yılın altında olan cerrahi hemşirelerinde tıbbi hata tutumu daha olumsuz algılanmaktadır. Hemşirelerin toplam görev yılı ile tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalaması arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cerrahi Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Ve Çalışma Koşullarına Göre Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

Bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyut puan ortalaması, 19-30 yaş grubunda olan hemşirelerde daha olumsuzdur. Cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti alt boyutu puan ortalaması 19-30 yaş grubu arasındaki hemşirelerde daha olumsuzdur. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği alt boyutu puan ortalaması erkeklerde daha yüksektir. Çocuk sahibi olmayan cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme niyeti daha olumsuzdur. İşini isteyerek yapan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği alt boyut puan ortalaması daha yüksektir. İşini istemeyerek yapan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalaması, işini isteyerek yapan ve kısmen isteyerek yapan hemşirelere göre daha olumsuzdur.

Hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği puan ortalamasının Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde en yüksek, Kalp Damar Cerrahisi kliniğinde en düşük olduğu bulundu. Devamlı gündüz çalışan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin birim desteği puan ortalaması devamlı gece çalışan ve karma çalışan (gece+gündüz) hemşirelere göre yüksektir. Bireysel iş yükü algı ölçeğinin çalışma ortamı algısı puan ortalaması nöbeti olmayan ve aylık ortalama 4-6 nöbeti olan cerrahi hemşirelerine göre daha yüksektir. Toplam görev süresi 6 ay-1 yıl olan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin meslektaş desteği puan ortalaması 14 yıl ve üzeri çalışan cerrahi hemşirelerine göre daha yüksektir. Günlük 13 ve üzeri hastaya bakan cerrahi hemşirelerinde bireysel iş yükü algı ölçeğinin birim desteği ortalama puanı daha yüksektir. Günlük olarak 13 ve

üzeri hastaya bakım veren hemşirelerde bireysel iş yükü algı ölçeğinin mevcut işi sürdürme niyeti ortalama puanı daha olumsuzdur. Çalışma hayatlarında ekip arkadaşının hasta güvenliğini tehlikeye sokacak hatasını görmediğini ifade eden cerrahi hemşirelerinde mevcut işi sürdürme niyeti daha olumludur.

6.2. Öneriler

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin, bireysel iş yükü algı ölçeği, işe bağlı gerginlik ölçeği ve tıbbi hatalarda tutum ölçeği puan ortalamaları genel olarak orta düzeyde ve olumlu olarak saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Çalıştıkları klinikte istemeyerek çalışan hemşirelerde işe bağlı gerginliğin daha yüksek olması nedeniyle iş tatminsizliğini, iş bırakma oranını ve verimsizliği artırdığını düşünürsek daha olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması önemlidir.
- İşe yeni başlayanlarda mevcut işi sürdürme niyetinin diğerlerine göre daha olumsuz olduğu bulunduğundan işe yeni başlayan hemşirelere etkili iletişim, görev tanımları, mesleki etik konularını kapsayan eğitimler ayrıca kişiler arası iletişimi kuvvetlendirmek adına sosyal aktiviteler ve birlikte planlanan etkinlikler yapılmalıdır.
- İsteyerek çalışan cerrahi hemşirelerinde meslektaş desteğinin daha yüksek olması nedeniyle özellikle deneyimli hemşirelerin diğerlerine desteği olumlu yönde artırılmalıdır.
- Devamlı gündüz çalışan ve günlük ortalama 13 ve üzeri hastaya bakım veren cerrahi hemşirelerinde birim desteğinin daha yüksek olması nedeniyle gece çalışan ve daha az sayıda hastaya bakım veren hemşirelere de destek birimlere kolay ulaşımı sağlayacak gerekli düzenlemeler yapılmalı ve ilave çalışan desteği (sekreter, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen) verilmelidir.
- Cerrahi hemşirelerinin çalışma ortamında kendilerini mutlu hissedebilmeleri ve yaptıkları işte daha az işe bağlı gerginlik yaşayabilmeleri adına yönetici ve meslektaşlarından destek gördüklerini hissetmeleri için ödüllendirme sistemlerinin etkinliği artırılmalıdır.

- Çalışma ortamı algısı durağan değil dinamik bir süreçtir. Bu nedenle, bu tür araştırmaların, faydalı olması açısından bir kere değil sürekli yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Adams JL, Garber S. (2007). Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments. *Journal of Empirical Legal Studies*,4, 185-222.

Akalın E. (2007). Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği. *İku Dergisi*, 17 (2), 32-35.

Akgün S, Al-Assaf F. (2007). Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 42-47.

Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, şerifi BA. (2005). AİBÜ Tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (2), 55-65.

Anezz E. (2006). Clinical perspectives on patient safety. Wals K, Boaden R. (Ed.). Patient safety research in to practice. London: Mcgraw Hill Education Open University Press. S:9-18.

Arcak R, Kasımoğlu E. (2006). Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33 (1), 23-30.

Arıkan D, Karabulut N. (2004). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,7 (1), 10-12.

Aslan SH, Alparslan NZ, Aslan OR, Kespara C, Ünal M.(1998).İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenirliliği. *Düşünen Adam*, 11 (2), 4-8.

Aspden P, Corrigan J. (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press.Erişim: 08 Mayıs 2015, <https://www.nap.edu/read/10863/chapter/1>.

Aştı T, Kıvanç M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3), 14-19.

Atik E. (2015). Otel işletmelerinde iş yükü algısı ve iş yükünün insan kaynakları yönetiminde kullanımı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Ayaz S, Beydağ KD. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2 (1), 66-68.

Aydın B. (2009). Hasta güvenliğiyle ilgili uygulamalar(1. Basım). Ankara: Sage Yayıncılık. S: 4.

Aylaz R, Durmuş B. (2000). Hemşirelerde iş stresi. 2000'li yıllarda Sağlık Yüksekokullarında eğitimin geleceği sempozyum kitabı. Malatya. S: 232-238.

Aytaç S. (2002). İş yerindeki kronik stres kaynakları. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 4 (1), 276.

Bal DM. (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*,3 (1), 148-150.

Balas M, Scott LD, Rogers AE. (2004). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Aplied Nursing Research*, 17 (4), 224-30.

Balanuye B. (2014). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş yükünün hasta güvenliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Ankara.

Balçık E. (2013). Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Barach P, Small SD. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near-miss reporting system. *BMJ*, 320, 759-63.

Bengü Ü. (2005). Hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.

Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. (2008). 7 Gün-24 Saat/Hasta başında Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayını, Odak Ofset Matbaacılık. S:22-37.

Carayon P, Gürses A. (2008). Nursing workload and patient safety – a human factors engineering perspective. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Erişim: 21 Mart 2016,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328758>.

Cebeci F. (2010). Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. *Türkiye Klinikleri*, 2 (1), 57-63.

Chang KY, Mark B. (2009). Antecedents of severe and nonsevere medication errors. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 70-78.

Cox KS, Teasley SL, Lacey SR, Sexton K, Carroll CA. (2007). Work environment perceptions of pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 22 (1), 179-82.

Cüceloğlu D. (2010). İnsan ve davranışı. Erişim: 12 Nisan 2015, www.kitapyurdu.com/kitap/insan-ve-davranisi/21572.html.

Çakır A, Tütüncü Ö. (2009). İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi bildiri kitabı, Antalya. S: 189-200.

Derin N. (2007). Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Dikmen DY, Yorgun S, Yeşilçam N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 32(1),44-56.

Erçevik R. (2010). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Eroğlu E. (2011). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde iş yükünün hasta güvenliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.

Evans SM. ve ark. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A Collaborative Hospital Study. *Qual Saf Health Care*, 6 (15), 39-43.

Farquhar M, Collins BA, Clancy CM. (2007). Patient safety in nursing practice. *AORN Journal*, 86 (3),455-457.

Garbutt W. ve ark. (2007). Medication safety patients concerns about errors during hospitalization. *Journal On Quality and Patient Safety*, 33 (1), 5-14.

Göktaş S. (2007). Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Güleç D. (2012). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Güleç D. İntepeler SŞ. (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemar-G*, 15 (3), 26-41.

Gülkaya E. (2009). Hacettepe üniversitesi erişkin hastanesinde yapılan akreditasyon çalışmaları süresinde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Güven R. (2007). Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre kitabı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara. S: 411-415.

Grasso BC, Genest R, Jordan CW, Bates DW. (2003). Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54 (5), 677-681.

Greenberg ES, Sikora PB, Grunberg L, Moore S. (2005). Workteams and organizational commitment working paper, institute of behavioral science. University of Colorado at Boulder, University of Puget Sound. Erişim: 12 Ağustos 2015. www.colorado.edu/.../workplacechange/papers/WP_012.pdf.

Günüşen NP, Üstün B. (2010). Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *DEUHYO Dergisi*, (1), 40-51.

Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. (2004). Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nursing Ethics*, 11 (5), 89-98.

Hicks RW, Sikirica V, Nelson W, Schein JR, Cousins DD. (2008). Medication errors involving patient-controlled analgesia. *Am J Health-Syst Pharm*, 65, 429-440.

Hillin E, Hicks RW. (2010). Medication errors from an emergency room setting: Safety solution for nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22 (2), 91-6.

Hobgood C, Hevia A., Hinchey P. (2004). Profiles in patient safety: When an error occurs. *Acad Emerg Med*, 11 (7), 766-770.

Hughes RG, Ortiz E. (2005). Medication errors: Why they happen and how they can be prevented. *Journal of Infusion Nursing*, 28 (2), 14-24.

Ildız GÖ. (2009). Proje yönetimi: İnşaat firmalarında proje müdürlerinin iş yükü, iş stresi, iş tatmini ve motivasyon ilişkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Kültür Üniversitesi, İstanbul.

International Council of Nurses. (2006). Safe staffing saves lives. International nursesday information and action tool kit. Geneva, Switzerland. Erişim: 16 Mayıs 2016. www.icn.ch/publications/international-nursing-review-inr/.

Institute Labor Organization. (2001). What is workplace stres? Erişim: 10.08.2015. www.ilo.org/safework/events/safeday/lang--en/.

İnceoğlu M. (2010). Tutum, algı, iletişim. (5.baskı). İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları S: 15-35.

İntepeler SŞ, Dursun M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), 130-135.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). Sentinelevent statistics. ABD, Erişim: 16 Haziran 2015. [www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials\(1\).pdf](http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials(1).pdf)

Joint Commission International. (2014). The international essentials of health care quality and patient safety. Erişim: 16 Haziran 2015. [_www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials\(1\).pdf](http://www.mtpinnacle.com/pdfs/international-essentials(1).pdf).

Kağıtçıbaşı Ç. (2010). Günümüzde insan ve insanlar sosyal psikolojiye giriş. (10. Baskı). İstanbul: Evrim Basım Yayım ve Dağıtım Yayımcılık. S: 20-40.

Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *DEUHYO Dergisi*, 4 (1), 12-18.

Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. (2007). The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care*, 45 (12), 1195-1204.

Karwowski W, Jang RL, Rodrick D, Peter MQ. (2005). Self-evaluation of biomechanical task demands. Work environment and perceived risk of injury by nurses: A field study. *Occupational Ergonomics*, 5 (1), 13- 27.

Kebapçı A, Akyolcu N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11 (2), 59-67.

Kılıç H. (2009). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve doktorların hasta güvenliği hakkındaki bilgilerin ve tıbbi hataların bildirilmesi hakkındaki görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000). To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine. The National Academy Press. Erişim: 19 Ağustos 2015, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>.

Kopuz E. (2013). Hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin belirlenmesi ve stresle baş etme tutumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Korkmaz O. (2012). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14 (4), 91-112.

Mitchell PH. (2008). Defining patient safety and quality care. Hughes RG (Ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. S:1-5.

Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (15), 17-30.

Mrayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. (2007). Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses perspectives. *Journal of Nursing Management*, 15 (6), 659-670.

Nath SB, Marcus SC. (2006). Medical errors in psychiatry. *Harv Rev Psychiatry*, 14 (4), 204-211.

National Patient Safety Foundation. (2008). Patient safety definition. Erişim: 15 Ağustos 2015, [_www.npsf.org/?page=historyandtimeline](http://www.npsf.org/?page=historyandtimeline).

National Patient Safety Foundation. (2007). Slips, trips and falls in hospital (3rd Report From The Patient Safety Observatory). United Kingdom. Erişim: 03 Nisan 2015, www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/.

O'Brien-Pallas L, Duffield C, Murphy GT, Birch S, Meyer R. (2005). Nursing workforce planning: Mapping the policy trail. issue paper. *International Council of Nurses*, 22 (8), 92-95.

Özata M, Altuncan H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya Örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8 (2), 100-111.

Özgür G, Babacan G, Gürdağ Ş. (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24 (4), 296-305.

Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. (2008). Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *CMAJ*, 178 (1), 42-48.

Parlar S. (2008). Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (6), 547-554.

Revicki DA, May HJ, Whitley TW. (1991). Reliability and validity of the work-related strain inventory among health professionals. *Behav Med*, 17 (1), 11-120.

Robinson A, Hohmann K, Rifkin J, Topp D, Gilroy C, Pickard J ve ark. (2002). Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. *Arc Intern Med*, 162 (1), 2186-90.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 16.07.2015. <https://kalite.saglik.gov.tr/>

Saygılı M. (2008). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Saygılı M, Çelik Y. (2011). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14 (1), 40-44.

Sezgin B. (2007). Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Sütlaş M. (2005). Tıbbi yanlış uygulama ve mesleki mesuliyet sigortası üzerine bazı saptamalar. Erişim: 09.03.2016. www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm.

Schuerer DJ, Nast PA, Haris CB, Krauss MJ ve ark. (2006). A new safety event reporting system improves physician reporting in the surgical intensive care unit. *J Am Coll Surg*, 6 (1), 202-205.

Sharek PJ, Classen D. (2006). The incidence of adverse events and medical error in pediatrics. *Pediatric Clinics of North America*, 53 (2), 1067-1072.

Sheu SJ, Wei IL, Chen CH, Yu S, Tang FI. (2008). Using snowball sampling method with nurses to understand medication administration errors. *Journal of Clinical Nursing*, 3 (1), 1-12.

Slonim AD, Lafleur B, Wendy A, Joseph JG. (2003). Hospital reported medical errors in children. *Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, 111 (1), 617-621.

Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, Van Der Wal G ve ark. (2010). Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Qual Saf Health Care*, 19 (5), 1-7.

Stone PW ve ark. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, 45 (86), 571-578.

Tan M, Polat H, Şahin ZA. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4 (1), 67-78.

Tang FI, Sheu SJ, Yu, Wei IL, Chen CH. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 447-57.

Tansüyer T. (2010). Hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusunda sağlık personelinin görüşlerini belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Taşçı KD, Özer FG, Koştu N. (2007). Pamukkale üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin stresle başetme stratejilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2), 41-47.

Tel H, Aydın TH, Karabey G, Vergi İ, Akay D. (2012). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve stresle başetme durumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2, 47-52.

Temel M. (2005). Sağlık personelinin ilgilendiren önemli bir konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forumu*, 3 (1), 84-90.

Tighe C, Woloshynowych M, Brown R, Wears B. (2006). Incident reporting in one accident and emergency department. *Accident Emerg Nurse*, 14, 27-37.

Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. (2009). Hekimlerin tıbbi hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri, Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 166-170.

Tunalıgil V. (2013). Kamu ve özel ambulanslarda görev yapan acil tıp teknisyenlerinde işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik göstergelerinin karşılaştırılması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Wolf ZR. (2008). Error reporting and error disclosure. patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. *AHRQ Publication*, 1-47.

Yalçın Ş, Acar A. (2010). Avrupa birliği ülkelerinde hasta güvenliği ve güvenli hastane ilişkisi. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi kitabı, 28 Nisan-1 Mayıs, Ankara:12-26.

Yiğitsoy M. (2014). Hemşirelerin ilaç uygulama hataları ve nedenlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.

Young S. (2005). The role of health in reducing medical errors and improving healthcare quality & patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality. Erişim:02.03.2016.

www.safetyandquality.gov.au/.../National-Patient-Safety-Education-Framework-Bibli.

Yürür S, Keser A. (2011). İşe bağlı gerginlik ile iş tatmini ilişkisinde duygusal tükenmenin aracı rolü. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 65 (4), 165-194.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Yasemin ÖZYER
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- 1: Yaşınız:
- 2: Cinsiyetiniz: 1. Kadın () 2. Erkek ()
- 3: Medeni Durumunuz: 1. Evli () 2. Bekar () 3. Ayrı yaşıyor ()
- 4: (Evli iseniz) Çocuk sayınız.....
- 5: Eğitim durumunuz : 1. Lise () 2. Önlisans () 3. Lisans () 4.Lisansüstü ()
- 6: Çalıştığınız birim:
- 7: Şu anki göreviniz nedir: 1. Klinik sorumlusu () 2. Klinik hemşiresi ()
- 8: Çalışma şekliniz nedir: 1.Devamlı gündüz () 2.Devamlı gece ()
3.Nöbet () 4. Hepsi ()
- 9: Aylık ortalama nöbet sayınız nedir :
- 10: Kaç yıldır görev yapıyorsunuz:
- 11: Bulduğunuz birimde ne kadardır çalışıyorsunuz:
- 12: Bu kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz:
- 13: Mesai saati içinde ortalama kaç hastaya bakmakla yükümlüsünüz: -----
- 14: Çalıştığınız serviste isteyerek mi çalışıyorsunuz: 1.Evet() 2.Hayır() 3. Kısmen()
- 15: Bakmakla yükümlü olduğunuz yakınlarınız var mı: 1.Evet () 2.Hayır ()
- 16: Yasal izinlerinizi (mazeret, yıllık, doğum, emzirme) istediğiniz zamanda kullanabiliyor musunuz: 1. Evet () 2. Hayır ()
- 17: İşinizin karşılığı olarak aldığımız ücretin yeterliliği için aşağıdaki seçeneklerden hangisi sizin için uygundur.
1. Oldukça yeterli () 2.Yeterli () 3.Kısmen yeterli () 4.Yetersiz () 5.Oldukça yetersiz()
- 18: Çalışma hayatınız süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu?
1.Evet () 2.Hayır ()

19: Çalışma hayatınız süresince ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını gördünüz mü? 1.Evet () 2. Hayır ()

20: Aşağıdaki tıbbi hataları karşılaşma durumunuza göre işaretleyiniz.

Tıbbi Hata Türleri

hiç(1) çok nadir(2) zaman zaman(3) genellikle(4) çok sık(5)

Araç gerece bağlı hatalar	İlacın yan etkisine bağlı	Tanı testlerinin yetersizliği
Yanlış ilaç uygulama ve yanlış verden uygulama	Ölümcül zarar verici düşmeler	Ameliyatlarda yabancı cisim unutulması
Tedavide gecikme veya	Tanı hataları	Yanlış taraf cerrahisi
Ventilatörle ilişkili	İnfüzyon pompaları	Transfüzyon hataları
Yanlış doz ilaç uygulaması	Cerrahi yanıklar	Kontamine ilaç veya kan

21: Aşağıda sıralanan tıbbi hata yapma nedenlerine önem derecesine göre 1- 4 arası puan veriniz.

Tıbbi Hata Nedenleri çok önemli(4) önemli(3) az önemli(2) önemsiz(1)

İş yükünün fazla olması	Kayıtların düzenli tutulmaması
Çalışan hemşire sayısının az olması	Doktor istemlerinin anlaşılabilmesi
Hemşirelerin çalıştıkları birimin sabit	İletişim eksikliği
Hemşirelere görev dışı işlerin	Nöbet değişimlerine dikkat edilmemesi
Tecrübesizlik	Olumsuz fiziksel(ısı, ışık, gürültü) ortam
Mesleğin sevilmemesi	Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili bilgilerin eksik olması ya da unutulması
Hataları önleyici sistem olmaması	Yöneticilerden memnun olunmaması
Aylık nöbet sayılarının fazla olması	Mesleğe yönelik hizmet içi eğitimlerin
Protokol ve prosedürlerin olmaması	Görev, yetki ve sorumlulukların tam belirlenmemiş olması
yada anlaşılır olmaması	
Tükenmişlik duygusu	Mesleki bilginin yetersiz olması
Stres	Yorgunluk

Ek 2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği

Bölüm 2: Bireysel İşyükü Algı Ölçeği

Aşağıdaki sorular işiniz ve çalıştığınız kurulma ilgili olup, çalışma ortamına ilişkin algılarınızı ölçmeye yöneliktir. Tablolarda verilen ifadelere katılma durumunuz aşağıdakilerden hangisine uygun ise parantez içinde verilen sayıları lütfen tabloda verilen ifadelerin karşısına işaretleyiniz.

- (1) Hiç katılmıyorum
- (2) Katılmıyorum
- (3) Kararsızım
- (4) Katılıyorum
- (5) Tamamen Katılıyorum

YÖNETİCİ DESTEĞİ	1	2	3	4	5
Kendisine bağlı olarak çalıştığım yönetici izinliyse, birim çalışanları karşılaştıkları personel sorunlarıyla ilgili olarak kendisiyle temasa geçme konusunda teşvik edilirler.					
Eğer çalışma ortamıyla ilgili bir şikâyetimi bağlı olduğum yöneticiye bildirirsem, yönetici bunu anlayışla karşılayacaktır.					
Bağlı olduğum yöneticimin bana olan desteğinden dolayı şimdiki pozisyonumda kalmaktayım.					
Aldıkları bakımdan memnun olamayan hasta ve aileleri ile çalışmamda yöneticim bana yardım eder.					
Bağlı olduğum yönetici, birimde açık olan pozisyonları doldurmak için zamanlı ve aktif olarak çalışır.					
Bağlı olduğum yönetici, her vardiyada ihtiyaç duyulan personelin çalışmasını garanti altına almak için yoğun çaba sarf eder.					
Bağlı olduğum yönetici, birimde sunulmakta olan temel hasta tedavi ve bakımı faaliyetleri konusunda yetkindir.					
Bağlı olduğum yönetici, ihtiyaç duyulduğunda hasta tedavi ve bakımına destek verir.					

MESLEKTAŞ DESTEĞİ	1	2	3	4	5
Bireysel görevlendirmeler, birimin sahip olduğu imkânlar çerçevesinde adil olarak yapılır.					
Profesyonel olarak saygı duyduğum meslektaşlarımla çalışırım.					
Kendimi bunalmış hissettiğimde, bana yardım etmeleri için diğer meslektaşlarıma güvenebilirim.					
Benden bir önceki vardiyada görevlendirilen meslektaşım, işlerini yetiştirerek ve tamamlayarak görevi bana devreder.					
Birimdeki meslektaşlarım tam bir takım olarak çalışır.					
Birimde birlikte çalıştığım meslektaşlarım, hizmet verdiğimiz hastaların ihtiyaç duyduğu tedavi ve bakımı verebilecek kabiliyettedir.					
Ailemden birileri, birimde birlikte çalıştığım personel tarafından bakılırsa kendimi rahat hissederim.					
Birlikte çalıştığım çalışma arkadaşlarım, şimdiki işimde bulunmamda önemli bir sebeptir.					

Ek 2. Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği (Devam).

Bölüm 2: Bireysel İşyükü Algı Ölçeği (Devam)

Aşağıdaki sorular işiniz ve çalıştığınız kurulma ilgili olup, çalışma ortamına ilişkin algılarımızı ölçmeye yöneliktir. Tablolarda verilen ifadelere katılma durumunuz, aşağıdakilerden hangisine uygun ise parantez içinde verilen sayıları lütfen tabloda verilen ifadelerin karşısına işaretleyiniz.

- (6) Hiç katılmıyorum
(7) Katılmıyorum
(8) Kararsızım
(9) Katılıyorum
(10) Tamamen Katılıyorum

BİRİM DESTEĞİ	1	2	3	4	5
Birime gelen telefonları cevaplamak için bir sekreter vardır.					
Hasta bakımı için ihtiyaç duyulan araç gereç (tansiyon aleti, monitörler, ölçekler, tekerlekli sandalye vb.) yeterlidir.					
Bakım verdiğim hastalar için, ihtiyaç duyulduğu zaman, sosyal hizmet uzmanları vardır.					
Hastayla ilgili büyük bir kriz yaşandığında (yeniden canlandırma işlemi gibi) veya hasta öldüğünde, hasta ve ailesine destek vermek için din görevlisi bulunur.					
Hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum malzemelere (IV malzemeler, tüpler, yastıklar, çarşafklar transfüzyon setleri) kolaylıkla ulaşabilirim.					
Eczacılık hizmetleri ilaçla tedavi sürecinde yeterli desteği sağlar.					

ÇALIŞMA ORTAMI	1	2	3	4	5
Çalıştığım vardiya süresince yemek yemek için en az 30 dakika servisten ayrılabilirim.					
Çoğu zaman çalışma ortamının makul olduğunu düşünürüm.					
Şu anki çalışma ortamım yeni bir iş veya pozisyon aramama neden olabilir.					
Çalışma ortamımın olumsuzluğu nedeniyle, zaman zaman hastaların durumunu olumsuz yönde etkileyen önemli değişiklikleri gözden kaçırdığım olmuştur.					
Bağlı olduğum yönetici ya da servis sorumluma çalışma ortamımın ağır koşullarıyla ilgili sıkıntılarımı dile getirebilirim.					
Bakımıyla ilgilendiğim hastalara yeterli psikolojik/duygusal desteği sağlayabilirim.					

MEVCUT İŞİ SÜRDÜRME NİYETİ	1	2	3	4	5
Gelecek 12 ay süresince şu anki pozisyonumda kalmayı planlamıyorum					
Gelecek 12 ay süresince şu anki pozisyonumda kalmayı planlıyorum					
Gelecek 12 ay süresince farklı bir üniteye yeni bir konuma ya da farklı bir kuruma geçiş yapmayı planlıyorum.					

Ek 3. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Ek-2: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Lütfen her maddeyi okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derce uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanın üzerine (X) işareti koyunuz.

1.Bana hiç uygun değil 2.Kismen bana uygun 3. Büyük ölçüde bana uygun 4.Tamamıyla bana uygun

	Bana Hiç Uygun Değil	Kismen Bana Uygun	Büyük Ölçüde Bana Uygun	Tamamıyla Bana Uygun
1)İşim aile yaşamını olumsuz yönde etkiler	()	()	()	()
2)İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor	()	()	()	()
3)İşimde eskisine göre daha gerginim	()	()	()	()
4)İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.	()	()	()	()
5)İş yerinde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.	()	()	()	()
6)İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
7)İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olmadığım zamanlar kendimi suçlu hissediyorum.	()	()	()	()
8)İş arkadaşlarım kendilerine düşen görevleri yerine getirir.	()	()	()	()
9)İşimde üretkenliğim artmakta.	()	()	()	()
10)İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.	()	()	()	()
11)Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte	()	()	()	()
12)İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.	()	()	()	()
13)İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim.	()	()	()	()
14)Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.	()	()	()	()
15)İşte nadiren hayal kurarım.	()	()	()	()
16)Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.	()	()	()	()
17)İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve/veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.	()	()	()	()
18)İşe sıklıkla geç giderim.	()	()	()	()

Ek 4. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

Tıbbi Hatalarda Tutum	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.					
2. Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.					
3. Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.					
4. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.					
5. Tıbbi hatalar, sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.					
6. Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.					
7. Bakım verilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.					
8. Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.					
9. Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.					
10. Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.					
11. Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.					
12. Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.					
13. Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.					
14. Yapılan tıbbi hatalar hastaya/hasta yakınına açıklanmalıdır.					
15. Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenilebilir durumlardan kaynaklanmaktadır.					
16. Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır					

Ek. 5. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma hemşirelerin işe bağlı gerginlik ve iş yükü algılarının tıbbi hatalarda tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın ismi **‘Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde, iş yükü algısı, işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumlarıdır.**

İş yükünüz ve işe bağlı gerginliğiniz tıbbi hatalara karşı tutumunuzda çok önemlidir. Bu araştırmada Ordu Üniversitesi-Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yükü ve işe bağlı gerginlik durumlarının tıbbi hata tutumlarına etkisini tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Çalıştığımız ortama ilişkin iş yükü algınızı ve işe bağlı gerginliğinizi ve tıbbi hatalar ile ilgili tutumunuzu doğru şekilde ortaya çıkarabilmemiz, sizin sorulara objektif ve gerçekçi olarak cevap vermenizle mümkün olacaktır. Bu nedenle soruları dikkatle okuyarak size en uygun gelen ifadeyi işaretleyiniz. Cevaplarınız kişisel olarak değil gruplandırılarak değerlendirilecek, araştırmacı dışındaki kimselere açık tutulmayacaktır.

Doldurulan anketlerin kime ait olduğu önemli olmadığından **isminizi yazmanız gerekmektedir.** Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız ve kararsızım ifadesini mümkün olduğunca az kullanmaya çalışınız.

Bu çalışma **Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğinin** izniyle gerçekleştirilmektedir. Anketleri, özenle ve sabırla dolduracağınıza inanarak, yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Adı Soyadı: Yasemin Özyer

İş telefonu: 234 32 32

Cep telefonu: 05052503788

Adres: Ordu Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi

KATILIMCININ İMZASI:

Ek 6. Ölçek İzinleri

ölçek hakkında

MELTEM SAYGILI (meltemsaygili@hotmail.com)

11.05.2015

Kime: yasemin özyer

Yasemin Hanım,
Çalışmanızda, ölçeği kullanabilirsiniz elbette, kolaylıklar diliyorum, çalışmanız sonlanınca bir örneğini de benimle paylaşırsanız çok memnun olurum.

Arş. Gör. Meltem SAYGILI
Kırıkkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
71451- Kırıkkale
Tel: (318) 357 42 42
Faks: (318) 357 37 38
E-posta: meltemsaygili@hotmail.com

From: yasemin7952@hotmail.com
To: meltemsaygili@hotmail.com
Subject:
Date: Sat, 9 May 2015 22:58:40 +0300

Meltem hanım iyi akşamlar.Ben Yasemin Özyer Ordu üniversitesi Cerrahi anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım.Tezimde "bireysel işyükü algı ölçeğini " izninizle kullanmak istiyorum .Bu konuda bana yardımcı olursanız çok sevinirim.Teşekkür ederim.

Ek 6. (Devam). Ölçek İzinleri

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

S.Halime Uğurlar (sultanhalime@gmail.com)

11.06.2015

Kime: yasmin7952@hotmail.com

Adı geçen ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz... Kolay gelsin, iyi çalışmalar...

Dr.Halime Uğurlar

Ek 6. (Devam). Ölçek İzinleri

YNT:

dilek güleç (dgulec.11@hotmail.com)

28.04.2015

Kime: yasemin özyer

Kullanabilirsiniz yasemin hanım araştırma sonuçlarından haberdar ederseniz sevinirim.

--- Orijinal İleti ---

Kimden: "yasemin özyer" <yasmin7952@hotmail.com>

Gönderilenler: 28 Nisan 2015 15:35

Kime: dgulec.11@hotmail.com

Merhabalar Dilek hanım,daha önce size mesaj atmıştım ,yine aynı konuda sizi rahatsız ediyorum.İzniniz olursa "Tıbbi hatalarda tutum ölçeğini kullanmak istiyorum".Cevabınızı bekliyorum.İyi günler.

Ek 7. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 90305902-773.02/10324
Konu: Araştırma İzni

09.09.2015

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Ordu Üniversitesi Rektörlüğünün 07.08.2015 tarih ve 2634 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan Mehtap GÜMÜŞAY "Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonların İncelenmesi" konulu çalışmasını Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde, Yasemin ÖZYER "Cerrahi Klinikte Çalışan Hemşirelerde, İş Yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginliğin Tıbbi Hata Tutumlarına Etkisi" konulu çalışmasını Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde ve Burçin IRMAK "Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi" konulu çalışmasını Ordu Devlet Hastanesinde yapmak istedikleri araştırmaları Genel Sekreterliğimiz Araştırma İzin Komisyonu Tarafından incelenmiş olup; Sağlık Tesislerimizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartı ile uygun görülmüştür.

Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı
e-izah

Ek : Araştırma İzni Komisyon Kararı (1 sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

Ordu Devlet Hastanesi (Ek konuldu)

Ordu Üniv. Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yöneticiliğine (Ek konuldu)

Bilgi:

Ordu Üniversitesi Rektörlüğüne (Ek konuldu)

Bueak Mh.İbni Sina Cad. No: 18 52200 ORDU
Telefon Nu. : 0452 666 60 42 Belgegeçer Nu. : 0452 666 60 45
e-posta: khb52.ib@saglik.gov.tr internet adresi: www.ordu.khb.saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi alınacak kişi:
Özlem YÜKSEL ÜRKMEZ
Hemşire



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belgeye ait bilgilere <http://212.156.84.94:8280/cozumlibys/belgeDetay.jsp> adresinden (90305902-773.02-10324-ZUN4P95d) kodu ile erişebilirsiniz.

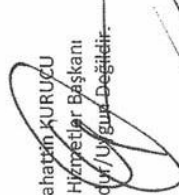
Ek.7. (Devam). Kurum İzni

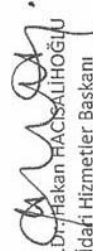
ORDU KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

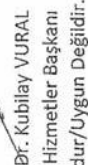
UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMA KONUSU
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	BURÇİN IRMAK	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU DEVLET HASTANESİ	Lomber Disk Herni ameliyatı olan Hastalarda Hastalık Algısının Öz Bakım Gücüne Etkisi
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	MEHTAP GÜMÜŞAY	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ	YASEMİN ÖZYER	ORDU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	ORDU DEVLET HASTANESİ - ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	Cerrahi Klimiklerde Çalışan Hemşirelerde İş yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginliğin Tıbbi Hata Tutumlarına Etkisi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 07/08/2015 tarih ve 2634 sayılı yazı ekinde gönderilen Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.


Güven ÇAKAR
Uzman
Uygundur/Uygun Değildir.


Selahattin KURUÇU
Mali Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Kubilay VURAL
Tıbbi Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek.8. Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
12/02/2016	2	2016 /15

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı ve İşe Bağlı Gerginliğin Tıbbi Hata Tutumlarına Etkisi" başlıklı proje Araştırma protokolüne uyulmak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarih 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan kılavuzlarında belirtilen hususlar dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında **etik sakınca olmadığına oy birliği** ile karar verildi.

Doç. Dr. Canan EREN DAĞLI
Başkan

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Yasemin Özyer
Doğum Yeri : Perşembe
Doğum Tarihi : 07.04.1979
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : yasmin7952@hotmail.com
İletişim Bilgileri : –
Öğrenim Durumu : Lisans

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu	2011
Y. Lisans	Hemşirelik	Ordu	2016

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Samsun Gazi Devlet Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği	2001-2006
Hemşire	Samsun Gazi Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği	2006-2009
Hemşire	Ordu Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği	2009-2016
Öğretim Görevlisi	Artvin Çoruh Üniversitesi Şavşat Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	2016-Halen

Yayınlar :

1. Özyer, Y., Bölükbaş, N. (2015). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı. Muğla, Poster Bildiri, S: 433.