



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**YENİDOĞAN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN STRES VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYLERİNİN HASTANE ENFEKSİYONUNA
ETKİSİNİN MODELENMESİ: HARGEISA İLİ ÖRNEĞİ**

NASRA NOAH

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

ŞUBAT 2021



**YENİDOĞAN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRES
VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN HASTANE ENFEKSİYONUNA
ETKİSİNİN MODELENMESİ:
HARGEISA İLİ ÖRNEĞİ**

Nasra NOAH

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

ŞUBAT 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nasra NOAH

04/02/2021

YENİDOĞAN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN STRES VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN HASTANE ENFEKSİYONUNA ETKİSİNİN

MODELENMESİ:

HARGEISA İLİ ÖRNEĞİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nasra NOAH

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Şubat, 2021

ÖZET

Bu tez çalışmasında, hastanede yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları stres ve tükenmişlik düzeylerinin yenidoğanlarıdaki hastane enfeksiyonu tanısı konulmasına etkisi ve bu tanının birden fazla konulmasına sebep olup olmadığı araştırılmıştır. Bu kapsamda tekrarlayan ölçümler alınmıştır. Anket formunda, Hargiesa ilinde 3 hastanenin hemşirelerin demografik değişkenlerini belirleyen soruların yanı sıra, "İş Stresi Ölçeği" ve "Tükenmişlik Ölçeği" yer almaktadır. Ayrıca tıbbi atık yönetimi ile ilgili hemşirelerin davranışları ölçen sorulara yer verilmiştir. Hemşirelerin çalışma süresince baktıkları bebeklerde hastane enfeksiyonu tanısını konulması durumu takip edilmiştir. Sonuç olarak; hemşirelerin stres ve tükenmişlik ortalamaları orta düzeyde olduğunu bulunmuştur. Ayrıca yüksek düzeyde hemşirelerin tükenmişliği hastane enfeksiyonu tanısı konulmasına ve hemşire stresinde ise yenidoğanlarda birden fazla enfeksiyonu tanısına sebep olduğunu görülmüştür. Üç hastanede çalışan hemşirelerin cinsiyeti, medeni durumu ve diğer demografik değişkenleri incelendiğinde tükenmişlik ve stres ölçekleri ile alt boyutlarında farklı ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlılık bulgulanmıştır.

Bilim Kodu : 10106.03
Anahtar Kelimeler : Hastane enfeksiyonu, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, tükenmişlik, stres, risk faktörleri.
Sayfa Adedi : 171
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Nihan POTAS
Orcid ID : 0000-0002-6665-5339

THE MODELING THE EFFECT OF THE STRESS AND BURNOUT LEVELS ON
HOSPITAL INFECTION OF NURSES WORKING IN THE NEWBORN CARE UNIT:

CASE OF HARGEISA

(M.S. Thesis)

Nasra NOAH

GAZI UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

February, 2021

ABSTRACT

This study was carried out to examine the relationship between the occurrence and spread of hospital acquired infection and level of burnout and stress of nurses in neonatal intensive care unite. In this context, a repetitive survey was conducted. In the questionnaire, besides the questions that determine the demographic variables of nurses working in three hospitals in Hargiesa, "Job Stress Scale" and "Burnout Scale" measurements was conducted. In addition, questions measuring the behavior of nurses towards medical waste management were included. And it was followed up whether the babies the nurses looked after during the study had nosocomial infections. As a result; the average stress and burnout of the nurses were found to be moderate. furthermore, it was observed that high level of nurse burnout caused hospital infection diagnosis, and high level of nurse stress caused the diagnosis of more than one infection in neonates. When the age, marital status, other demographic variables of the nurses in the three hospitals were examined, differences were found in burnout, stress scales, and their sub-dimensions, in different measurements.

Science Code	:	10106.03
Key Words	:	Hospital acquired infection, Neonatal intensive care unit, burnout, stress, risk factors.
Page Number	:	171
Supervisor	:	Asst.Prof. Dr. Nihan Potas
Orcid ID	:	0000-0002-6665-5339

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın araştırılmasında ve yürütülmesinde bana yol gösteren engin bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nihan POTAS'a içten şükranlarımı sunarım. Kendisinin çalışma sürecinde bana verdiği teşvikler sayesinde çalışmamı sürdürüp ileriye dönük geliştirme fırsatı elde ettim.

Beni bugünlere getirip yetiştiren, en mutlu ve en zor anlarımda yanımda olan, her türlü kararımın destekçileri olan annem Deqa Elabe ve Babam Ali Noah'a ve değerli Ablam Anisa Noah ve hep destekleriyle yanımda olan diğer aile üyelerine maddi manevi desteklerinden dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Eğitim hayatım boyunca hiç yanımdan ayrılmayan değerli dostum, Aziza Hashi Abokor'a minnet ve şükranlarımı sunarım. Ayrıca değerli destekçilerim Yusuf ALKAN, Mukhtar YUSUF'a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresinde desteklerini esirgemeyen Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı'na, sonsuza teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xvii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE ENFEKSİYONUN TANIMI

1.1. Hastane Enfeksiyonun Tanımı	5
1.2. Hastane Enfeksiyon Tarihçesi.....	7
1.3. Neonatal Nosocomial Enfeksiyon	9
1.4. Hastane Enfeksiyonu Epidemiyolojisi	11
1.4.1. Hastane Enfeksiyonunda Tanımlamak İçin Kullanılan Epidemiyolojik Formüller	12
1.5. Yenidoğan Hastanede Enfeksiyonun Önemi	12
1.5.1. Ölümlülük (Mortality)	13
1.5.2. Maliyet	13
1.6. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünindeenfeksiyon İçin Risk Faktörleri	13
1.6.1. Hastane Enfeksiyonu Oluşumunu Etkileyen Faktörler	15
1.6.2. Hasta Hassasiyeti.....	15
1.6.3. Çevresel Faktörler	16
1.6.4. Antibiyotik Direnci.....	16
1.7. Hastane Enfeksiyonu Türleri	17

Sayfa

1.7.1. Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (KDE).....	17
1.7.2. Zatürre (Pneumonia).....	18
1.7.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE)	19
1.8. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi	20

İKİNCİ BÖLÜM**TÜKENMİŞLİK**

2.1. Tükenmişliğin Belirtileri.....	23
2.2. Tükenmişliğin Boyutları.....	23
2.3. Duyarsızlaşma	24
2.4. Kişisel Başarı	24
2.5. Duygusal Tükenme.....	24
2.6. Tükenmişlik Modelleri	25
2.7. Tükenmişliğin Nedenleri	26
2.8. Tükenmişliğin Belirtileri	31
2.9. Tükenmişliği Etkileri.....	33
2.10. Hemşire Tükenmişliği ve Hastane Enfeksiyonun Arasındaki İlişki	34
2.10.1. Hemşire Tükenmişliğinin Klinik Etkileri	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**STRES**

3.1. Stres Kavramı.....	39
3.2. İş Stresi Kavramı	40
3.3. İş Stresinin Nedenleri	40
3.4. Bireysel Kaynaklar	41
3.5. Örgütsel Stres Faktörleri.....	41

Sayfa

3.6. Fiziksel Stres Faktörleri.....	43
3.7. Çevresel Nedenler	43
3.8. İş Stresinin Belirtileri.....	44
3.9. Hemşirelik ve İş Stresi.....	46
3.10. Yogun Bakim Stresi	47
3.11. Hemşirelerde Kritik Stres Faktörleri	47
3.12. Tükenmişlik İle İş Stresi Arasındaki İlişki	50

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler.....	59
5.2. Kapsam ve Sınırlılıklar	60
5.3. Araştırmanın Modeli	60
5.4. Araştırma Evreni ve Örneklem	60
5.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	61
5.4.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	61
5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ;.....	61
5.5.1. Demografik Veri Formu	62
5.5.2. Tıbbi Atık Değerlendirme Soruları	62
5.5.3. Maslach Tükenmişlik Envanteri.....	62
5.5.4. Hemşirelik Stres Ölçeği	63
5.6. İstatistiksel Yöntemler	63

ALTINCI BÖLÜM**BULGULAR ve TARTIŞMA**

6.1. Bulgular	65
6.2. Tartışma	131
SONUÇ VE ÖNERİLER	149
KAYNAKLAR	153
EKLER	167
Ek-1: SURVEY FORM.....	168
ÖZGEÇMİŞ	171

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.1. Kişilik tiplerinin özellikleri	27
Tablo 2.2. Tükenmişliği Fiziksel, Duygusal ve Zihinsel Belirtileri.....	33
Tablo 6.1. Hemşirelere ilişkin betimsel istatistikler ($n=45$)	65
Tablo 6.2. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçları	66
Tablo 6.3. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçları	77
Tablo 6.4. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi sonuçları	86
Tablo 6.5. Hemşirelerin çocuk durumlarına göre Mann-Whitney U testi sonuçları.....	90
Tablo 6.6. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçları	94
Tablo 6.7. Duygusal Tükenmişliğe (DT) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	105
Tablo 6.8. Kişisel Başarıya (KB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	106
Tablo 6.9. Duyarsızlaşmaya (D) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	107
Tablo 6.10. Tükenmişliğe ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları	109
Tablo 6.11. İş Yükü ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları	110
Tablo 6.12. Ölüm ve Ölme durumu ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	111
Tablo 6.13. Yetersiz Hazırlığı ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları ...	112
Tablo 6.14. Destek Eksikliğine (DE) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	113
Tablo 6.15. Hekimlerle Çatışma (HÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	114
Tablo 6.16. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe (TİB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	116
Tablo 6.17. Diğer Hemşirelerle Çatışmaya (DHÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları.....	117
Tablo 6.18. Strese ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları	118

Tablo	Sayfa
Tablo 6.19. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri	120
Tablo 6.20. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (2.Ölçüm-3.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	121
Tablo 6.21. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (3.Ölçüm-4.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	122
Tablo 6.22. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (4.Ölçüm-5.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	123
Tablo 6.23. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (5.Ölçüm-6.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	124
Tablo 6.24. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (6.Ölçüm-7.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	125
Tablo 6.25. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (7.Ölçüm-8.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları	126
Tablo 6.26. Yoğun bakımdaki yenidoğanlara ilişkin Betimsel İstatistikleri ($n=72$).....	127
Tablo 6.27. Lojistik -Panel- Regresyon Sonuçları (yit: Hastane Enfeksiyonu tanısı, $n_{\text{bebek}}=72$, $n_{\text{hemşire}}=45$).....	128
Tablo 6.28. Poisson -Panel- Regresyon Sonuçları (yit: Hastane Enfeksiyonu tanısı, $n_{\text{bebek}}=72$, $n_{\text{hemşire}}=45$).....	130

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesine.....	49
Şekil 6.1. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma).....	67
Şekil 6.2. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma).....	68
Şekil 6.3. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, F. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, G. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, H. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, I. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, J. Strese ilişkin karşılaştırma).....	69
Şekil 6.4. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Strese ilişkin karşılaştırma)	71
Şekil 6.5. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Tedaviye ilişkin Belirsizliğine ilişkin karşılaştırma, G. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Strese ilişkin karşılaştırma).....	72
Şekil 6.6. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Strese ilişkin karşılaştırma).....	73
Şekil 6.7. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, C. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, F. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma).....	74

Şekil	Sayfa
Şekil 6.8. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma).....	76
Şekil 6.9. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	78
Şekil 6.10. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma).....	79
Şekil 6.11. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma)	80
Şekil 6.12. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	81
Şekil 6.13. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Destek eksikliği ilişkin karşılaştırma)	82
Şekil 6.14. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma)	83
Şekil 6.15. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma)	84
Şekil 6.16. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (8.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, G. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Stresine ilişkin karşılaştırma)	85
Şekil 6.17. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, B. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	96
Şekil 6.18. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. İş yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, C. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma D. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, E. Stresine ilişkin karşılaştırma).....	97

Şekil	Sayfa
Şekil 6.19. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, B. İş yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma D. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	98
Şekil 6.20. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	99
Şekil 6.21. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)	100
Şekil 6.22. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, C. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, D. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, E. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, F. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, G. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, I. Strese ilişkin karşılaştırma)	101
Şekil 6.23. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, D. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, E. Strese ilişkin karşılaştırma)	103
Şekil 6.24. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma)	104
Şekil 6.25. Duygusal Tükenmeye (DT) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	106
Şekil 6.26. Kişisel Başarıya (KB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	107
Şekil 6.27. Duyarsızlaşmaya (D) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	108
Şekil 6.28. Tükenmişliğe ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	109
Şekil 6.29. Destek Eksikliğine (DE) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	113

Şekil	Sayfa
Şekil 6.30. Hekimlerle Çatışmaya (HÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması.....	115
Şekil 6.31. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe (TİB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması	116
Şekil 6.32. Diğer Hemşirelerle Çatışmaya (DHÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması.....	118
Şekil 6.33. Strese ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması.....	119



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAI	Hospital Acquired infection
IYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
KDE	Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
LBW	Low Birth Weight
MRSA	Metisiline Dirençli Staphylococcus Aureus
NE	Nozokomiyal Enfeksiyon
NHSN	National Healthcare Safety Network
NNIS	National Nosocomial Infections Surveillance System
PRISM	Pediatric Risk of Mortality
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları (HE) veya nozokomiyal enfeksiyonlar, hastaneye başvurdıklarında aktif veya inkübe enfeksiyonu olmayan bir hastada patojenik mikroorganizmaların veya toksinlerin neden olduğu lokal ve / veya sistemik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Kleven vd., 2007).

Hastane enfeksiyonu son zamanlarda sağlık bakımı alan hastalarda gelişen enfeksiyonlar olması nedeni ile sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar (health care associated infection) (SBİE) olarak da tanımlanmıştır. SBİE'lar tüm dünya çapında modern sağlık hizmetlerinin uygulandığı birimlerde hizmet kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.

Hastane enfeksiyonları (HE), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mortalite ve maliyet nedeniyle son yıllarda önemli bir konu olmuştur. Bu enfeksiyonların gelişmesini önlemek ve kısa sürede teşhis ve tedavi etmek için hastane enfeksiyon kontrol önlemleri önemli sağlık hizmetleri arasındadır. Etkili enfeksiyon kontrol programları ile nozokomiyal enfeksiyon oranlarında önemli bir azalma elde etmenin mümkün olduğu görülmüştür (Akgül, 2013).

Hastane enfeksiyonu, hastanın kabulünden 48 saat sonra veya hastanın hastaneden taburcu edilmesinden sonraki 10 gün içinde ortaya çıkmaktadır. Hastane hizmetlerindeki büyük gelişmeler, tıbbi atıkların kontrolü, hijyen, sanitasyon ve etkili tedavilere yönelik dikkatli olunmasına rağmen, hala hastane enfeksiyonu hem gelişmekte olan hem de gelişmemiş ülkelere önüne tamammıyla geçilmemiştir. Özellikle çocuklar ve yenidoğanlarda, yatan hastalar arasında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Ayrıca hastanede kalış sürelerinin uzamasının da sebebidir ve maliyeti arttırmaktadır. Tanı, tedavi yöntemleri, hastane organizasyonlarının uygulamalarının gelişmesine bağlı önleyici girişimlerde, yeni ve ileri teknolojilerin kullanılmasına rağmen, son yıllarda hastane enfeksiyonları yüksek sıklıkta görülmeye devam etmektedir (Pawez ve William,1999).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, hastanede yatarak tedavi gören yaklaşık her 10 hastadan birinde hastane enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca DSÖ gelişmekte olan ülkelere hijyenik koşulların yetersizliği, hastane enfeksiyonlarının ve enfeksiyon

kontrolünün yeterince önemsenmemesi nedeniyle gelişmiş ülkelere oranla sorunun daha büyük boyutlarda olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2002).

Son on yıldaki yoğun bakımdaki gelişmeler, kritik olan hastalarda özellikle yenidoğanların hayatta kalmasında önemli rol oynamıştır. Genel olarak, nozokomiyal enfeksiyon yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) önemli bir sorun olarak kabul edilmiştir. Birçok YYBÜ, genellikle gram negatif basiller nedeniyle ciddi nozokomiyal enfeksiyon salgınları yaşanmıştır.

Günümüzde hastane enfeksiyonları hastaneye yatırılan hastaları etkileyen en önemli komplikasyondur. Bu nedenle, hastane enfeksiyonunun izlenmesi ve enfeksiyon kontrolü için uygun politikaların geliştirilmesi hastane yönetimi için önemli bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri için maliyetin genel olarak makul bir şekilde artırılması, tüm tıbbi faaliyetlerin, önleyici tekniklerin, artırılması, uygun politikalarda aynı zamanda maliyet artışları ile ilgili olarak da değerlendirmenin temel konusu olmasını başlıcalarıdır.

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) temel ölüm nedenleri arasındadır. Çünkü yenidoğan bebekler veya erken dönem bebekleri enfeksiyonları önlemek veya yenmek için güçlü bağışıklık sistemlere olmadığı bilinmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık tesislerinin sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde dünyanın önde gelen bebek ölüm nedenlerinden biridir (Baltimore,1998).

Hastane enfeksiyonları, çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Hastane kaynaklı enfeksiyonların ortaya çıkmasına ve yayılmasına neden olabilecek pek çok şey sebep olabilmektedir. Hemşirelerin stres ve tükenmişliklerinin hastane kaynaklı enfeksiyonların ortaya çıkması ve yayılmasıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hemşireler çoğunlukla hastaların tedavisi ve bakımı için çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu noktadan hemşirelerin fiziksel ve duygusal sağlığı çok önemlidir. Hastaya bakan hemşirenin duygusal durumu, stres düzeyi ve zihinsel istikrarı iyi değilse, baktığı hastanın durumunun düzelmeyeceği ve iyi olmayacağını anlaşılabılır. Hayat tehdit eden kriz durumları, aşırı iş yükü, yetersiz fiziksel koşullar, bire bir hasta bakımı, gelişebilecek kritik durumlar, kullanılan teknolojik cihazlar ve artan sorumluluklar, fiziksel koşullar ve stres,

karmaşık teknoloji, acil karar verme sorumluluğu gibi faktörler , uyarıcı ortam, hareketlilik ve yüksek gürültünün fazla olması sayılabilir.

Gray-Toft ve Anderson (1981), stressler; iş yükü gibi fiziksel çevre ile ilgili stresörler, diğer çalışanlarla çatışma gibi sosyal çevre ile ilgili stres etkenleri ve ölüm olgusu ve hastanın ölümü, yeterli personel desteğinin olmaması, tedavide belirsizlik, yetersiz hazırlık gibi psikolojik ortam hasta ve ailesinin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için psikolojik çevreye ilişkin stresörler olarak sınıflandırmıştır.

Maslach (1996), hemşirelik bakımı faktörünün, hastane kaynaklı enfeksiyonların varlığı ile de ilişkili olabileceği yönündedir. Hemşire personel sayısı, hemşire başına hasta oranı ve hemşire çalışma vardiyaları enfeksiyonun yayılmasını doğrudan etkilidir. Bununla birlikte, hemşire bakımı ve enfeksiyon ilişkisinin araştırıldığı olasılık modellerin kullanıldığı mekanizmasıyla ilgili titiz bir çalışma fazlaca bulunmamaktadır. İşe bağlı tükenmişlik kötü tıbbi bakım ve hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir. Maslach'ın teorisi, sağlık profesyonellerindeki tükenmişliğin önemli bir bileşeninin, iş ve talepleriyle başa çıkmanın bir yolu olarak duygusal ve bilişsel ayrılma ile ilişkili duygusal tükenme olduğunu öne sürmektedir. Bazı bulgular, hastane hemşirelerinin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermekte, fakat daha yüksek tükenmişlik oranlarının klinik sonuçları etkileyip etkilemediği henüz büyük ölçüde araştırılmamıştır.

Hugonnet ve Pitted (2004), hemşire sayısının az olması ve hemşire tükenmişliğinin, artan enfeksiyon riski ve tanısı konulmuş enfeksiyonların önemli bir oranı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yoğun bakımda, personeli daha yüksek bir seviyede tutarak ve hemşire tükenmişliğini ortadan kaldırarak enfeksiyon önlenabilir.

Bu tez çalışmasında, hemşire tükenmişliği ve stresinin yenidoğanlardaki hastane enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi araştırmak için Hargiesia ilinde olan üç hastaneden yapılmıştır. Ankete 45 hemşire katılmıştır. Araştırma sırasında 72 yenidoğan koğuşuna kabul edildi. İlk bölümde hastane enfeksiyonu tartışıldı ve takip eden diğer bölümler tükenmişlik, stres ve tıbbi atıklar ile ilgili tartışılmıştır.

Bu araştırma hemşirelerin tükenmişliği ile hastane kaynaklı enfeksiyonlar arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmıştır. Tez 6 bölümünden oluşmaktadır. ilk bölüm

hastaneden kaynaklı enfeksiyonları anlatıyor, ikinci bölümde hemşire tükenmişliği ardından hemşirelerin stresi, literatür taraması ve yöntemi, son olarak tezin bulguları, tartışması ve sonucu sunulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE ENFEKSİYONUN TANIMI

1.1. Hastane Enfeksiyonun Tanımı

Gündüz (2019), hastane enfeksiyonları, latince hastalık anlamına gelen "nosos" kelimesinin ve tedavi anlamında "komeion" kelimesinin ve kullanılan "nosokomeion" kelimesinin kombinasyonundan türetilen "nozokomiyal enfeksiyonlar" olarak adlandırılır. Hastane enfeksiyonları, hastanede olma nedeniyle ilişkilidir; sağlık personeli, ziyaretçiler ve hastaneyle ilişkili diğer kişilerin birbiriyle etkileşimi sonucu yayılmaktadır. CDC Ulusal Sağlık Güvenliği Ağ (NNIS) tarafından yapılan tanımına göre, inkübasyonda değil, hastaneye yatıştan 48 saat sonra gelişen enfeksiyöz bir ajanın veya toksinin varlığına karşı oluşan reaksiyonun neden olduğu lokalize veya sistemik bir durum olarak tanımlanır. Hastaneye bağlı / edinilmiş enfeksiyonlar (HE) olarak bilinir.

Kiliç (2012), eski tanıma göre, hastane enfeksiyonları (HE) veya nozokomiyal enfeksiyonlar, sağlıkla ilişkili enfeksiyonlardır, Ancak yeni tanımlar, hastanede yatan hastaların maruz kalabileceği en yaygın komplikasyonlar arasında olduğu vurgulanmaktadır. Hastanın kabul edildiği sırada bulunmayan, hastanın hastanede kaldığı süreçte gelişen hem hastanede hem de diğer klinik tesislerde gelişen enfeksiyonlardır.

Zaidi vd. (2005), göre nozokomiyal enfeksiyonun uzun zamandır hastane ortamının hastalara yol açtığı en büyük risk olarak kabul edilmiştir. Hastane enfeksiyonları 1957-1958'de ülke çapında hastane temelli stafilokok enfeksiyonlarının ortaya çıkması sırasında aniden halk sağlığı tehdidi haline gelmiştir. Hastane enfeksiyonlarının araştırılması, kontrolü, surveyans ve epidemiyolojik yöntemlere vurgu yapılarak halk sağlığı disiplini tarafından derinden şekillendirilmiştir.

Khan (2015), hastane kökenli patojenler kişiden kişiye, çevreye veya kontamine su ve gıdaya, enfekte olmuş kişilere, kontamine sağlık personelinin cildine veya paylaşılan maddeler ve yüzeyler yoluyla temas yoluyla bulaşabileceğin göstermiştir. Esas olarak, çoklu ilaca dirençli nozokomiyal organizmalar arasında metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*, vankomisine dirençli enterokoklar, *Pseudomonas aeruginosa* ve *Klebsiella pnömonisi*

bulunmaktadır. Burada Clostridium difficile doğal direnç göstermektedir. Personel veya ziyaretçiler tarafından hastaneye veya diğer sağlık hizmeti ortamına ve doğum kanalına geçişten kaynaklanan yenidoğan enfeksiyonlarına yakalanan enfeksiyonlar da nozokomiyal enfeksiyon olarak kabul edilmektedir. Hastane dışında rehabilitasyon merkezleri, yetimhaneler ve geriatrik gibi hasta bakımı ile ilgilenen bölgelerde, merkezler enfeksiyon riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle hastane kaynaklı enfeksiyon tanımı "sağlıkla ilgili / ilişkili enfeksiyon olarak adlandırılmıştır.

Hastane enfeksiyonları, hastanın hastaneye yatışından itibaren 48-72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonları veya başvuru sırasında kuluçka döneminde bulunmayan enfeksiyonları olarak tanımlanmıştır. Erken taburcu edilen hastaların maruz kaldıkları enfeksiyonlar taburcu olduktan 10 gün sonra ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte, hastane enfeksiyonu taburcu olduktan sonra 72 saat içinde gelişen enfeksiyonlar olarak kabul eden çalışmalar bulunmaktadır. (Kiliç, 2012)

Demirok (2018), göre başvurudan 48-72 saat sonra hamile annelerin enfeksiyon tanısı olmayıp yenidoğan enfeksiyon tanısı olması hastane enfeksiyonu olarak kabul edilmektedir. Buna rağmen, trans plasental enfeksiyonlar (herpes simpleks, toksoplazmoz, kızamıkçık, sitomegalovirüs veya sifiliz), doğumdan sonraki ilk 48 saat içinde belirti ve semptomlar veren enfeksiyonlardır. Doğum kanalından geçiş sırasında kazanılan enfeksiyonlar ve gizli bir enfeksiyonun yeniden aktivasyonudur (herpes) zoster, herpes simpleks, sifiliz veya tüberküloz). HE olarak kabul edilmez. Kuluçka süresi hastaneye yatmadan önce alındığı ve kuluçka süresi uzun olduğundan hastanede tanı konulan bu enfeksiyonlar HE olarak kabul edilmemektedir. Öte yandan, hastanede alınan ve uzun bir kuluçka dönemi olan bazı hastalıklar ise (hepatit B ve C gibi) HE olarak kabul edilebilir. Hastaneye yatmadan önce uzun süre inkübasyondan sonra görülen enfeksiyonlar da HE olarak kabul edilmemektedir.

Gündüz (2019), göre dünya çapında hastane enfeksiyonu insidansı %7-%10 civarındadır ve bu enfeksiyonlar için tedaviler maliyetlidir. Hastanedeki hastalar arasında yüksek öldürücü ve ilaca dirençli mikroorganizmaların taşınması ve yayılması el hijyeniyle ilgilidir. Sağlık çalışanlarının sadece %20-40'ının tamamen hijyen koşullarını sağlanmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %30-50'si el hijyenin ile etkili olduğu

bulgulanmıştır. Buna rağmen HE'nun ABD'ye (ABD) yıllık maliyeti yaklaşık 5 milyar dolardır.

Akgül (2013), göre hastane enfeksiyonlarının gelişmesinden önce, çoğu hasta endojen veya ekzojen kaynaklı potansiyel patojenik mikroorganizmalarla kolonize olmasından kaynaklıdır. Yoğun bakım hastalarında muhtemelen altta yatan hastalıkla ilişkili risk faktörleri nedeniyle hastane ortamında potansiyel patojenlerle hızla kolonize olabileceği bilinmektedir.

1.2. Hastane Enfeksiyon Tarihçesi

Semmelweis, 1840'larda hastanelerde enfeksiyon bulaşmasını kontrol etmek için el hijyeninin önemini göstermektedir. Gastmeier (2004). Bununla birlikte kontrol etmeye başaramamıştır. Semmelweis, 1840'larda Viyana Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda çalışmıştır. Otopsi hekimleri ve tıp öğrencileri tarafından yapılan doğumlarda anne ölümlerini %10'nu ve %3'nun, ebelerin yaptığı doğumlardan olduğunu bulunmuştur. Bunun üzerine doktorlara otopside çıktıktan sonra ellerini klorlu suyla yıkaması için talimat verilmiştir. Bu talimattan sonra doğum servisinde mortalite %10'dan %1.3'e düşmüştür. Semmelweis, bu çalışmaları hastane enfeksiyonu ve önlenmesi ilgili çalışmalar temel oluşturmuştur.

Flornce Nightingale 1890'lı yıllarda İngiltere'de aynı tanı ile hastanelerde tedavi edilen hastalarda ölüm oranının, hastane dışında tedavi edilenlere kıyasla daha yüksek olduğunu gözlemlenmiştir. Olumsuz hastane koşullarının, HE mortalitesini yükselttiğini göstermiştir. Hastanelerdeki ölüm kayıtlarının hemşireler tarafından tutulmasını önermiştir. Bu enfeksiyon kontrolüne etkisi olmuştur (Baltimore, 1998).

Görev tanımıyla insanlık tarihi kadar eski bir tarihi olduğu bilinen hastane enfeksiyonları, uzun yıllardır tespit edilememiştir. M.Ö. Mezopotamya sırasında eski Mısır ve Roma'da tıbbın geliştiği bilinmektedir ve hatta tıp fakültelerinin olduğunda bulgulanmıştır (Naharcı, 2006).

Karabey (2003), literatürde hastane enfeksiyonlarını kontrol altına almak için verilerin sistematik olarak toplanması, kaydedilmesi, analiz edilmesi ve yorumlanması “Hastane Enfeksiyon Sürveyansı” olarak tanımlanmaktadır.

Gastmeier (2004), belirli bir bakterinin belirli bir hastalığın nedeni olduğunu kanıtlayan Robert Koch’la birlikte asepsi ve antisepsi kurallarına verilen önem artmıştır. HE'nin önlenmesinde en önemli faktörün el hijyeni olduğu ortaya konmuştur.

1976 yılında, sağlık kuruluşlarının ortak akreditasyonu, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için onu taşımaktadır. Akredite bir standartlar ve finansal havuzu oluşturulmasını yayınlamıştır. Bu da hastanelerin enfeksiyon kontrol programlarına idari ve finansal destek sağlaması gerektiğini yönelik bir etici güç olmuştur (Kiliç 2012).

Hugonneta vd. (2004), göre hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin (CDC'ler) Hastane Enfeksiyon Kontrolünün Etkinliği Üzerine Çalışmıştır. Dört kilit enfeksiyon kontrol bileşenine sahip olan hastanelerin etkili bir hastane epidemiyoloğuna her 250 yatak için bir enfeksiyon kontrol pratisyenine gerek olduğunu açıklanmıştır. Aktif gözetim mekanizmaları ve sürekli kontrol çabaları hastanelerde enfeksiyon oranlarını üçte bir oranında azaltmıştır.

Rosenthal, vd (2006), göre giderek artan sağlıkla ilgili enfeksiyonların gelişmiş ülkelerde hastalık ve ölümlerin önemli bir nedeni olduğunu göstermiştir. Cihaza bağlı enfeksiyonlar, özellikle ventilatöre bağlı pnömoni, santral venöz kateter (CVC) ile ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları ve kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonları YBÜ'de hasta güvenliği için en büyük tehdidi oluşturmaktadır. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonların sürveyansı, CDC'ler tarafından, özellikle cihazla ilişkili enfeksiyonlar için basit, net tanımlar vererek Ulusal Nosocomial Enfeksiyon Sürveyansı (NNIS) Sistemi tarafından standartlaştırılmıştır.

Son 50 yılda yenidoğanda HE'lerin patojenlerinin önemli ölçüde değiştiği gözlemlenmiştir. 1950'lerde Saureus en yaygın nozokomiyal patojendir. 1960'larda gram negatif basil (P.Aeroginosa, Klebsiella spp, E.coli) ve 1970'lerde KNS ve S.aureus (Methicillin resistancy S.aureus) en yaygın olan patojenler olarak bulgulanmıştır. 1990'lara kadar Candida türleri (özellikle C.albicans ve C.parapsilosis) yavaş yavaş artmış hastanae enfeksiyonlarının%10'undan sorumlu hale gelmiştir (Weinstein, 2008).

1.3. Neonatal Nosocomial Enfeksiyon

Zaidi vd. (2005), yenidoğan enfeksiyonlarının gelişmekte olan ülkelerde yılda 1 ile 6 milyon arasında ölüme ve tüm yenidoğan ölümlerinin %40' ına neden olduğu tahmin edilmektedir. Topluluk ve tesis tabanlı verilerin kapsamlı bir incelemesinde, yenidoğan döneminde tüm ölüm nedenlerinin bir oranı olarak yenidoğan enfeksiyonu %4 - %56 arasında değişmektedir. Bu oran hastane temelli 17 çalışmada ve 24 toplumsal çalışmada %8–84'tür. Bu ölümlerin dörtte üçü Güney Asya'dadır ve Sahra altı olan Afrika'daki tüm yenidoğanlarda ölüm nedeni olan yenidoğan enfeksiyonudur. Hindistan'da yapılan son hastane çalışmalarında %25 ile %71, Kenya ise ilk sevk düzeyi hastanelerinde yapılan araştırmalarda % 16 ile 55 arasında değişmektedir.

Drews vd. (1995), yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki (YYBÜ) yenidoğanların, zayıf savunma mekanizmaları nedeniyle hastaneden kaynaklı enfeksiyonlara (HE) yakalanma riski yüksek olduğunu vurgulanmıştır. Bu özellikle düşük doğum ağırlığına ve rahim dışındaki hayata tamamen hazır olmayan olgunlaşmamış bebeklere sahip olanlar için geçerli olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak, zamansız doğumları genellikle konjenital kusurlarla ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Bu ilişki enfekte olma riskini artıracak belirtilmiştir. Yenidoğan bakımındaki birçok gelişmeye rağmen, yenidoğan ölümlerinin %10 ile 20'sine hastaneden kaynaklı enfeksiyonlar neden olduğu bilinmektedir.

Parvez ve Jarvis (1999), tıbbi teknolojinin hızlı gelişmesi, özellikle doğuştan hastalıkla doğma veya aşırı prematürite doğanlarda, yenidoğanların yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini artırdığı bulgulanmıştır. Kırılgan hastaların artan popülasyonu, yenidoğan morbiditesi ve mortalitesi ile sonuçlanabilecek enfeksiyöz komplikasyonlarla ilişkili, terapötik müdahaleler genellikle hayatta tutabilmek için önem arz etmektedir.

Brady (2005), göre hastane enfeksiyonları, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) tedavi edilen hastalar için önemli morbidite ve mortalite kaynağı olduğu göstermiştir. Önceden süveyans çalışmaları YYBÜ'lerde nozokomiyal enfeksiyon oranlarının %11-%22 arasında değiştiğini göstermiştir. Profilaktik antibiyotiklerin, immünoglobulinlerin ve fiziksel engellerin kullanılmasına rağmen, YYBÜ'lerde hastane enfeksiyonlarının prevalansı hala yüksektir ve daha etkili koruyucu yöntemler geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Banerjee vd.(2006), sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlar, artan hasta mortalitesi, morbidite ve sağlık maliyetleri ile bağlanmıştır. Hastaların aşırı mortalitesi %7.4 – 19.2 oranında olduğunu bulgulanmıştır. Ekstra hastanede yatış günü ve hastanedeki hasta başına 5.335\$ ek maliyet olarak tahmin edilmiştir. Pediatrik ve YYBÜ'de, cihazların yaygın kullanımı ve popölasyondaki karmaşık prosedürler nedeniyle sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonlarda son derece tehlikeli olduğunu belirtilmiştir.

Sohn vd. (2001), göre yenidoğana özđü bir nozokomiyal kontaminasyon modu, mikroorganizmaların maternal doğum kanalından türetilen anneden bebeğe doğum sonrası veya intrapartum iletimler olduğunu belirtmiştir. Anne doğum kanalında bulunan herhangi bir mikroorganizma, yenidoğanın mikroorganizmasının patojenitesine ve duyarlılığına bağlı olarak enfeksiyona neden olabileceğini belirtmiştir. YYBÜ de yatan hastalar ayrıca aerosol veya temas (doğrudan veya dolaylı) mikroorganizmalarının bulaşma riskine artılabileğini vurgulanmıştır. Günümüzde hastanelerde uygulanan kan ürünlerinin güvenliğinin artmasına rağmen, kritik hastalığı olan yenidoğanların stabilizasyonu, tanımlanmış olan patojenlerin ve henüz tanımlanmamış olanların kan yoluyla bulaşan patojenlerin bulaşmasında sık sık kan ürünlerinin kullanımı etkili olmuştur.

Brady (2005), göre hastane enfeksiyonları, organizmaların sağlık alışanlarının (HCW) ellerine taşınmasıyla ilgili olduğunu göstermiştir. YYBÜ'ya kabul edilen yenidoğanlarda ventilatör kullanımı gibi invaziv prosedürlere ve cihazlara maruz kalma riski daha yüksek olduğunu bulgulanmıştır. Benzer şekilde, sağlık çalışanlarının elinden patojen bulaşma riski de artırdığını belirtmiştir. El yıkamanın enfeksiyonlarını azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu vurgulanmıştır.

Hugonneta vd. (2004), göre YYBÜ'daki HE sıklığı sırasıyla kan dolaşımı enfeksiyonları (%45-55) ve hastaneden kaynaklan (%16-30) pnömoni olduğunu göstermiştir. YYBÜ'ya kabul edilen yenidoğanlarda ventilatör kullanımı gibi invaziv prosedürlere ve cihazlara maruz kalma riski daha yüksek olduğunu belirtmiştir. 2004-2009 yılları arasında Enfeksiyon Kontrol Derneği (INICC) alışmasında, kateterle ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu oranı 6.5 / 1000 kateter gün ve VAP oranı 9.0 / 1000 MV gün olarak tespit edilmiştir.

1.4. Hastane Enfeksiyonu Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, yatarak tedavi gören her 10 hastanın yaklaşık birinde hastane enfeksiyonu meydana gelmektedir. Buna ek olarak, DSÖ, hijyenik koşulların yetersiz olması ve hastane enfeksiyonundaki önemsizliğinden dolayı en büyük sorunun gelişmekte olan ülkelerde olduğunun altını çizmektedir. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı gelişmiş ülkelerde %5.10-11.60; gelişmekte olan ülkelere %5.70 - 19.10 arasındaydı. ABD'de çocukların yaşla ters orantılı olarak değiştiği gösterilmiştir (<10 yıl% 1.5-4. <1 yıl% 7-9) Çocuk hastanelerinde yapılan çalışmalarda ortalama HE oranı 8.90 / 1000 hasta günüdür, ancak oran 4.60 ile 18.10 arasında değişmektedir.

Borghesi ve Stronati (2008), hastane enfeksiyonu yetişkinlere göre birçok yönden farklı olduğunu belirtmiştir. Enfeksiyon türü ve nedensel mikroorganizma yaş grubuna ve enfeksiyonun bulunduğu yere göre değişmektedir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonları en sık görülen medikal hasta tipleri iken, pnömoni sonrası idrar yolu enfeksiyonları ve cerrahi alan enfeksiyonları cerrahi hastalarda en sık görülen hastane enfeksiyonu olduğu göstermiştir.

Pittet (2001), hastanelerde, sürekli takip çalışmaları (sürveyans) ile hastane enfeksiyonlarının etkileyen faktörlerin sıklığı tipi bulunmasının mümkün olabileceği belirtmiştir. Sürveyans değerlendirmeleri, tedavi kararı amacıyla yapılan incelemeleri içermez. Sürveyansın ana unsurlarından biri, enfeksiyon kategorilerinin tanımlanması ve enfeksiyonun yayılma hızı olduğunda vurgulanmıştır. Zaman içinde toplanan verilerin güvenilirliği ve eski veriler veya diğer merkezlerle karşılaştırılması, tanımlar üzerinde fikir birliği gerektirebileceğini göstermiştir. Hastane enfeksiyonlarını tanımlamak ve müdahalelerin sonuçlarını izlemek için ulusal verilerin toplanması ve değerlendirilmesi gerektiğinin altını çizmiştir

Çelik (2019), çalışmasında Amerika Birleşik Devletleri'nde "Ulusal Hastane Enfeksiyon Araştırması" (UHEA) katılımı, isteğe bağlı, hastane temelli bir ulusal veri sistemi uygulanmaktadır. Sistem 1970'lerde 62 hastanenin katılımıyla başlamıştır ve bugün 300'den fazla hastaneden veri toplanmaktadır . Katılan hastanelerde ortak bir dil kullanmak amacıyla 1987 yılında Hastalık Kontrol Merkezi (HKM) tarafından hastane enfeksiyonları

ve ilgili konular için tanımlar yeniden tanımlanmıştır. Bu tanımlar artık farklı ülkelerdeki birçok hastane enfeksiyonu kontrol programına uyarlanmıştır.

1.4.1. Hastane Enfeksiyonunda Tanımlamak İçin Kullanılan Epidemiyolojik Formüller

Andersen vd. (2007), “Hastanelerde Enfeksiyonun Kontrolü ve Önlenmesi” kitabında bahsettiği gibi, HE'lerin denetim için veri analizin için kullanılan üç farklı formül bulunmaktadır:

Oran; belirli bir dönemde yeni vaka sayısının incelenen nüfusa oranının göstermektedir.

Yaygınlık; eski ve tüm vakaların muayene sırasında var olan nüfusa oranının göstermektedir.

İnsidans yoğunluğu; Belli bir dönemde hastalık görülme oranını, yani risk grubunda olan ve hasta olanların oranını göstermektedir.

1.5. Yenidoğan Hastanede Enfeksiyonun Önemi

Borghesi, ve Stronati (2008), çalışmasında hastane hizmetlerindeki gelişmelere rağmen, hastane kaynaklı (Nozokomiyal) enfeksiyonlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde morbidite, mortalite ve maliyet nedeniyle yoğun olarak vurgulanan bir konu haline gelmiştir. Hastane kaynaklı enfeksiyonlar; fonksiyonel bozukluklara, duygusal strese, düşük yaşam kalitesine hatta ölüme neden olabileceği belirtilmiştir.

Cimiotti vd. (2012), bu enfeksiyonlar uzun süreli hastaneye yatışa neden olabileceğine ve bu da işgücü kaybına neden sebep olabileceğini vurgulanmıştır. Bu nedenle hastanelerde sık görülen hastane enfeksiyonları maliyet artışına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirtmiştir.

1.5.1. Ölümlülük (Mortality)

Baltimore (2003), çalışmasında hastane enfeksiyonlar pediatrik hastalarda önde gelen hastalık ve ölüm nedenleri arasında olduğu belirtmiştir. ABD'de 2002 yılında yapılan çalışmada yılda 1.7 milyon HE olduğunu göstermiştir, HE oranının 9.30 / 1000 hasta günü 4.50 / 100 hasta hastaneye yatışı olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de HAI hastalarının %6'sında ölüm HE ile ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağında mortaliteye bağlı HE nadiren hesaplanmıştır.

Távora (2008), Brezilya'da yapılan çalışma, HE'nun çocuklarda %2 vaka ölümüne sahip olduğunu belirtilmiştir. Bununla birlikte, artan mortalite ile ilişkili HE tanısı konuların çoğunda, hastaların altta yatan ciddi sağlık sorunları olduğu bulgulanmıştır. Ayna zamanda KDE (Kan dolaşımı enfeksiyonu) ile ilişkili mortalite oranları daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Pediatrie ise %9-14 ve YYBÜ'da %18-20' bulgulanmıştır.

1.5.2. Maliyet

Borghesi ve Stronati (2008), hastane enfeksiyonu uzun süre hastanelerde kalış, artan tanı muayeneleri (radyoloji, laboratuvar gibi), antibiyotik tedavisi ve işgücü kaybından dolayı mali kayıplara yol açtığı çalışmasında belirtilmiştir. ABD'de 2009'da antibiyotik direnci olan enfeksiyonlarda hasta başına maliyet 18.588 - 29.069 \$, yıllık genel maliyet ise 10.70 - 15 milyon \$ ve ekstra hastanede kalış süresi 6.40 - 12.70 gün artış olduğu bulgulanmıştır.

Hussain vd. (2006), birincil maliyet, hastane kaynaklı enfeksiyonları olan hastaların uzun süreli kalmaları olduğunu bulgulanmıştır. Bu süre zarfında sayısı az olan yatakları günlerce işgal etmelerinden kaynaklı, ek tanısı ve terapötik müdahaleler gerektiğini vurgulanmıştır.

1.6. Yenidoğan Yoğun Bakım Üntinde enfeksiyon İçin Risk Faktörleri

Mello vd. (2009), yenidoğanlarda enfeksiyonu için ana risk faktörleri arasında dahili (içsel) veya dışsal (dışsal) olarak ayrılabilceğini belirtmiştir. İç faktörler arasında

prematürite (gestasyonel yaş), doğum ağırlığı, doğuştan hastalıkla doğma ve immünolojik gelişimin gücü gibi hasta faktörleri olduğu göstermiştir.

Sohn (2001), YYBÜ'lerdeki bebeklerin genellikle prematüre olup, düşük doğum ağırlığı (DDA) ve olgunlaşmamış bir bağışıklık sistemine sahip olduğunu belirtmiştir. Tüm bu faktörler enfeksiyon riskini artırabileceğini belirtmiştir. Dış faktörler arasında hastanede kalış süresi, kapsamlı cihazlar, prosedürler maruz kalması sayılabileceğini vurgulanmıştır. Temel olarak, küreizde bebeklerin yatış süreleri kısa süreli olduğu bilmektedir. Bu dönemde invaziv cihaz veya prosedürler bebekler maruz (sünnet hariç) bırakılmaktadır. Bu nedenle hastane personel ile bebekler birebir etkileşim halindedir. Bu da enfeksiyon için en önemli risk faktörlerin olduğunu düşünülmektedir. Buna karşılık, YYBÜ bebekleri genellikle uzun süre hastanede kalma durumları olabilmektedir. Sağlık uzmanları tarafından uygulanan kapsamlı cihazlara ve karmaşık prosedürlere düzenli olarak maruz kalabilmektedirler.

Stover vd. (2001), çoğunlukla kan dolaşımı (KDE), idrar yolu (İYE), cerrahi bölgesi (ÇB) ve alt solunum yolu enfeksiyonlarının cihaza maruz kalmayla ilişki olduğunu bulgulanmıştır. Yenidoğanları HAI'ye daha duyarlı hale getiren ana risk faktörleri arasında doğum haftası, doğum ağırlığı, konjenital hastalıklar (konjenital anomali vb.) olarak sayılmaktadır. immünsüpresyon da buna dahil edilmiştir.

Baltimore (1998), göre bu risk faktörleri göz önüne alındığında, YYBÜ'ye yatırılan pediyatrik hastalar hastane enfeksiyonuna daha duyarlı olabileceği belirtmiştir. Yapılan çalışmalar da bunu desteklemektedir. Aşırı prematürite, konjenital malformasyon veya cerrahi durum nedeniyle bebeklerin ve yenidoğanların çoğu yoğun bakım ünitesinde uzun süre (haftalar veya aylar) hastaneye kalmaktadır. Bu durum da enfeksiyon riskini artırmaktadır.

Pittet (2000), aşırı kalabalıklaşma, cihaz arızası veya cihaz yetersizliği, el yıkamayı ihmal etmek, kontamine aletler ve doğrudan temas enfeksiyonu yayma riskini artırdığını göstermiştir. Geniş spektrumlu antibiyotik yaygın ve uzun süreli kullanımı, çoklu antibiyotiğe dirençli mantar ve bakterilerin neden olduğu enfeksiyonlara eğilimi artırtığını belirtmiştir. Parenteral beslenme Lipid emülsiyonları lipofilik patojenlerin çoğalmasına neden olarak riski kolaylaştırarak artırmaktadır.

Fridkin vd. (1996), tarafından İmmün Yetmezlik ve immünsüpresif tedavi, ventilatörlerin düzenli kullanımı, çoklu kateter kullanımı, parenteral beslenme, kırmızı kan hücresi transfüzyonu, genetik bozukluk tarafından yapılan risk faktörleri olarak gösterilmiştir. Nöromusküler bloke edici ilaçların, genetik bozukluğun, hastayı yoğun bakımdan çıkarmanın, tanıdan önce antibiyotik kullanılmasının, sürekli enteral beslenme ve bronkoskopinin risk faktörleri olduğu bildirilmiştir.

1.6.1. Hastane Enfeksiyonu Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Ducel ve Nicolle (2002), hastane enfeksiyonu neden olabilecek önemli faktörler arasında yaş, bağışıklık durumu, altta yatan hastalık, tanı ve terapötik müdahaleler. Yenidoğan ve ileri yaş gibi yaşamın son noktalarında enfeksiyona karşı direncin azalması olduğunu çalışmasında belirtmiştir. Malign tümörler, lösemi, diabetes mellitus (DM), böbrek yetmezliği ve AIDS gibi kronik hastalıkları olan hastalarda, mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlara karşı duyarlılığı arttığını belirtmiştir. Cilde veya mukoza zarlarına zarar gelmesi, doğal savunma mekanizmalarının aşılmasına yol açmaktadır. Yetersiz beslenme ayrıca HE için bir risk faktörü olduğu bir başka önemli etken olduğunu bulgulanmıştır.

1.6.2. Hasta Hassasiyeti

Rosenthal (2005), yetmezlik sendromları, konjenital kalp hastalıkları, metabolik hastalıklar, karaciğer yetmezliği, idrar patolojileri gibi diğer komorbid durumların etkileyen bir faktör olmamasına rağmen HE için büyük tehlike oluşturmaktadır. İmmün yetmezliği olan kritik hastalarda ve prematüre bebekler de daha sık görülen kandida enfeksiyonu insidansında artırmaktadır.

Borghesi ve Stronati (2008), bebeklerde bağışıklık sistemi yetişkinlerden daha az gelişmiş olduğunu belirtmiştir. Yetişkinler aşılama veya geçmiş enfeksiyonlar nedeniyle hastane ortamındaki bazı mikroorganizmalardan etkilenmese de, aynı mikroorganizmalar çocuklarda enfeksiyonun nedeni olmakta olduğunu bulgulanmıştır. Bu nedenle, viral enfeksiyonlar çocuklarda yetişkinlerden daha yaygındır. Her ne kadar HE hastanenin her biriminde önemli olsa da, yoğun bakım hastaları yaygın olmaktadır. Kritik durumdaki hastalar olarak öne çıkmaktadır. Bu birimlerdeki hastalar fizyolojik olarak stabil olmadığını

belirtilmiştir. Bu da HE için risk olabileceği vurgulanmıştır. Bu hastalara aynı zamanda birçok invaziv prosedür uygulanmaktadır.

McEachern ve Campbell (1998), bu invaziv prosedürler arasında inkübasyon, idrar sondası ve nazogastrik kateter yerleştirme, santral venöz kateterizasyon, cerrahi drenler, suni teneffüs yer almaktadır. Bu yoğun bakım ünitelerinde kateterler hastalara daha sık uygulandığı ve kateterler uzun süre takılı kaldığı bilinmektedir. Böylece enfeksiyon riski daha da artmaktadır.

1.6.3. Çevresel Faktörler

Çakmak (2014), sağlık merkezleri hem enfekte kişiler hem de enfeksiyon riski yüksek kişiler için enfeksiyon kapmak için uygun ortamlar olduğunu çalışmasında belirtmiştir. Enfekte olan veya patojenik mol taşıyan taşıyıcılar hastaneye yatırıldığında, hem hastalar hem de çalışanlar için potansiyel bir risk kaynağı olmaktadır. Hastane, enfekte hastalar için enfeksiyonun yayılması için bir potansiyel kaynak olmaktadır. Kalabalık hastane ortamı, bir biriminden diğerine sık sık hasta transferi, enfeksiyona duyarlılığı yüksek olan hastaların yoğunluğu, HE yayılımına katkıda bulunan faktörler arasında bulunmaktadır. Mikrobiyal flora ile kontamine olmuş nesneler, cihazlar ve materyaller hastaların hassas vücut bölgeleriyle temas edebilme durumu da enfeksiyonu riskini artırmaktadır. Hastane enfeksiyonu son on yılda giderek artmaktadır. Halk hastanelerde 'süper böceklerin' varlığını kirli hastanelere doğrudan ilişkilendirmiştir. Ayrıca çevre temizliğinin bu organizmaları kontrol etmedeki kesin rolü bilinmemektedir. Temizlik kanıta dayalı bir bilim haline gelene kadar, belirtilen değerlendirme yöntemleri ile temiz bir çevrenin önemi spekülatif olmaya devam edebilmektedir. Hastane temizliği ve artan sayıda hastanede enfeksiyon kapma arasındaki ilişki çok tartışılan bir konuyu haline gelmiştir. HE'ye neden olan mikrobiyal patojenlerin iki özel özelliği vardır: Birincisi, hastane patojenleri olarak tanınırken. İkincisi ise, hastane ortamındaki yüzeylerde uzun süre hayatta kalma yeteneğine sahip olanlar olabileceği çalışmalarda belirtilmiştir (Hughes, 1987).

1.6.4. Antibiyotik Direnci

Allegranzi ve Pittet (2009), antibiyotikler tedavi veya koruma için kullanılan ilaç türü olduğunu belirtmiştir. Bakteri direncinin genelde en önemli nedenleri arasında

bulgulanmıştır. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin sık ve uzun süreli kullanımı bebeklerin kolonizasyonu ile sonuçlandığı vurgulanmıştır. Bunu, birçok antibiyotiğe dirençli bakterilerin YYBÜ'leri bulunduğu takip etmektedir.

Daud-Gallotti vd. (2012), yoğun bakım ünitelerinde parenteral antibiyotiklerin kontrolsüz kullanımı, bakterilere bağlı daha dirençli enfeksiyonların gelişmesine yol açtığı belirtirmiştir. "Darwin'ın doğal seleksiyon teorisi". Dirençli suşlar verilen antibiyotiklerden etkilenmemekle birlikte, ilaca duyarlı normal insan florasındaki mikroorganizmalar baskıladığı bir çok çalışmayla deslenmektedir.

1.7. Hastane Enfeksiyonu Türleri

Khan (2007), surveyans için Ulusal Sağlık Güvenlik Ağı Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) ile biyolojik ve klinik kriterlere özgü 50 enfeksiyon bölgesi olan 13 tip nozokomiyal enfeksiyon sınıflandırılmıştır. Yaygın enfeksiyon türleri arasında idrar yolu enfeksiyonları (İYE), cerrahi ve yumuşak doku enfeksiyonları, pnömoni ve kan dolaşımı enfeksiyonları yer almaktadır. Hastane enfeksiyonunun bulunduğu bölgelerdeki yapılan tedavi ile (kemoterapi, sofistike organ nakli, immünoterapi), tanı ve tedavi için invaziv tekniklerin yüksek kullanımı nedeniyle zaman içinde kolayca belirgin şekilde değişmiştir.

Ulusal sağlık ve İnsani gelişme yenidoğan araştırma ağı enstitüsü tarafından yürütülen bir araştırma, tüm çocukların %21'i ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların %43'üne kadar sepsis görüldüğüne yöneliktir. Bağışıklıklarının olgunluğu, uzun süreli hastaneye yatış ve komplike prosedürlerin kullanımı, üzerinde çalışılan alt grubundaki yüksek enfeksiyon sıklığından sorumlu tutulmuştur. Kan dolaşımı (sepsis) YYBÜ'de görülen yaygın enfeksiyon (%45 -%55), ardından YYBÜ'deki yenidoğanların %8 - %18'i üst solunum, (%16 - %30) ve idrar yolu enfeksiyonu olduğunu bulgulanmıştır.

1.7.1. Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (KDE)

Akgül (2013), göre nozokomiyal kan dolaşımı enfeksiyonları, nozokomiyal enfeksiyonlar arasında önemli bir yere sahip olduğu belirtilmiştir. Nozokomiyal kan dolaşımı enfeksiyonlarında, tıbbi teknoloji ve antimikrobiyal tedavideki ilerlemelere rağmen

mortalite oranı çok yüksek olmuştur. Bu konudaki çalışmalara göre, kaba ölüm oranı% 12-80 arasında değişmektedir.

Genellikle, nozokomiyal kan dolaşım enfeksiyonu (KDE) oranları yükselmektedir. Van Mol vd (2015), KDE artışına dört patojen, CNS, Candida türleri, S aureus ve enterokoklar neden olmaktadır. Bu nedenle, KDE oranlarındaki artıştan sorumlu dört ana patojenden üçü, 1980'lerden önce gram-negatif organizmalar yerine gram-pozitif organizmalar yer almıştır. Prematürite ve LBW'ye ek olarak, CVC'ler dahil intravenöz (IV) kateterler, nozokomiyal KDE için ana risk faktörleri yer almıştır; Kateterle %88'e kadar ilişkisi bulunmuştur. Kontaminasyon cihazına veya infüzyonuna ikincil olarak kateterle ilişkili olarak KDE oluşabilmektedir. Kan dolaşım enfeksiyonları, normal kiloda doğan gruplarında YYBÜ'lerde yenidoğanlarda en sık görülen hastane enfeksiyonları arasında bulunmaktadır. 1.000 canlı doğumda, tahminen 1 ile 10 yenidoğanda nozokomiyal KDE oluşmaktadır; bu Oran predispozan koşullara göre değişmektedir.

Klevens vd. (2007), göre hastaneden kaynaklanan KDE'ler hastanın hastaneye yatışını uzatmaktadır. Hem hastalara hem de sağlık sistemine olan maliyetleri önemli ölçüde arttırdığını belirtmiştir (sağ kalan ortalama maliyet, 40.000 \$). Bu enfeksiyonlar ayrıca mortalite artışı ile daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Son dönem çalışmalarda KDE hastalarının ölme olasılığının KDE olmayan hastalara göre 20 kat daha fazla olduğunu göstermiştir.

1.7.2. Zatürre (Pneumonia)

Mehta ve Niederman (2003), pnömoni yenidoğanlarda ikinci en sık görülen nozokomiyal enfeksiyon arasında yer almıştır. YYBÜ'lerdeki bebeklerin yaklaşık yüzde 7'sinde solunum yolu hastalığı daha düşük olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki pnömoni tüm hastane kaynaklı enfeksiyonların yüzde 13-18'ini oluşturmaktadır. Zatürree ile önemli morbidite oluşmaktadır. enfeksiyonlar sekonder KDE ve ampiyem oranlarının artmasına, hastanede kalış ve tedavinin yılda 1 milyar doları aşmasına neden olabilmektedir. Daha önemlisi ölüm meydana gelebilmektedir; % 30-70 arasında ölüm oranları bildirilmiştir. Hastane kaynaklı pnömoni çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Pnömoni ile enfekte olmak için patojenik organizmalar konakçı savunmayı

bastırmaktadır. Hastanın zihinsel durumunu konak savunmasının bütünlüğünü bozan herhangi bir müdahale (cihazı değiştirmek aspirasyon gibi) zatürree riskini artırabilmektedir.

McEachern ve Campbell (1998), hastane kaynaklı pnömoniler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ikinci veya üçüncü sıklıkta görüldüğünü belirtmişlerdir. Pnömoni ölümün en yaygın nedenleri arasında bulunmaktadır. Bununla birlikte, pnömonin insidansının hastanenin yapısı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Tanı ve tedavi olanakları olan hastanelerde, tıbbi ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde sıklığın daha yüksek olması doğa karşılanmaktadır.

Mehta ve Niederman (2003), göre yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) hastane enfeksiyonları, özellikle hastalığın ciddi formları olarak hastalarda önemli bir sorun haline gelmiştir. Hastane kökenli pnömoni (NP) yoğun bakım hastalarında sık görülen bir morbidite ve mortalite nedeni olmuştur. Kritik hastalarda hastane kaynaklı enfeksiyonlarda önde gelen ölüm nedeni olmaktadır. Ulusal Hastane Enfeksiyon Sürveyansı verileri, Amerikan tıbbi yoğun bakım ünitelerindeki tüm hastane enfeksiyonlarının %27'sinin pnömoniye bağlı olduğunu ve %86'sının mekanik ventilasyonla ilişkili olduğunu göstermektedir.

1.7.3. İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE)

Brady (2005), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklerin nozokomiyal İYE görülme sıklığı % 0.5-1 iken, prematüre bebeklerde yenidoğan cerrahi birimlerinde %1.9 - yüzde 4,8 arasında görüldüğü bildirilmiştir. Hastane kökenli İdrar Yolu Enfeksiyonu yaklaşık %17-44'ü kateter ile ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Hastane kaynaklı idrar yolları enfeksiyonları çeşitli bulgular mekanizmalarla elde edilebilmektedir. İdrar yolunun hematojen aşılması yenidoğanlarda birincil düzeyde olduğu bildirilmiştir. Prematüre bebekler genellikle enfeksiyona sebep olan idrar sondaları gibi invaziv cihazlara ihtiyaç duymaktadırlar. Perineal ve meatal-üretral yüzeyler fekal flora ile kolonize olmaktadır. Daha sonra bakteriler idrar sondasının mesaneye araya yerleşmektedir.

McEachern ve Campbell (1998), idrar sondaları rutin olarak akut ve kronik hastaların bakımında kullanılmaktadır. Çoğu nozokomiyal İYE vakasından sorumlu tutulmaktadır. Her gün bakterinin kateter yerleştirilen hastaların %5'ini geliştirdiği keşfedilmiştir.

Hijyenik olmayan yerleştirme tekniği riski ve ayrıca diğer hastaların organizmaları ile çapraz enfeksiyon riskini artırmaktadır. Yaşlılık, zayıf bağışıklık sistemi, bozulma ve dehidrasyon da İYE riskini artırmaktadır

Banerjee vd. (2001), asemptomatik bakteriyi semptomatik enfeksiyondan ayırt etmek önemli olmaktadır. Ancak bu az olarak görülmektedir. Semptomatik enfeksiyonu antibiyotiklerle tedavi edilmektedir. Ancak idrar yolu sterilize edilmeyerek ve kateter çıkarılmadığı sürece antibiyotiğe dirençli organizmalar ile kolonize olmaya devam edecektir. Bu nedenle asemptomatik kronik kateterize hastalardan alınan örnekler önerilmemektedir.

1.8. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Allegranzi ve Pittet (2009), hastane kaynaklı patojenler genellikle sağlık profesyonellerinin elinden hastadan hastaya bulaşması ile tanımlanmaktadır. Bu nedenle etkili el yıkama, hastane enfeksiyonlarını azaltmanın en önemli yöntemleri olarak görülmektedir. Belirtilen yönergelerle göre yapılmalıdır. Evrensel ve bulaşıcı (havadaki, damlacık ve temas) etkenler dikkat alınarak önlemler kullanılmalıdır. Cihazla ilgili enfeksiyonlar, aseptik teknik ekleme yönetme ve cihazın ihtiyacını sık sık yeniden değerlendirme ile bulaşmaya önleyebilmektedir.

Clark vd. (2004), yenidoğan yoğun bakım ünitede hastane enfeksiyonları için sürveyans, enfeksiyon oranlarının erken saptanmasını sağlamaktadır. Enfeksiyon oranlarındaki artışları önlemek için enfeksiyon kontrol prosedürlerinin yeniden vurgulanması ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için yayınlanmış kılavuz ilkelere uyum çöle; bu yönergeler, bu enfeksiyonları önlemek için gösterilen en iyi bilimsel verilere dayanmaktadır. Bu kılavuz ilkelerin dikkatli uygulanmasıyla ilişkili morbidite ve mortalite Hastane Enfeksiyonların en az indirmeye amaçlamaktadır.

Tawfik vd. (2017), hastane enfeksiyonları önlenebileceğini belirtmiştir. Bu enfeksiyonlar düşük doğum ağırlığı ve artmış terapötik yoğunluk ile ilişkili olduğu, bu da uzun süre hastaneye yatış ve sonuç olarak maliyetlerin artmasına neden olabileceği belirtilmiştir. Gelecekteki çabalar, kan dolaşımı enfeksiyonlarını önlemek için, klinik olarak uygun olduğunda koagülaz negatif stafilokoklarla enfeksiyonu doğrulamak için sürekli

olarak klinik ve mikrobiyolojik kriterleri uygulamak gerekmektedir. Klinik olarak uygun olduğunda antimikrobiyal kullanımının ve terapötik invazivitesinin sınırlandırılmasına odaklanılmaktadır.

Parvez ve Jarvis (1999), yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki en ciddi nozokomiyal enfeksiyonların çoğu, invaziv cihazların kullanımından sonra edinildiği bulgulanmıştır., İnvaziv cihazların kullanımı en az indirilmelidir. Ayrıca yerleştirildikten sonra cihazların uygun bakımı yapılmalıdır. İnvaziv cihazların uygun kullanımı ve bakımı, uygunluğu belirlemek için inceleme, yerleştirme ve çıkarma kriterleri belirlenmelidir. Cihaz kullanım süresi hastane enfeksiyonu riski ile ilişkili olduğundan özel dikkat gösterilmelidir. Gerekli olmadığında cihaz çıkarılmalıdır. Yenidoğanların ünitesinde, vasküler erişim zor olduğundan periferik kateterlerin yerleştirildiği yerlerin kalmasına izin verilmektedir.





İKİNCİ BÖLÜM

TÜKENMİŞLİK

2.1. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik, uzun süre kronik sıkıntı ve strese maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan ve daha çok insanlarla yoğun çalışanlarda ortaya çıkan ve hem bireylerin hem de kuruluşların üretkenliği ve performansı açısından oldukça önemli bir olgu olmuştur. Örgütler, bu kavramın artan bir önem taşıdığını kabul ederek başa çıkma stratejileri geliştirmeye başlamıştır (Güllüce 2006).

Günümüzde çalışanların iş yükü artmaktadır ve artan iş yükü insanlar üzerinde stres yaratmaktadır. Stres sonucu insanların iş motivasyonu azalmakta ve kişi kendini enerjik hissetmediği için işe gelmek istememektedir. Tükenme, stresli durumlar devam ettiğinde ve üstesinden gelinmediğinde başlamaktadır.

Tükenmişliği kavramı birçok kişi tarafından çalışılmış ve bu konuda araştırmalar yapılmıştır. Tükenmişlik, yorgun, sıkılmış, işte yetersiz hissetme ve işe devam etmek istememe duygularına neden olur. Bu duyguların yarattığı stresi aşamayanlar yorgunluk ile karşı karşıya kalmaktadır.

2.2. Tükenmişliğin Boyutları

Maslach ve Jackson (1981), tarafından tükenmişlik kavramı üç farklı başlıkta incelenmektedir. Söz konusu başlıklar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık hisleridir. Bunlar arasında en fazla dikkat çeken ve araştırılan duygusal tükenmedir. Duygusal tükenme, insanların tükenmişlik konusundan bahsederken, üzerinde en fazla durdukları konular arasında bulunmaktadır. Ayrıca duygusal tükenme, en fazla şikâyet edilen konu olma özelliğine de sahiptir.

2.3. Duyarsızlaşma

İnsanlara bir nesne gibi davranma ve katı bir tutum sergileme durumu, duyarsızlaşma kavramı ile ifade edilmektedir. İnsanlar, hayal kırıklığı ve yorgunluk gibi durumlardan kaçınmak için kendilerini farklı gösterebilir (Çimen, 2007).

2.4. Kişisel Başarı

Tükenmişlik kavramının başarı ve kişisel yeterlik boyutu kişisel başarısızlık duygusunu temsil etmektedir. Bireylerin çalışma ortamında yaşadıkları başarısızlık duygusu, ikili ilişkilerde düşük performans, moral bozukluğu, kişisel yetersizlik ve uyumsuzluktan kaynaklanan sorunlara çözüm bulunamamasına neden olmaktadır (Çolakoğlu, 2001).

İki İtalyan hastanesinin acil servisinde çalışan hemşirelerin% 50'side tükenmişlik, en yüksek oranda mesleki başarı azalması, orta düzeyde duyarsızlaşma ve yarıda duygusal tükenme gözlenmiştir (Cicchitti vd., 2014).

Bireyin daha önce sahip olduğu birlik duygusu duyarsızlaşmaya ve enerjisi duygusal tükenmeye dönüştürmektedir. Birey yeni durumu kendisine bile açıklayamaz ve bu durum tükenmişliğe neden olmaktadır (Çolakoğlu, 2001). Tüm bunların sonucunda kişinin fiziksel ve psikolojik enerjisini sonlandıran davranışlar ortaya çıkarmaktadır (Peker, 2002).

2.5. Duygusal Tükenme

Zamanla kişinin iş yerinde çalışma arzusu azalır ve bunun sonucunda ortaya çıkan duygusal tükenme olarak ifade edilmektedir (Çam, 2010). Maslach tarafından üç farklı başlık altında incelenen tükenmiş modelinde duygusal tükenmede bulunmaktadır. Çalışma ortamındaki bireysel streten kaynaklanmaktadır. Bu büyüklük, tükenmişliğin en kesin belirtisi ve temel hali diye çalışmalarda belirtilmiştir (Karaman, 2009).

2.6. Tükenmişlik Modelleri

a) Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cherniss (1980), stresin tükenmişliğin temeli olduğunu belirtmiştir. Kişiyne yönelik taleplerin kişi tarafından karşılanamayacak düzeyde olmasından dolayı tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Meslektaşlara karşı tükenmişlik kavramı; yaratıcılık ve öfke kaybı, danışanlara karşı ilgi kaybı, karamsarlık, kişinin çalışma ortamına bağımlılığı ve çalışırken yaptığı çabanın azalmasını içermektedir. Kişinin stresin neden olduğu durumlara verdiği tepki tükenmişliktir. Cherniss'e göre tükenmişlik; çalışma yaşamındaki baskıya karşı gösterilen motivasyonel, tutumsal, duygusal ve davranışsal değişikliklere neden olan ve tüm bu kavramların bir arada var olmasına imkan veren, geçici bir yorgunluk ve zorlamanın ötesinde bir ruh halini ifade eden durumu olduğunu ifade etmektedir.

b) Edelwich Tükenmişlik Modeli

Edelwich (1980) tarafından geliştirilen bu modelde tükenmişliğin ortaya çıkmasındaki en önemli faktör, bireylerin mesleğine büyük bir umutla başlamaları ancak beklentilerini tam olarak karşılanamamasıdır. Söz konusu modele göre tükenmişlik şu 4 aşamada ortaya çıkmaktadır.

- Coşku dönemi: (idealizm) bu eklemelerin en yoğun olduğu dönemdir. Ancak iş ortamında önyargı, uygulama sorunları ve olumsuz geri bildirimlerle sık sık karşılaşmalar ve bu durumlarla başa çıkamama sonucunda yavaş yavaş durgunlaşma başlamaktadır.
- Durgunluk Dönemi: Bireyin çalışma motivasyonu azalmaktadır. Beklentilerin gerçekleşmesiyle hayal kırıklığı yaşanmaktadır. İş artık önemini yitirmektedir. Çalışmalar yavaşlar ve ilgi çoğunlukla işin dışında bireysel gereksinimleri karşılamaya yönelmeye başlamıştır.
- Engelleme dönem : Bu dönemde işin değeri ile ilgili sorular sorulmaya başlanmıştır. İşin gerginliği (sık nöbetler, personel ve malzeme eksikliği gibi) işin hedeflerine ulaşmada tehdit edici bir unsur olarak görülmekte ve bu dönemde duygusal, davranışsal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır.
- Apati Dönemi: İşe çok az zaman harcanır, "iş iştir" diye düşünölmektedir. İlgisizliğin en yoğun dönem olduğu bilinmektedir. Bu dönemde işe geç kalma; duyarsız davranışlar, rutin dışında hiçbir şey yapmama, sürekli çalışandan şikayet etme gibi durumlar bulunmaktadır.

c) Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach tükenmişlik modeli, tükenmişlik üzerine yapılan araştırmalarda ve tanımlamalarda en fazla kullanılan modeldir. Jackson ve Maslach tarafından reçineli modelin 3 boyutu vardır. Bu boyutlar; duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarısızlıktır. Bu modele göre tükenmişlik; işinde sürekli olarak diğer insanlar ile yüz yüze çalışmak zorunda kalan bireylerde tanımlanmış sendrom olarak görülmüştür (Koçak, 2009).

d) Meiren Tükenmişlik Modeli

Bandura tarafından geliştirilen "öz yeterlik" modeline dayanan Meier (1983), tarafından tükenmişlik modelini bilinmektedir. Tükenmişlik; kişinin ceza beklentisinin aksine, işine yönelik olumlu beklentilerinin düşük olması, monoton iş hayatının, bulunulan takviyeleri göz arda etme için gerekli davranışları gösterememe durumu olarak tanımlanmıştır.

2.7. Tükenmişliğin Nedenleri

İnsanların birdenbire sıkılıp hüsrana uğradığı bir durum olarak tanımlanmamıştır. Tükenmişlik sendromu olarak tanımlanan bu durumun ortaya çıkmasında birden fazla kaynak etkili olmaktadır. Günümüz çalışma hayatının en önemli sorunlarından biri haline gelen tükenmişliğin oluşumunda pek çok faktör rol oynamaktadır.

Tükenmesi çoğunlukla hizmet sektöründeki mesleklerde yaşanmaktadır. Bu mesleklerden biri de hemşirelik olduğunu bilinmektedir. Uluslararası iş organizasyonu, hemşirelerin çalışma ortamının ana stres faktörleri, amir ve yöneticilerle çatışmalar, rol çatışması ve belirsizlik, fazla çalışma, hastaların sorunlarına bağlı duygusal stres, yoğun bakıma muhtaç hastalarla çalışma olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişliğe neden olan faktörler örgütsel ve bireysel olmak üzere iki alt başlık altında toplanmıştır (Ardıç ve Polatçı, 2009).

a) Bireysel Tükenmişlik nedenleri

Organizasyondaki kişilerden dolayı ortaya çıkan ve tükenmişliğe neden olan özellikler olarak tanımlanmıştır. Bireysel faktörler, örgütsel özelliklerin bireyler üzerindeki etkilerini olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir Tükenmişlik yaşama olasılığı, ilgili bireyin kişilik yapısı ile de ilgili olduğunu varsayımı bulunmaktadır. Bireylerin ihtiyaçları, yetenekleri, arzuları ve kişilik kalıpları, işyerinin talepleri veya kısıtlamaları bireyin iş stresi yaşamasına neden

olmaktadır. A tipi ve B tipi olmak üzere iki temel kişilik vardır. “ Bu kişilik tiplerinin özellikleri aşağıdaki tabloda daha ayrıntılı olarak verilmiştir (Polatçı, 2007).

Tablo 2.1 Kişilik tiplerinin özellikleri

A Tipi Kişilik Özellikleri	B Tipi Kişilik Özellikleri
İçe dönük Kaygı düzeyi yüksek Her zaman üzerinde zaman baskısı hisseder Başarı motivasyonu yüksektir Kendisiyle veya başkalarıyla rekabet edin. İşini çok ciddiye alıyor Başkalarına karşı öfke, saldırganlık ve düşmanlık büyütür Sürekli eksiksiz, kusursuz, tam ve yetkin görünmeye çabalar Her şeyi eleştirir, sonu gelemeyen amaç ve beklentiler taşırlar ilkelere, kurallara bağımlı olur	Dışa dönük Sosyal çalışmayı sever İddialı ve duygusal sorunlarını açabilen özellikler var Sıkı ve esnektir Kolayca sinirlenmez ve endişelenmezle Sakin ve düzenli çalışırlar Rekabetten etkilenmeden ve sağlıklarına zarar vermeden savaşırlar. Sohbetleri rahat ve sakın Kendisinden ve çevresinden eminler

Kaynak: Skeja, A. Çalışan Tükenmişlik Düzeyi ile İş Tatmini Arasındaki İlişki ve Bir Araştırma, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2012, s. 27

A tipi kişilik yapısı; Mükemmeliyetçi, idealist, başarıya ulaşmak için gerektiğinde daha agresif, diğer bireylere karşı zıt fikirler üretebilen, onları zorlayan, öfkeli, sevmeyen ve saldırgan bir kişiliği sahiptir. B Tipi kişilik yapısı, A Tipi kişilik yapısının zıt özelliklerini taşır. Bunlar; Mükemmeliyetçi değildir, rekabeti sevmez ve rekabetten kaçınır, sorumluluk duygusu gelişmemiştir, hayatı ciddiye almaz, tolerans ve hoşgörü düzeyi yüksek kiriliğe sahiptir (Eren, 2019).

Tükenmişliği etkileyen en önemli sosyal faktörlerden ikisinin aile yapısı ve sosyal destek olduğu söylenebilir. Verimli ve tatmin edici aile yapısı, sorunları arkadaş ve meslektaşlarla paylaşmak ve bunlarla ilgili çözümler üretmek tükenmişliğin azaltılmasında etkili sonuçlar vermektedir (Torun, 1997).

Bunların dışında demografik özelliklerdeki farklılıkların tükenmişlik üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında; Bazı araştırmacılara göre, kadın ve erkek arasında tükenmişliğe ilişkin farklılık bulunmamaktadır.

Ergin'e göre bir fark olmamakla birlikte kadınlar cinsiyetlerine göre içgüdülerinden dolayı karşılaştıkları kişi ve olayları gözlemlemek, incelemek ve önem vermekten daha çok etkilenmektedir (Ergin, 2002).

Yaş açısından incelendiğinde, 30-40 yaşları arasında olanların gençlere göre daha düşük tükenmişlik düzeylerine sahip olduğu ve medeni durum açısından bekar erkeklerin evli olanlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğu, ancak boşanmış erkeklerin bekar erkeklerden daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğunu çalışmalarda bulgulanmıştır (Maslach vd., 2001).

Tükenmişliğin yaşanmasında demografik özelliklerin ne ölçüde etkili olduğu araştırılmıştır. Yeni işe alınan gençler hem kendilerinden hem de organizasyondan çok şey beklemektedir. İşin çekiciliği, ödülleri, şeflerin takdiri, mesleki gelişim için yüksek beklentiler ve bu koşulların değişebileceğine dair gerçekleşmemiş umutlar bu bireylerde tükenmişliğe neden olabileceği varsayılmaktadır.

Yaşlı hemşirelerin, kurumun imkanlarını ve kapasitesini bildikleri için daha gerçekçi beklentileri olmaktadır. Bu nedenle yeni mezunlara ve işyerinde yeni hemşirelere göre daha az tükenmişlik yaşamaktadırlar. Tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda işe yeni başlayan genç çalışanların beklentilerinin yüksek olduğu, beklentileri karşılanmadığında daha fazla yorgunluk yaşadıkları bulgulanmıştır.

Tükenmişlik düzeyini etkileyen bir diğer faktör de eğitim düzeyidir. Bu konudaki çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Ancak çalışmaların çoğu eğitim arttıkça tükenmişlikle mücadelede başarının artacağını ve eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında ters bir ilişki olacağını varsaysa da eğitim arttıkça tükenmişliğin arttığı görülmektedir.

b) Örgütsel Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişlik kavramının ilk tanımlandığı dönemlerde, bu kavramın daha çok bireysel özelliklerden kaynaklandığı kabul edilmiştir. Ancak yeni çalışmalarda, tükenmişliğin sadece

bireyden kaynaklanmadığı anlaşılmıştır (Ardıç ve Polatçı, 2009). Çam (1993), Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni kullanarak ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 276 hemşireyi incelemiştir. Ayrıca tükenmişliğin hemşirelerin çalışma tarzını, iş ve çevre doyumu gibi çevreyle ilgili değişkenlerle bunlardan beklentileri ilişkili arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırmada örgütsel tükenmişlik faktörlerinin bireysel tükenmişlikten daha önemli olduğunu vurgulanmıştır.

Hemşirelerin yaşadıkları tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörler hakkında çok sayıda araştırma bulunmaktadır. İlave olarak ücretlerin düşüklüğü, bakım malzemelerinin yetersizliği, uzun çalışma saatleri, fazla sayıda hastaya bakım verme, olumsuz çalışma koşulları, hemşirelerin işlerinden doyum almamaların tükenmişliğe katkı veren faktörleri olduğunu bulgulanmıştır. Eşit işe eşit ücret sağlanmadığında, eğitim düzeyinin çalışma koşullarını etkilemediğinde ve hemşirelerin işle ilgili beklentilerinin gerçekleşmediğinde tükenmişliğin ortaya çıktığı vurgulanmaktadır.

Hemşirelik mesleğinin esasında sevgi, şefkat ve özen bulunmaktadır. “Hemşirelikte tükenmişlik hastalara saygı ve ilgi kaybına neden olmaktadır. Tükenmişlik, hemşirelik mesleğinin içeriğine ve amacına aykırıdır. Mesleğin misyonuna aykırı hissetmek hemşireleri daha çok yıpratmaktadır.

Maslach ve Leitter (1997), yılında tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörler üzerine yaptıkları çalışmalarda, örgüt ile çalışan arasındaki uyumsuzluğun artmasıyla tükenmişlik düzeyinin benzer oranda arttığını belirlenmiştir. Aynı çalışmada tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin genel olarak ödül, aidiyet, iş yükü, adalet ve değerler başlıkları ile tanımlanabileceği sonucuna varılmıştır.

- İş Yükü: Artan iş yüküne bağlı yorgunluğun tükenmişlikle önemli bir ilişkisi vardır. Tükenmişliğin ikinci boyutunun kaynağı, yapısal tükenmişlik modelindeki iş ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Nicel ve nitel iş taleplerine yanıt vermek, iş yükünü ve yorgunluğu artırır, kişinin kapasitesini harcar ve tüketir ve bunun sonucunda beklenen sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Dincerol, 2013).
- Kontrol: Pek çok teoride, işyerinde kişisel kontrolün önemi açıkça görülmektedir. Araştırmalar, insanların yaşadığı çatışmaların rolünün ciddi bir kontrol problemine dönüştüğünü ve bunun tükenmişlik boyutuyla doğrudan ilişkili olduğunu bulmuştur (Maslach ve Leitter, 2005). Özellikle bireyin örgütte alınan kararlarına ve işleyişine

aktif olarak katılmaması ve işin nasıl yapılacağına dair karar verme sürecinde kişinin işinden uzaklaşarak performansında önemli bir düşüşe neden olmaktadır (Leiter, 2003).

- Rol çatışması, kişilerin kurum içinde sahip oldukları veya sahip olduklarını düşündükleri rol ile kurumun onlara verdiği rol arasında bir çatışmanın olduğu durumlardır. Bireyin kurumdan beklenen görevlerin ne olduğunu tam olarak bilmemesi rol belirsizliğidir (Akar ve Yıldırım, 2008) Bireyden beklenen davranışların tutarsız olduğu durumlarda, birey bir çeşit rol çatışması yaşar, tatminsiz kalır ve daha az performans gösterir. Dolayısıyla, rol çatışması iki klasik ilkenin ihlalinin kaynaklanabilir. Bunlar, azaltılmış bireysel tatmin ve organizasyonel etkililiktir.
- İnsanlar doğaları gereği bir organizasyona dahil olmak ve sosyal ilişkiler kurmak isterler. Aidiyet duygusu, beğenilme, takdir edilme, duygusal bağlanma ve insan ilişkileri gibi duygusal ve sosyal taleplerle ilişkilendirilir. Çalıştıkları kurumlara bağlılık duygusu hisseden bireyler daha mutlu ve üretkendir (Polatcı, 2007). İnsanlar yaşamlarını sürdürmek için ihtiyaçlarını karşılayan şeylere odaklanırlar. İhtiyaçları çerçevesinde birlik duygusunu hissedecekleri sosyal çevreyi şekillendirirler. Birlik arzusu, bireyin sosyal çevresini belirlemede rol oynamaktadır Bireyler, işbirliği yapabilecekleri ve sosyal destek hissedebilecekleri organizasyonlara girmektedirler. Aidiyet duygusu hissettikleri ortamlar, olumlu kazanç elde etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu kazanımlar, bireyin kuruma olan güvenini ve bağlılığını artırmayı sağlamaktadır.
- Adil Muamele Görmemek: İş yerinde algılanan bir adalet olmadığında, ciddi bir uyumsuzluk meydana gelmektedir. Adalet, saygınlığı getirir ve insanların kendi değerlerini ortaya koymaktadır. İnsanlar arasındaki karşılıklı saygı, ortak bir topluluk duygusunun merkezi olmaktadır. Adaletsizlik, iş yükü veya ücret eşitsizliği, hile veya incelemelerin ve promosyonların uygunsuz şekilde ele alınması olduğunda ortaya çıkmaktadır. Şikayetlerin veya anlaşmazlıkların çözümüne yönelik prosedürler her iki tarafın da ses çıkarmasına izin vermiyorsa, bunlar haksız olarak kabul edilmektedir. Adaletsizlik aynı zamanda bireylerin işyeri hakkında derin kuşku ve şüphe için düşmesine sebep olmaktadır. Bu durum nedeniyle çalışma ortamında oluşacak huzursuz çatışma ortamı tükenmişliğe zemin hazırlamaktadır. (Maslach vd., 2001).

- Ödüllendirme: Bireyler, yaptıkları çalışmalar sonucunda bazı ödüller alacaklarını beklentisiyle heyecanla çalışmaya sürdürmektedirler. Bireylerin başarıları sonucunda alacakları ödüller iç ve dış ödüller olarak ikiye ayrılmaktadır. İçsel ödüller, diğer insanların takdir ve saygısını kazanmak için elde edilen başarı ve bu başarının verdiği bireysel tatmin olarak ifade edilmektedir. Dış ödüller ise, maaş artışı, ikramiye, terfi gibi bireyin başarıları sonucunda elde edeceği konulardır. Bunlara ek olarak, ödüllerin olmaması çalışanların işlerinden ve kendilerinden tedirgin olmalarının önünü açacaktır. Başarılı çalışmaları sonucunda bireylerin hedefleri vardır, ödül alamamalarının işle bütünleşmelerini engellediği ve tükenmişliğe neden olduğu bazı araştırmalarla desteklenmiştir (Aydoğan, 2008).

2.8. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri incelendiğinde çalışanların zihinsel ve davranışsal belirtilerin yanı sıra fiziksel ve duygusal belirtiler gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler bu bölümde ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

- a) Fiziksel Belirtiler: Bireysel ve örgütsel tükenmişlik nedenleri ile karşılaşan bireyde fiziksel tükenmişlik belirtileri ortaya çıkar. Tükenmişlikle ortaya çıkan birçok fiziksel belirti vardır. Fiziksel tükenme belirtileri; Kronik yorgunluk, halsizlik, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha yatkınlık, sık baş ağrıları, mide bulantısı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi çeşitli sorunları ve şikayetleri içermektedir. Bu semptomlarla çalışanların çoğu tükenmişliklerinin bir işaretidir. Halkbuki bunlar yorgun yada hasta oldukların düşünülmektedir. Tükenmişlik ile yaşayan kişi aşırı gergin olabilir ve vücut kontrolünü kaybedeceğinden korkmaktadır. Ayrıca cinsel sorunlar, uyku bozuklukları, ani kilo kaybı veya artışlar ve nefes darlığı da görülmektedir. ” Bu fiziksel reaksiyonlar tedavi edilmezse ilerleyen günlerde daha ciddi sıkıntılara neden olmaktadır.

Tükenmişliğin bazı fiziksel semptomları: kronik yorgunluk ve bitkinlik hissi, zayıflık, enerji kaybı, baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları, Solunum güçlükleri ve taşipne ve kilo kaybı Çeşitli cilt tahriş şeklinde bulgulanmıştır.

- b) Duygusal belirtiler ilk ortaya çıkan belirtilerdir ve görülmeleri daha kolaydır. Birey duygusal sorunlar yaşamaya başladığında çevresindeki insanlarla sağlıklı bir ilişki

kurmakta güçlük çekmektedir. Çatışma, öfke patlamaları, düşmanca tavırlar, iletişim sorunları sonucunda; ailesi dahil sosyal çevresi ile İlişki zorlukları ve iletişimsizlik başlamaktadır. Bu durum kişide daha fazla duygusal sıkıntıya neden olmaktadır. Duygusal belirtilerden bazıları şunlardır: -Yalnızlık-çaresizlik- umutsuzluk duyguları-hayal kırıklığı-aile sorunları-uyku bozukluğu-depresyon-psikolojik rahatsızlıklar- sinirlilik- saldırganlık- daha cezalandırıcı olma-düşmanlık duygusu geliştirme-korku ve endişe gibi bulgular elde edilmiştir. Bu belirtiler görüldüğünde kişi kendini tıkanmış ve başarısız hissedebilir ve depresyon eğilimi artmaktadır. Kendine olan güveni ve bir şeyi başarma takdiri azalmış bireyde diğer tükenmişlik belirtilerine zemin hazırlanır ve bu durumdan kurtulmak çok daha zor olmaktadır. Çünkü birey, hayal kırıklığı ve suçluluk duygularıyla başarısız ve yararsız olduğuna gönülden inanmaktadır.

- c) Zihinsel ve Davranışsal Belirtiler: Tükenmişliği olan kişilerde davranışsal ve zihinsel belirtiler birdenbire ortaya çıkmamaktadır. Olumsuz bir süreçte ortaya çıkabilmektedir. İşine ve adanmış işine başlangıçta büyük bağlılık gösteren, özellikle hizmet sektöründe çalışanlar arasındaki ağır talep ve etkileşimlerle baş edemedikleri için çalıştıkları kuruma olan bağlılıklarını azaltmaktadır. Tükenmişlik süreci ilerledikçe memnuniyetsizliği ifade eden tutumlar giderek artmaktadır. Zihinsel ve davranışsal semptomları olan kişilerde tükenmişlik önemli ölçüde ilerlemektedir. Davranışsal belirtiler fiziksel ve duygusal tükenmişlik belirtilerine göre daha kolay görülebilmekte ve bu belirtiler tükenmişliğin ciddi bir düzeye ulaştığını göstermektedir. Örgütlenememe, rol çatışması, görev ve kurallar konusunda kafa karışıklığı, kurumda ilgi kaybı, işe direnç, iş hakkında arkadaşlarla tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma, sık sık işi bırakmayı düşünme, yöneticilerin desteklemediğini düşünme onları ve iş performanslarını anlamayan, iş ortamına, arkadaşlarına ve yöneticilere karşı kızgınlıkları bulunmaktadır. Bu semptomlar, zihinsel ve davranışsal tükenmenin bazı belirtileridir. Tükenmişlik duygusu kişinin içinde saklanamayacağı seviyeye ulaşmış ve kişide kaygı yaratmaktadır.

Tablo 2.2. Kişilik tiplerinin özellikli Tükenmişliği Fiziksel, Duygusal ve Zihinsel Belirtileri

Fiziksel Belirtiler	Duygusal Belirtiler	Zihinsel ve Davranışsal Belirtiler
Kronik yorgunluk	Çatışma	İşe geç gelme veya gelmeme
Güçsüzsüzlük	Öfke patlamaları	Uyuşturucu, alkol veya sigara kullanımının artması veya kullanımı
Enerji kaybı	Düşman tavırlar	Evlilik, aile çatışmaları
Hastalıklara daha duyarlı olmak	Yalnızlık	Organize olamama
Uyku bozuklukları	Depresyon	Arkadaşlarla iş hakkında tartışmaktan kaçınmak
Çeşitli cilt sorunları	Daha cezalandırıcı olma	Kolik çalışması
	Korku ve kaygı	Performansta düşüş

2.9. Tükenmişliği Etkileri

Tükenmişliğin devam etmesi ve sürecin uzaması, bireyin yaşamında olumsuzluklara neden olmaktadır. “Tükenmişlik sendromu uzun zamandır bir soruna yol açmıyor gibi görünse de, bireyin hayatının ilerleyen dönemlerinde ciddi sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını, davranışlarını, arkadaş ve hastalara karşı tutumlarını ve üretkenliğini etkilemektedir. Tükenmişliğin birey üzerindeki olumsuz etkilerinin belirlenmesi, tükenmişlikle baş etmede önemli bir adım olduğu bilmektedir.

Tükenmişlik sendromunun birey, çalışma hayatı ve aile hayatı üzerinde etkileri bulunmaktadır. Tükenmişlik sadece tükenmişlik yaşayan bireyi değil, bireyin hizmet ettiği bireyleri, çalıştıkları kurumu, aile ve arkadaşlarını ve içinde yaşadığı toplumu da etkilemektedir. Başa çıkma yöntemleri geliştirilmediğinde, süreç bir kısır döngüye girerek insanların sosyal yaşamlarının bozulmasına ve çökmesine neden olmaktadır.

- Birey Üzerindeki Etkileri : Tükenmişlik, bireyin benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır. Tükenmişlik sendromlu bireylerde; yalnızlık hissi, umutsuzluk, depresyon, öfke ve sinirlilik, dikkat kaybı ve odaklanma, saldırgan davranış gibi duyarsızlaşmaya neden olmaktadır.
- Çalışma Hayatı Üzerindeki Etkileri : Tükenmişlik yaşayan birey çalışmak istemektedir. kendini mutlu ve huzurlu hissetmektedir. Temelde, tükenmiş insanlar daha az motive oldukları ve hayal kırıklığına uğradıkları için daha kötü işler yapmaktadır. Tüm

benliklerini işe koymaktansa daha azını denemektedirler. Dolayısıyla bu durumda kişi kapasitesinin altında çalışır ve performansı düşürmektedir. ”Performansı düşük çalışanların iyi iş yapması ve başarıya ulaşması mümkün olmamaktadır.

- Çalışma isteğini yitiren kişi kendini geliştirmeye çalışmaz ve verimli olmaz. Bu durum çalıştığı kurumu da etkilenmektedir. Kurumda işin aksamasına neden olmaktadır. Kurumlar için iş gücü kayıpları çok önemli olduğu bilinmektedir. Tükenme neticesinde çalışanların işe olan ilgilerini yitirdikleri ve bunun sonucunda işten ayrılmaya yol açabilecek bir dizi olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmektedir.

2.10. Hemşire Tükenmişliği ve Hastane Enfeksiyonun Arasındaki İlişki

Marschall (2008), hemşire personeli ve hemşire tükenmişliği her zaman HE'ye yol açan potansiyel faktörler olarak kabul etmektedir.

Ducel vd. (2002), çoğu çalışma hemşire tükenmişliği ile HE arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir; ancak fazla mesainin değerlendirilmesi göz ardı edilir ve çok değişkenli analizler nadiren kullanılmıştır. Hemşirelik tükenmişliğinde HE için bir risk faktörü olarak gösterilmiştir.

Anderson vd. (2008), HE üzerinde çalışırken, hemşire hasta oranları veya hasta-gün başına hemşire saatleri kullanılarak ölçülmüştür. Ancak, bilindiği üzere bu, hemşirelik iş yükünün doğrudan dahil edidiği ilk çalışma olmuştur. Bunun için özel olarak tasarlanmış bir puanlama sistemi geliştirilmiştir.

Ribeiro vd. (2014), hastane ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi üzerine kapsamlı çalışmalar, önleme yönergelerinin düzenlenmesine yol açmıştır. Bununla birlikte, önleme tedbirleri iyi biliniyorsa da bunların uygulanmasının denetlenmesinin önemini vurgulamıştır. Yüksek bilimsel kanıtlarla iyi desteklenen sınırlı sayıda müdahaleyi içeren “paketlerin” uygulanmasını önermiştir.

Cimiotti tarafından belirtildiği gibi, düşük doğum ağırlığı, periferik yerleşimli merkezi kateterler ve toplam parenteral nütrisyonun kan dolaşımı enfeksiyonu ile anlamlı ilişkisi bulgulamıştır. Bu bulgular bebeklerde YYBÜ ile yapılan daha önceki araştırmalarla uyumlu olduğunu çalışmada belirtmiştir. Bebeklerin enfeksiyon faktörlerinin iç ve dış riskleri kontrol edildiğinde, hemşireler tarafından sağlanan kayıtlı bakım saatlerinin sayısı

önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Kan dolaşım enfeksiyonu riski olan YYBÜ çalışmalarından birinde öğrenildiği gibi bu bulgular ile diğer hemşire kadrosuyla ilgili yapılan çalışmalar arasında tutarlılık bulunmaktadır. Hemşirelik iş yükü, yüksek enfeksiyon oranları ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu bulgulanmıştır (Cimiotti, 2006).

YYBÜ’de, kan dolaşımı enfeksiyonunun aşırı kalabalık odalara ve odalar arasında mobilize olan bebeklere bağlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca birçok bulaşıcı salgın ve prematüre bebekler arasında antibiyotiğe dirençli organizmaların kontaminasyonu ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Kayıtlı hemşirelerin YYBÜ'daki bebekler arasında kan dolaşımı enfeksiyonu riski ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Yetersiz hemşire sayısı, kritik bakım alanlarındaki hemşire iş yükünü artırdığını ve sonuçların el hijyenine zayıf adapte olduğunu, aseptik teknikte parçalandığını veya pratikte enfeksiyon riskini artırabilecek tavizleri öne sürdüğünü varsaymıştır. Hemşire ile sağlıklı ilişkili enfeksiyon arasındaki ilişkiyi incelemek, bakım kalitesini ve bebeklerin sağlık bakım kalitesini iyileştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Cimiotti, 2006).

Needleman (2002), hastalar ile hemşire kadrosu arasındaki ilişkiyi incelemek için 11 eyalette 799 farklı hastaneden toplanan idari verileri kullanılarak araştırmalar yapılmıştır. En sık görülen sonuçlar idrar yolu enfeksiyonu, pnömoni ve üst gastrointestinal kanamaydı. Hemşire personeli daha fazla hemşireye kaydırıldığında idrar yolu enfeksiyonunun %9 azaldığı tahmin edilmektedir. Benzer şekilde, pnömoni oranını %6 azaltması beklenmektedir. Bu bulgular Sung vd. (2006), göre iş yükü enfeksiyon için bağımsız bir risk faktörünü göstermektedir. Bunun sebebi, optimal hasta bakımının zorlaştığı, cihaz yönetimi zayıflığı enfeksiyon oranlarının artmasına neden olmaktadır. Kritik personel sayısı olabilmektedir.

Profit vd. (2014), personel ve hastane enfeksiyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi, ile standart ve geçerli vaka tanımları gerektirdiği için basit çalışmalar olarak görülmemektedir. Ayrıca, enfeksiyon sürecinin karmaşıklığı nedeniyle, personel yetersizliği ve enfeksiyon arasındaki nedensel ilişkinin kavramanın kolay olmadığını da göstermektedir. Metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) gibi sağlık uzmanlarının elleri tarafından enfekte olduğu bilinen mikroorganizmaların çapraz iletimi başka bir konu olarak görülmektedir. Her bulaşma olayı, hasta durumuna bakılmaksızın el hijyeni gibi enfeksiyon kontrol önlemlerinin temel bir başarısızlığı olarak bilinmektedir. Sonuç olarak, çapraz

kontaminasyon oranı enfeksiyon kontrol önlemlerine ve iş yüküne uymaya duyarlı olabilmektedir.

Won vd. (2004), el hijyeni uygunluğunun yerine geçen bir belirteç olarak MRSA'nın yaygınlaşmasına yetersiz kalmasının sonuçlarını çalışmalarında ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, MRSA vakalarının sayısı zaman içinde çeşitli iş yükü belirteçleriyle yakından ilişkilendirilmiştir. MRSA hızı ile değişen personel sayısı arasında zayıf fakat anlamlı bir korelasyon olduğunu bulgulamışlardır.

Anderson vd. (2008), son zamanlarda myenidoğan yoğun bakım ünitesinde başka bir MRSA salgınına rapor etmişlerdir. Ancak tanımlayıcı bir epidemiyolojik araştırma olarak kabul edilmektedir. Salgın öncesinde ve sırasında yüksek oranda aşırı iş yükü ve kalabalık, eğitimsiz hemşireler bulunmaktadır. Enfeksiyon kontrol önlemleri ile salgın durdurulabilmiştir.

Pennsylvania Üniversitesi Hemşirelik Sağlığı Sonuçları ve Politika Araştırma Merkezi'ndeki araştırmacıların tahminlerine göre, hemşire tükenmişliğini sadece % 10'a düşürmek, binlerce hastane enfeksiyonunu önlenebileceğini bulgulanmıştır. Buda maliyeti düşürmekte olduğu bulunmuştur. İstatistiksel modellerde bu durumu bulgulanmıştır. Hemşire başına bir hasta tarafından iş yükünün arttırılması, her 1000 hasta için bir enfeksiyonu veya yıllık 1351 düşen enfeksiyonu arttırmaktadır. Tükenmişlik gösteren hemşirelerin oranında %10 artış, katetere bağlı idrar yolu enfeksiyonunu arttırmaktadır. Bununla birlikte, modellere göre, hemşire tükenmişlik oranları % 10'a düşürülebilirse, hastaneler 4.160 enfeksiyonu önleyebilmektedir. Buda yılda 41 milyon dolar tasarruf edebileceğini göstermektedir. Araştırmada, hemşire tükenmişliğinin ellerini yıkamayı ve diğer enfeksiyon kontrol prosedürlerini uygulamayı unutabileceğini göstermektedir (Cimiotti vd., 2012).

2.10.1. Hemşire Tükenmişliğinin Klinik Etkileri

Tavares (1994), tükenmişliğin etkileri disfonksiyondan bitkinliğe kadar değişebilmektedir. Hemşireler benlik saygısını yetirme, güven eksikliği, kötü iş tatmini, gevşeme ve hayattan zevk alamama, işleri perspektifte tutma ve dengeli kararlar verme gibi çeşitli tükenmişlik belirtileri yaşayabilmektedir.

Richardsen ve Martinussen (2004), sağlık profesyonelleri arasında tikenmişliğin varlığı hasta güvenliğini tehdit etmekte olduğunu bulgulamıştır. Bununda hastane kaynaklı enfeksiyonlarla yakın ilişkisi olduğunu göstermiştir. Yüksek tikenmişlik, aşırı iş yükü gibi dış faktörlerle ilişkilidir. Profesyonel yorgunluğu önlemek ve hasta güvenliğini artırmak için önemli bir strateji haline gelmiştir.





ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

STRES

Latince "Estrictia" fiilinden gelen stres kavramı; tehlikede olduğu koşullara göre insan veya diğer canlı dengesinin bozulduğu bir durumu ifade etmek için kullanılır (Tuna ve Baykal, 2013). Bu denge bozukluğu fiziksel veya duygusal olabilmektedir. Çünkü aşırı stres durumunda insanlar duygusal karmaşıklıkta düşünme ve mantıklı kalma yeteneklerini kaybedebilmektedir. Bu karmaşıklıkta birey olaylara müdahale etmekte güçlük çekmekte ve yaşanan durumların kontrolünü kaybetmektedir. Böylelikle bireyin iş faaliyetlerinde aldığı kararların kalitesi düşer ve daha fazla hata yapma riski artmaktadır. Sonuç olarak, yanlış kararlar, yanlış uygulamaların önünü açar ve işletmenin başarısızlığıyla sonuçlanacak bir dizi durum ve olaya neden olmaktadır. Stresin neden olduğu tüm bu olumsuz gelişmeler, hiçbir işletme yöneticisi tarafından dolayı istenmemektedir. Organizmanın fiziksel ve zihinsel sınırlarını zorlayan ve tehdit eden bir durum olarak tanımlanan stres; bireysel bütünlüğü bozan, zorlayıcı faktörler olarak da tanımlanabilir (Baltaş ve Baltaş, 2002).

Bilim adamları, stresin insanlık var olduğundan beri var olduğu düşünülmektedir. Buda bedenin canlılığını kaybetmiş olarak tanımlanmıştır. İş stresi, bireyde gerilim yaratan, fiziksel veya psikolojik nedenlerle ve bireyin yeteneklerinin yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır. İş stresi, iş yaşamında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, iş stresinin sıklığı ve süresi, bireyin başa çıkma becerisinden daha uzun sürmesi sorunları ortaya çıkarmaktadır (Işıkhane ve Kahramanoğlu, 2002).

3.1. Stres Kavramı

Stres, günlük yaşamda pek çok kişinin kullandığı bir kavramdır ve özellikle son yıllarda stres konusunda fazla çalışmalar bulunmaktadır. Öte yandan stres kavramı, insanın her döneminde var olmuştur. Dönemimizde rekabetçi ve zor çalışma ortamları, işyerimindeki stresin daha belirgin hissedilmesine neden olmaktadır. Bu durum insanlar için büyük bir tehlike haline gelmektedir (Cooper ve Cartwright, 1997).

Günümüzde stres, sokaktaki sıradan insanların ve laboratuvarındaki bilim insanları tarafından da kullanılan bir kavram olmuştur. İnsanların verimliliğini azaltan, onları duygusal

ilişkilerden uzak tutan, hayattan zevk almalarını engelleyen ve sosyal ilişkilerini bozan bir durum olarak görülmektedir. Her alanda bu denim "stres" olarak ifade edilmektedir. Stres; bireysel, çevresel ve örgütsel faktörlerin etkili olduğu, kişinin davranış, tutum ve duygularını etkileyen bir durum olarak ifade edilmektedir (Ertekin, 1993).

3.2. İş Stresi Kavramı

Stres kelimesi ilk olarak Robert Hook tarafından "elastikleştirilmiş nesne ile ona uygulanan dış kuvvet arasındaki ilişki" benzermeyle tanımlamışlardır (Brantley ve Thomason, 1995) Hans Selye stresi "organizmanın her türlü değişikliğe spesifik olmayan yani vücudun yaşamsal işlevlerinin dengesini bozan korku, kaygı, izolasyon, sıcak-soğuk vücut ısısı gibi uyaranlar olarak tanımlamıştır. Selye'nin yaygın olarak benimsenen bu tanımına göre stres, vücudun herhangi bir talebe uyum sağlama konusundaki ortak tepkisi olarak tanımlamıştır. Selye, bunu yanıtı "Genel Adaptasyon Teorisi" (Selye,1974) ile açıklamıştır.

İş stresi, birey ve çalışma ortamı arasındaki etkileşimin sonucu olarak tanımlanmıştır. Çalışan birey üzerinde gerilim yaratan bir durum olarak ifade edilmektedir (Clegg, 2001). Stres her meslek için önemlidir, strese maruz kalmada sonuçlarını yaşamak zor durumlar yaratmaktadır. Polislik, öğretmenlik ve hemşirelik gibi bazı meslek gruplarının daha yoğun iş stresi yaşadıkları bulgulanmıştır (Yavuz ve Demir, 2000).

3.3. İş Stresinin Nedenleri

Her işin sınırlar çerçevesinde bireye sorumluluk yüklemesi ve belirli riskleri beraberinde getirmesi doğal olarak stres unsuru haline getirmektedir. Bir işi stres faktörü olarak görmek, hem bireysel hem de örgütsel nedenlerden kaynaklanmaktadır (Clegg, 2001). Stres, bireysel olarak yaşanan bir olgudur. Bu nedenle, her bireyin stres kaynağı farklı olabileceği gibi stres kaynaklarına maruz kalma derecesi de farklı olabilmektedir (Arat, 2010).

Stres oluşumunda birden fazla faktör rol oynar ve bu faktörlere "stres kaynakları" veya "stresörler" denilmektedir. Stres, strese neden olabilecek faktörlerin bireyle karşılıklı

etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Strese neden olan kaynaklar çevresel, bireysel ve organizasyonel faktörler olduğu bilinmektedir.

3.4. Bireysel Kaynaklar

Çalışanları etkileyen kişisel stres kaynaklarından biri de aile sorunlarından kaynaklanan durumlardır. Bir aile üyesinin hastalığı ve aile içindeki tartışmalar, bireylerin işte stres yaşamalarının ana nedenlerinden biridir. Ayrıca insanlar alkol, uyuşturucu, sigara gibi bağımlılık yapıcı maddeler kullanmak ve yaşam tarzını bu yönde değiştirmek de stres yaratmaktadır. Sıradan ve sıkıcı bir yaşam tarzına sahip olmak ve kişiye gerekli ortama sahip olmamak strese neden olabilmektedir (Kaya ve Kaya, 2007).

İş yerinde strese neden olacak durumlardan biri ise yaş unsurudur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte değişen hormonal denge, andropoz ve menopoz gibi süreçlerin yaşanması ve zihinsel olarak dengenin bozulmasına neden olmakta ve adeta bir stres kaynağına dönüşmektedir. Orta yaş ve yaşlılıkta bedensel gerileme çok net bir şekilde görülmektedir. Bu dönemlerde yaşanan stresde ciddi bir artış görülmüştür. Çalışma ortamındaki gençlerin çalışma temposuna ayak uyduramamak veya yetişememek, iş temposunun gerisinde olmak stres kaynağı olabilmektedir. Gençlerde deneyimsizlik ve işi tam olarak bilmeme gibi nedenlerle stres oluşabilir. Buna göre genç bireylerde stres ve tükenmişlik daha yaygın görülmektedir. İşte veya kariyerde geçirilen zaman ile tükenmişlik ve stres arasında olumsuz bir ilişki bulgulanmıştır (Yavuz, 2018).

3.5. Örgütsel Stres Faktörleri

Örgütsel stres aynı zamanda iş stresi veya mesleki stres olarak da tanımlanmıştır. Çok fazla iş yükü, sınırlı zaman, rol belirsizliği ve rol çatışması, yetersiz ve eksik çalışma koşulları, meslektaşlarla ilişkilerin bozulması, ekonomik koşullar ve gelişen teknolojik değişiklikler, işe geç kalma ve işe devamsızlık ve çalışma düzeni gibi örgütsel stres faktörleri bireyleri olumsuz etkileyebilir ve potansiyel strese neden olabilmektedir. Bu durum çalışan bireylerin endişelenmesine, kişilerarası ilişkilerine zarar vermesine, performansının düşmesine, bazı olumsuz duygular yaşamasına ve farklı stresler nedeniyle psikolojik gerilimler yaşamasına neden olmaktadır (Çoşkun, 2018).

Çalışma ortamının koşullarından kaynaklanan işyerlerinde farklı stres faktörleri bulunabilmektedir. Bu unsurlarla ilgili kısa açıklamalar:

- a) İş yüküne bağlı nedenler: İşyerlerindeki aşırı iş yükü ve ağırlık ile işin karşılığını tam olarak vermeme strese neden olan faktörlerdir. Bu durumu önlemek için iş yükü dağılımının adil bir şekilde yapılması gerekmektedir (Batigün, 2006).
- b) Zaman kısıtlaması: İş yerlerindeki bazı işlerin belirli bir zaman çerçevesi içinde yapılması gerekmektedir. Bu durum, çalışanların işi eğitmek için ekstra çaba harcamasına neden olmaktadır. Böyle anlarda çalışanlar baskı hisseder ve bu baskı strese neden olmaktadır. Toplantılara yetişmek isteyen yönetici, işini bitirmek isteyen memur ve sınavlara hazırlanan öğrenciler zamanla çatışma yaşamaktadır. Özellikle yönetim konularında zamanın baskısı daha fazla hissedilmektedir.
- c) Vardiyalı çalışma: Hizmet alanlarında güvenlik, itfaiye, sağlık vb. Çalışanlar vardiyalı veya 24 saat çalışmaktadırlar. Çünkü bu hizmet alanlarına ihtiyaç acildir. İnsan biyolojik yapısı belli bir düzende yaşamayı gerektirmektedir. Söz konusu düzen bozulduğunda kişinin tüm hayatı etkilenmektedir. İnsanlar aileleri ile vakit geçirememesi, kendilerine zaman ayıramama ve benzeri nedenlerle zorluklar yaşamaktadır (Eroğlu, 2000). Özellikle sağlık hizmeti veren çalışanların gece koşu hasta ve yakınları ile tek kalması bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Korku ve kaygının kalıcılığı kişide strese neden olabilmektedir. Bu nedenle gece çalışacak personel sayısının en az iki olması faydalı olabileceği düşünülmüştür (Sefa, 2016).
- d) İşle ilgili tehlikeli nedenler: Bazı işler, işyerinde bazı risklere ve tehlikelere neden olabilmektedir. Sonuç olarak stres oluşmaktadır. Tehlikeli işlerde çalışan insanlar tüm dikkatlerini yaptıklarına odaklamak zorunda kalmaktadırlar. İş yaparken farklı bir konu düşünememe ve hayal edememe bir süre sonra yorgunluk ve can sıkıntısı yaratmaktadır. Bu noktada alınacak güvenlik önlemleri, çalışanların kendisine güvende olduğunu hissetmektedir. Ancak alınan önlemler ciddi ve sıkça kontrol edilmelidir (Saygılı, 2001).
- e) Sorumluluklardan kaynaklanan stres: İşletmelerde çalışanların sorumluluk alanları önceden belirlenmiştir. Öte yandan, çalışanların karar alma sorumluluk alanına giren iş ve işlemlerle ilgili herhangi bir karar verme yetkisi bulunmamaktadır. Bu durumda çalışanlara güven soruna neden olmaktadır. Çalışanlara sorumluluklar vermeden önce ilgili çalışanın yetkinlikleri dikkate alınmalı ve buna göre görev dağılımı

yapılmalıdır. Ayrıca çalışana güvenildiğini gösterebilmek için ilgili alandaki yetkinin belirli ölçüde devredilmesi gerekmektedir. Sorumluluk alana çok fazla yetki verildiğinde bu seferde çalışanlar streslenmeye başlayacaktır (Özkalp ve Kirel, 2016).

- f) Karar verme süreci ve kararlara katılım. Örgütsel yapılarda karar verme yetkisi, zihin doğrudan yönetim düzeyini getirmektedir. Çünkü o organizasyonda çalışanlar karar alma sürecine çoğunlukla dahil edilmemektedir. Çalışanların bu sürece katılımının sağlanması, gerçekten istediklerinin anlaşılmasını, taleplerinin tam olarak karşılanıp karşılanmadığını ve karar alma sürecine katılımlarının da çalışanların özgüven kazanmasına neden olacağı son çalışmalarda bulgulanmıştır.

3.6. Fiziksel Stres Faktörleri

Fiziksel stres faktörleri, bireyin yaşadığı ve içinde bulunduğu çevre ile etkileşiminden kaynaklanan, bireyde önemli düzeyde strese neden olan faktörler olarak tanımlanmıştır. Bu faktörde; gürültü, aydınlatma, ısıtma ve havalandırma ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Ayrıca büyük şehirlerde hava kirliliği, asit yağmuru, toprak kirliliği, radyasyon, duman, toz, zehirli kimyasallar ve trafik sorunları gibi çevresel faktörler bulunmaktadır (Aydın, 2017).

3.7. Çevresel Nedenler

Çevresel nedenler; çalışanları etkisi altına alan politik, ekonomik, sosyal ve teknolojik etmenlerin tamamından oluşmaktadır. Çalışanın teknolojik, politik veya ekonomik olarak baskı altında kalması, stres yaşamasına neden olmaktadır. Ekonomik kaygılar; çalışanın kazandığı para ve bu paranın kendisine yetebilme durumu ile ilgili maddi korkularla tanımlanmıştır. Çevresel nedenler arasındaki en etkili stres nedeni olarak ekonomik sorunlar gösterilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli roller üstlenen hemşireler, aşırı iş yükü, rol belirsizliği, sınırlı terfi, gelişim ve ödüllendirme fırsatları, mesleğin imajı, özgüven eksikliği gibi faktörler nedeniyle yoğun baskı altında bulunmaktadır. Yoğun bakım hizmeti için de geçerli olan bu faktörlere çalışma ortamı ve hasta profil özellikleri de eklenebilmektedir. Yoğun bakım hemşireliği, hemşirelik uygulamasının stresli ve riskli

alanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin % 20'sinin işleriyle ilgili yüksek düzeyde stres yaşadığını bildirmektedir. Sürekli fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak acı çeken hastalar ve aileleri ile uğraşmak duygusal olarak yorucu olduğu bilinmektedir. Hastalara yardım etme, tek tip davranma, düşüncede katılık, iş tatmininin azalması, mesleki tükenmişlik, ruh sağlığını olumsuz etkileme ve verilen hizmetin niteliğini ve niceliğini bozmaya yitirmesine neden olabilmektedir (Gillespie ve Melby, 2003).

3.8. İş Stresinin Belirtileri

İnsanlarda görülen stres belirtileri, insanların kişisel özelliklerine bağlı olarak kendisini farklı şekillerde göstermektedir. Stres seviyesinin artması, hem fizyolojik hem de psikolojik etkilerinin artmasına ve kişinin durumunun daha da kötü olmasına neden olmaktadır.

Çalışma ortamındaki stresin uzun süre devam etmesi, kişilerin başarısını etkiler. Stres belirtileri genel olarak şunlardır. (Gök, 2015): Rekabete karşı duramama, Kendine güvenmemek ve "Bu benim fikrim" diyememek, karışık durumlarda panikleme ve başarısızlık, işyerindeki sorunlara aşırı duygusal yaklaşım, başarılı olamama, karar verme aşamasında beklentileri karşılayamama, dayanışma eksikliği, katılımı azalma, iş kazalarında artış, iş performansında azalma, devamsızlığın artması, kalite kontrol hatalarının artması, hatalara kayıtsız kalmak, alkol ve sigara gibi kötü alışkanlıkları artırmak, artan sağlık sorunları gibi görülmektedir.

Yorgunluk, sinirlilik, alerji, göğüs ağrıları, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrıları, uyanmada güçlük, kolay ağlama, çarpıntı, mide-bağırsak hastalıkları, titreme, uyku bozukluğu, yalnız kalma isteği, iştahsızlık, ellerde terleme, romatizmal ağrı gibi olduğu görülmektedir. Psikosomatik semptomlarda artırmaktadır.

İş stresinin belirtilerini bedensel ve psikolojik belirtiler olarak iki grupta toplamak mümkündür.

a. Bedensel Belirtiler

İnsan vücudunda stresin neden olduğu farklı belirtiler bulunmaktadır. Aşırı iştahsızlık, aşırı yeme ve buna bağlı aşırı kilo alma, yorgunluk ve sürekli zayıflama, sık migren baş ağrıları, uyuyamama ve erken kalkma, günün her saatinde vücudun farklı bölgelerinde meydana gelen kramplar ve kas spazmları, yüksek tansiyon, el sıkışması, nefes darlığı ve kalp atış hızının artması gibi semptomların izlenmesi, insanların stresli olup olmadığını belirlemede etkili olmaktadır. semptomlardan birkaçına sahip olmak, ilgili kişinin stresli olduğu anlamına gelmektedir (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002)

Bu semptomları gösteren bireylerin izlenmesi ve gerektiğinde tıbbi yardım alması sağlanmalıdır. Aksi takdirde bireyler kendilerine veya yakınlarına zarar vermek için bir takım girişimlerde bulunabilirler (Sefa, 2016).

b. Psikolojik Belirtiler

Bazı insanlar, strese karşı daha duyarlı olduğu bilinmektedir. Bu kişiler, stres yaşadıklarında bunu dışarıya belli etmektedir. Bazı kişiler ise tam aksine stres yaşadıklarını gizleyebilmektedir. Ancak kişinin yapısı ne olursa olsun, bazı belirtiler kişilerin stres yaşadıklarını anlamaya yardımcı olmaktadır. Bireyin mevcut duygu durumu, belirtileri gösterip göstermeme noktasında belirleyicidir. Stres altında bulunan bireylerde görülen psikolojik belirtileri: sürekli kaygı, endişe ve korku duygularına sahip olun sinirlilik, duyarlılık, sinirlilik, şüphecilik, saldırganlık, güvensizlik ve belirtileri göstermek, yorgunluk, yorgunluk ve depresyon, yoğun hayal kırıklıkları yaşamak, kendine güvenmemek, suçluluk duygusu yaşamak, sık fobik reaksiyonlara sahip olmak, sağlıklı düşünememe, yaptığı işe odaklanamama ve sık sık unutkanlık yaşama, olumsuz, anlamsız davranışların artması gibi yer olmaktadır (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

Burada yer alan belirtilerin birkaçının bir kişide görülmesi, o kişinin stresli olduğuna işaret edilebilmektedir. Böyle durumlar, ilgili kişiye gerekli yardımda bulunulmalı ve strese neden olan durum kaldırılmaya çalışılmalıdır.

3.9. Hemşirelik ve İş Stresi

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlar stresin yoğun olduğu ortamlardır. Bu ortamlarda insanlarla yüz yüze çalışan doktorlar, hemşireler ve psikologlar gibi sağlık uzmanları genellikle stresin yıkıcı etkileriyle karşı karşıya kalırlar. Bu durum sağlık bakım ortamlarında çalışma hayatını olumsuz etkilemektedir. Belli bir düzeyde stres hemşireleri görevlerini yerine getirmeye motive ederken, sürekli ve aşırı stres çalışanları olumsuz etkilemektedir .

Sağlık hizmetinde yer alan ve sayı olarak en büyük grubu oluşturan hemşireler, hasta bakımı, sağlığı koruma ve rehabilitasyon hizmetlerinde yer almaktadır (Tarhan ve Dalar, 2016).

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan birçok olumsuz faktör nedeniyle yoğun iş yükü olan stresli bir meslek grubu olarak görülmektedir (Balaban, 2000). Hemşirelerin çalışma ortamındaki stres kaynakları; yoğun iş temposu, görev sorumluluğu üstlenme, fazla mesai, hasta yakınları ile iletişim, vardiya / nöbet sistemi ile çalışma, ölümlü ve ağır yaralı hastalarla ilgilenme ve toplu ölümlerle karşı karşıya kalmaktır.

Stres kaynakları kurum veya birimlere göre değişiklik gösterebilir. Ölüm ve ölme olgusuyla baş etmeye çalışan yoğun bakım ünitelerinde hastalar dikkat çekerken en önemli stres olarak görülmüştür. Cerrahi ve iç üniteler gibi hizmetlerde çalışan hemşirelerde yetersizlik ve fazla çalışma, stres en önemli faktörler arasında olmaktadır.

Gelsema vd. (2006), stres, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında büyük sorunlara yol açmasının yanı sıra, örgütsel verimlilik, yüksek iş gücü devri, devamsızlık, verilen hizmetin sayısında ve kalitesinde azalma gibi birçok örgütsel soruna neden olmaktadır. Stres kavramı genellikle stresörler, zorlayıcı durumlar ve bireysel farklılıklarla birlikte açıklanmaktadır (Payne, 2000).

Uzun süreli iş stresi, çalışanların kişisel ilişkilerini de etkiler, hastalık nedeniyle devamsızlığı artırabilir, çatışmalara neden olabilir, iş tatminsizliğine yol açabilir, işten ayrılma ve verimsizlik oranını artırmaktadır. Bu tür durumlarda daha olumlu çalışma ortamları yaratmak için gerekli düzenlemelerin yapılması kişi ve kurum için önemlidir.

Hasta bakımı veren hemşirelerin en uygun hizmeti verebilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlıklı olması ve çalışma ortamında yaşadıkları stresin kontrol altında tutulması gerekmektedir (Simmons ve Nelson, 2001).

3.10. Yoğun Bakım Stresi

Yoğun bakım üniteleri, gerilimin ve iş basıncının yoğun olduğu hastane üniteleri arasında bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinin diğer birimlerden farklı yapısı nedeniyle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, diğer sağlık çalışanlarına göre çok daha sık şiddetli ağrı ve ölümlerle karşılaşmakta, ağır hastalığı olan hastalara ve ailelerine hizmet vermektedir. Bu durum hemşireler için duygusal ve fiziksel zorluklara neden olabilmektedir. Aynı zamanda, kritik ve gergin bir ortamda çalışmak hemşireler için önemli bir zorluktur ve buda strese ve tükenmişliğe neden olabilmektedir.

Hayatı tehdit eden kriz durumları, aşırı iş yükü, yetersiz fiziksel koşullar, bire bir hasta bakımı, gelişebilecek kritik durumlar, kullanılan teknolojik cihazlar ve artan sorumluluklar, fiziksel koşullar ve stres, karmaşık teknoloji, acil karar verme sorumluluğu gibi faktörler , uyarıcı ortam, hareketliliği fazla olması stres ve tükenmişliğe neden olabilmektedir (Dos Santos vd., 2009).

3.11. Hemşirelerde Kritik Stres Faktörleri

Hemşirelerin çalışma yaşamlarında stres faktörlerini tanımlayan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Gray-Toft ve Anderson, 1981). Dewe (1993), göre yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalışma yaşamında stres faktörleri, ağır iş yükü (çok fazla hastayla ilgilenme), diğer personel ile ilişkilerde zorluklar (çatışma potansiyeli), kritik hastalıklarla karşılaştıklarında karşılaşılan zorluklar (bilinmeyen hastalık, ekipman, prosedür), hastaların tedavisi ilgili koşullar (hastanın ailesi ile iletişim, hastanın duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını anlamak), zor ya da çaresiz hastalıkları olan hastalarla (yaşlılar gibi, çok talepkar, işbirliğine açık olmayan hastalarlar) ilgilenmek gibi durumlar bu faktörler arasında sayılmaktadır.

Gray-Toft ve Anderson (1981), stresörler; iş yükü gibi fiziksel çevre ile ilgili stresörler, diğer çalışanlarla çatışma gibi sosyal çevre ile ilgili stres etkenleri ve ölüm olgusu ve hastanın ölümü, yeterli personel desteğinin olmaması, tedavide belirsizlik, yetersiz hazırlık gibi

psikolojik ortam hasta ve ailesinin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için psikolojik çevreye ilişkin stresörler olarak sınıflandırmıştır.

Ebrinç vd. (2002), hemşireler için işyeri stres faktörlerini personel ve hastalardan gelen zıt ve çelişkili talepler, bilgi eksikliği, çalışma ekibiyle ilişkiler, hastalarla yetersiz işbirliği, hasta ölümü, ağır iş yükü, amirlerin haksız tutumları ve yetersiz ödüllendirme olarak sıralamaktadır.

McVicar vd. (2003), göre hemşireler için en önemli stres faktörlerini aşırı iş yükü, çalışanlar arasında çatışma, görev belirsizliği, görev ve sorumluluklarda netlik eksikliği ve yönetici ile sorunlar olarak listelemiştir. Bazı yazarlar görevin karmaşıklığının ve hemşirelik işlevlerinin belirsizliğinin ağır iş yüküne ve rol belirsizliğine yol açtığını belirtmişlerdir

Hemşirelerin stres kaynaklarını inceleyen araştırmalar, yukarıda sıralanan genel boyutların yanında hemşirelik türüne göre de farklılık olduğunu belirtmektedir. Ancak Gray-Toft ve Anderson (1981) bazı farklılıklar olmakla birlikte iş yükü, yetersiz hazırlık ve ölümün her tür hemşirede görülen stres kaynakları olduğunu belirtmişlerdir.

Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP), hemşirelerin stres düzeylerini etkileyen faktörlere öncelik vermek için kullanılmıştır. AHP, karar verme sürecinde etkili olan karar bileşenlerinin hiyerarşisini kullanır. Özellikle bir karar verici veya grup kararlarında, sonuçların ve düşüncelerin tartışılmasını ve yansıtılmasını sağlar ve değişen önceliklerde etkileşimlidir (Thirumalaivasan vd., 2001). Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP), genellikle karmaşık kararların analizinde kullanılır. Karar vericiye teknik alternatifler sipariş etme ve ikili karşılaştırmalar kullanarak en uygun alternatifi belirleme konusunda yardımcı olmaktadır. (Liberatore ve Nydick, 1997). Saaty (2008), hiyerarşideki amaç "Hemşirelerin Stres Düzeyini Etkileyen Faktörlerin ncelik Sırasının Belirlenmesi" dir. Hiyerarşideki birinci seviye (ana faktörler) faktörler "lm ve ölme durumu", "hekimlerle çatışma", "yetersiz hazırlık", "destek eksikliği", "diğer hemşirelerle çatışma", "iş yükü" ve "uygulamalı tedavide belirsizlik". 34 alt faktör hiyerarşinin ikinci seviyesini oluşturur. Hiyerarşi ve alternatifler şekil 3.1'de gösterilmiştir (Gray-Toft ve Anderson, 1981).

Şekil 3.1. Hemşirelerin stres seviyesine etki eden faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesine

	ANA FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLER
	Ölüm-Ölüm Süreci	Hastaların acı hisedeceği tedavi ve prosedürleri uygulamak Hastanın gelişimi ile ilgili olarak iyileştirme olmadığı durumda çaresiz hissetmek Hastayla ölüme yaklaşımı hakkında konuşmak/dinlemek Hastanın ölümü Yakın İlişki kurulan hastanın ölümü Hastanın acı çektiği görmek
	Hekimlerle Çatışma	Hekimler tarafından eleştirmek Hekimler ile çatışmak Hastaya uygulanacak tedavi konusunda anlaşmazlık Hekimlerin hastanın medikal (ilaç-bakım) durumu hakkında yetersiz bilgi vermesi Hekimlerin olmadığı zaman hasta ile ilgili karar verme durumu Hekimlerin hasta için uygun olmayan bir tedavş talimatı vermesi
	Yetersiz Hazarlık	Hastayı uygulanan tedavi konusunda hata yapma korkusu Hasta yakınına duygusal olarak yardım etmede hazarlıksız hissetmek Hasta tarafından hemşireye tatmin edici bir cevabı olmayan soru sorulması Hastanın duygusal ihtiyaçlarına yardım etmede hazarlıksız hissetmek
Amaç		
Hemşirelerin Stres Seviyesine Elde Eden Faktörlerin Öncelik Sırasının Belirlenmesi	Destek Eksikliği	Problemlerle ilgili olarak diğer birim personelleri ile konuşma fırsatının olmaması Diğer personellerle deneyim tercübe ve duygu paylaşımı fırsatının olmaması Hastaların olan negatif duyguların diğer personele ifade etme fırsatın olmaması
	Diğer Hemşirelerle çatışma	Yönetici ile çatışma Personel eksikliği olan diğer birimlere geçici görevlendirmeler Birim dışındaki hemşire ile hemşirelerle çatışma zorluğu Yönetici tarafından eleştirmek Tahmin edilmeyen/beklemeyen nöbet çizilgileri Birimindeki her hangi bir hemşireyle ya da Hemşirelerle çatışma zorulugu
	İş Yüğü	Tibbi araç-gereç ve donanımın bozulması Yazışımı-sekretarya gibi hemşirelerle ilgili olmayan çok fazla işle uğraşmak Hastaya duygusal destek sağlayacak yeterli zamana sahip olmamak Tüm Hemşirelik görevlerini tamamlayacak yeterli zaman sahsıp olmamak Biriminin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar personelin olmamsı
	Uygulanan Tedavinin belirsizlik	Hastanın ölümü durumunda hakim in orada olmaması Tibben acil bir durumda hekimin orda olmaması Hastanın durumu konusunda hasta yakınına söylemesi gerekeni bilmemek Özel bir ekipman (araç) çalışması ve kullanılması ile ilgili olarak belirsizlik

Stordeur vd. (2001), makaleye bakıldığında stres faktörlerini önem sırasına göre değerlendiren bazı çalışmalar dikkat çekmektedir. En yıkıcı etkiden başlayarak stres faktörlerini şu listelemiştir: ağır iş yüğü, diğer hemşireler veya doktorlarla çatışma, hedefler ve görevler hakkında belirsizlik, baş hemşirenin sürekli gözetimi altında olmak ve düzeltici eyleme tabi olmaktadır.

Bu sıralamalar da hemşirelik tipine göre farklılık göstermektedir. Foxall vd. (1990), yaptığı çalışmalarında hemşireler arasında karşılaştırma yaptıklarını, yoğun bakım hemşireleri için en önemli stres faktörünün diğer hemşirelere göre ölüme maruz kalma olduğunu belirtmişlerdir.

3.12. Tükenmişlik İle İş Stresi Arasındaki İlişki

Birçok araştırmada stres ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelenmiştir. Bazı araştırmacılar tükenmişlik ile stresi birlikte değerlendirirken, bazıları ise bunların farklı değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. (Maslach vd., 2001), stres ve tükenmişliği birlikte incelemiş, tükenmişliğin tanımında duygusal stres faktörlerine uzun süreli gerçekleşen tepki ifadelerini kullanmışlardır. Bununla birlikte Cooper vd. (2001) kronik hale gelen iş stresinin tükenmişliğe neden olduğunu söylemişlerdir.

Schaufeli ve Enzmann (1998), ise tükenmişliği iş yerinde kişilerarası taleplerden dolayı meydana gelen iş stresinin özel bir türü olarak tanımlamışlardır. Hobfoll ve Shirom (2001) göre tükenmişlik, uzun süre iş stresine maruz kalmanın bir sonucudur (Pines ve Keinan, 2005). Lee ve Ashforth (1990) ise yapmış oldukları meta analizde iş stresine neden olan faktörler ve tükenmişliğin alt boyutlarının tamamının arasında belirgin bir ilişki bulunduğunu, bundan dolayı da iş stresinin tükenmişliğe neden olan bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Bazı araştırmacılar da stres ile tükenmişliğin ayrılması gerektiğini savunmaktadır. Iacovides vd. (2003), göre tükenmişlik kavramı, yorgunluk, iş stresi, depresyon veya yabancılaşma kelimelerinin eş anlamlısı olarak kabul edilmesine karşın, son yıllarda terimin popüler olması bazı karışıklıklara neden olmaktadır. Tükenmişliğin yüksek talep kaynaklık stresli iş ortamları, olumsuz sonuçlara bağlı tatminsizlik ve orantısız yüksek çaba gibi faktörlerin sonucunda oluştuğunu belirtmişler ve stres ile ayrıldıkları noktayı göstermişlerdir. Pines (1993), ise stres ile tükenmişlik her ne kadar birbirine yakın kavramlar olsa da bunlar aynı değil demiştir. Ayrıca kişi yaptığı işin önemini bilir ve bunu kabul ederse, ne kadar stresli olursa olsun, aslan tükenmeyeceklerini savunmuştur.

Tükenmişlik geçmişe göre çok daha geniş bir perspektiften ele alınmaktadır. Stres faktörünü daha iyi anlamak için farklı işlerde ve işletmelerde anahtar bir kavram olarak kullanılmaktadır. Tükenmişlik ve stresi birbirinden ayıran en önemli nokta, tükenmişliğin taraflar arasında hizmet alışverişi sırasında ortaya çıkan “sosyal ilişkilerden” kaynaklanan bir stres türü olmasıdır (Sürgevil, 2014). Tükenmişlik ile stresin farklı kavramlar olmasının bir diğer nedeni ise stresin sadece olumsuz değil, aynı zamanda olumlu yönleri de olabilirken, tükenmişliğin ise sadece olumsuz yönünün olmasıdır (Kaçmaz, 2005).





DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

Távora vd. (2008), tarafından tartışıldığı gibi HE hala yoğun bakımda % 30 oranında görülmektedir. HE'nin gelişmekte olan ülkelerde neonatal ölümün % 40'ına neden olduğu tahmin edilmektedir. Doğum sırasında yenidoğanlar, olgun bir bağışıklık sisteminin koruyucu endojen küçük mikrobik florasından arınmaktadır. YYBÜ'lerde kabul edilen yenidoğan bebekler, çoğunlukla düşük doğum ağırlığı ve prematüre yaşamaları mümkündür. Benzer şekilde geniş spektrumlu antibiyotikler ve müdahale prosedürleri içerebilecek restoratif müdahaleye maruz kalması sebep olabilmektedir. Bu durumlar, YYBÜ dakı yenidoğanların karşı aşırı derecede savunmasız kılmasına sebep olmaktadır.

Tükenmişlik terimi hemşirelik literatüründe aynı anlamlı olarak kullanılmaktadır. Literatür, “stres” teriminin günlük yaşamda, yaşamın sunabileceği günlük zorluklarla başa çıkma sürecine atıfta bulunmak için gevşek bir şekilde kullanımını önermektedir.

Thompson’a göre (1994) stres, fiziksel veya zihinsel enerjimiz için bir taleptir, aşırı stres fizyolojik sorunlara yol açmaktadır. Bu tanım, baskıların aşırı olduğunda stresin zararlı olacağını göstermektedir.

Maslach vd. (1996), bu koşullar altında, sürekli insanlarla tükenmişliğe yol açabilecek duygusal stresleri olabileceğini belirtmektedir.

Coffey (1999), göre tükenmişliğin semptomların bulaşıcı olduğu ve meslektaşları etkileyebileceği sosyal ve kişilerarası sonuçları olduğunu düşündürmektedir. Bireyler daha sinirli ve huysuz hale geldikçe ilişkiler zarar görebilmektedir. Sözel ve fiziksel saldırganlıkların günlük yaşamın bir parçası olduğu soğuk alanda çalışanların tükenmişlikle yüzleşmesi kaçınılmazdır.

Hemşirelik bakımının hastane kaynaklı enfeksiyonların varlığı ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Hemşire sayısı, hemşire başına düşen hasta oranı ve hemşire çalışma vardiyaları enfeksiyonun yayılmasını doğrudan etkilmektedir. Bununla birlikte, o zamana kadar, hemşire bakımı ve enfeksiyon ilişkisinin altında yatan olasılık mekanizmasıyla ilgili

titiz bir çalışma bulunmaktadır. İşe bağlı tükenmişlik kötü tıbbi bakım ve hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir. Maslach'ın teorisi, sağlık profesyonellerindeki tükenmişliğin önemli bir bileşeninin, iş ve talepleriyle başa çıkmanın bir yolu olarak duygusal ve bilişsel ayrılma ile ilişkili duygusal tükenme olduğunu öne sürmektedir. Bazı bulgular, hastane hemşirelerinin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Fakat daha yüksek tükenmişlik oranlarının klinik sonuçları etkileyip etkilemediği henüz büyük ölçüde araştırılmamıştır.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeğin sağkalım tahminleri, hemşire sayısını arttırdıktan sonra hayatta kalım tahminlerinde değişiklik görülmüştür.

Hugonnet vd. (2004), sayıda hemşirenin ve hemşire tükenmişliğinin, artan enfeksiyon riski ve edinilmiş tüm enfeksiyonların önemli bir oranı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yoğun bakımda, personeli daha yüksek bir seviyede tutarak ve hemşire tükenmişliğini ortadan kaldırarak enfeksiyon önlenmektedir. Bulgularımız, sadece birkaç gün sonra yüksek iş yüküne maruz kalma eğilimi olarak tükenmişlik ile enfeksiyonun başlangıcı arasındaki ilişkisi hakkında bulgular daha fazla bilgi vermektedir.

Cimiotti vd. (2012), bir hasta tarafından hemşirenin iş yükünün artmasının cerrahi alanda enfeksiyonu artırdığını göstermiştir. Aynı sonucun idrar yolu enfeksiyonunda tespit edildiğini göstermektedir. Hastanedeki hemşire tükenmişliğinin her %10'luk artışı, idrar yolu enfeksiyonunu 1000 hasta başına 1 ve 1000 cerrahi enfeksiyon bölgesinde 2 oranında artırmaktadır. Bu tespit hem istatistiksel hem de klinik olmaktadır. Hemşire tükenmişliği bu enfeksiyonun varlığı ile ilişkilidir. Hastane veya sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon mortalite, morbidite ile bağlantılıdır. Sağlık tesislerinin yüksek ekonomik maliyeti bu enfeksiyonlarla ilişkili maliyet ödemesinin reddedilmesine neden olmaktadır. Hemşirelerin tükenmişliği sağlık tesislerini geliştirerek, hemşire personelini ve çevre ile ilgili diğer unsurları geliştirerek azaltılabilmektedir. Hemşire tükenmişliğini azaltarak, diğer taraftan hemşirenin refahını artırabiliriz, hastanın güvenliğini ve sağlık sisteminin kalitesini iyileştirilebilmektedir.

Cimiotti vd. (2012), hemşire NICU'daki yenidoğanlarda kan dolaşımı enfeksiyonlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Yetersiz hemşire ve yoğun bakım ortamında daha fazla iş yükünün, aseptik tekniği düzenlemeyen kötü hijyen

uyumluluğuna yol açtığını veya enfeksiyonun yayılmasını artırabileceğini öne sürmektedir. Daha da ötesi, hemşirelerin sayısı ve sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonun daha fazla ilişkili olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu nedenle YYBÜ'nün kaliteli bakımını iyileştirmek için hemşirenin yaşam kalitesi iyileştirilmelidir.

Tükenmişlik ve başa çıkma stresinin sonucu önemli finansal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Tükenmişliğin iş performansı, hasta güvenliği ve sağlık hizmeti verenler tarafından hastaya sağlanan sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde olumsuz etkisi vardır. Sağlık hizmeti verenler tarafından hastaya sağlanan sağlık hizmetinin güvenliği ve kalitesi bu işgücü kaybına yol açabilmektedir. İngiltere ve Avustralya'da stresle ilgili sorunlar nedeniyle yılda yaklaşık 40-55 milyon arasında iş kaybedilmektedir. Ayrıca, ekipman kıtlığı ve sanitasyon eksikliği bulunan devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ekipmanın yetersizliği hemşirelerin işini daha karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca tükenmişlik ve memnuniyetsizlik artışına da sebep olmaktadır.

Braithwaite (2008), araştırmasında bildirilen hemşire tükenmişliği ve stres, hemşirelik mesleği için en zor konular olduğunu belirtmiştir. Tükenmişlik göstergesi, hastalar, örgütsel ve hemşire için tehlikeli ve istenmeyen bir durum olmuştur. YYBÜ'de ahlaki durgunluk, düzenli devamsızlık ve yüksek stres düzeyi gibi sorunlar, organizasyonun yönetimi tarafından ele alınmalı ve öncelik verilmelidir. Sağlık personali olarak çalışan her kişi, hemşire tükenmişliği ve stresinin zararlı etkisini önleyebilecek veya azaltabilecek politikalar başlatmalı ve uygulamalıdır.

Aiken vd. (2010), düşük sağlık kalitesi ve yüksek derecede tükenmişlik, enfeksiyonun artması ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Tükenmişlik, hem insan kaynakları hem de hastane düzeylerinde kaliteli bakım konularına giden yoldaki pratik liderlik için temel bir göstergedir. Tükenmişliğin azaltılması, özellikle hemşire sayısının azlığı derinleştirilmesi ve hasta güvenliği konularını tartışmak ve dünyadaki sağlık sisteminin stabilize edilmesi için artan baskılar açısından hemşire bakım kalitesini artırmak için verimli ve faydalı bir strateji olacağı düşünülmektedir

Vahey vd. (2004), duygusal tükenme duyguları ve kişisel başarı eksikliği ile ölçülen hemşire tükenmişliğinin hastaların bakım vericilerinden ne kadar memnun olduklarını etkileyen önemli bir faktör olduğunu ampirik olarak göstermiştir. Ayrıca, hemşirenin

çalışma ortamlarının birbiriyle değiştirilebilir özelliklerini belirtmiştir. Yani hemşirelerin duygusal tükenmesi ve hasta memnuniyetsizliği dikkate alınarak personel yeterliliği, hemşirelik uygulamaları için idari destek ve hemşireler ile doktorlar arasındaki daha iyi ilişkiler, bu bulguların en belirgin sonuçları, hastanedeki değişikliklerdir. Çalışma ortamı, hasta memnuniyetini artırmak ve daha sonra hemşire işgücünü stabilize etmek için eşzamanlı bir şans sağlıyor gibi görünmektedir. Çünkü duygusal olarak bitkin hemşirelerin işlerini terk etme niyetleri önemli ölçüde daha yüksektir.

Hemşirenin kişisel başarı ve duyarsızlaşma duyguları hakkındaki bulgularımız, Maslach'ın tükenmişlik sendromu olarak tanımladığı iki unsur olduğunu bulgulanmıştır. Hemşirenin kişisel başarı hissi düşüklüğü, hastaların bakımlarından nasıl memnun kaldıklarını ölçmek için önemli bir faktör olarak görmüştür. Bununla birlikte, kişisel başarının düşük olması, duygusal tükenmede olduğu gibi kurumsal destek tedbirlerimizle açıklanamamaktadır.

Poghosyan vd. (2010), bu çerçeveler hem (örneğin ortamlar) hem de bireysel faktörler (örn. Cinsiyet) tükenmişlik düzeylerini etkiler ve tükenmişliğin düşük iş performansı gibi olumsuz sonuçları olabilir. Bu analizde tükenmişlik önlemleri, işten memnuniyetsizlik gibi bir dizi potansiyel kontrol çelişkisi öncesinde ve sonrasında kaliteli bakımın önlemlerle potansiyel korelasyonları olarak incelenmiştir. İş memnuniyetsizliği, bir işe karşı olumsuz duyguları ölçüyor, kaliteli bakım derecesi ve tükenmişlik olabilmektedir. Ayrıca yılların deneyimi (çalışılan yıllar), haftada vardiya saatleri ve vardiya sırasında hemşirenin baktığı hasta sayısı gibi hemşire özelliklerini tanımlayan başka geçmişler de analitik modellerde bulunmaktadır. Hem çalışma ortamının kalitesinin bir yansıması olduğundan kalite ve tükenmişliğin bağlantılı olma olasılığını ortadan kaldırmak için hemşirenin çalışma ortamı dahil edilmektedir.

Bu sorunlar, bakıcının yetersiz eğitimi, personel sıkıntısı veya meslektaşlarından veya kuruluştan gelen eksiklikler nedeniyle sorunları çözemediğinde gerginliğin başlatması sebep olmaktadır.

Farrington'a göre (1999) tükenmişlik, bireylerin çaresiz ve olumsuz kalmasına neden olan, kişisel kaynakların ve bittiğinde görünen enerjinin ve gücün tükenmesi ve tüketilmesi olarak tanımlanmıştır

Benner ve Wrubel (1989), tükenmişlik yaşayan hemşirelerin klinik meslektaşlarından yabancılaştığını belirtmiştir. Hemşirelik bakımı sağlamak, genellikle bakım adı verilen bir dizi teknik görev haline gelmiştir, ancak bakım aktif anlamda tanımlanmamıştır.

Barton (2009), yaşamlarında olayları idare edemeyen veya kontrol edemeyen hemşirelerin tükenmişliğe daha fazla maruz kaldığını belirtmiştir. Sosyal beceri eğitimi gereksinimine daha fazla dikkat çekmektedir. Çünkü bu, klinik alanlarda özerkliğin artmasıyla birlikte pratik problem çözme becerisi olarak görülmüş ve bu da kişinin daha fazla kontrol sahibi olmasını sağlamıştır.

Tavers (1994), tükenmişliğin etkilerinin tükenme işlev bozukluğu aşamalarına göre değişebileceğini belirtmiştir. Hemşire, düşük benlik saygısı, zayıf özgüven, iş doyumu eksikliği, rahat hissetme ve yaşamdan zevk alamama, bir şeyi ılımlı tutamama ve dengeli karar verememe gibi çeşitli tükenmişlik belirtilerine maruz kalmaktadır. Bu devamsızlığı artırırken, etkinliği ve verimliliği azaltmaktadır. Bu araştırmada, destek ve yedeklemenin olmayışı, tükenmişliğe sebep olabilecek dikkate değer faktörler ve endişe konusu olan personel sorunlarının altı çizilmiştir.

Hugonnet (2004), göre son zamanlarda yapılan çalışmalar, personel sayısının az olması durumunda, bu durumun postoperatif mortalite gibi hastaların sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek durumları göstermektedir. Ayrıca hemşire çalışmasının hastane enfeksiyonu riskini artırdığını ve hastaların hastanede kalış sürelerini uzattığını iddia etmiştir.

Won vd. (2004), el yıkamaya daha iyi uyumun, özellikle hastane enfeksiyonları ve solunum yolu enfeksiyonlarının (pnömoni) genel olarak oranlarında önemli bir azalma olduğunu gözlemlemiştir. El yıkama, hastane enfeksiyonlarını önlemek için basit, ekonomik ve etkili bir yöntem.

Tawfik vd. (2017), literatürde hemşirelik eksikliğinin hemşire tükenmişliği için potansiyel itici güçler olarak iyi tanımlandığını belirtmiştir. Bakım kalitesindeki azalma, yenidoğan enfeksiyonlarındaki artışla da ilişkilidir. Klinik deneyimler ve bulgularımız, hemşirelere aşırı yüklenildiğinde ve iş fazla olunca YYBÜ'de artan tükenmişlik

görülmektedir. Daha yüksek tükenmişlik daha yüksek enfeksiyon oranlarına neden olur. Bu nedenle yöneticilerin, farkındalığı artırmak, protokol uyumluluğunu ve akran desteğini artırmak ve genel uyanıklığı artırmak için 'zaman aşımı' ve kayıt gruplarını kullanarak personel kıtlığı konusundaki farkındalıklarını artırmalarını önermektedir. YYBÜ grupları arasında yaygın tükenmişlik bulunmuş, doktor olmayanlar ve daha deneyimli sağlayıcılar en yüksek tükenmişlik prevalansını bildirmişlerdir.

Sıkı çalışma algısı artan HE ile ilişkiliydi. Yüksek hacimli YYBÜ'ler tükenmişlik prevalansı ile HE arasında orta düzeyde bir korelasyon göstermiştir. HE oranları çoğunlukla yorgunluk belirtileri ve çok fazla çalışmayla ilişkilidir. YYBÜ sağlayıcıları arasında tükenmişliği önlemek ve azaltmak için yapılan müdahaleler, HE'nin kırılğan Hastalara karşı savunmasızlığını azaltmanın önemli bir yolu olabilir.

Van Mol vd. (2015), eşlik eden duygularla birlikte işle ilgili stres belirtildi, özellikle yoğun bakım ünitesinde provoke edildi, geçen yıldan beri iyi belgelendi. Yoğun bakım uzmanları tarafından gerçekleştirilen yüksek riskli ve yüksek stresli prosedürler entelektüel, fiziksel ve duygusal olarak inanılmaz derecede talepkardır. Hem fiziksel uyarı işaretleri (baş ağrısı, uyku bozuklukları, bel ağrısı ve mide problemleri gibi) hem de zihinsel yanıtlar (sinirlilik veya düşmanlık, konsantrasyon kaybı, kendine güven kaybı ve duygusal dengesizlik gibi). bireysel stres reaksiyonları gösterebilir. Bunların bazen stresin kökenini çekemeyen ve daha sonra etkili baş etme mekanizmalarını veya bu devam eden süreç için önleyici stratejilerin geliştirilmesini kısıtlayamayan spesifik olmayan semptomlar olmasına rağmen, göstrebilmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Bu araştırmada iki önemli amaç bulunmaktadır.

- i. Yenidoğanlardaki hastane enfeksiyonu tanısının konulmasında hemşirelerin tükenmişliğinin, stresinin, tıbbi atıklara ilişkin Davranışlarının ve diğer etkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.
- ii. Yenidoğanlardaki yoğun hastane enfeksiyonun birden fazla tanı, konulmasında hemşirelerin tükenmişliğinin, stresinin, tıbbi atıklara ilişkin Davranışlarının ve diğer etkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmada amaçlara ilişkin olarak belirtilen 13 farklı hipotez detaylı olarak incelenmiştir.

- i. Farklı (1-8) ölçümlerde, tükenmişlik düzeylerinin ve alt-boyutlarının(duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma) hemşirelerin demografik özelliklerine (
 - a. eğitim düzeyleri,
 - b. medeni durum,
 - c. cinsiyet,
 - d. çocuk durumu,
 - e. vardiya durumuna) göre farklılık göstermiştir.
- ii. Farklı (1-8) ölçümlerde, stres düzeylerinin ve alt-boyutlarının(İş Yüğü,Ölüm ve Ölme durumu,Yetersiz Hazırlık,Destek Eksikliği,Tedaviye ilişkin Belirsizlik ,Hekimlerle Çatışma, Diğer Hemşirelerle Çatışma) hemşirelerin demografik özelliklerine,
 - a. eğitim düzeyleri,
 - b. medeni durum,
 - c. cinsiyet,
 - d. çocuk durumu,
 - e. vardiya durumuna) göre farklılık göstermiştir.

- iii. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin ve alt-boyutlarının (duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma) farklı (1-8) ölçümlerde farklılık göstermiştir.
- iv. Hemşirelerin stres düzeylerinin ve alt-boyutlarının (İş Yüğü,Ölüm ve Ölme durumu,Yetersiz Hazırlık,Destek Eksikliği,Tedaviye ilişkin Belirsizlik,Hekimlerle Çatışma,Diğer Hemşirelerle Çatışma) farklı (1-8) ölçümlerde farklılık göstermiştir.
- v. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların davranışlarının bir önceki ölçüme göre değişim göstermiştir.

5.2. Kapsam ve Sınırlılıklar

Çalışmanın kapsamı yenidoğan bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin görüşleriyle sınırlıdır. Bu çalışmaya Hargiesa ilinde 3 hastanesinin yenidoğan yoğun bakımdaki çalışan hemşireleri dâhil edilmiştir. Çalışmanın literatür kısmında iş stress, tükenmişlik kavramları ve hastane enfeksiyonunun ilişkisi bahsedilecek ve son olarak araştırma bulgularından bahsedilmiştir.Ancak çalışmanın araştırma kısmı zaman ve maliyet kısıtları göz önünde bulundurulmuştur. En önemli sınırlama, daha fazla endişelendiren ve daha fazla strese sokan covid 19'un ortaya çıkmasıdır. 8 kez ölçüm alınarak ve hemşireleri etkileyen dışsal faktörlerin ölçülenmesi sadece 3 hastane enfeksiyon tanısı incelenmiştir.

5.3. Araştırmanın Modeli

Bu izlem çalışmasında Hargeisa ilinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve stres durumları dört ay süreyle takip edilmiştir. Bebeklerin tanı ve takibi epikrizden yapıldıdır. Araştırmaya 15.01.2020 -15.04.2020 tarihleri arasında anket ve gözlem yoluyla toplanmıştır. Hargeisa ilinde ilk kovid 19 vakası 1 Mayıs 2020'da ortaya çıkmıştır. Kovid 19 ilk vakası görüldüğünden dolayı çalışmamıza son verilmiştir.

5.4. Araştırma Evreni ve Örneklem

Hargeisa ilinde toplam 15 hastane bulunmaktadır.Bu çalışmaya Hargeisa ilindeki üç hastanenin (Hargeisa Group hospital, MAS ve Gargaar hospital) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler dahil edildi. Bu araştırmaya, Hargeisa ilindeki üç hastanenin YYBÜ'sinde görev yapmakta olan hemşireler ve onların ilgilendiği bebekler dahil edilmiştir. HGH'nin yenidoğan servisinde 10 kuvöz makinesi vardır ve 18 hemşire görev

yapmaktadır. Ancak çalışmaya 15 hemşire dahil edilmiştir. MAS Hastanesinde 8 kovöz bulunmaktadır ve yenidoğan servisinde 17 hemşire çalışmaktadır, tüm hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. Gargaar Hastanesi 6 kuvöz bulunmaktadır ve yenidoğan bölümünde 13 hemşire görev yapmaktadır. Bu üç hastanede görev yapan toplam 45 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir.

5.4.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- i. Yenidoğan bebek olmak
- ii. Yoğun bakımda olma koşu
- iii. Hemşirelerin kendisinin ve yenidoğanların ailelerinden, çalışma hakkında detaylı bir şekilde aydınlatıldıktan sonra çalışmaya dahil olmaya rıza göstermesi

5.4.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- i. Ölü doğan bebekler
- ii. Yoğun bakımda olmama
- iii. Annede hastane enfeksiyonu tanısı olanlar
- iv. Psikiyatrik tedavi görmüş hemşireler
- v. Hemşirelerin kendisinin ve yenidoğanların ailelerinden, çalışma hakkında detaylı bir şekilde aydınlatıldıktan sonra çalışmaya dahil olmaya rıza göstermemesi

5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ;

Araştırma verileri anket yoluyla toplanmıştır. Hargiesa ilinde kamu hastanelerinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerinin demografik değişkenlerini belirleyen soruların yanı sıra, "İş Stresi Ölçeği" ve "Tükenmişlik Ölçeği" ve "tibbi atıklara yönelik" soruları yer almaktadır. Ölçek maddeleri "likert ölçeği şeklindedir".

5.5.1. Demografik Veri Formu

Hemşirelere yönelik demografik sorular; Eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma deneyimi ve vardiye durumlara sorulmuştur. Yenidoğanlar için bu tür ifadeler; Bebeğin gebelik yaşı, kilosu ve doğuştan herhangi bir hastalığı olup olmadığı sorulmuştur.

5.5.2. Tıbbi Atık Değerlendirme Soruları

Tıbbi atıkların uygun şekilde toplanıp toplanmadığını değerlendirmek üç tane ifade “Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır”, “Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.” ve “Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem” sorulmuştur. Bu davranışların sıklık olarak değerlendirmeleri istemiştir (1=Hiçbir zaman- 5=Her zaman).

5.5.3. Maslach Tükenmişlik Envanteri

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Duygusal tükenmişlik (DT, 9 madde), kişisel başarı (KB, 8 madde) ve depersonalizasyon (D,5 madde) alt ölçekleriyle (toplam 22 madde) değerlendirilmektedir. Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş, ve 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır (1=Hiçbir zaman, 2=Çok nadir, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman). Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve depersonalizasyon için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı için tersine maddeler bulunmaktadır (hiçbir zaman=5, her zaman= 1). Buna bağlı olarak, Maslach tükenmişlik ölçeğinin boyutlarının ilişkisi şu şekildedir: $+DT \rightarrow +D \rightarrow -KB$. Bu puanların toplanması ile DT için 9 (ort=1)- 40 (ort=5), D için 5 (ort=1)- 25 (ort=5) ve KB için de 8 (ort=1)- 40(ort=5) arasında değişen puanlar elde edilir. DT ve D alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, KB boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT için 27 ve üzeri (ort=3.67 ve üzeri) ve D içinde 13 ve üzeri (ort=3.67 ve üzeri) puanları tükenmişliğin fazlalığını, KB puanı için 0-31 (ort=1-2.33) arası kişisel başarının yüksek olduğunun göstergesidir. Orta düzey veya normal olarak tanımlanan aralıklar DT için 17-26 (ort= 2.34-3.66), D için 7-12 (ort= 2.34-3.66) ve KB için 32-38 (ort= 2.34-3.66) puanlarıdır. Maslach ve Jackson (1981) göre, tüm Maslach tükenmişlik ölçeğinin Cronbach alfa katsayıları 0.83'tür. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları DT için 0.89, KB

için 0.74, D için 0.59'dur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayıları DT için 0.81, KB için 0.70, D için 0.65'dir ve tüm ölçek için ise 0.80'dir.

5.5.4. Hemşirelik Stres Ölçeği

Hemşirelik Stres Ölçeği (HSÖ): Ölçek, Gray-Toft ve Anderson (1981) tarafından geliştirilen, HSÖ, 34 maddeden oluşmaktadır; İş yükü (6 madde), Ölüm ve Ölen Hastalar (7 madde), Yetersiz Hazırlık (3 madde), Destek Eksikliği (3 madde), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (5 madde), Hekimlerle Çatışma (5 madde) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma (5 madde) dahil olmak üzere yedi alt boyutu bulunmaktadır. Hemşirelerin yaşadıkları iş streslerinin sıklığını belirtmek için 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır (1=Hiçbir zaman, 2=Çok nadir, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman). Sonuçlar, 34 (ort=1) ile 170 (ort=5) arasında değişen toplam puanlardan hesaplanmaktadır. Yüksek puan (ort=3.67 ve üzeri) alan katılımcılar yüksek iş stresine, düşük puan (ort=1-2.33) alan katılımcılar düşük iş stresine işaret etmektedir. Mert, Aydın Sayılan ve Baydemir (2020), yapmış olduğu uyarılama çalışmasında göre tüm hemşirelerin stres ölçeğinin Cronbach alfa katsayıları 0.89'tür. Alt boyutların Cronbach alfa katsayıları da 0.60-0.80 arasında bulgulanmışlardır. Bu çalışmada ise alt boyutların Cronbach alfa katsayıları 0.65-0.72 arasındadır ve HSÖ için 0.82'dir.

5.6. İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizi, SPSS 23.0 ve STATA 14.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Değişkenlerin dağılımını görmek için betimsel istatistiklerden yararlanılmıştır. Sürekli değişkenlerin, kategorilere göre normal dağılım gösterip göstermediğini Shapiro-Francia W' testi ile test edilmiştir. Varyansların homojenliği testi içinde Levene's testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmadığında parametrik olmayan test istatistikleri yapılmıştır. Parametrik olmayan testlerde değişkenin iki kategorisi arasındaki farklılığa bakmak için Mann-Whitney testi, iki kategoriden fazla olduğunda ki farklılığa bakmak için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Ölçümlerin farklarının, normal dağılım gösterip göstermediğini Shapiro-Wilk normallik testi ile test edilmiştir. Bu farkların, varyanslarının homojenliği testi içinde Levene's testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmadığında parametrik olmayan test istatistikleri yapılmıştır. Parametrik olmayan testlerde, ölçümlerin arasındaki farklılığa bakmak için Wilcoxon testi (2-ölçüm kıyaslaması) yada Friedman testi (2'den

fazla ölçüm kıyaslaması) kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerde, kategorik ölçümlerin arasındaki farklılığa bakmak için Marjinal Homojenlik Testi kullanılmıştır. Hemşirelerin ve bebeklerin takibi söz konusu olduğundan boylamsal (longitudinal)\ panel veriler toplanmıştır. Yenidoğanlarda hastane enfeksiyonu tanısında etkili risk faktörlerinin belirlenmesinde panel verilerde kullanılan rasgele-etkili lojistik regresyondan yararlanılmıştır. Lojistik regresyon bağımlı değişkenin yapısına göre değerlendirilip seçilmiştir. Yenidoğanlarda hastane enfeksiyonun tanı sayısındaki etkili risk faktörlerinin belirlenmesinde panel verilerde kullanılan rasgele-etkili Poisson regresyondan yararlanılmıştır.



ALTINCI BÖLÜM

BULGULAR ve TARTIŞMA

6.1. Bulgular

Tablo 6.1. Hemşirelere ilişkin betimsel istatistikler (n=45)

<i>Değişkenler</i>	<i>Kategori</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Ort.</i>	<i>Medyan</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Mak.</i>
Eğitim Düzeyleri	Önlisans	12	26.7				1.00	3.00
	Lisans	12	26.7					
	Lisansüstü	21	46.7					
Medeni Durum	Bekar	12	26.7				1.00	3.00
	Evli	24	53.3					
	Boşanmış	9	20.0					
Cinsiyet	Kadın	33	73.3				1.00	2.00
	Erkek	12	26.7					
Yaş		45		28.20	28.00	3.841	20.00	37.00
Çalışma deneyimi (Yıl)		45		4.40	4.00	2.605	1.00	10.00
Çocuk Durumu	Var	21	46.7				1.00	2.00
	Yok	24	53.3					
Çalışma Saatleri /Gün		45		5.866	8.00	3.653	.00	10.00
Gece Vardiyası (Saat)		45		6.333	11.00	5.996	.00	12.00
Vardiya Durumu	Gündüz	21	46.7				1.00	3.00
	Gündüz ve gece	12	26.7					
	Gece	12	26.7					

Tablo 6.1'de Hemşirlerin demografik bilgilerinin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların %26.7 (n =12) önlisans mezunudur, %26.7(n=12) lisans meznunuyken %46.7(n=21) lisansüstü mezunudur. %26.7 (n =12) erkek, %73.7 (n =33) kadındır. Hemşirlerin %46.7 (n=21) çocuk sahibidir, çocuk sahibi olmayanlarsa %53.3 (n =24)dür.

Hemşirlerin vardiye saatleri %46.7 (n=21) çalışmakatadır, %26.7 (n =12) hem gündüz hem gece çalışanlardır, %26.7 (n =12) gece çalıştığını görülmektedir.

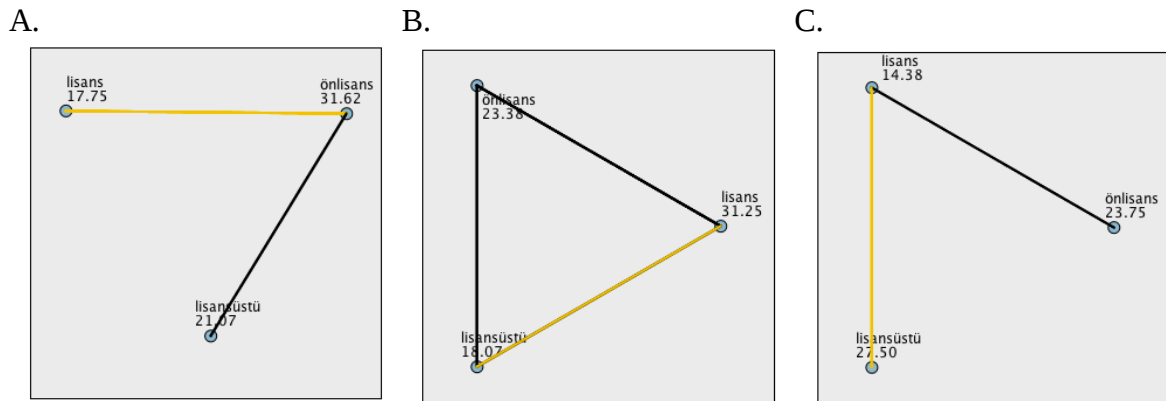
Tablo 6.2. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçları

		Eğitim Düzeyleri	n	Sıra Ort.	Ki-Kare	p-değeri
1.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	23.00	.247	.884
		Lisans	12	21.50		
		Lisansüstü	21	23.86		
	STRES	Önlisans	12	25.25	.533	.766
		Lisans	12	21.50		
		Lisansüstü	21	22.57		
2.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	24.50	.673	.714
		Lisans	12	24.50		
		Lisansüstü	21	21.29		
	STRES	Önlisans	12	19.25	2.997	.223
		Lisans	12	28.25		
		Lisansüstü	21	22.14		
3.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	19.25	13.756	.001**
		Lisans	12	35.00		
		Lisansüstü	21	18.29		
	STRES	Önlisans	12	13.25	27.472	.000**
		Lisans	12	39.50		
		Lisansüstü	21	19.14		
4.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	19.25	9.074	.011**
		Lisans	12	32.75		
		Lisansüstü	21	19.57		
	STRES	Önlisans	12	23.75	14.626	.001**
		Lisans	12	34.25		
		Lisansüstü	21	16.14		
5.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	17.00	6.533	.038**
		Lisans	12	30.50		
		Lisansüstü	21	22.14		
	STRES	Önlisans	12	13.25	9.058	.011**
		Lisans	12	26.75		
		Lisansüstü	21	26.43		
6.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	21.13	.393	.822
		Lisans	12	23.00		
		Lisansüstü	21	24.07		
	STRES	Önlisans	12	15.88	6.092	.048**
		Lisans	12	22.25		
		Lisansüstü	21	27.50		
7.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	18.13	3.805	.149
		Lisans	12	21.13		
		Lisansüstü	21	26.86		
	STRES	Önlisans	12	16.63	5.228	.073
		Lisans	12	21.88		
		Lisansüstü	21	27.29		
8.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Önlisans	12	19.25	2.997	.223
		Lisans	12	28.25		
		Lisansüstü	21	22.14		
	STRES	Önlisans	12	17.00	3.951	.139
		Lisans	12	23.00		
		Lisansüstü	21	26.43		

p**<0.05

Hemşirelerin Tükenmişlik ve stres birinci, ikinci ölçüm puanları incelendiğinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark olmadığı gözlenmiştir. Hemşirelerin üçüncü ölçümlere ilişkin tükenmişlik ve stres puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Bunu sebebi de 3.ölçümde 6 tane bebek ölümün gerçekleşmesinden kaynaklanmaktadır. Hemşirelerin dördüncü ölçümlerinde tükenmişlik ve stres puanları incelendiğinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark olduğunu gözlenmiştir. Hemşirelerin beşinci ölçümlerinde tükenmişlik ve stress puanları incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulgulanmıştır. Bunu sebebi de 5.ölçümde 3 tane bebek ölümün gerçekleşmiş olduğunu bildirmişlerdir. Hemşireleri altıncı ölçümlerinde tükenmişlik puanları incelendiğinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunmazken stres düzeylerinde istatistiksel fark gözlenmiştir. Yedinci ve sekizinci ölçümde, tükenmişlik ve stres puanları incelendiğinde eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark olmadığını gözlenmiştir.

Şekil 6.1. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)



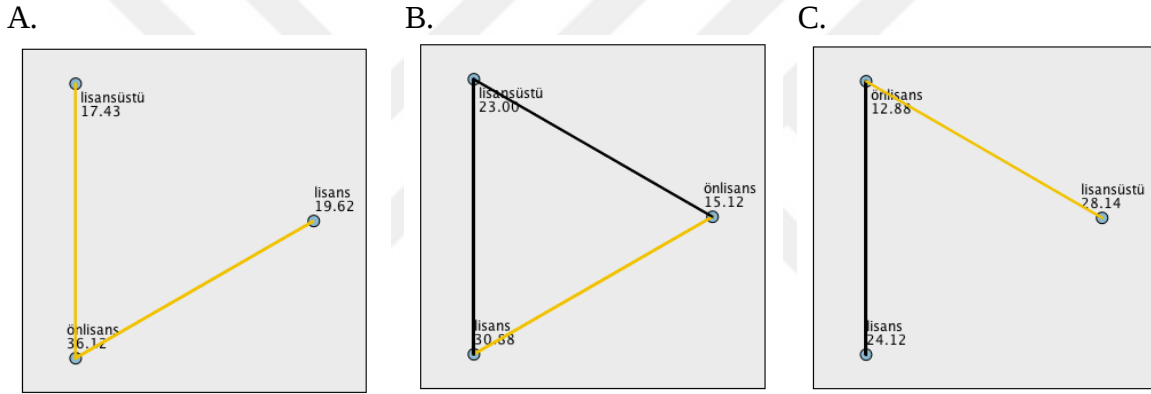
Birinci ölçüm incelendiğinde, duygusal tükenmede ($\chi^2=7.657$, $p=.022$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=7.746$, $p=.021$), Hekimler Çatışma boyutlarında ($\chi^2=7.981$, $p=.018$) eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Kişisel Başarı ($\chi^2=.489$, $p=.783$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=1.459$, $p=.482$), İşYükü ($\chi^2=1.915$, $p=.384$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=4.464$, $p=.107$), Destek Eksikliği ($\chi^2=5.083$, $p=.079$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=1.460$, $p=.482$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma

boyutlarında ($\chi^2=1.620$, $p=.445$) eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.2 A'da görüldüğü üzere duygusal boyutunda istatistiksel olarak fark lisans ve lisansüstü mezunlara yaratmıştır. Şekil 6.2 B'de ölüm ve ölüm boyutunda istatistiksel olarak fark lisansüstü ve lisans arasında bulgulanmıştır. Şekil 6.2 C'da Hekimler çatışma boyutunda istatistiksel fark yaratanlar lisansüstü ve lisans mezunlarıdır.

Şekil 6.2. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma)

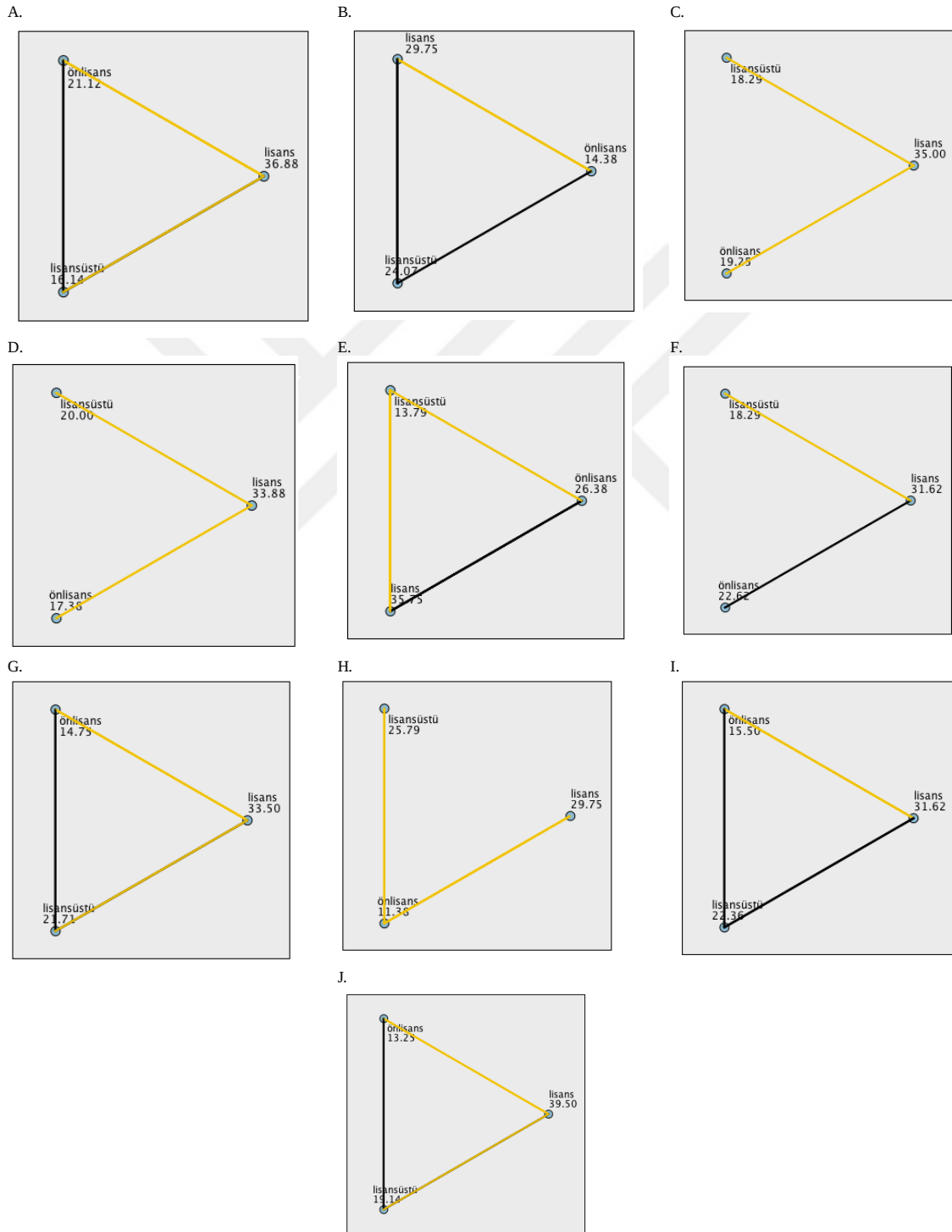


İkinci ölçüm incelendiğinde, kişisel Başarı ($\chi^2=16.710$, $p=.000$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=8.772$, $p=.012$), ve Tedaviye ilişkin Belirsizlikler boyutlarında ($\chi^2=10.710$, $p=.005$), eğitim düzeylerine göre incelendiğinde istatistiksel fark görülmüştür.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=.753$, $p=.686$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=4.091$, $p=.129$), İş yükü ($\chi^2=1.130$, $p=.345$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=.064$, $p=.968$), Destek Eksikliği ($\chi^2=.410$, $p=.815$), Hekimlere Çatışma ($\chi^2=.938$, $p=.626$) ve diğer hemşirelerle çatışma boyutlarında ($\chi^2=4.487$, $p=.106$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel fark bulunmamıştır.

Şeklin 6.3. A'da görüldüğü üzere Kişisel Başarı boyutunda istatistiksel olarak fark lisansüstü-önlisans, önlisans ve lisans mezunları yaratmıştır. Şekil 6.3 B'de görüldüğü üzere ölüm ve ölme boyutunda istatistiksel olarak lisans ve önlisans arasında fark bulgulanmıştır. Şekil 6.3 C'de Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutlarında bakıldığında önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel olarak fark bulgulanmıştır.

Şekil 6.3. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, F. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, G. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, H. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, I. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, J. Strese ilişkin karşılaştırma)

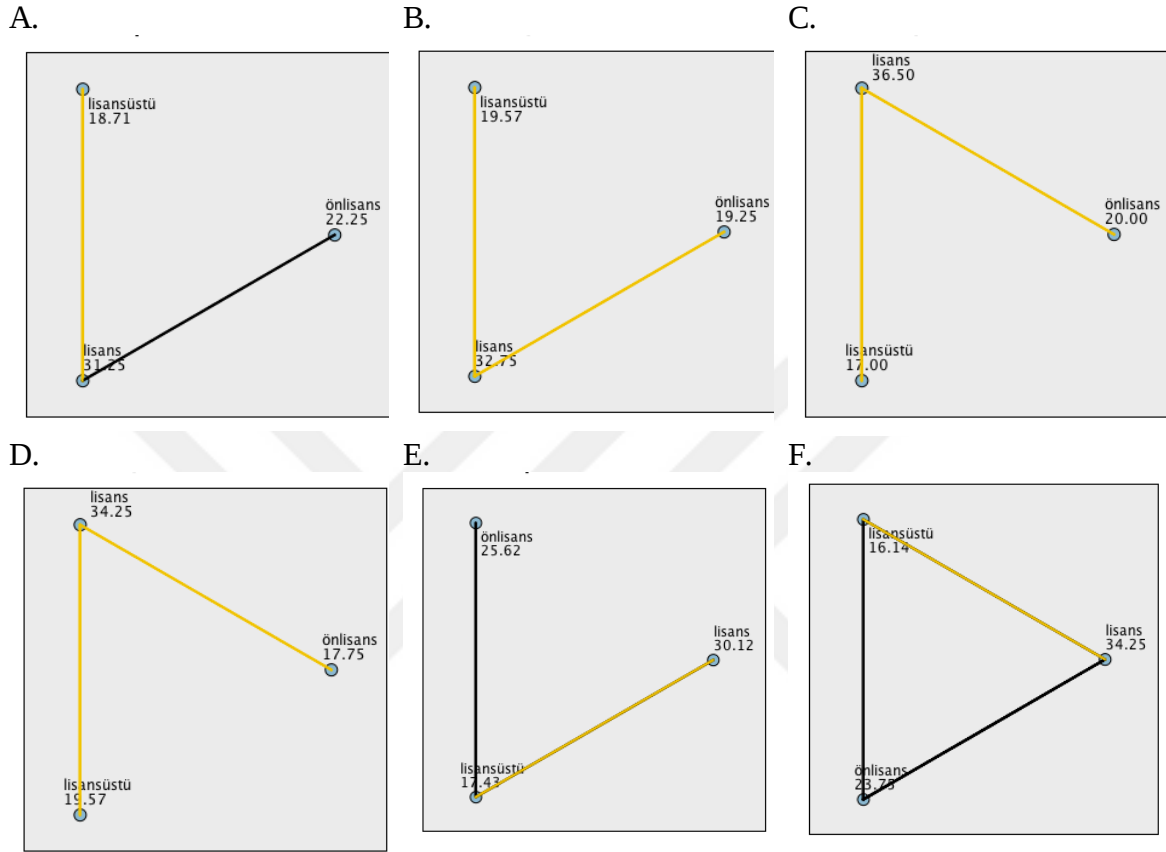


Üçüncü ölçüm incelendiğinde, duygusal tükenme ($\chi^2=19.473$, $p=.000$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=8.736$, $p=.013$), İş Yüğü ($\chi^2=11.823$, $p=.003$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=22.811$, $p=.000$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=8.170$, $p=.017$), Destek eksikliği ($\chi^2=12.862$, $p=.002$), Tedaviye İlişkin Belirsizlik ($\chi^2=13.791$, $p=.001$), Diğer Hemşireler ve Çatışma boyutlarında ($\chi^2=9.324$, $p=.009$) eğitim düzeylerine göre incelediğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Kişisel Başarı ($\chi^2=2.881$, $p=.237$), Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=.254$, $p=.881$) incelendiğinde istatistiksel fark bulunmamıştır.

Şekil 6.4. A'da görüldüğü üzere duygusal tükenme boyutunda istatistiksel olarak fark önlisans- lisans, lisansüstü ve lisans mezunlara bulgulanmıştır. Şekil 6.4 B'de incelendiğinde Duyarsızlaşmaya boyutunda lisans ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.4 C'de Tükenmişlik incelendiğinde lisansüst- lisans, önlisans ve lisans mezunları istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.4 D'de İş Yüğü boyutunda lisansüstü-lisans, önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulgulanmıştır. Şekil 6.4 E'de ölüm ve ölme durumu boyutunda incelendiğinde lisans-lisansüstü, önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulgulanmıştır. Şekil 6.4 F'te Yetersiz Hazırlık boyutunda incelendiğinde önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.4 G'de Destek Eksikliği incelendiğinde önlisans – lisans, lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulunduğunu göstermiştir. Şekil 6.4 H'de Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda lisansüstü-önlisans, lisans ve önlisans arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.4 I'de Diğer Hemşirelerle Çatışma incelendiğinde önlisans ve lisans arasında istatistiksel fark görülmüştür. Şekil 6.4 J'de önlisans- lisans, lisans ve lisansüstü arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Şekil 6.4. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Strese ilişkin karşılaştırma)



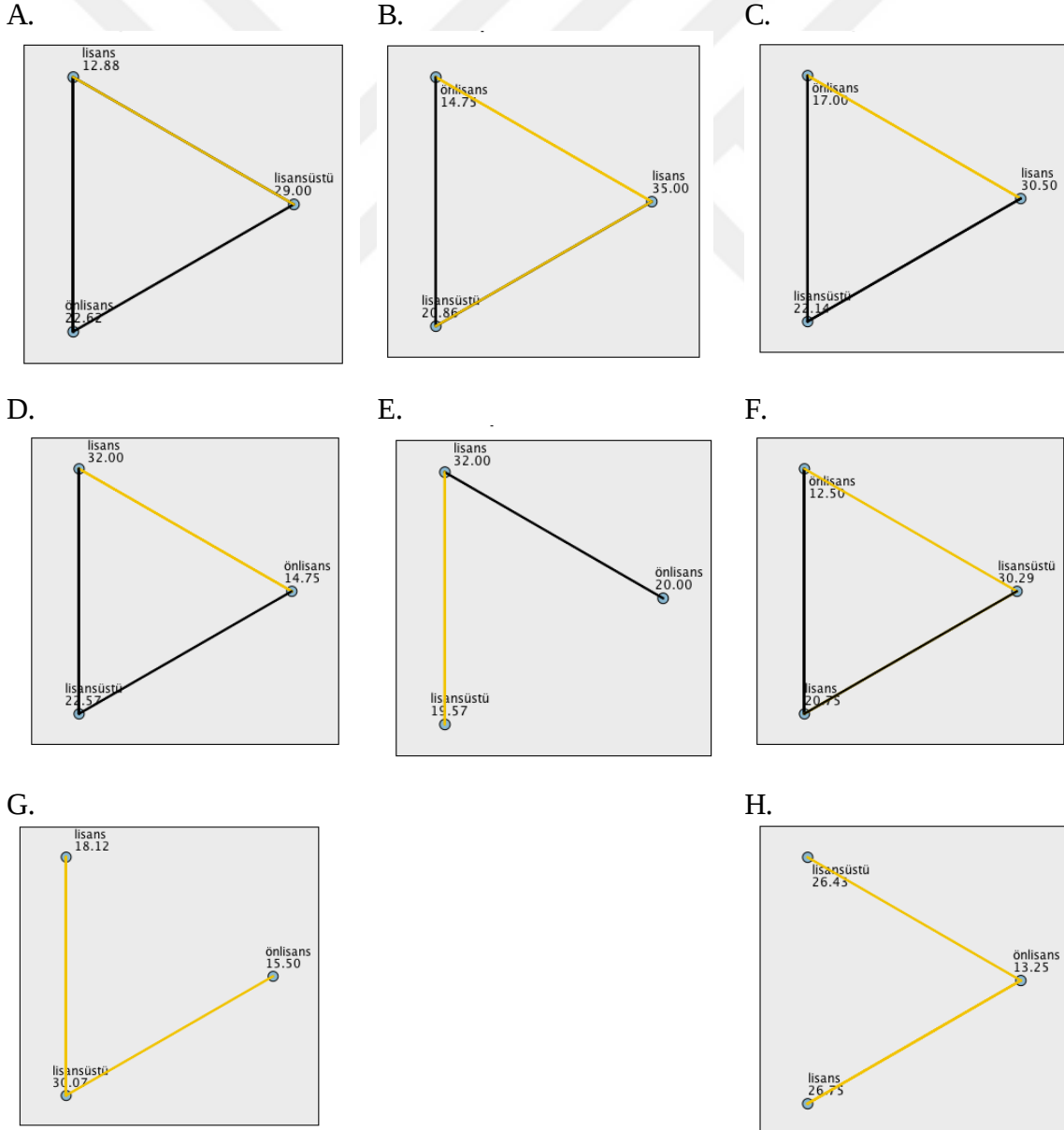
Dördüncü ölçüm incelendiğinde, kişisel başarı ($\chi^2=7.140$, $p=.028$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=18.047$, $p=.000$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=12.990$, $p=.002$) ve Destek eksikliği boyutlarında ($\chi^2=8.007$, $p=.018$) eğitim düzeylerine göre incelediğinde istatistiksel fark gözlemlenmiştir.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=3.386$, $p=.184$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=4.545$, $p=.103$), iş yükü ($\chi^2=3.511$, $p=.173$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=5.627$, $p=.060$), diğer hemşirelerle çatışma ($\chi^2=4.435$, $p=.109$) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutlarında ($\chi^2=.776$, $p=.679$) incelendiğinde istatistiksel bir fark bulunmamıştır.

Şekil 6.5 A'da incelendiğinde Kişisel Başarı boyutunda istatistiksel farklılık yaratan lisansüstü ve lisans arasındadır. Şekil 6.5 B'de Tükenmişlik boyutunda lisansüstü- lisans ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.5 C'de incelendiğinde Ölüm ve Ölme

boyutunda lisans ve lisansüstü arasında lisans ve önlisans arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.5 D’de görüldüğü üzere Yetersiz Hazırlığa boyutunda lisans-lisansüstü, lisans ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.5 E’de incelendiğinde Destek Eksiklik boyutunda lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.5 F’de incelendiğinde Stres puanları lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel fark gözlenmiştir.

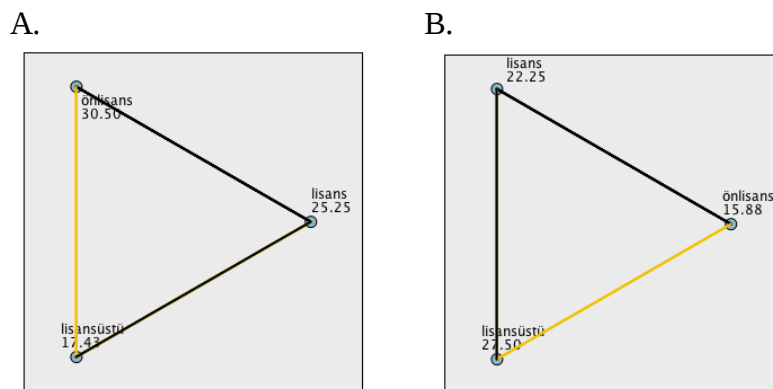
Şekil 6.5. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Tedaviye ilişkin Belirsizliğine ilişkin karşılaştırma, G. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Strese ilişkin karşılaştırma)



Beşinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme ($\chi^2=11.611$, $p=.003$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=15.651$, $p=.000$), iş yükü ($\chi^2=10.720$, $p=.005$), Destek Eksikliği ($\chi^2=8.129$, $p=.017$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=14.942$, $p=.001$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=11.935$, $p=.003$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel farklara bulunmuştur. Kişisel Başarı ($\chi^2=5.301$, $p=.071$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=.134$, $p=.935$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=.360$, $p=.835$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=3.987$, $p=.136$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.6 A'da incelendiğinde Duygusal Tükenmek boyutunda lisans ve lisansüstü arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.6 B'de Duyarsızlaşma boyutunda incelendiğinde önlisans-lisans, lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.6 C'de Tükenmişlik önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.6 D'de İş Yükü boyutunda incelendiğinde lisans ve önlisans arasında fark görülmüştür. Şekil 6.6 F'de Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda incelendiğinde önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.6 G'de Diğer Hemşirelerle Çatışma Boyutunda bakıldığında lisansüstü-önlisans, lisans ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 7.6 H'de Stress boyutunda incelendiğinde lisans-lisansüstü, lisansüstü ve önlisans arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur.

Şekil 6.6. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Strese ilişkin karşılaştırma)



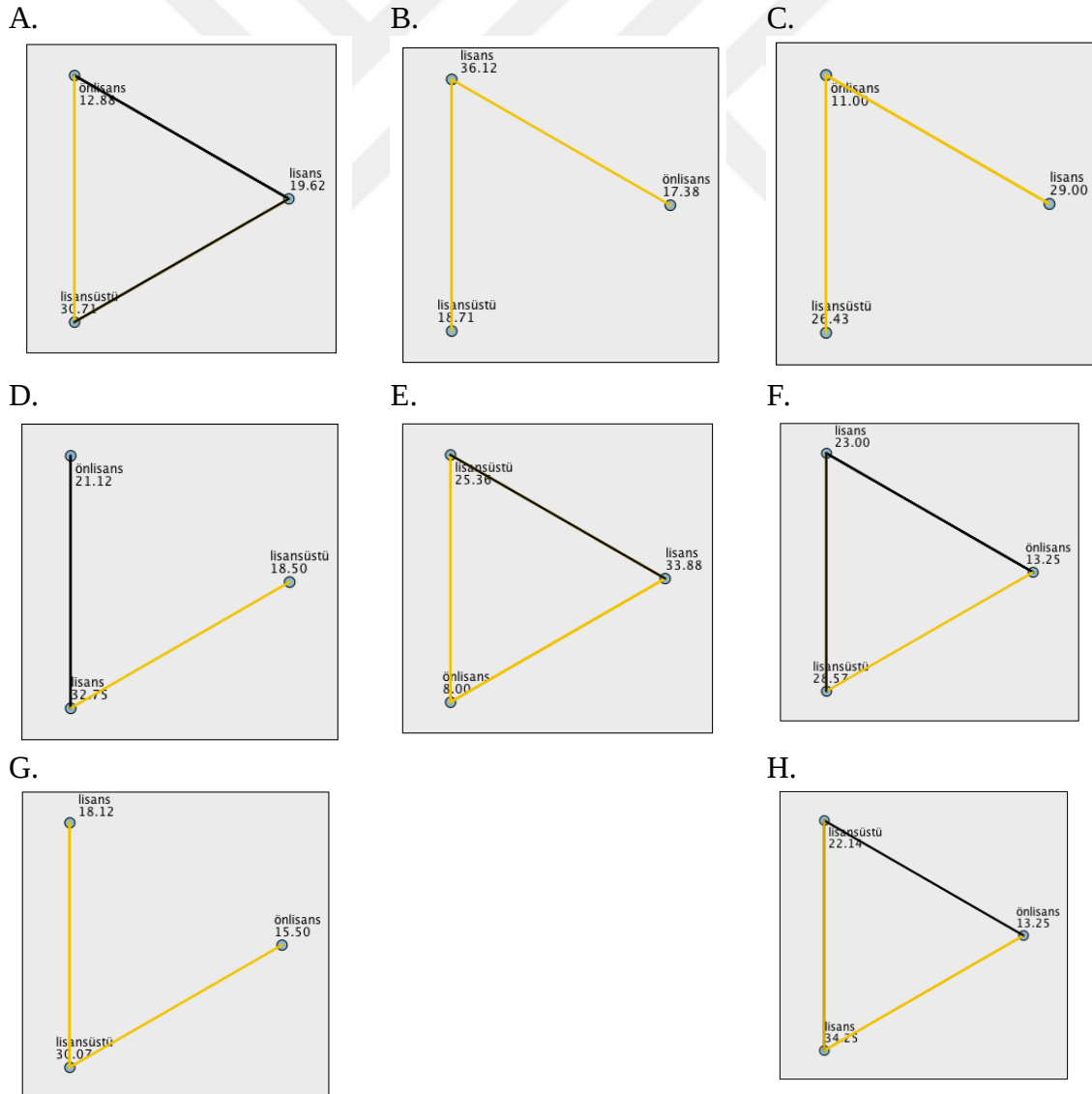
Altıncı ölçüm incelendiğinde, İş Yükü boyutunda ($\chi^2=8.163$, $p=.017$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel bir fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=5.191$, $p=.075$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=.420$, $p=.811$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=.773$, $p=.680$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=4.849$, $p=.089$), Destek eksikliği

($\chi^2=.419$, $p=.811$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=.566$, $p=.754$), Kişisel Başarı ($\chi^2=.420$, $p=.811$), diğer hemşirelerle çatışma ($\chi^2=.673$, $p=.714$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=2.986$, $p=.225$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.7 A'da İş Yükü boyutunda incelendiğinde önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur. Şekil 6.7 B'de Stres incelendiğinde lisansüstü ve önlisans arasında istatistiksel fark bulunmuştur.

Şekil 6.7. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, C. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, D. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, E. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, F. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

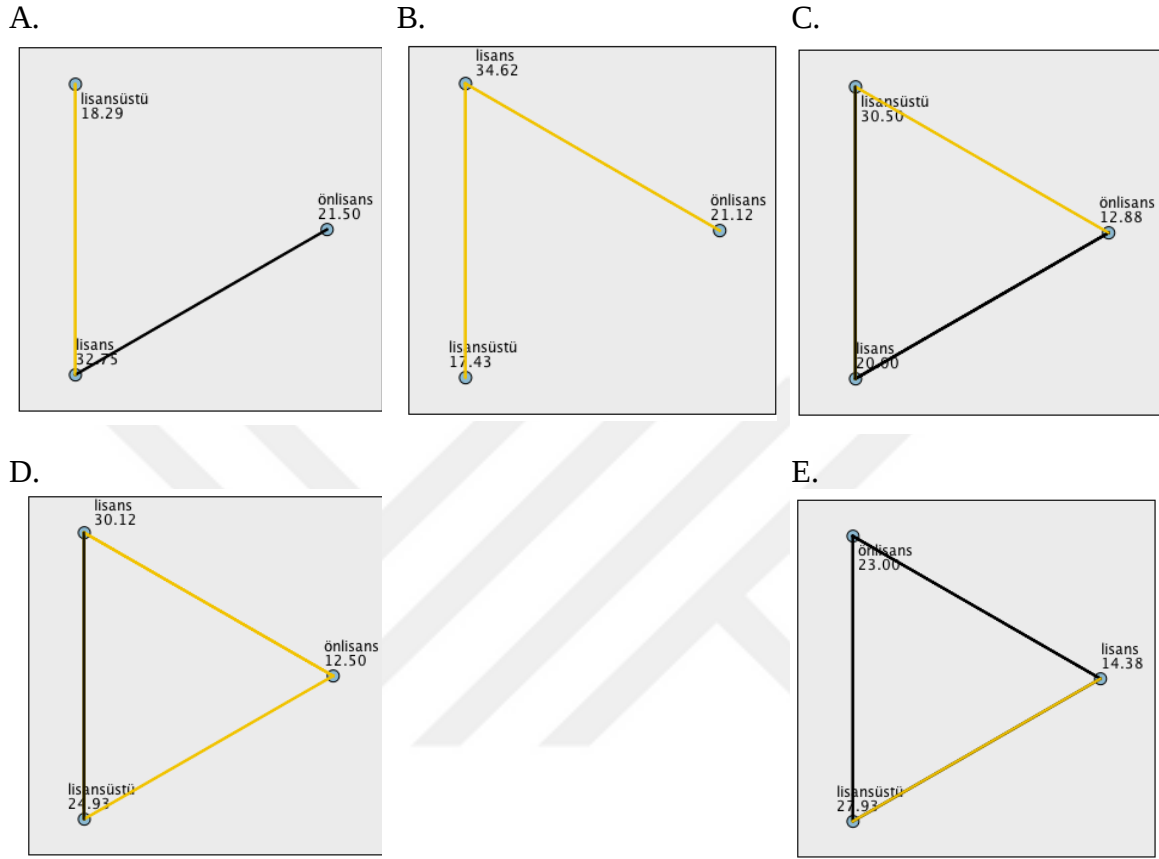


Yedinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme ($\chi^2=15.422$, $p=.000$), Kişisel Başarı ($\chi^2=16.695$, $p=.000$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=14.008$, $p=.001$), İş Yükü ($\chi^2=9.547$, $p=.008$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=26.807$, $p=.000$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=10.720$, $p=.005$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarının ($\chi^2=15.596$, $p=.000$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Destek Eksikliği ($\chi^2=3.545$, $p=.170$) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=.717$, $p=.699$) ve yetersiz hazırlık ($\chi^2=5.082$, $p=.079$) boyutlarının eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.8 A'da incelendiğinde Duygusal Tükenmek boyutunda önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel fark olarak bulunmuştur. Şekil 6.8 B'de Kişisel Başarı boyutunda incelendiğinde önlisans-lisans, lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.8 C'de Duyarsızlaşma önlisans-lisans, önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.8 D'de İş Yükü boyutunda incelendiğinde lisans ve lisansüstü arasında fark görülmüştür. Şekil 6.8 E'de Ölüm ve Ölme boyutunda görüldüğü üzere önlisans ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.8 F'de Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda incelendiğinde önlisans ve lisansüstü arasında istatistiksel fark bulunmuştur. Şekil 6.8 G'de Diğer Hemşirelerle Çatışma Boyutunda bakıldığında lisans, lisansüstü, lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel fark görülmüştür. Şekil 6.8 H'de Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutunda incelendiğin lisansüstü-lisansüstü, lisans ve önlisans arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur.

Şekil 6.8. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)



Sekizinci ölçüm incelendiğinde, kişisel başarı ($\chi^2=9.581$, $p=.008$), İş Yükü ($\chi^2=13.798$, $p=.001$), Ölüm ve Ölme durumu ($\chi^2=14.822$, $p=.001$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=8.298$, $p=.016$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=11.935$, $p=.003$), eğitim düzeylerine göre istatistiksel fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=5.228$, $p=.073$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=2.872$, $p=.238$), Destek Eksikliği ($\chi^2=3.141$, $p=.208$), Tedaviye ilişkin belirsizlik ($\chi^2=3.494$, $p=.174$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=5.526$, $p=.063$) eğitim düzeylerine göre istatistiksel fark bulunamamıştır.

Şekil 6.9 A'da incelendiğinde Kişisel Başarı boyutunda lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Şekil 6.9 B'de İş Yüküne boyutunda incelendiğinde lisans-lisansüstü, lisans ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.9 C'de Ölüm ve Ölme durumuna boyutlarında lisansüstü ve önlisans arasında istatistiksel fark

bulunmuştur. Şekil 6.9 D’de Yetersiz Hazırlık boyutunda incelendiğinde lisans-önlisans, lisansüstü ve önlisans arasında istatistiksel olarak fark görülmüştür. Şekil 6.9 E’de Hekimlerle Çatışma boyutunda görüldüğü üzere lisansüstü ve lisans arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Tablo 6.3. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçları

		Medeni Durum	n	Sıra Ort.	Ki-Kare	p-değeri
1.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	21.50	.386	.824
		Evli	24	24.13		
		Boşanmış	9	22.00		
	STRES	Bekar	12	22.25	.059	.971
		Evli	24	23.38		
		Boşanmış	9	23.00		
2.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	25.25	1.054	.590
		Evli	24	21.13		
		Boşanmış	9	25.00		
	STRES	Bekar	12	29.00	3.431	.180
		Evli	24	20.75		
		Boşanmış	9	21.00		
3.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	26.75	2.292	.318
		Evli	24	23.00		
		Boşanmış	9	18.00		
	STRES	Bekar	12	20.75	1.532	.465
		Evli	24	25.25		
		Boşanmış	9	20.00		
4.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	29.75	5.779	.056
		Evli	24	18.88		
		Boşanmış	9	25.00		
	STRES	Bekar	12	25.25	1.742	.419
		Evli	24	23.75		
		Boşanmış	9	18.00		
5.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	20.75	1.211	.546
		Evli	24	22.63		
		Boşanmış	9	27.00		
	STRES	Bekar	12	20.75	2.154	.341
		Evli	24	25.63		
		Boşanmış	9	19.00		
6.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	21.88	4.148	.126
		Evli	24	26.19		
		Boşanmış	9	16.00		
	STRES	Bekar	12	15.13	6.002	.051
		Evli	24	25.44		
		Boşanmış	9	27.00		
7.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Bekar	12	16.25	4.434	.109

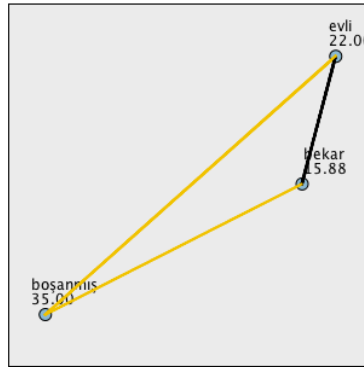
8.Ölçüm	STRES	Evli	24	25.44		
		Boşanmış	9	25.50		
		Bekar	12	15.13	6.000	.051
	TÜKENMİŞLİK	Evli	24	25.63		
		Boşanmış	9	26.50		
		Bekar	12	22.25	.825	.662
	STRES	Evli	24	24.50		
		Boşanmış	9	20.00		
		Bekar	12	14.75	6.554	.038**
		Evli	24	26.38		
		Boşanmış	9	25.00		

p**<0.05

Hemşireleri Tükenmişlik ve stres birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci ölçüm puanları incelendiğinde medeni durumuna göre istatistiksel olarak fark olmadığı gözlenmiştir. Ancak sekinci ölçümde Stres puanları incelendiğinde medeni durumuna göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur, tükenmişlik puanları istatistiksel fark bulunmamaktadır.

Şekil 6.9. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçların ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

A.



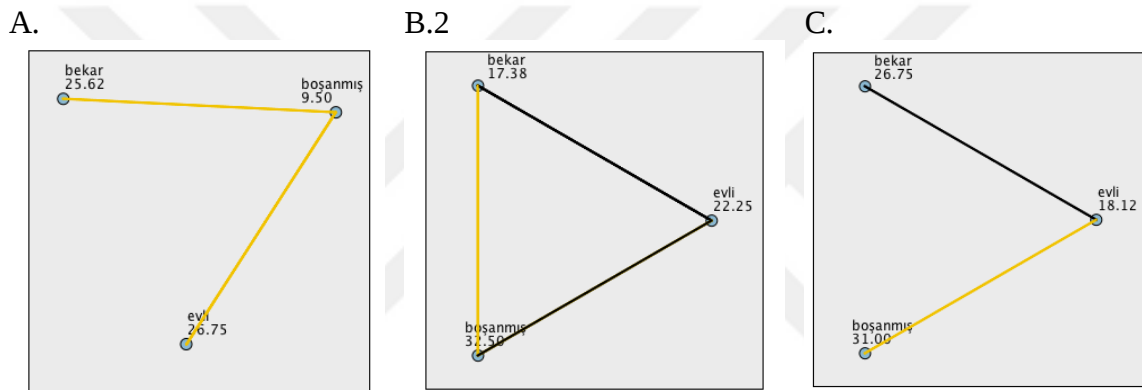
Birinci ölçüm incelendiğinde, Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=11.394$, $p=.003$) incelendiğinde hemşirelerin medeni durumuna göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=1.549$, $p=.461$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=2.230$, $p=.328$), İş Yükü ($\chi^2=1.573$, $p=.455$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=3.880$, $p=.144$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=2.404$, $p=.301$), Destek eksikliği ($\chi^2=2.866$, $p=.239$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik

($\chi^2=1.546$, $p=.462$), Kişisel Başarı ($\chi^2=4.568$, $p=.102$) Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=1.372$, $p=.503$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.10 A'da görüldüğü üzere Hemşirelerle Çatışma boyutunda istatistiksel olarak evli-boşanmış, boşanmış ve bekar arasında fark bulgulanmıştır.

Şekil 6.10. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

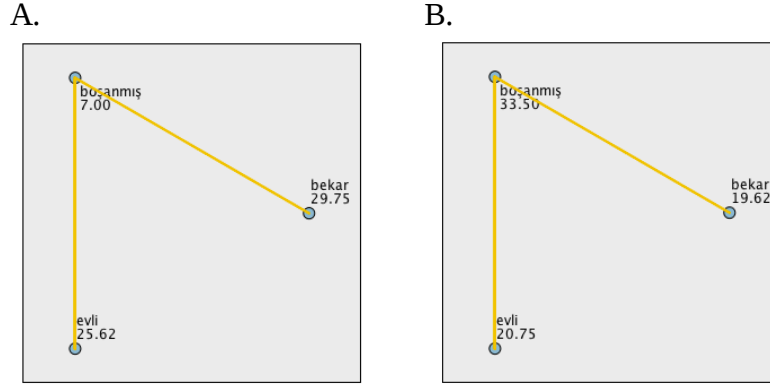


İkinci ölçüm incelendiğinde, Kişisel Başarı ($\chi^2=12.057$, $p=.002$), Tedaviye ilişkin belirsizlik ($\chi^2=7.169$, $p=.028$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=7.765$, $p=.021$) hemşirelerin medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=1.687$, $p=.430$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=2.468$, $p=.291$), İş Yüğü ($\chi^2=3.474$, $p=.176$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=3.773$, $p=.152$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=2.601$, $p=.272$), diğer hemşirelerle çatışma ($\chi^2=5.595$, $p=.061$) ve Destek eksikliği boyutlarında ($\chi^2=.944$, $p=.624$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.11 A'da incelendiğinde kişisel Başarı boyutunda istatistiksel olarak fark bekar- boşanmış, boşanmış ve evli arasında bulunmuştur. Şekil 6.11 B'de Tedaviye ilişkin boyutunda istatistiksel olarak fark bekar ve boşanmış arasında görülmüştür. Şekil 6.11 C'de Hekimlerle Çatışma boyutunda istatistiksel olarak fark evli ve boşanmış arasında görülmüştür.

Şekil 6.11. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma)

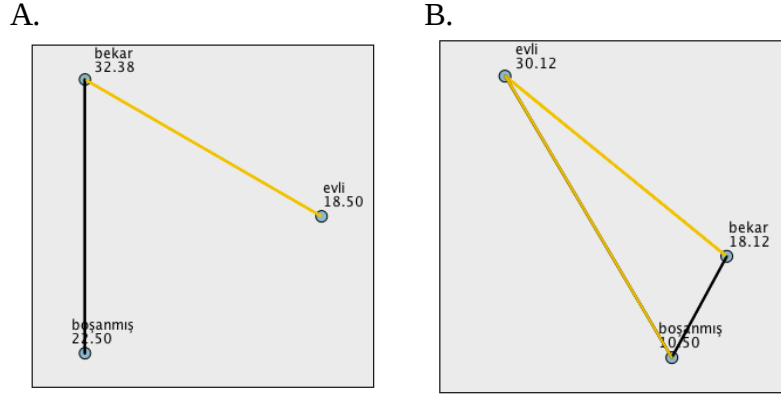


Üçüncü ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme ($\chi^2=17.586$, $p=.000$) ve Duyarsızlaşma boyutlarında ($\chi^2=7.464$, $p=.024$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

İş Yüğü ($\chi^2=4.389$, $p=.111$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=2.032$, $p=.362$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=2.340$, $p=.310$), Destek eksikliği ($\chi^2=1.855$, $p=.396$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=1.391$, $p=.499$), Kişisel Başarı ($\chi^2=2.265$, $p=.322$), Diğer Hemşirelerle Çatışma ($\chi^2=2.544$, $p=.280$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=4.699$, $p=.095$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.12 A'da incelendiğinde Duygusal Tükenme boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış-evli, boşanmış ve bekar arasında bulunmuştur. Şekil 6.12 B'de Duyarsızlaşma boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış-evli, boşanmış ve bekar arasında bulunmuştur.

Şekil 6.12. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)



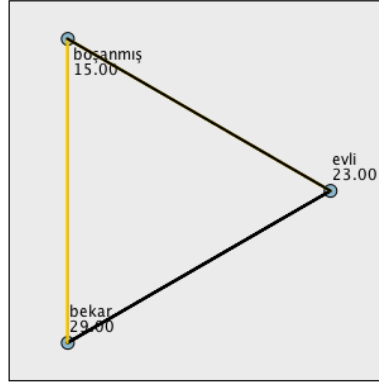
Dördüncü ölçüm incelendiğinde, Kişisel Başarı ($\chi^2=9.110$, $p=.011$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=17.434$, $p=.000$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=2.644$, $p=.267$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=1.825$, $p=.402$), İş Yüğü ($\chi^2=1.130$, $p=.568$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=2.863$, $p=.239$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=1.645$, $p=.439$), Destek eksikliği ($\chi^2=.060$, $p=.970$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=.380$, $p=.827$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=5.993$, $p=.051$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.13 A'da incelendiğinde Kişisel Başarı boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış ve evli arasında bulunmuştur. Şekil 6.13 B'de Hekimlerle Çatışma boyutunda istatistiksel olarak fark evli-boşanmış, evli ve bekar arasında bulunmuştur.

Şekil 6.13. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Destek eksikliği ilişkin karşılaştırma)

A.

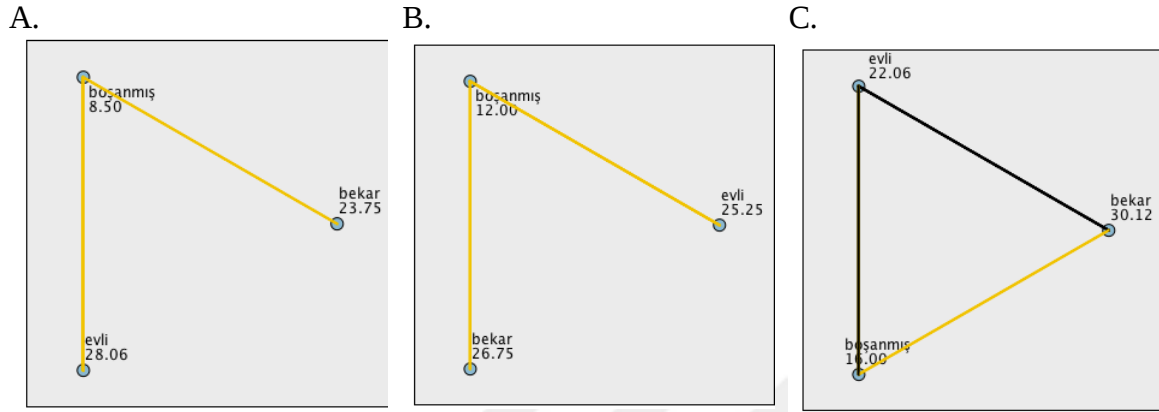


Beşinci ölçüm incelendiğinde, Destek eksikliği boyutunda ($\chi^2=6.175$, $p=.046$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=.072$, $p=.965$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=3.789$, $p=.150$), İş Yüğü ($\chi^2=.599$, $p=.741$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=.385$, $p=.825$), Yetersiz Hazırlık ($\chi^2=5.995$, $p=.051$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=2.769$, $p=.251$), Kişisel Başarı ($\chi^2=3.789$, $p=.150$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=3.625$, $p=.163$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=3.850$, $p=.146$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.14 A'da incelendiğinde Destek eksikliği boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış ve evli arasında bulunmuştur.

Şekil 6.14. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, C. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma)



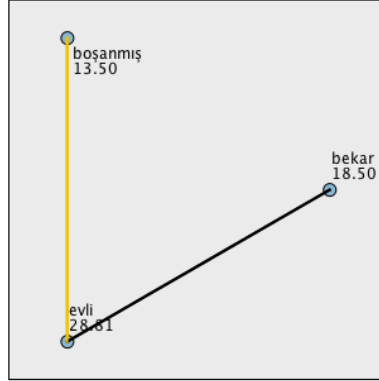
Altıncı ölçüm incelendiğinde, İş Yüğü ($\chi^2=14.791$, $p=.001$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=8.248$, $p=.016$) ve Yetersiz hazırlık boyutlarında ($\chi^2=6.454$, $p=.040$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=.044$, $p=.978$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=2.724$, $p=.256$), Destek eksikliği ($\chi^2=6.175$, $p=.046$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=4.983$, $p=.083$), Kişisel Başarı ($\chi^2=.690$, $p=.708$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=6.001$, $p=.051$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=7.776$, $p=.007$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.15 A'da incelendiğinde İş Yüğü boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış-evli, boşanmış ve bekar arasında bulunmuştur. Şekil 6.15 B'de Ölüm ve Ölme durumu boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış-bekar, boşanmış ve evli arasında görülmüştür. Şekil 6.15 C'de incelendiğinde Yetersiz Hazırlık boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış ve bekar arasında bulunmuştur.

Şekil 6.15. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma)

A.

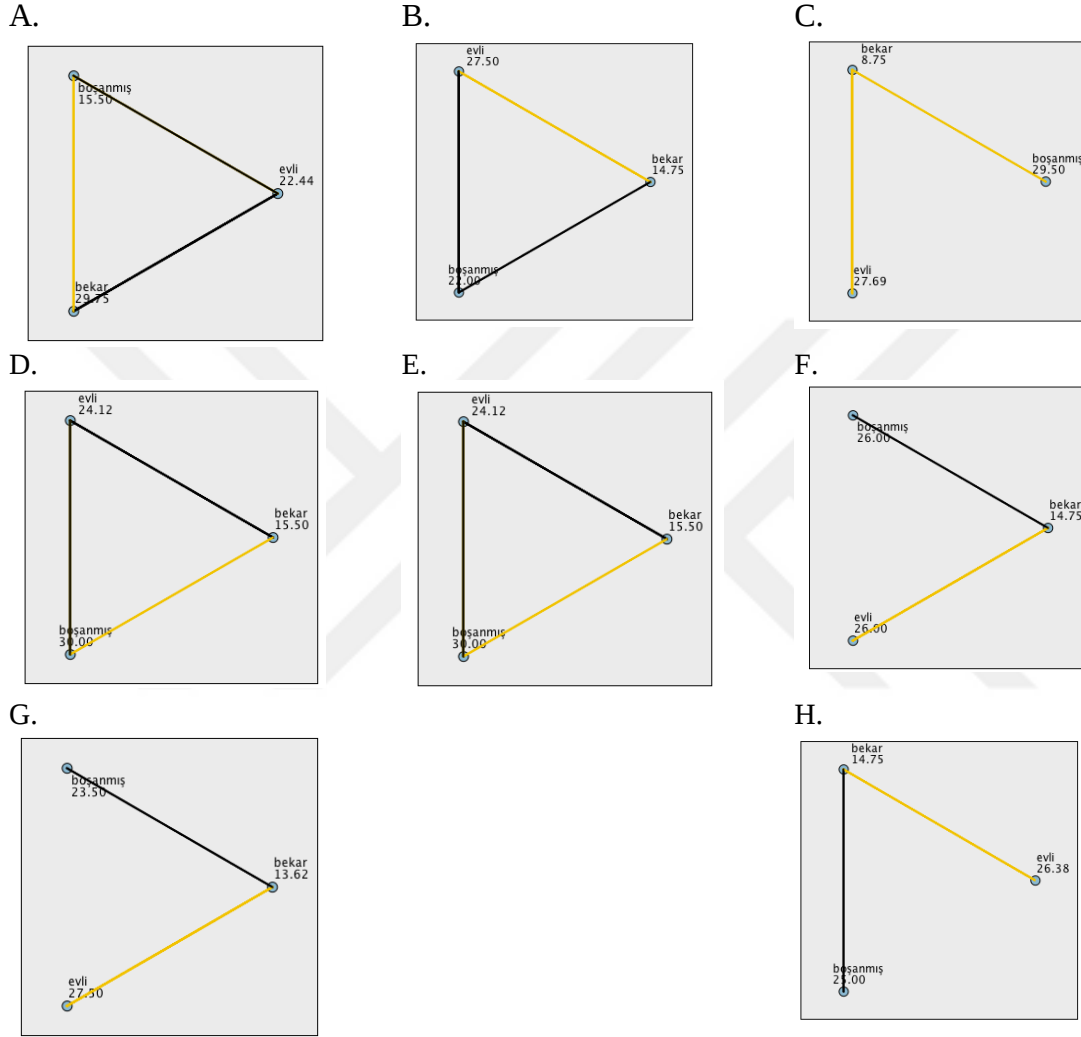


Yedinci ölçüm incelendiğinde, İş Yükü boyutunda ($\chi^2=11.078$, $p=.004$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=5.654$, $p=.059$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=5.768$, $p=.056$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=2.294$, $p=.318$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=5.684$, $p=.058$), Destek eksikliği ($\chi^2=.621$, $p=.733$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=1.855$, $p=.395$), Kişisel Başarı ($\chi^2=1.102$, $p=.576$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=3.822$, $p=.148$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=3.822$, $p=.148$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.16 A'da incelendiğinde İş Yükü boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış ve evli arasında bulunmuştur.

Şekil 6.16. Hemşirelerin medeni durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (8.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, E. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, F. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, G. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Stresine ilişkin karşılaştırma)



Sekizinci ölçüm incelendiğinde, Kişisel Başarı ($\chi^2=6.217$, $p=.045$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=8.143$, $p=.017$), ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=19.675$, $p=.000$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=6.806$, $p=.033$), Destek eksikliği ($\chi^2=6.881$, $p=.032$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=6.564$, $p=.038$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=9.127$, $p=.010$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=6.000$, $p=.050$), İş Yüğü ($\chi^2=5.890$, $p=.053$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=.867$, $p=.648$) medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark görülmemiştir.

Şekil 6.17 A’da incelendiğinde kişisel Başarı boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış ve bekar arasında bulunmuştur. Şekil 6.17 B’de Duyarsızlaşma boyutunda istatistiksel olarak fark bekar ve evli arasında görülmüştür. Şekil 6.17 C’de Ölüm ve Ölme durumu boyutunda istatistiksel olarak fark bekar-boşanmış, bekar ve evli arasında görülmüştür. Şekil 6.17 D’de Yetersiz hazırlık boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış evli arasında görülmüştür. Şekil 6.17 E’de Destek Eksikliği boyutunda istatistiksel olarak fark boşanmış evli arasında görülmüştür. Şekil 6.17 F’de tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda istatistiksel olarak fark bekar ve evli arasında görülmüştür. Şekil 6.17 G’de Hekimlerle Çatışma boyutunda istatistiksel olarak fark evli ve bekar arasında görülmüştür. Şekil 6.17 H’de Stres puanında istatistiksel olarak fark evli ve bekar arasında görülmüştür.

Tablo 6.4. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Mann-Whitney U testi sonuçları

		Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p-değeri
1.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	23.00	198.000	1.000
		Erkek	12	23.00		
	STRES	Kadın	33	20.82	126.000	.064
		Erkek	12	29.00		
2.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	21.64	153.000	.247
		Erkek	12	26.75		
	STRES	Kadın	33	19.18	72.000	.001**
		Erkek	12	33.50		
3.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	21.09	135.000	.105
		Erkek	12	28.25		
	STRES	Kadın	33	23.00	198.000	1.000
		Erkek	12	23.00		
4.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	20.82	126.000	.064
		Erkek	12	29.00		
	STRES	Kadın	33	21.91	162.000	.355
		Erkek	12	26.00		
5.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	21.91	162.000	.355
		Erkek	12	26.00		
	STRES	Kadın	33	22.45	180.000	.643
		Erkek	12	24.50		
6.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	22.45	180.000	.640
		Erkek	12	24.50		
	STRES	Kadın	33	25.45	117.000	.037**
		Erkek	12	16.25		
7.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	25.86	103.500	.014**
		Erkek	12	15.13		
	STRES	Kadın	33	25.59	112.500	.027**
		Erkek	12	15.88		
8.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Kadın	33	21.91	162.000	.355
		Erkek	12	26.00		
	STRES	Kadın	33	26.00	99.000	.011**
		Erkek	12	14.75		

p**<0.05

Hemşireleri Tükenmişlik ve stres birinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci ölçüm puanları incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak fark olmadığı gözlenmiştir. Ancak ikinci, altıncı ve sekinci ölçümde Stres puanları incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak fark bulunmuş, tükenmişlik puanları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Hemşirelerin yedinci ölçümlere ilişkin tükenmişlik ve stres puanları cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır. Stres ve Tükenmişlik durumunda fark yaratan kadın hemşirelerdir.

Birinci ölçüm incelendiğinde, Ölüm ve Ölme durumu (Mann-Whitney U =117.000, $p=.035$), Destek Eksikliği (Mann-Whitney U =117.000, $p=.035$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =112.500, $p=.025$) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Ölüm ve Ölme, Destek Eksikliği ve Hekimlerle Çatışma durumunda fark yaratan erkek hemşirelerdir. Çünkü erkek hemşirelerin sıra ortalaması yüksek izlenmiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =180.000, $p=.642$), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =162.000, $p=.352$), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =184.500, $p=.725$), İş Yüğü (Mann-Whitney U =135.000, $p=.104$), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =162.000, $p=.350$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =162.000, $p=.352$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =126.000, $p=.062$) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

İkinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme durumu (Mann-Whitney U =81.000, $p=.003$), ölüm ve ölme durumu durumu (Mann-Whitney U =36.000, $p=.000$), Yetersiz hazırlık durumu (Mann-Whitney U =121.500, $p=.044$) ve Tedaviye ilişkin boyutlarında durumu (Mann-Whitney U =49.500, $p=.000$) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Ölüm ve Ölme durumunda fark yaratan erkek hemşireleridir. Çünkü erkek hemşirelerin sıra ortalaması yüksek izlenmiştir.

Duyarsızlaşma durumu (Mann-Whitney U =148.500, $p=.199$), İş Yüğü durumu (Mann-Whitney U =166.500, $p=.415$), Destek eksikliği durumu (Mann-Whitney U =153.000, $p=.240$), Kişisel Başarı durumu (Mann-Whitney U =162.000, $p=.353$), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-Whitney U =175.000, $p=.561$) ve Hekimlerle Çatışma

boyutlarında durumu (Mann-Whitney U =180.000, p=.641) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel fark olarak bulunmamıştır.

Üçüncü ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =99.0000, p=.011), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-Whitney U =121.500, p=.047) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =121.500, p=.048) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulgulanmıştır. Duygusal Tükenme ve Diğer Hemşirelerle Çatışma durumunda fark yaratan erkek hemşirelerdir. Erkek hemşirelerin sıra ortalamasının yüksek olduğu bulgulanmıştır. Hekimlerle Çatışma sıra ortalamasına bakıldığında fark yaratan kadın hemşirelerdir.

Ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =180.000, p=.641), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =171.000, p=.481), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =180.000, p=.641), Tedaviye ilişkin belirsizlik (Mann-Whitney U =162.000, p=.351), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =126.000, p=.064), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =171.000, p=.482) ve İş Yüğü boyutlarında (Mann-Whitney U =153.000, p=.242) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Dördüncü ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme boyutunda (Mann-Whitney U =72.000, p=.001) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Duygusal Tükenme durumunda fark yaratan erkek hemşirelerdir. Erkek hemşirelerin sıra ortalaması yüksek gözlenmiştir.

Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =135.000, p=.103), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =126.000, p=.061), İş Yüğü (Mann-Whitney U =153.000, p=.242), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =166.500, p=.416), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =189.000, p=.811), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =184.500, p=.725), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =153.000, p=.239), Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =198.000, p=1.000) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Beşinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =144.000, p=.164), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =162.000, p=.352), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =162.000, p=.355), İş Yüğü (Mann-Whitney U =139.500, p=.127), ölüm ve

ölme durumu (Mann-Whitney U =198.000, p=1.000), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =153.000, p=.246), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =180.000, p=.635), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =135.000, p=.101), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =162.000, p=.352) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =189.000, p=.815) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Altıncı ölçüm incelendiğinde, Kişisel Başarı boyutunda (Mann-Whitney U =67.500, p=.001) cinsiyete göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Kişisel Başarı durumuna fark yaratan erkek hemşirelerdir. Erkek hemşirelerin sıra ortalamasının yüksek olduğunu göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =166.500, p=.412), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =144.000, p=.165), İş Yüğü (Mann-Whitney U =175.500, p=.561), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =148.500, p=.197), Yetersiz Hazırlık (Mann-Whitney U =180.000, p=.638), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =171.000, p=.482), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =153.000, p=.243), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =171.000, p=.471) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =189.000, p=.817) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Yedinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =130.500, p=.081), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =189.000, p=.817), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =180.000, p=.641), İş Yüğü (Mann-Whitney U =148.500, p=.199), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =180.000, p=.629), Yetersiz Hazırlık (Mann-Whitney U =189.000, p=.815), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =180.000, p=.639), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =162.000, p=.345), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =193.500, p=.907) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =184.500, p=.728) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Sekizinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =112.500, p=.027), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =103.500, p=.012) ve Kişisel Başarı boyutlarında (Mann-Whitney U =81.000, p=.003) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

İş Yüğü (Mann-Whitney U =148.500, p=.198), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =144.000, p=.163), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =184.500, p=.726), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =148.500, p=.196), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =193.500, p=.907), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =180.000, p=.641) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =144.000, p=.162) cinsiyete göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Tablo 6.5. Hemşirelerin çocuk durumlarına göre Mann-Whitney U testi sonuçları

		Çocuk Durumu	n	Sıra Ort.	Mann-Whitney U	p-değeri
1.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	19.57	180.000	.101
		Yok	24	26.00		
	STRES	Var	21	17.00	126.000	.004**
		Yok	24	28.25		
2.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	29.00	126.000	.004**
		Yok	24	17.75		
	STRES	Var	21	20.43	198.000	.218
		Yok	24	25.25		
3.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	19.57	180.000	.101
		Yok	24	26.00		
	STRES	Var	21	20.86	207.000	.305
		Yok	24	24.88		
4.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	20.21	193.500	.182
		Yok	24	25.44		
	STRES	Var	21	17.00	126.000	.004**
		Yok	24	28.25		
5.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	23.00	252.000	1.000
		Yok	24	23.00		
	STRES	Var	21	18.71	162.000	.040**
		Yok	24	26.75		
6.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	21.71	225.000	.535
		Yok	24	24.13		
	STRES	Var	21	24.07	229.500	.607
		Yok	24	22.06		
7.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	26.86	171.000	.062
		Yok	24	19.63		
	STRES	Var	21	24.71	216.000	.409
		Yok	24	21.50		
8.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Var	21	23.86	234.000	.682
		Yok	24	22.25		
	STRES	Var	21	24.29	225.000	.538
		Yok	24	21.88		

p**<0.05

Tükenmişlik ve stres üçüncü, altıncı, yedinci ve sekizinci ölçüm puanları incelendiğinde hemşirelerin çocuk durumlarına göre istatistiksel olarak fark olmadığı gözlenmiştir. Ancak birinci, dördüncü ve beşinci ölçümde stres puanları incelendiğinde çocuk durumlarına göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur, tükenmişlik puanlarında ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Hemşirelerin ikinci ölçümlere ilişkin tükenmişlik puanları çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır.

Birinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =157.500, p=.030), İş Yüğü (Mann-Whitney U =99.000, p=.000), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =85.500, p=.000), ölüm ve ölme durumu boyutlarında (Mann-Whitney U =103.500, p=.001) Hemşirelerin çocuk durumları incelendiğinde istatistiksel olarak fark yarattığını göstermiştir.

Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =171.000, p=.063), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =184.500, p=.120), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =198.000, p=.216), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =220.500, p=.467), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =193.500, p=.175) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =175.500, p=.079) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

İkinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =148.500, p=.018), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =112.500, p=.001) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutlarında (Mann-Whitney U =148.500, p=.017) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =220.500, p=.469), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =252.000, p=1.000), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =234.000, p=.680), İş Yüğü (Mann-Whitney U =229.500, p=.606), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =220.500, p=.463), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =225.000, p=.535) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =238.500, p=.757) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Üçüncü ölçüm incelendiğinde, İş Yüğü boyutunda (Mann-Whitney U =108.000, p=.001) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =171.000, p=.065), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =238.500, p=.755), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =234.000, p=.681), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =193.500, p=.180), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =207.000, p=.301) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =193.500, p=.179), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =220.500, p=.466), Hekimlerle Çatışma (Mann-Whitney U =234.000, p=.680) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =216.000, p=.408) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Dördüncü ölçüm incelendiğinde, Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =108.000, p=.023) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =157.500, p=.030) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =243.000, p=.837), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =171.000, p=.062), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =207.000, p=.301), İş Yüğü (Mann-Whitney U =171.000, p=.064), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =193.500, p=.177) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =234.000, p=.676), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =180.000, p=.090) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =211.500, p=.349) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Beşinci ölçüm incelendiğinde, Destek Eksikliği boyutunda (Mann-Whitney U =90.000, p=.000) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre istatistiksel olarak fark yarattığını göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =211.500, p=.355), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =252.000, p=1.000), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =189.000, p=.148), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =234.000, p=.681), İş Yüğü (Mann-Whitney U =211.500, p=.349), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =220.500, p=.467), Yetersiz hazırlık (Mann-Whitney U =198.000, p=.209), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-

Whitney U =202.500, p=.254) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =193.500, p=.180) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Altıncı ölçüm incelendiğinde, Yetersiz Hazırlık boyutunda (Mann-Whitney U =157.500, p=.028) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =189.000, p=.146) , Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =234.000, p=.682), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =247.500, p=.917), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =225.000, p=.533), İş Yüğü (Mann-Whitney U =202.500, p=.257), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =225.000, p=.535), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =234.000, p=.678), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-Whitney U =216.000, p=.412) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =211.500, p=.338) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Yedinci ölçüm incelendiğinde, Hekimlerle Çatışma boyutunda (Mann-Whitney U =126.000, p=.004) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =229.500, p=.606), Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =243.000, p=.837), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =252.000, p=1.000), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =247.500, p=.915), İş Yüğü (Mann-Whitney U =243.000, p=.836), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =243.000, p=.834), Destek eksikliği (Mann-Whitney U =229.500, p=.603), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-Whitney U =220.500, p=.472) ve Yetersiz Hazırlık boyutlarında (Mann-Whitney U =198.000, p=.214) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Sekizinci ölçüm incelendiğinde, Duyarsızlaşma (Mann-Whitney U =126.000, p=.003), İş Yüğü (Mann-Whitney U =153.000, p=.022), ölüm ve ölme durumu (Mann-Whitney U =121.500, p=.003), Yetersiz Hazırlık (Mann-Whitney U =166.500, p=.049) ve

Destek eksikliği boyutlarında (Mann-Whitney U =139.500, p=.009) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre istatistiksel olarak fark göstermiştir.

Duygusal Tükenme (Mann-Whitney U =216.000, p=.409), Kişisel Başarı (Mann-Whitney U =220.500, p=.471), Tedaviye ilişkin Belirsizlik (Mann-Whitney U =175.500, p=.079), Diğer Hemşirelerle Çatışma (Mann-Whitney U =180.000, p=.098) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında (Mann-Whitney U =184.500, p=.121) Hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermiştir.

Tablo 6.6. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçları

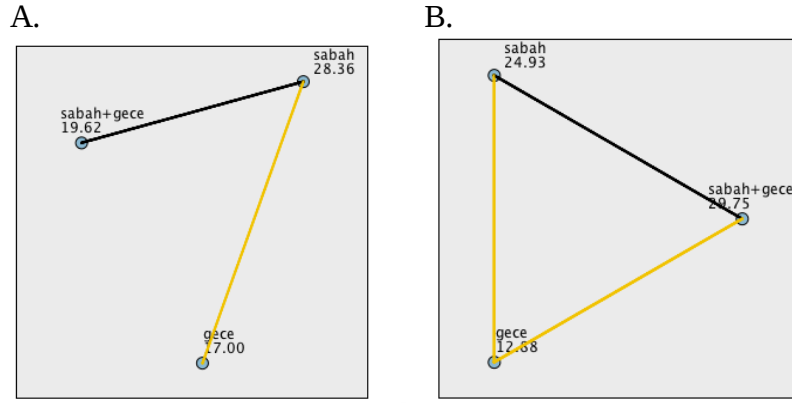
		Vardiya Durumu	n	Sıra Ort.	Ki-Kare	p-değeri
1.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	19.57	3.008	.222
		Gündüz ve gece	12	27.50		
		Gece	12	24.50		
	STRES	Gündüz	21	24.29	.398	.819
		Gündüz ve gece	12	22.25		
		Gece	12	21.50		
2.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	26.43	2.772	.250
		Gündüz ve gece	12	20.75		
		Gece	12	19.25		
	STRES	Gündüz	21	31.57	16.837	.000**
		Gündüz ve gece	12	15.50		
		Gece	12	15.50		
3.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	23.43	.219	.896
		Gündüz ve gece	12	23.75		
		Gece	12	21.50		
	STRES	Gündüz	21	20.00	2.082	.353
		Gündüz ve gece	12	25.25		
		Gece	12	26.00		
4.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	28.36	6.094	.051
		Gündüz ve gece	12	18.13		
		Gece	12	18.50		
	STRES	Gündüz	21	26.00	2.554	.279
		Gündüz ve gece	12	18.50		
		Gece	12	22.25		

5.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	27.29	4.523	.104
		Gündüz ve gece	12	17.75		
		Gece	12	20.75		
	STRES	Gündüz	21	23.86	.876	.645
		Gündüz ve gece	12	20.00		
		Gece	12	24.50		
6.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	23.43	9.723	.008**
		Gündüz ve gece	12	14.38		
		Gece	12	30.88		
	STRES	Gündüz	21	13.57	20.482	.000**
		Gündüz ve gece	12	31.25		
		Gece	12	31.25		
7.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	17.43	7.590	.022**
		Gündüz ve gece	12	26.38		
		Gece	12	29.38		
	STRES	Gündüz	21	12.50	25.782	.000**
		Gündüz ve gece	12	33.50		
		Gece	12	30.88		
8.Ölçüm	TÜKENMİŞLİK	Gündüz	21	17.43	6.033	.050
		Gündüz ve gece	12	28.25		
		Gece	12	27.50		
	STRES	Gündüz	21	19.14	3.586	.166
		Gündüz ve gece	12	27.50		
		Gece	12	25.25		

p**<0.05

Hemşireler, Tükenmişlik ve stres birinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve sekizinci ölçüm puanları incelendiğinde vardiya durumuna göre istatistiksel olarak fark olmadığını göstermiştir. Ancak ikinci ölçümde Stres puanları incelendiğinde vardiya durumuna göre istatistiksel olarak fark bulunmuş, tükenmişlik puanlarına göre istatistiksel fark bulunmamıştır. Hemşirelerin altıncı ve yedinci ölçümlere ilişkin tükenmişlik ve stres puanları vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır.

Şekil 6.17. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (1.Ölçüm) (A. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, B. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

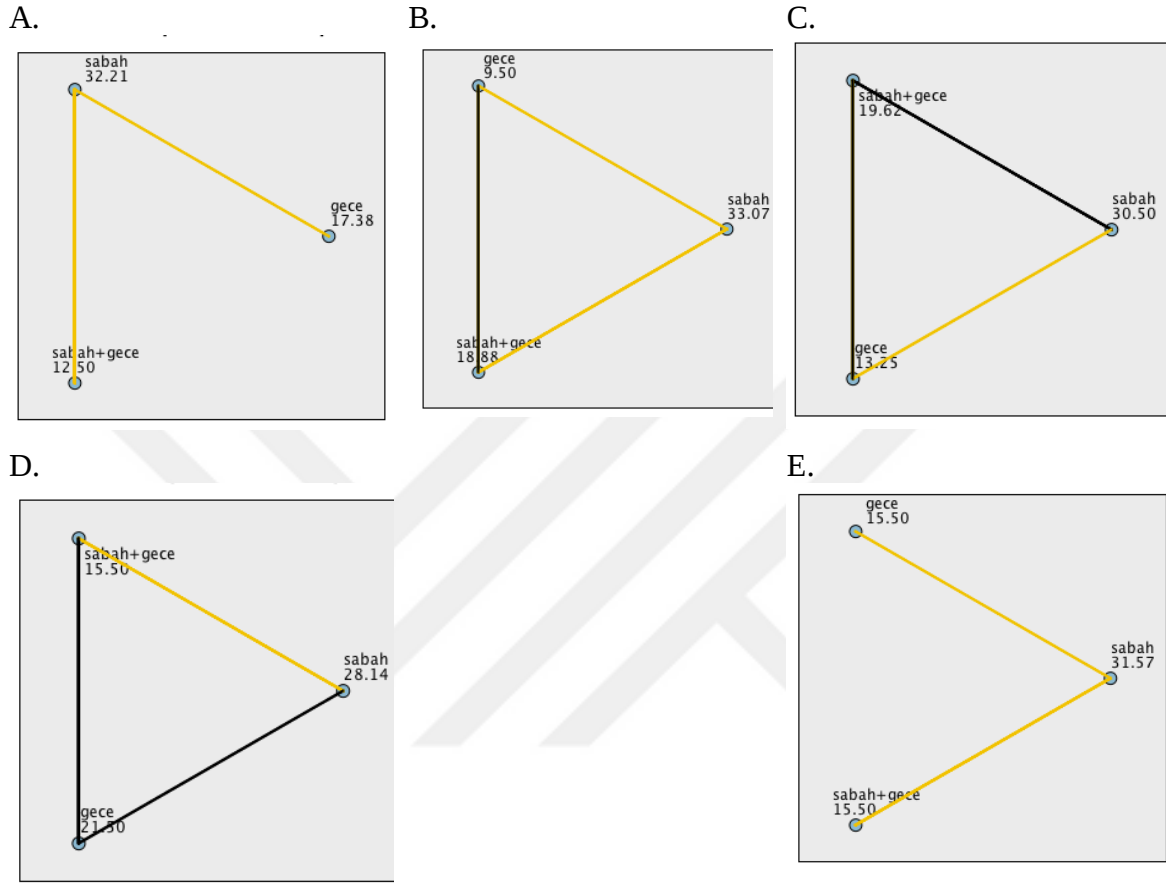


Birinci ölçüm incelendiğinde, Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=6.830$, $p=.033$) ve Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=10.973$, $p=.004$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=.701$, $p=.704$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=2.326$, $p=.313$), İş Yüğü ($\chi^2=1.457$, $p=.483$), kişisel başarı ($\chi^2=5.761$, $p=.056$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=.893$, $p=.640$), Destek eksikliği ($\chi^2=2.756$, $p=.252$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=2.024$, $p=.363$) ve Hekimlerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=1.323$, $p=.516$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.18 A'da incelendiğinde Ölüm ve Ölme boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah ve Gece arasında bulunmuştur. Şekil 6.18 B'de Diğer Hemşirelerle çatışma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah – Gece, Gece-Sabah+Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.18. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (2.Ölçüm) (A. İş yüküne ilişkin karşılaştırma, B. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, C. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma D. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, E. Stresine ilişkin karşılaştırma)



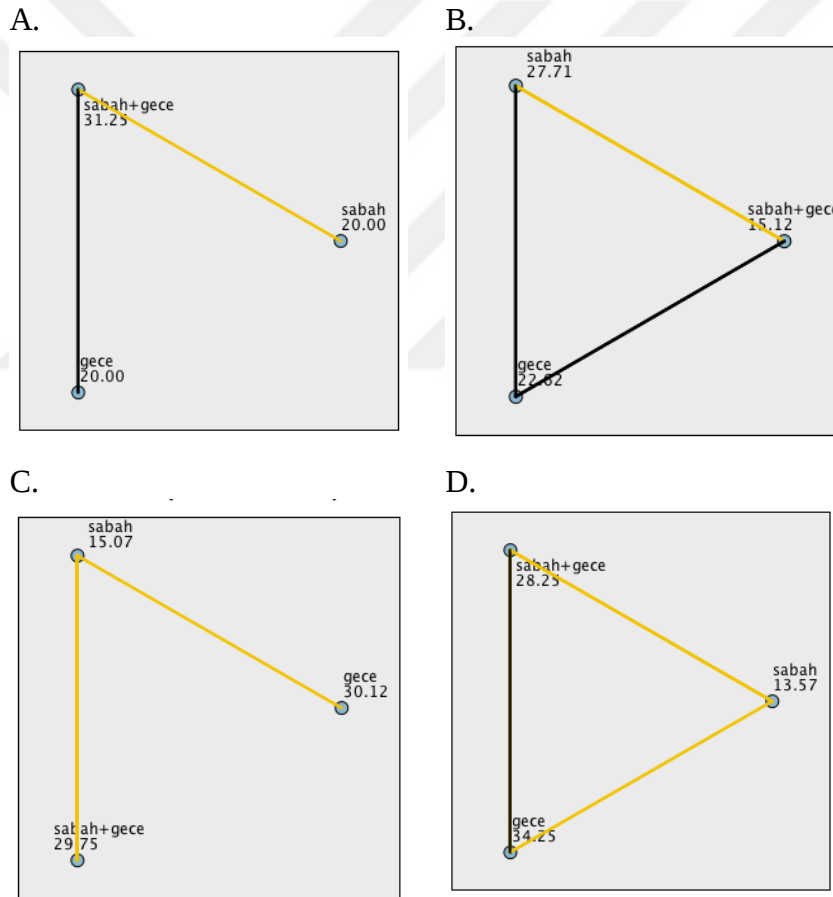
İkinci ölçüm incelendiğinde, İş Yüğü ($\chi^2=20.544$, $p=.000$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=27.493$, $p=.000$), Destek eksikliği ($\chi^2=14.731$, $p=.001$) ve Hekimlerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=7.424$, $p=.024$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=6.007$, $p=.050$), Kişisel başarı ($\chi^2=.494$, $p=.781$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=.673$, $p=.714$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=6.083$, $p=.050$), Diğer Hemşirelerle Çatışma ($\chi^2=2.105$, $p=.349$) ve Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutlarında ($\chi^2=1.190$, $p=.552$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Şekil 6.19 A'da incelediğinde İş yüküne ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece-Sabah, Sabah ve Gece arasında bulunmuştur. Şekil 6.19 B'de

Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah-Gece, Sabah-Sabah+Gece arasında görülmüştür. 6.19 C’de Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece - Sabah arasında görülmüştür. Şekil 6.19 D’de Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece - Sabah arasında görülmüştür. 6.19 E’de Stresine ilişkin karşılaştırma puanları istatistiksel olarak fark Sabah +Gece – Sabah ve Gece - Sabah arasında görülmüştür.

Şekil 6.19. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (3.Ölçüm) (A. Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma, B. İş yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma D. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

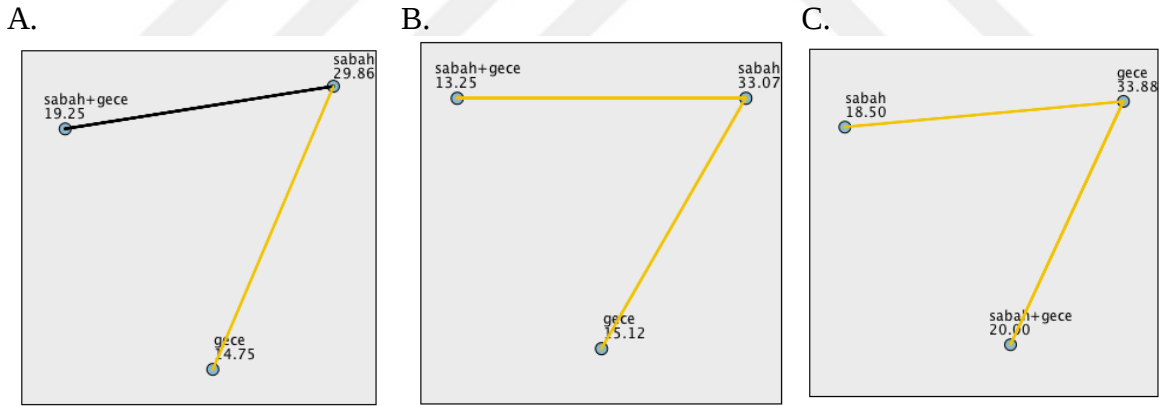


Üçüncü ölçüm incelendiğinde, Duyarsızlaşma ($\chi^2=6.648$, $p=.036$), İş Yüğü ($\chi^2=7.212$, $p=.027$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=14.646$, $p=.001$), Hekimlerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=21.903$, $p=.000$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=3.022$, $p=.221$), Kişisel başarı ($\chi^2=3.885$, $p=.143$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=3.238$, $p=.198$), Diğer Hemşirelerle Çatışma ($\chi^2=4.704$, $p=.095$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=5.551$, $p=.062$), Destek eksikliği boyutlarında ($\chi^2=4.743$, $p=.093$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.20A'da incelediğinde Duyarsızlaşmaya ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece-Sabah arasında bulunmuştur. Şekil 6.20 B'de İş yüküne ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah ve Sabah+Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.20 C'de Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece-Sabah, Sabah ve Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.20 D'de Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece – Sabah, sabah ve Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.20. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, C. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

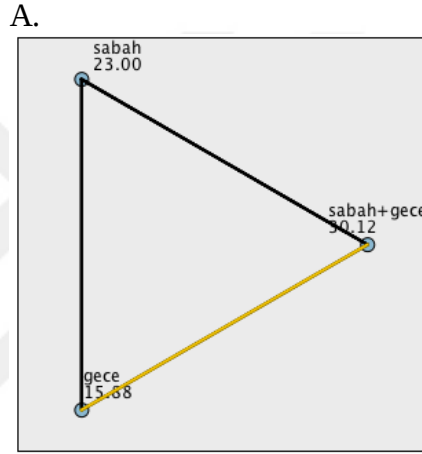


Dördüncü ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme ($\chi^2=11.565$, $p=.003$), Kişisel başarı ($\chi^2=23.707$, $p=.000$) ve Hekimlerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=11.698$, $p=.003$) vardiya durumuna göre istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duyarsızlaşma ($\chi^2=5.704$, $p=.058$), İş Yüğü ($\chi^2=1.648$, $p=.439$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=1.698$, $p=.428$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=1.497$, $p=.473$), Diğer Hemşirelerle Çatışma ($\chi^2=.191$, $p=.909$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=5.004$, $p=.082$), Destek eksikliği boyutlarında ($\chi^2=2.756$, $p=.252$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.21 A'da incelediğinde Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah ve Gece arasında bulunmuştur. Şekil 6.21 B'de Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece- Sabah, Sabah ve Gece arasında görülmüştür. 6.21 C'de Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah-Gece- Sabah, Gece ve Sabah+Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.21. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (5.Ölçüm) (A. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma)

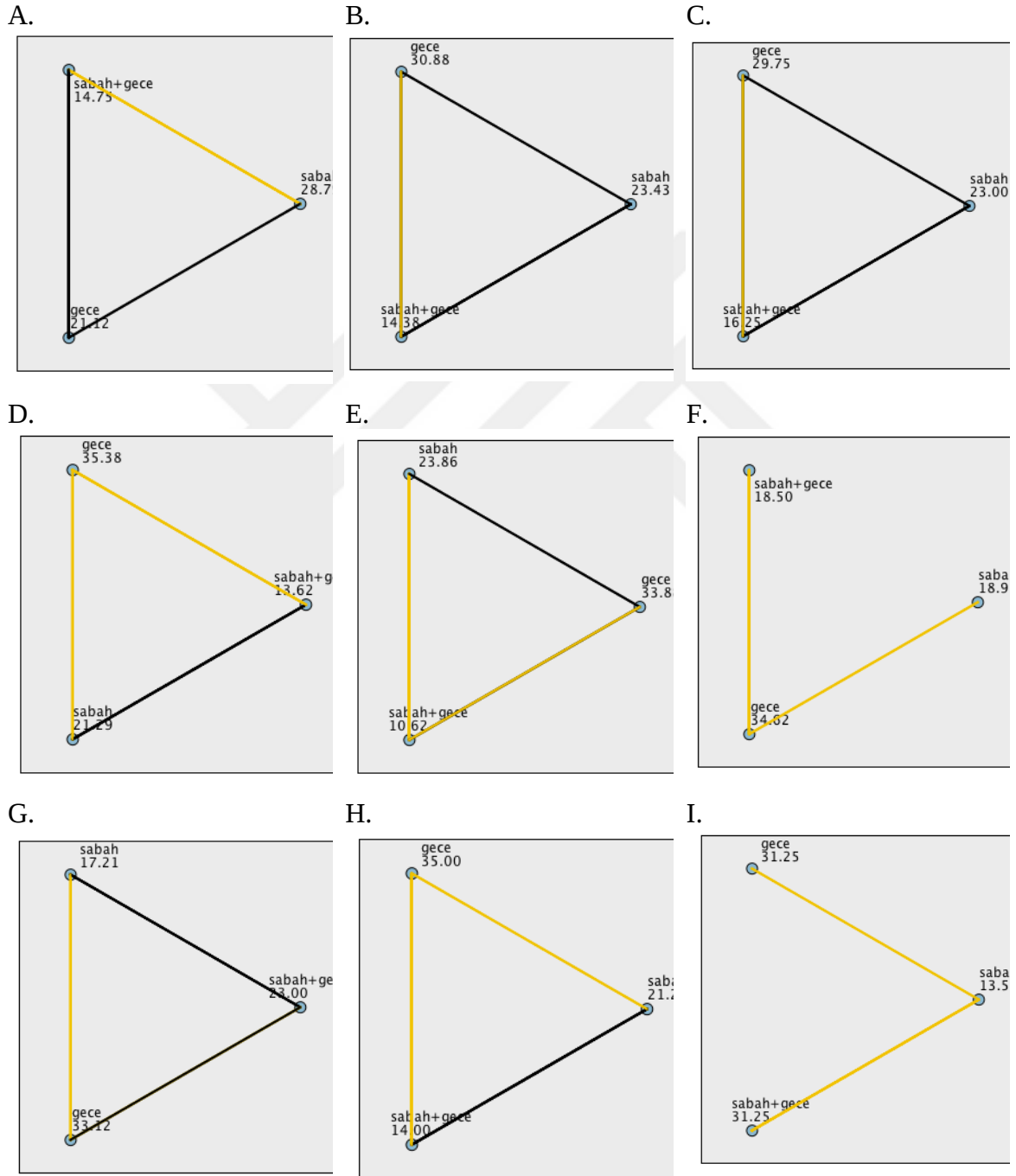


Beşinci ölçüm incelendiğinde, Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=7.233$, $p=.027$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Duygusal Tükenme ($\chi^2=2.070$, $p=.355$), Kişisel Başarı ($\chi^2=.220$, $p=.896$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=1.666$, $p=.435$), İş Yüğü ($\chi^2=1.313$, $p=.519$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=5.474$, $p=.065$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=3.891$, $p=.143$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=.610$, $p=.737$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=2.269$, $p=.322$), Destek eksikliği boyutlarında ($\chi^2=5.648$, $p=.059$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.22 A'de Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece ve Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.22. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (6.Ölçüm) (A. Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma, B. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, C. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, D. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, E. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, F. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma, G. Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, H. Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma, I. Strese ilişkin karşılaştırma)



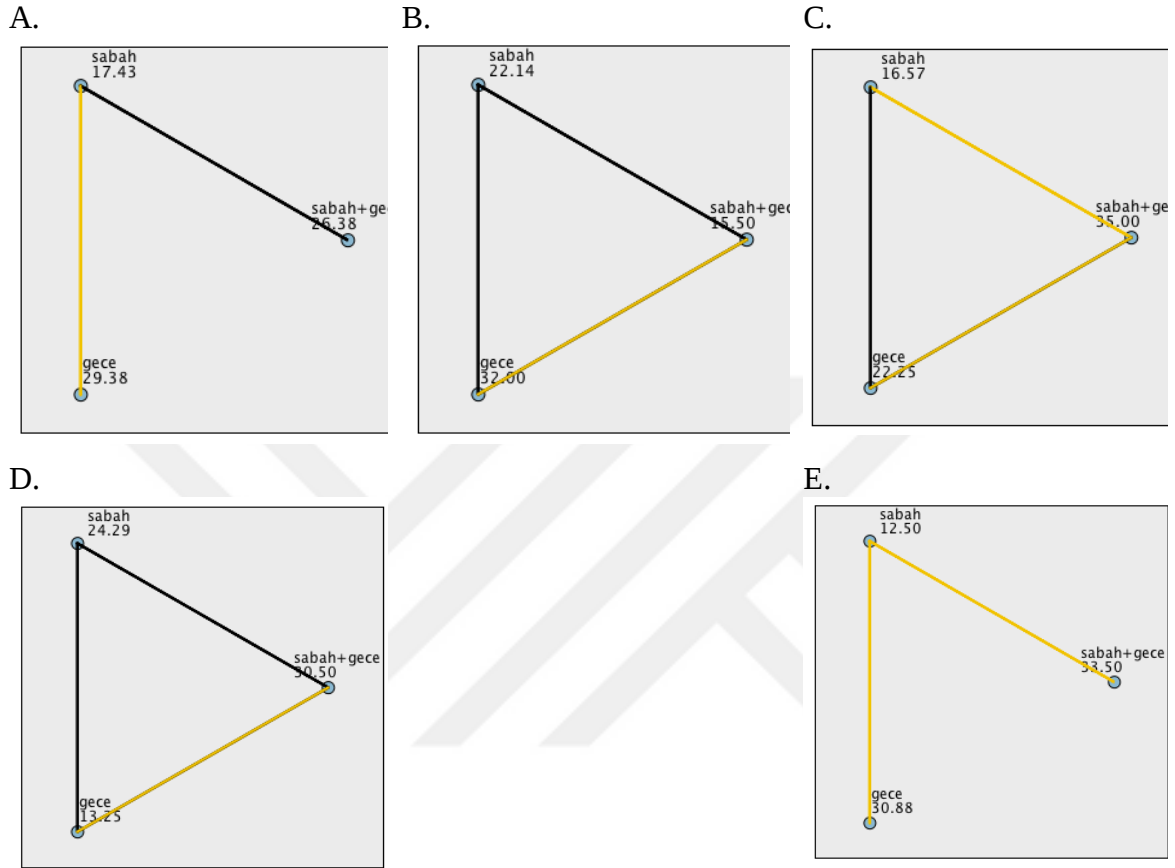
Altıncı ölçüm incelendiğinde, İş Yükü ($\chi^2=6.433$, $p=.040$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=17.666$, $p=.000$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik ($\chi^2=1.323$, $p=.516$), Hekimlerle Çatışma

($\chi^2=12.117$, $p=.002$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=19.714$, $p=.000$), Destek eksikliği ($\chi^2=13.209$, $p=.001$), Kişisel Başarı ($\chi^2=9.341$, $p=.009$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutunda ($\chi^2=16.073$, $p=.000$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Dugusal Tükenme ($\chi^2=1.097$, $p=.578$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=3.362$, $p=.186$) boyutlarında vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.23 A'da incelediğinde Kişisel Başarıya ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece ve Sabah arasında fark bulunmuştur. Şekil 6.23 B'de Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma puanlarla istatistiksel olarak fark Sabah+Gece ve Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.23 C'de İş Yüküne ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece ve Gece arasında görülmüştür. 6.23 D'de Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah-Gece, Gece ve Sabah +Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.23 E'de Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah ve Sabah+Gece-Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.23 F'de Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah ve Gece+Sabah, Gece ve Sabah arasında görülmüştür. Şekil 6.2 G'de Hekimlerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah-Gece-Sabah arasında görülmüştür. Şekil 6.23 H'de Diğer Hemşirelerle Çatışmasına ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Sabah+Gece-Sabah ve gece arasında görülmüştür. Şekil 6.23 I'de Strese ilişkin karşılaştırma puanlara göre istatistiksel olarak fark Sabah-Gece-, Sabah ve Sabah+Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.23. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (7.Ölçüm) (A. Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma, D. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, E. Strese ilişkin karşılaştırma)



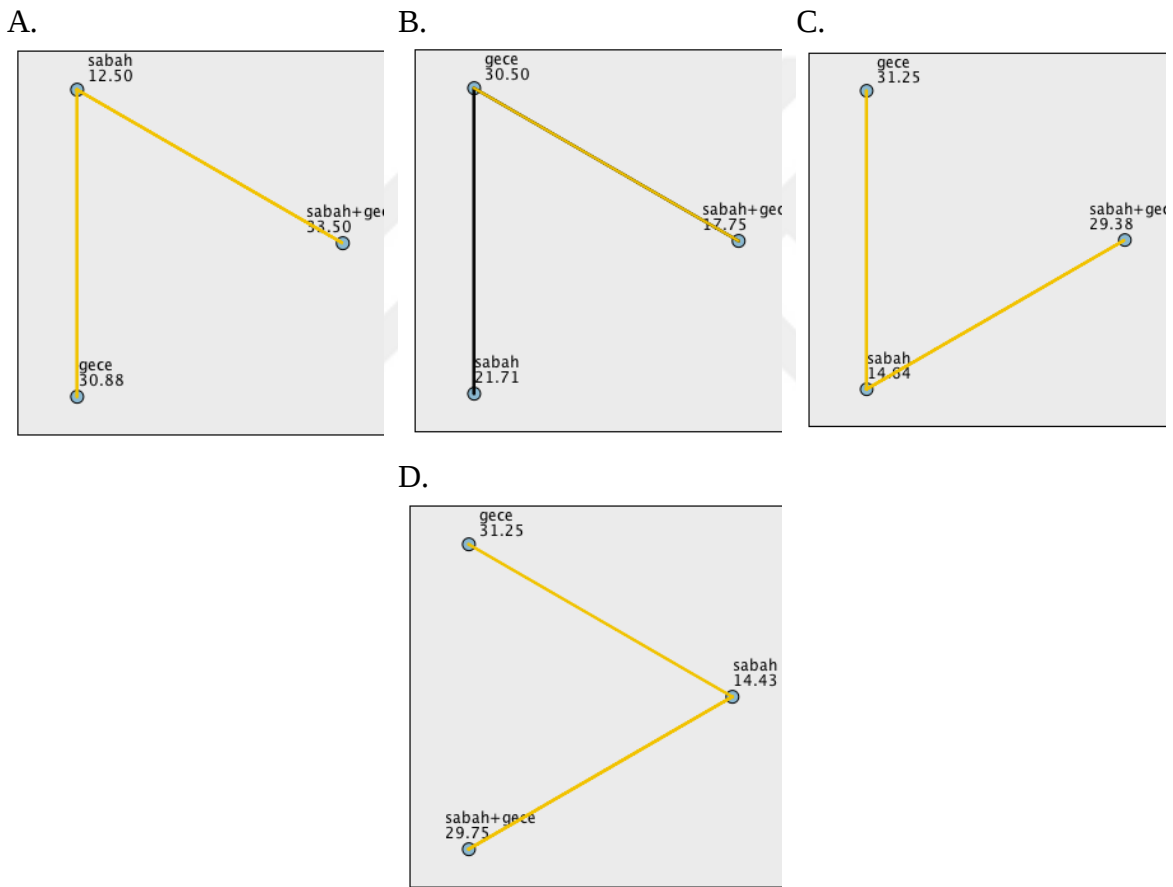
Yedinci ölçüm incelendiğinde, İş Yüğü ($\chi^2=9.869$, $p=.007$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=15.451$, $p=.000$), Destek eksikliği ($\chi^2=6.029$, $p=.050$), Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda ($\chi^2=11.210$, $p=.004$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Dugusal Tükenme ($\chi^2=1.086$, $p=.581$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=4.209$, $p=.122$), Kişisel Başarı ($\chi^2=1.853$, $p=.396$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=.145$, $p=.930$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=2.351$, $p=.309$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=2.086$, $p=.352$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.24 A'da incelediğinde Tükenmişliğe ilişkin karşılaştırma puanlara istatistiksel olarak fark Sabah ve Gece arasında bulunmuştur. Şekil 6.24 B'de T İş Yüküne ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece ve Sabah+Gece arasında

görülmüştür. Şekil 6.24 C’de Yetersiz Hazırlığa ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece-Sabah+Gece, Gece ve Sabah +Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.24 D’de Tedaviye ilişkin Belirsizliğe ilişkin karşılaştırma, boyutunda istatistiksel olarak fark Gece – Gece+Sabah arasında görülmüştür. Şekil 6.24 E’de Strese ilişkin karşılaştırma puanlarına göre istatistiksel olarak fark Gece-Sabah, SabahSabah+Gece arasında görülmüştür.

Şekil 6.24. Hemşirelerin vardiya durumuna göre Kruskal-Wallis testi sonuçlarının ikili karşılaştırması (4.Ölçüm) (A. Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma, B. İş Yüküne ilişkin karşılaştırma, C. Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma, D. Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma)



Sekizinci ölçüm incelendiğinde, Duygusal Tükenme ($\chi^2=25.782$, $p=.000$), İş Yükü ($\chi^2=6.200$, $p=.045$), Ölüm ve ölme durumu ($\chi^2=16.303$, $p=.000$), Destek eksikliği ($\chi^2=17.445$, $p=.000$) boyutunda vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur.

Kişisel Başarı ($\chi^2=1.351$, $p=.509$), Duyarsızlaşma ($\chi^2=6.049$, $p=.051$), Yetersiz hazırlık ($\chi^2=.467$, $p=.792$), Hekimlerle Çatışma ($\chi^2=.043$, $p=.979$), Tedaviye ilişkin

Belirsizlik ($\chi^2=3.119$, $p=.210$), Diğer Hemşirelerle Çatışma boyutlarında ($\chi^2=2.668$, $p=.263$) vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunamamıştır.

Şekil 6.25A'da incelediğinde Duygusal Tükenmeye ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece-Sabah, Sabah ve Sabah+Gece arasında farkı bulunmuştur. Şekil 6.25 B'de İş Yüküne ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece ve Sabah+Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.25 C'de Ölüm ve Ölme durumuna ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece- Sabah, Sabah ve Sabah+Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.25 D'de Destek Eksikliğine ilişkin karşılaştırma boyutunda istatistiksel olarak fark Gece –Sabah, Sabah ve Sabah+Gece arasında görülmüştür. Şekil 6.25. Duygusal Tükenmeye (DT) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

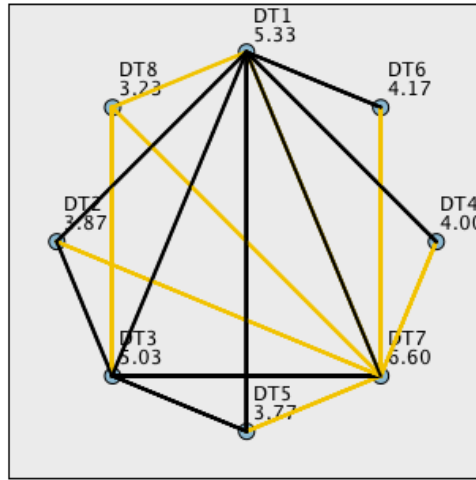
Tablo 6.7. Duygusal Tükenmişliğe (DT) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Duygusal Tükenme (1.Ölçüm)	2.9704	.68469	1.67	3.78	5.33	62.949 (.000**)
Duygusal Tükenme (2.Ölçüm)	2.4074	.85149	1.00	3.89	3.87	
Duygusal Tükenme (3.Ölçüm)	2.8148	.71146	1.33	3.78	5.03	
Duygusal Tükenme (4.Ölçüm)	2.5778	.78087	1.33	4.11	4.00	
Duygusal Tükenme (5.Ölçüm)	2.5481	.76152	1.33	3.78	3.77	
Duygusal Tükenme (6.Ölçüm)	2.5556	.76100	1.56	4.56	4.17	
Duygusal Tükenme (7.Ölçüm)	3.4333	.58545	2.38	4.25	6.60	
Duygusal Tükenme (8.Ölçüm)	2.4222	.75008	1.33	4.44	3.23	

$p^{**}<0.05$

Hemşirelerin duygusal tükenmeye göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Şekil 6.25. Duygusal Tükenmeye (DT) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Duygusal tükenmede farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: DT1 (1.ölçüm)-DT8(8.ölçüm), DT2 (2.ölçüm)-DT7(7.ölçüm), DT3 (3.ölçüm)-DT8(8.ölçüm), DT4 (4.ölçüm)-DT7(7.ölçüm), DT5 (5.ölçüm)-DT7(7.ölçüm), DT6 (6.ölçüm)-DT7(7.ölçüm), DT7 (7.ölçüm)-DT8(8.ölçüm).

Hemşirelerin duygusal tükenmesi 7. ölçümde (Ort $3.43 \pm .59$; Sıra Ort 6.60) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir.

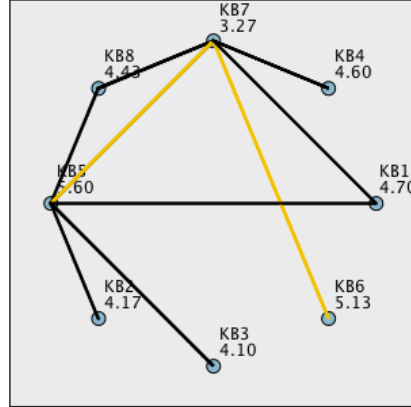
Tablo 6.8. Kişisel Başarıya (KB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Kişisel Başarı (1.Ölçüm)	3.2500	.65929	1.63	4.00	4.70	26.416 (.000**)
Kişisel Başarı (2.Ölçüm)	3.2917	.64071	2.00	4.38	4.17	
Kişisel Başarı (3.Ölçüm)	3.1500	.74172	1.38	4.50	4.10	
Kişisel Başarı (4.Ölçüm)	3.3250	.48148	2.50	4.00	4.60	
Kişisel Başarı (5.Ölçüm)	3.5833	.57034	2.38	4.75	5.60	
Kişisel Başarı (6.Ölçüm)	3.4583	.58144	2.38	4.38	5.13	
Kişisel Başarı (7.Ölçüm)	2.9833	.65114	1.80	4.00	3.27	
Kişisel Başarı (8.Ölçüm)	3.2476	.68025	2.25	4.38	4.43	

p**<0.05

Hemşirelerin kişisel başarısına göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.26. Kişisel Başarıya (KB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Kişisel Başarıya farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: KB5 (5.ölçüm)-KB7 (7.ölçüm), KB6 (6.ölçüm)-KB7 (7.ölçüm).

Hemşirelerin Kişisel Başarı 5. ölçümde (Ort 3.58 $\pm$.57; Sıra Ort 5.60) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir, 7. ölçümde (Ort 2.98 $\pm$.65; Sıra Ort 3.27)

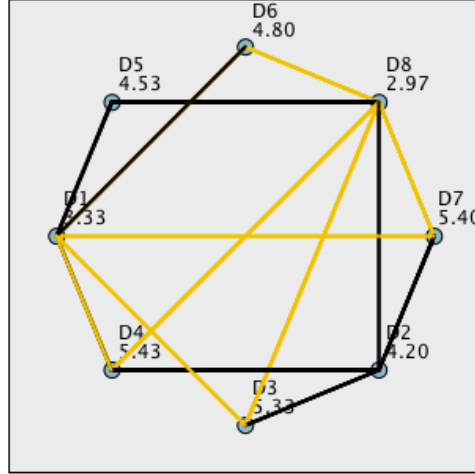
Tablo 6.9. Duyarsızlaşmaya (D) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Duyarsızlaşma (1.Ölçüm)	2.5733	.62610	1.00	3.80	3.33	47.660 (.000**)
Duyarsızlaşma (2.Ölçüm)	2.9200	.80159	2.00	4.60	4.20	
Duyarsızlaşma (3.Ölçüm)	3.0667	.58465	1.80	4.00	5.33	
Duyarsızlaşma (4.Ölçüm)	3.1067	.44231	2.40	3.80	5.43	
Duyarsızlaşma (5.Ölçüm)	2.9333	.69151	2.00	4.20	4.53	
Duyarsızlaşma (6.Ölçüm)	2.9257	.36684	2.20	3.57	4.80	
Duyarsızlaşma (7.Ölçüm)	3.0994	.49082	2.28	4.23	5.40	
Duyarsızlaşma (8.Ölçüm)	2.5733	.41032	2.00	3.80	2.97	

p**<0.05

Hemşirelerin Duyarsızlaşmasına göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.27. Duyarsızlaşmaya (D) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması.



Duyarsızlaşmaya farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: D1(1.ölçüm)-D4(4.ölçüm), D1(3.ölçüm)-D1(7.ölçüm), D3(3.ölçüm)-D8(8.ölçüm), D4(4.ölçüm)-D8(8.ölçüm), D6(6.ölçüm)-D8(8.ölçüm), D7(7.ölçüm)-D8 (8.ölçüm).

Hemşirelerin Duyarsızlaşması 7. ölçümde (Ort $3.09 \pm .49$; Sıra Ort 5.40) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 1. ölçüm (Ort $2.57 \pm .62$; Sıra Ort 3.33) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

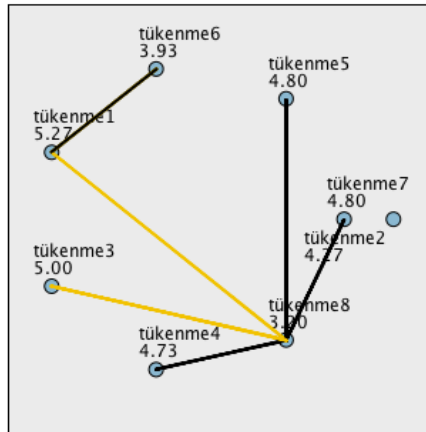
Tablo 6.10. Tükenmişliğe ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
TÜKENMİŞLİK (1.Ölçüm)	2.9312	.53669	1.62	3.66	5.27	23.571 (.001**)
TÜKENMİŞLİK (2.Ölçüm)	2.8730	.46328	1.87	3.79	4.27	
TÜKENMİŞLİK (3.Ölçüm)	3.0105	.46799	2.07	3.88	5.00	
TÜKENMİŞLİK (4.Ölçüm)	3.0031	.38420	2.32	3.70	4.73	
TÜKENMİŞLİK (5.Ölçüm)	3.0216	.33577	2.47	3.48	4.80	
TÜKENMİŞLİK (6.Ölçüm)	2.9111	.75093	1.67	4.33	3.93	
TÜKENMİŞLİK (7.Ölçüm)	2.9778	.36859	2.33	3.50	4.80	
TÜKENMİŞLİK (8.Ölçüm)	2.7477	.43453	2.33	3.73	3.20	

p**<0.05

Hemşirelerin Tükenmişliğine göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.28. Tükenmişliğe ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Tükenmişlik farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: T1 (1.ölçüm)-T8(8.ölçüm), T3(3.ölçüm)-T8(8.ölçüm),

Hemşirelerin Tükenmişlik durumu 3. ölçümde (Ort 3.01 $\pm$.53; Sıra Ort 5.27) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 7.ölçümde (Ort 2.74 $\pm$.43; Sıra Ort 3.20) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

Tablo 6.11. İş Yüğü ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
İş Yüğü (1.Ölçüm)	2.9222	.67942	1.83	4.00	4.53	8.949 (.256)
İş Yüğü (2.Ölçüm)	2.7889	.71897	1.33	4.17	4.03	
İş Yüğü (3.Ölçüm)	2.9267	.57908	1.83	4.00	4.60	
İş Yüğü (4.Ölçüm)	3.0200	.51534	2.33	3.83	4.73	
İş Yüğü (5.Ölçüm)	2.8600	.68724	1.50	4.00	4.00	
İş Yüğü (6.Ölçüm)	3.1619	.88252	2.14	4.71	5.13	
İş Yüğü (7.Ölçüm)	2.9048	.71882	2.00	4.14	4.13	
İş Yüğü (8.Ölçüm)	3.0667	.64197	2.00	4.50	4.83	

p**<0.05

Hemşirelerin iş yüküne göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Hemşirelerin iş yükü 6. ölçümde (Ort 3.16 $\pm$.88; Sıra Ort 5.13) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 7. ölçümde (Ort 2.90 $\pm$.71; Sıra Ort 5.13) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

Tablo 6.12. Ölüm ve Ölme durumu ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Ölüm ve Ölme durumu (1.Ölçüm)	3.0143	.83502	1.57	4.57	4.17	6.825 (.447)
Ölüm ve Ölme durumu (2.Ölçüm)	2.9714	.80213	1.71	4.43	4.20	
Ölüm ve Ölme durumu (3.Ölçüm)	3.0571	.54518	1.86	3.71	4.37	
Ölüm ve Ölme durumu (4.Ölçüm)	3.1429	.76447	2.00	4.43	4.47	
Ölüm ve Ölme durumu (5.Ölçüm)	3.1524	.68674	1.43	4.43	4.93	
Ölüm ve Ölme durumu (6.Ölçüm)	3.2000	.91949	1.67	4.67	4.37	
Ölüm ve Ölme durumu (7.Ölçüm)	3.0444	.61381	1.67	4.33	4.33	
Ölüm ve Ölme durumu (8.Ölçüm)	3.3444	.57928	2.57	4.71	5.17	

p**<0.05

Ölüm ve Ölmeye göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Ölüm ve Ölme 8. ölçümde (Ort 3.34 $\pm$.57; Sıra Ort 5.17) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 1. ölçümde (Ort 3.01 $\pm$.83; Sıra Ort 4.17) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

Tablo 6.13. Yetersiz Hazırlığı ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Yetersiz Hazırlık (1.Ölçüm)	3.2444	.83907	1.33	4.33	5.27	10.386 (.168)
Yetersiz Hazırlık (2.Ölçüm)	3.3333	1.12142	2.33	6.00	4.53	
Yetersiz Hazırlık (3.Ölçüm)	3.2889	.66134	2.33	4.33	4.77	
Yetersiz Hazırlık (4.Ölçüm)	3.1556	.53466	2.33	4.33	4.87	
Yetersiz Hazırlık (5.Ölçüm)	2.9111	.65674	1.67	4.00	4.17	
Yetersiz Hazırlık (6.Ölçüm)	2.8667	1.02839	1.00	4.67	4.13	
Yetersiz Hazırlık (7.Ölçüm)	3.0667	.90621	1.33	4.67	4.07	
Yetersiz Hazırlık (8.Ölçüm)	3.0667	.82756	1.67	4.33	4.20	

p**<0.05

Hemşirelerin Yetersiz Hazırlığına göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Hemşirelerin Yetersiz hazırlığı 1. Ölçümde (Ort 3.24 $\pm$.83; Sıra Ort 5.27) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 7. Ölçümde (Ort 3.06 $\pm$.90; Sıra Ort 4.07) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

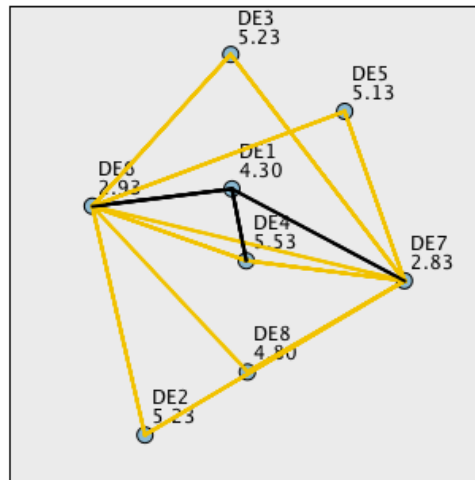
Tablo 6.14. Destek Eksikliğine (DE) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Destek Eksikliği (1.Ölçüm)	2.8889	.67044	1.67	4.00	4.30	60.895 (.000**)
Destek Eksikliği (2.Ölçüm)	3.3111	1.09729	1.00	5.67	5.23	
Destek Eksikliği (3.Ölçüm)	3.2667	.90621	2.00	5.00	5.23	
Destek Eksikliği (4.Ölçüm)	3.3333	.66287	2.33	4.67	5.53	
Destek Eksikliği (5.Ölçüm)	3.1778	.52030	2.00	4.00	5.13	
Destek Eksikliği (6.Ölçüm)	2.5067	.66824	1.20	3.60	2.93	
Destek Eksikliği (7.Ölçüm)	2.5200	.64723	1.60	3.80	2.83	
Destek Eksikliği (8.Ölçüm)	3.0000	.66287	1.33	4.00	4.80	

p**<0.05

Hemşirelerin Destek Eksikliğine göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.29. Destek Eksikliğine (DE) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Destek Eksiklik farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: DE2 (2.ölçüm)-DE6(6.ölçüm), DE2(2.ölçüm)-DE8(8.ölçüm), DT3(3.ölçüm)-DE7(7.ölçüm), DT3(3.ölçüm)-DE6(6.ölçüm), DE5(5.ölçüm)-DE7(7.ölçüm), DE5(5.ölçüm)-DE6(6.ölçüm), DT6(6.ölçüm)-DE8(8.ölçüm), DT6(6.ölçüm)-DE7(7.ölçüm), DT7(7.ölçüm)-DE8(8.ölçüm),

Hemşirelerin Destek eksiklik durumu 3. Ölçümde (Ort 3.33 $\pm$.66; Sıra Ort 2.83) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 6. Ölçümde (Ort 2.50 $\pm$.64; Sıra Ort 5.27) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

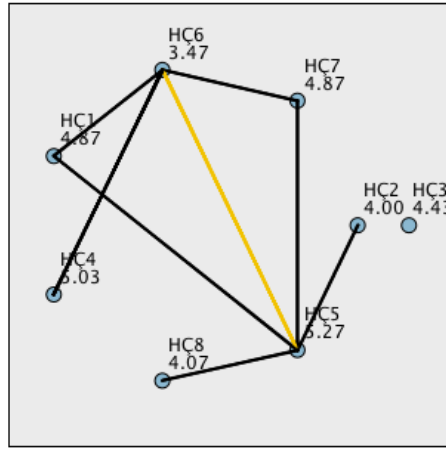
Tablo 6.15. Hekimlerle Çatışma (HÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Hekimlerle Çatışma (1.Ölçüm)	2.6000	.76038	1.60	3.60	4.87	20.586 (.004**)
Hekimlerle Çatışma (2.Ölçüm)	2.3333	.63818	1.40	3.40	4.00	
Hekimlerle Çatışma (3.Ölçüm)	2.4167	.52926	1.60	3.20	4.43	
Hekimlerle Çatışma (4.Ölçüm)	2.5467	.58837	1.60	3.60	5.03	
Hekimlerle Çatışma (5.Ölçüm)	2.6667	.69544	1.40	3.60	5.27	
Hekimlerle Çatışma (6.Ölçüm)	2.1467	.67877	1.40	3.40	3.47	
Hekimlerle Çatışma (7.Ölçüm)	2.6533	.75847	1.60	4.40	4.87	
Hekimlerle Çatışma (8.Ölçüm)	2.3333	.62523	1.40	3.80	4.07	

p**<0.05

Hemşirelerin Hekimlerle çatışmaya göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.30. Hekimlerle Çatışmaya (HÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Hekimlerle çatışmaya göre farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: HÇ5(5.ölçüm)-HÇ7(6.ölçüm), HÇ6 (6.ölçüm)

Hemşirelerin Hekimlerle çatışma 5. Ölçümde (Ort $2.66 \pm .69$; Sıra Ort 5.27) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 6. Ölçümde (Ort $2.14 \pm .67$; Sıra Ort 3.47) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

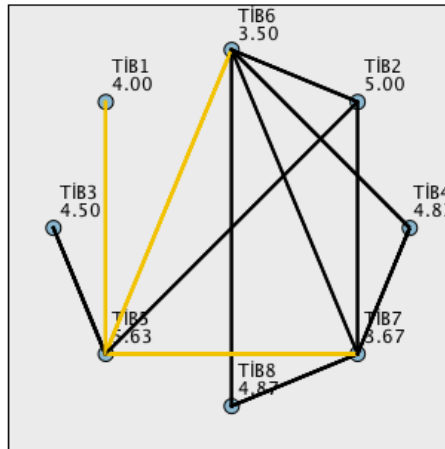
Tablo 6.16. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe (TİB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (1.Ölçüm)	2.5333	.77694	1.00	3.60	4.00	28.615 (.000**)
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (2.Ölçüm)	2.8533	.76918	1.60	4.00	5.00	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (3.Ölçüm)	2.7400	.58597	1.20	3.60	4.50	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (4.Ölçüm)	2.8200	.66899	1.40	3.80	4.83	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (5.Ölçüm)	3.0000	.69282	1.80	4.00	5.63	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (6.Ölçüm)	2.2133	.69465	1.00	3.40	3.50	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (7.Ölçüm)	2.4267	.71934	1.40	3.60	3.67	
Tedaviye ilişkin Belirsizlik (8.Ölçüm)	2.8667	.74101	1.60	4.20	4.87	

p**<0.05

Hemşirelerin Tedaviye ilişkin Belirsizliğine göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Şekil 6.31. Tedaviye ilişkin Belirsizliğe (TİB) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması



Tedaviye ilişkin farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: TIB (1.ölçüm)-TIB5(5.ölçüm), DT5(5.ölçüm)-TIB6(6.ölçüm), TIB7 (7.ölçüm)-TIB5(5.ölçüm).

Hemşirelerin Tedaviye İlişkin Belirsizlik durumu 5. ölçümde (Ort 3.00 $\pm$.69; Sıra Ort 5.63) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 5. ölçümde (Ort 2.21 $\pm$.69; Sıra Ort 3.50) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

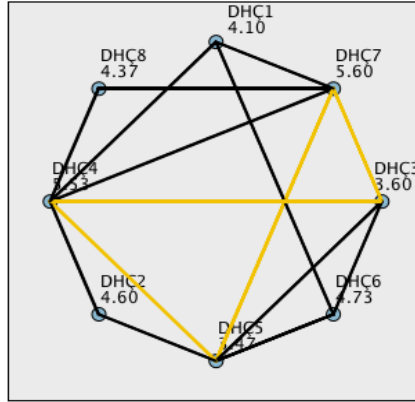
Tablo 6.17. Diğer Hemşirelerle Çatışmaya (DHÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
Diğer Hemşirelerle Çatışma (1.Ölçüm)	2.5400	.57422	1.60	3.80	4.10	33.953 (.000**)
Diğer Hemşirelerle Çatışma (2.Ölçüm)	2.6533	.77272	1.40	3.80	4.60	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (3.Ölçüm)	2.3867	.74760	1.00	4.00	3.60	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (4.Ölçüm)	2.8800	.76325	1.00	4.00	5.53	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (5.Ölçüm)	2.3600	.69753	1.00	3.40	3.47	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (6.Ölçüm)	2.7152	.62650	1.74	3.76	4.73	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (7.Ölçüm)	2.7991	.40061	1.94	3.31	5.60	
Diğer Hemşirelerle Çatışma (8.Ölçüm)	2.5200	.82506	1.00	4.00	4.37	

p**<0.05

Hemşirelerin Diğer Hemşirelerle çatışmaya göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Şekil 6.32. Diğer Hemşirelerle Çatışmaya (DHÇ) ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçların ikili karşılaştırması



Diğer Hemşirelerle çatışmaya göre farklılığı yaratan ikililer şu şekildedir: DHÇ3 (3.ölçüm)-DHÇ7(7.ölçüm), DHÇ3 (3.ölçüm)-DHÇ4(4.ölçüm), DHÇ4 (4.ölçüm)-DHÇ5(5.ölçüm) DHÇ5 (5.ölçüm)-DHÇ7(7.ölçüm).

Hemşirelerin Diğer Hemşirelerle çatışma durumu 4. ölçümde (Ort $2.88 \pm .76$; Sıra Ort 5.53) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir, 3. ölçümde (Ort $2.38 \pm .74$; Sıra Ort 3.60) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

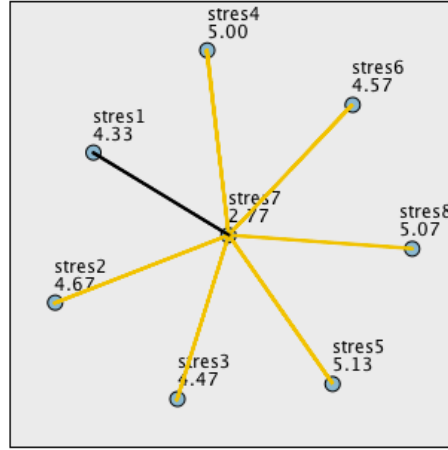
Tablo 6.18. Strese ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçları

	Ort.	SD	Min.	Mak.	Sıra Ort.	Ki-Kare (p-değeri)
STRES (1.Ölçüm)	2.8205	.49960	1.88	3.49	4.33	30.307 (.000**)
STRES (2.Ölçüm)	2.8921	.56744	1.97	3.83	4.67	
STRES (3.Ölçüm)	2.8690	.37510	2.06	3.52	4.47	
STRES (4.Ölçüm)	2.9855	.39688	2.06	3.68	5.00	
STRES (5.Ölçüm)	2.8754	.39962	2.02	3.32	5.13	
STRES (6.Ölçüm)	2.8815	.84434	1.78	4.44	4.57	
STRES (7.Ölçüm)	2.4222	.75008	1.33	4.44	2.77	
STRES (8.Ölçüm)	2.8854	.34835	2.14	3.34	5.07	

p**<0.05

Hemşirelerin stresine göre yapılan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. ($p<0.05$).

Şekil 6.33. Strese ilişkin Tekrarlı-Ölçümlerde Friedman testi sonuçlarının ikili karşılaştırması



Strese farklılığı yaratan tekrarlı ikililer şu şekildedir: S2 (2.ölçüm)-S7 (7.ölçüm), S3(3.ölçüm)-S7(7ölçüm), S4(4.ölçüm)-S7(7.ölçüm), S5(5.ölçüm)-S7(7.ölçüm), S6 (6.ölçüm)-S7(7.ölçüm), S7 (7.ölçüm)-8(8.ölçüm).

Hemşirelerde Stres 5. Ölçümde (Ort $2.85 \pm .59$; Sıra Ort 5.27) diğer ölçümlere göre oldukça yüksektir. 4. Ölçümde (Ort $2.42 \pm .75$; Sıra Ort 2.77) diğer ölçümlere göre oldukça düşüktür.

Tablo 6.19. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (1.Ölçüm-2.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			2.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	1. Ölçüm	Asla	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	39.0	.014**
		Nadiren	6 13.3%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%		
		Bazen	3 6.7%	3 6.7%	15 33.3%	3 6.7%	3 6.7%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	1. Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	51.0	.049**
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	3 6.7%	3 6.7%	18 40.0%	3 6.7%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	12 26.7%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	1. Ölçüm	Asla	15 33.3%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	48.0	.001**
		Nadiren	9 20.0%	9 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	9 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır”, “Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.” ve “Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.” ifadeleri birinci ve ikinci ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermiştir (p < 0.05).

Tablo 6.20. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (2.Ölçüm-3.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları.

			3.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	2.Ölçüm	Asla	9 20.0%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	72.0	.001**
		Nadiren	3 6.7%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	9 20.0%	3 6.7%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	3 6.7%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	2.Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	90.0	.460
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	3 6.7%	3 6.7%	12 26.7%	3 6.7%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	3 6.7%	3 6.7%	9 20.0%	0 0.0%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	2.Ölçüm	Asla	9 20.0%	15 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0.0	1.000
		Nadiren	15 33.3%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır” ifadesi ikinci ve üçüncü ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlemlenmiştir (p < 0.05).

Tablo 6.21. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (3.Ölçüm-4.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			4.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	3.Ölçüm	Asla	9 20.0%	3 6.7%	12 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	36.0	.000*
		Nadiren	0 0.0%	9 20.0%	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%		
		Bazen	3 6.7%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	3.Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	69.0	.355
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	15 33.3%	6 13.3%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	6 13.3%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	3.Ölçüm	Asla	18 40.0%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6.0	.014*
		Nadiren	0 0.0%	21 46.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır” ve “Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem” ifadeleri üçüncü ve dördüncü ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermiştir ($p < 0.05$).

Tablo 6.22. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (4.Ölçüm-5.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			5.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	4.Ölçüm	Asla	6 13.3%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	51.0	.460
		Nadiren	0 0.0%	3 6.7%	6 13.3%	0 0.0%	3 6.7%		
		Bazen	6 13.3%	3 6.7%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	4.Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	135.0	.208
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	6 13.3%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	3 6.7%	6 13.3%	6 13.3%	9 20.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	6 13.3%	3 6.7%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	4.Ölçüm	Asla	6 13.3%	12 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9.0	.020**
		Nadiren	3 6.7%	24 53.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem” ifadesi dördüncü ve beşinci ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlemlenmiştir (p < 0.05).

Tablo 6.23. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (5.Ölçüm-6.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			6.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	5.Ölçüm	Asla	6 13.3%	3 6.7%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	63.0	.208
		Nadiren	3 6.7%	9 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	3 6.7%	6 13.3%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	5.Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	99.0	1.000
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	9 20.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	9 20.0%	3 6.7%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%	6 13.3%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	5.Ölçüm	Asla	6 13.3%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	21.0	.513
		Nadiren	9 20.0%	27 60.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır”, “Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.” ve “Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.” ifadeleri beşinci ve altıncı ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermemiştir.

Tablo 6.24. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (6.Ölçüm-7.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			7.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	6. Ölçüm	Asla	3 6.7%	6 13.3%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	78.0	.007**
		Nadiren	15 33.3%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	3 6.7%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	6 13.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	6. Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	135.0	.335
		Nadiren	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	3 6.7%	9 20.0%		
		Sıklıkla	3 6.7%	0 0.0%	3 6.7%	6 13.3%	9 20.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	3 6.7%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	6. Ölçüm	Asla	3 6.7%	12 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	45.0	.564
		Nadiren	12 26.7%	15 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

‘Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır’ ifadesinde altıncı ve yedinci ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gözlemlenmiştir (p < 0.05).

Tablo 6.25. Hemşirelerin Tıbbi atıklara ilişkin Davranışların Tekrarlı-Ölçümleri (7.Ölçüm-8.Ölçüm) Marjinal Homojenlik Testi sonuçları

			8.Ölçüm					M-H İstatistiği	p-değeri
			Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman		
Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır	7.Ölçüm	Asla	12 26.7%	6 13.3%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	39.0	.631
		Nadiren	6 13.3%	12 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	3 6.7%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.	7.Ölçüm	Asla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	105.0	1.000
		Nadiren	0 0.0%	3 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.7%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	3 6.7%	6 13.3%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	3 6.7%	12 26.7%		
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.	7.Ölçüm	Asla	6 13.3%	9 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-3.0	.513
		Nadiren	12 26.7%	18 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Bazen	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Sıklıkla	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		
		Herzaman	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		

p**<0.05

“Yenidoğan servisinde tıbbi atıklar uygun şekilde toplanmamaktadır”, “Yenidoğan servisinde hastane enfeksiyonunu önlemek için düzenli temizlik ve ventilasyon uygulanması gerekmektedir.” ve “Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem.” ifadeleri yedinci ve sekizinci ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermemiştir .

Tablo 6.26. Yoğun bakımdaki yenidoğanlara ilişkin Betimsel İstatistikleri (n=72)

Değişkenler	Kategori	n	%	Ort.	SD	Min.	Mak.
Ölüm durumları	Yok	57	79.2			0.00	1.00
	Var	15	20.8				
Gestasyon Haftası				36.22	2.049	30.00	39.00
Ağırlık (kg)				2.88	.438	2.00	3.70
Konjenital Hastalık tanısı [§]	Yok	57	79.2			0.00	1.00
	Var	27	37.5				
Hastane Enfeksiyonu tanısı [§]	Yok	63	87.5			0.00	1.00
	Var	42	58.3				
Hastane Enfeksiyonu tanısı sayısı [§]	0 kez	63	87.5			0.00	4.00
	1 kez	30	41.7				
	2 kez	12	16.7				
	3 kez	3	4.2				
	4 kez	3	4.2				

§: Farklı zamanlarda Yoğun bakımdaki yenidoğanların değişen durumlarına ilişkin bilgiler değerlendirilmiştir.

Tablo 7.61 yenidoğanların demografik bilgilerinin dağılımını göstermektedir. Ölüm vakalarında %79.2 (n=57) ölüm olmamış, % 20.8 (n=15) ölüm gerçekleşmiştir. Yenidoğanların ortalama ağırlığı (kg) 2.88 ± 0.438 , ortalama gestasyon haftası 36.22 ± 2.049 'dur. Yenidoğanların % 37.5'ine (n=27) konjintel hastalık teşhis edilmiştir.

Yenidoğanların % 87.5'ine (n=63) hastane enfeksiyon tanısı konmamıştır, yenidoğanların %58.2'sine (n=42) hastane enfeksiyon tanısı konmuştur. Yenidoğanların % 87.7'sinde (n = 63) hastane enfeksiyon tanısı hiç izlenmemiştir

Yenidoğanların % 41.7'sine (n =30) 1 kez hastane enfeksiyonu tanısı, yenidoğanların % 16.7'sine (n=12) iki kez hastane enfeksiyonu tanısı, Yenidoğanların % 4.2'sine (n=3) 3 kez hastane enfeksiyonu tanısı, Yenidoğanların % 4.2'sine (n=3) 4 kez Hastane enfeksiyonu tanısı konulmuştur.

Tablo 6.27. Lojistik -Panel- Regresyon Sonuçları (y_{it} : Hastane Enfeksiyonu tanısı, $n_{\text{bebek}}=72$, $n_{\text{hemşire}}=45$)

Model	β (Std. Hata)	OR (%95 GA)	z	p-değeri
Eğitim Düzeyleri	-2.706 (0.988)	0.067 (0.863)	-2.995	.003**
Medeni Durum (Bekar=1, Evli=2, Boşanmış=3)	-4.070 (0.963)	0.017 (0.016)	-4.228	.000**
Cinsiyet (Kadın=1, Erkek=2)	1.674 (0.718)	5.336 (3.832)	2.331	.020**
Çalışma deneyimi (Yıl)	0.341 (0.131)	1.406 (0.185)	2.597	.009**
Konjenital Hastalık tanısı (Var=1,Yok=2)	-7.418 (1.578)	0.001 (0.001)	-4.702	.000**
Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem (Hiçbir zaman=1- Her zaman=5)	2.783 (0.996)	16.164 (16.095)	2.795	.005**
TÜKENMİŞLİK	1.834 (0.613)	6.260 (3.836)	2.994	.003**
$\log(L)$				-129.124
Wald- χ^2				33.84
LR- χ^2				113.00
p-değeri				.000**

p**<0.05, OR: Odds Oranı,

Model 1' de, yoğun bakım ünitesindeki yenidoğanlara hastane enfeksiyonu tanısı konulmasındaki etki olan risk faktörleri lojistik-panel regresyon kullanılarak araştırılmıştır. Buna göre, hemşirelerin eğitim düzeyleri (%95 GA 0.010- 0.464), medeni durumları (%95 GA 0.003-0.113), cinsiyetleri (%95 GA 1.306-21.804), çalışma deneyimleri (%95 GA 1.087-1.819), Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmeme davranışları (%95 GA 2.296-113.794), tükenmişlik düzeyleri risk olarak görülmektedir. Ayrıca yenidoğanların konjenital hastalık tanısında bir risk faktörüdür (%95 GA 0.000-0.013). Tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde ilgilendikleri bebeklerin hastane enfeksiyonu olma riski, tükenmişlik düzeyi düşük olanlara göre 6.26 kat daha fazladır. Bununla birlikte, %95 güven aralığı oldukça geniştir (%95 GA 1.884 – 20.803). Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerini yıkamaya dikkat etmeme davranışındaki sıklık arttıkça yoğun bakım ünitesinde ilgilendikleri bebeklerin hastane

enfeksiyonu olma riski, az olanlara göre 16.16 kat daha fazladır. Tahmin edilen oranlardaki yüzde değişim, % 100 (OR - 1) ile hesaplanır. Hemşirelerin eğitim düzeyi artıkça yoğun bakım ünitesinde ilgilendikleri bebeklerin hastane enfeksiyonu olma riski, eğitimi az olanlara göre % 93 [$-\%93 = \% 100 (0.067 - 1)$] azalır. Yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin konjenital hastalık tanısı olmaması hastane enfeksiyonu olma riskini, olanlara göre %99.9 azaltır. Model, uyum iyiliği testinde %5 hata düzeyinde anlamlıdır. y_{it} , burada yoğun bakım ünitesindeki yenidoğanlardaki hastane enfeksiyonu tanısıdır. $\mathbf{x}_{it}$ ortak değişkenler ise hemşirelerin eğitim düzeyleri, medeni durumları, cinsiyetleri, çalışma deneyimleri, tıbbi atıklarla ilgili hemşirelerin davranışları, tükenmişlik düzeyleri ve yenidoğanların konjenital hastalık tanısıdır. ζ_i hata terimidir. t ölçüm zamanını ve i ' de hasta bireyleri ifade etmektedir. Modelimiz şu şekildedir:

$$\begin{aligned} \text{logit } P(y_{it} = 1 | \zeta_i) = & -2.706x_{1it} - 4.070x_{2it} + 1.674x_{3it} + 0.341x_{4it} - 7.418x_{5it} \\ & + 2.783x_{6it} + 1.834x_{7it} + \zeta_i \end{aligned}$$

Burada $\zeta_i \sim N(0, \sigma^2)$ birbirinden bağımsız olduğu ve i ' inci hastalar arasında aynı şekilde dağıldığı varsayılmaktadır aynı zamanda $(\mathbf{x}_{it})$ ortak değişkenlerinden bağımsız olduğu da varsayılır.

Tablo 6.28. Poisson -Panel- Regresyon Sonuçları (y_{it} : Hastane Enfeksiyonu tanısı, $n_{\text{bebek}}=72$, $n_{\text{hemşire}}=45$)

Model	β (Std. Hata)	IRR (Std. Hata)	z	p-değeri
Eğitim Düzeyleri	-1.854 (0.320)	0.617 (0.173)	-3.575	.000**
Medeni Durum (Bekar=1, Evli=2, Boşanmış=3)	-0.977 (0.276)	0.377 (0.104)	-3.542	.000**
Cinsiyet (Kadın=1, Erkek=2)	1.030 (0.263)	2.801 (0.737)	3.914	.000**
Çalışma deneyimi (Yıl)	0.245 (0.082)	1.278 (0.105)	2.984	.003**
Çocuk Durumu (Var=1,Yok=2)	-0.369 (0.116)	0.691 (0.080)	-3.186	.001**
Çalışma Saatleri /Gün	0.191 (0.059)	1.210 (0.071)	3.233	.001**
Gece Vardiyası (Saat)	0.109 (0.030)	1.116 (0.033)	3.664	.000**
Gestasyon Haftası	-0.098 (0.031)	0.907 (0.028)	-3.146	.002**
Konjenital Hastalık tanısı (Var=1,Yok=2)	-1.340 (0.279)	0.262 (0.073)	-4.812	.000**
STRES	0.545 (0.194)	1.724 (0.335)	2.805	.005**
$\log(L)$	-266.463			
Wald- χ^2	84.57			
LR- χ^2	46.59			
p-değeri	.000**			

p**<0.05, IRR: İnsidans Hızı,

Model 2' de, yoğun bakım ünitesindeki yenidoğanların hastane enfeksiyonu tanısının birden fazla konulmasındaki etki olan risk faktörleri poisson-panel regresyon kullanılarak araştırılmıştır. Buna göre, hemşirelerin eğitim düzeyleri, medeni durumları, cinsiyetleri, çalışma deneyimleri, çocuk durumları, çalışma saatleri, gece vardiyasında çalışmaları stres düzeyleri risk olarak görülmektedir. Ayrıca yenidoğanların gestasyon haftası, konjenital hastalık tanısı da bir risk faktörüdür. Hemşirelerin stres düzeyinin diğer değişkenleri kontrol ederek insidans oranını %72.4 artırdığını, erkek hemşire olmanın insidans oranındaki tahmini 2.8 kat artırdığını göstermiştir. Aynı zamanda her fazladan gestasyon haftası, insidans oranındaki tahmini %9 oranında düşürdüğünü göstermiştir. Model, uyum iyiliği

testinde %5 hata düzeyinde anlamlı çıkmıştır. y_{it} , burada yoğun bakım ünitesindeki yenidoğanlardaki hastane enfeksiyonu tanı sayıdır. x_{it} ortak değişkenler ise hemşirelerin eğitim düzeyleri, medeni durumları, cinsiyetleri, çalışma deneyimleri, çocuk durumları, çalışma saatleri, gece vardiyasında çalışmaları stres düzeyleri ve yenidoğanların gestasyon haftası, konjenital hastalık tanısıdır. ζ_i hata terimidir. t ölçüm zamanını ve i 'de hasta bireyleri ifade etmektedir. Modelimiz şu şekildedir:

$$E(y_{it}|\zeta_i) = \exp(-1.854x_{1it} - 0.977x_{2it} + 1.030x_{3it} + 0.245x_{4it} - 0.369x_{5it} + 0.191x_{6it} + 0.109x_{7it} - 0.098x_{8it} - 1.340x_{9it} + 0.545x_{10it} + \zeta_i)$$

Burada $\zeta_i | x_{it} \sim N(0, \sigma^2)$ olduğu varsayılır, ζ_i ve x_{it} birbirinden bağımsız olduğu gibi i 'inci hastalardan da bağımsız olduğu varsayılır.

6.2. Tartışma

Hargiesia ilinde üç hastaneden toplam 45 yoğun bakım hemşiresi ve yoğun bakımda tevadi gören 72 bebek olmak üzere bir takip ve survey yöntemi ile verilerimizi topladık. Hemşirelerin yaş ortalamalarının 28.20 ± 3.840 olduğu saptanmıştır. Çalışma deneyimleriye ortalamaları 4.40 ± 2.605 olduğu bulgulanmıştır. Bu rakamlardan anlaşıldığı üzere çok deneyimli ve çok yaşlı bir ekip bulunmamaktadır.

Çalışmamızda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğanların gestasyon haftasının ortalamasının 36.22 ± 2.049 olduğu izlenmiştir. Gestasyon haftasına göre altta yatan bazı hastalıkların varlığının da mortalite oranlarını artırdığı saptanmıştır. Şöyle ki gestasyon haftasına göre mortalite durumu incelendiğinde; mortalite oranı en fazla > 37 hafta olan term bebek grubunda (6 hasta; % 42,8) ve 2.sıklıkta ise < 28 hafta olan preterm bebek grubunda (5 hasta; % 35,8) olduğu saptanmıştır. (Kiliç, 2012)

Yenidoğanların ortalalama ağırlığının (kg) 2.88 ± 0.438 olduğunu saptanmıştır. Yenidoğan ölüm oranı incelendiğinde: Bu araştırma sırasında neonatal koğuşuna kabul edilen yenidoğanların %20,8'inin ölümü gerçekleşmiştir. Bu sayı oldukça yüksek bir orandır. Somali'de yenidoğan ölüm oranı, 2000 yılında 1000 canlı doğumda 44 ölümden, DSÖ tarafından 2019'da 1000 canlı doğumda 36,9'a düşmüştür (WHO). Literatürde benzer

çalışmalarda Zaidi vd. (2005), yenidoğan enfeksiyonlarının gelişmekte olan ülkelerde yılda 1 ile 6 milyon arasında lme ve tüm yenidoğan ölümlerinin %40'ına neden olduğu tahmin edilmektedir.

Hastane enfeksiyonun tanısı ile ilgili takip aşamasında bilgi alınmıştır. Yenidoğanların %58.2'sinde (n=42) farklı enfeksiyon görülmüştür. Bu çalışmada zatürre, idrar yolu enfeksiyonu ve kandaki enfeksiyon olmak üzere üç tane enfeksiyon düşünülerek sorular sorulmuştur. Bu üç tane enfeksiyon tipi birden dörde kadar bir kezden fazla farklı enfeksiyon tanısı konulma durumu oluşturmuştur.

Literatürde benzer çalışmalarda Cimiotti vb. (2012), bir hasta tarafından hemşirenin iş yükünün artmasının cerrahi alan enfeksiyonu olduğunu ve aynı sonucun idrar yolu enfeksiyonunda tespit edildiğini gösterdi. Hastanedeki hemşire tükenmişliğinin her %10'luk artışı, idrar yolu enfeksiyonunu 1000 hasta başına 1 ve 1000 cerrahi enfeksiyon bölgesinde 2 oranında artırır. Bu tespit hem istatistiksel hem de kliniklidir. Hemşire tükenmişliği bu enfeksiyonun varlığı ile ilişkilidir. Yenidoğanlarda en sık görülen enfeksiyonların pnömoni, kan dolaşımı ve idrar yolu enfeksiyonları olduğu ispatlanmıştır.

Bu araştırmada Covid19 ortaya çıkana kadar 8 kez ölçüm alınmıştır. Araştırmada parametrik olmadığı için ve ikinci kez ölçüm yapıldığı için standardizasyonun ortalamasının üzerinde bir değerlendirme yapmanın kolay olacağı düşünüldüğünden dolayı toplam puan üzerinden değerlendirilmemiştir. Ortalama maslach değerlendirme yapan tezler şunlardır: (Abraham, 1998).

Birinci lmde, duygusal tükenmede ortalamalar verilen her ölçüm için duygusal tükenmede ne kadar değiştiğini gözlenen tabloda, ortalama ve standart sapma incelendiğinde, her bir ölçümde duygusal tükenme en yüksek ($3.43 \pm .59$) en düşük ($2.407 \pm .85$) arasında dalgalanmaktadır. Bu 8. lmde duygusal tükenmenin Maslach ortalamasına göre normal aralıkta olduğu gözlemlenmiştir.

Duygusal tükenme boyutunda eğitim düzeylerine göre 1.ölçümde ortalama (3.50 ± 0.26) nlisans mezunlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. 3. ve 5. Ölçümlerde lisans mezunları ortalamalarının ($3.50 \pm .26, 2.88 \pm .77$) yüksek olduğunu göstermiştir. 7.ölçüm incelendiğinde lisansüstü mezunlarının ortalaması ($3.31 \pm .44$) daha yüksek çıkmıştır. Eğitim

düzeyi değişkenine göre mezunların Duygusal Tükenme alt boyut puanları önlisans ve doktora mezunlarına göre istatistiksel olarak daha düşüktür.

Duygusal tükenme boyutunda medeni durumuna göre bakıldığında ölçümde bekâr ortalamasının ($3.08 \pm .85$) diğerlerine (evli ve boşanmış) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Guillermo vd. (2018), erkek olmanın, bekâr ya da boşanmış olmanın ve çocuk sahibi olmamanın hemşirelerde en yüksek tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Duygusal Tükenme hemşirelerin cinsiyetlerine göre 2. ölçümde kadınların ortalamasının ($33.19 \pm .83$) erkeklere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. 3. ve 4. ölçümlerde erkeklerin duygusal tükenme ortalamaları ($3.30 \pm .39, 3.22 \pm .63, 2.55 \pm .62$) yüksek çıkmıştır. Teles vd. (2020), Kadınlar tükenmişlik boyutlarında daha yüksek Duygusal Tükenme puanları alırken, bu boyutta öğretmenler daha az deneyim (10 yaş altı) ve daha fazla deneyime sahip öğretmenler (30 yıldan fazla) en düşük puanlara sahip olmuştur.

Duygusal Tükenme boyutu hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde 1. ölçümde çocuk sahibi olmayanların ortalamasının ($3.12 \pm .63$) yüksek olduğu izlenmiştir. 2. ölçümde çocuk sahibi olanların ortalaması ($2.77 \pm .88$) yüksek çıkmıştır. Demir ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ise ev işlerini yaparken iki ya da daha fazla kişiden yardım alan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeyleri düşük bulunmuştur. Kişisel başarı düzeyi en çok eşi ya da çocuğundan yardım alanlarda yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, ev işlerinin yapılmasında güçlük yaşadığını belirten hemşirelerin duygusal tükenme düzeyi yüksek bulunmuştur

Duygusal Tükenme boyutu hemşirelerin vardiye durumlarına göre incelendiğinde gece vardiya ortalamasının ($2.41 \pm .63$) yüksek olduğu bulunmuştur. 8. ölçümde sabah+gece vardiya ortalamasının ($3.00 \pm .93$) yüksek olduğu izlenmiştir.

Torun ve Tekin (2014), daha az iş tecrübesi olan, gece vardiyasında çalışan ve düzenli izin alamayan hemşireler daha fazla duyarsızlaşma ve duygusal yorgunluk yaşadı. Ayrıca, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin kişisel başarı puanlarının düşük olduğunu gözlemlenmiştir.

Duyarsızlaşma boyutunda eğitim düzeylerine göre incelendiğinde 3. ölçüm ortalama ($3.35 \pm .34$), 5. ölçüm ortalama ($3.71 \pm .69$) ve 7. ölçüm ortalama ($3.31 \pm .39$) ile lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Jamaludin ve You (2019), lisans, yüksek lisans ve doktora derecesine sahip her iki cinsiyetin de duygusal tükenme yaşadığını göstermektedir.

Duyarsızlaşma boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre incelendiğinde 3. ölçümde evlilerin ortalama ($3.00 \pm .44$) ve 8. ölçümde ortalama ($2.72 \pm .43$) bekarlar ve boşanmış olanlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. Song vd. (2016), bekar hemşirelerin evli hemşirelerden daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını bulmuştur.

Duyarsızlaşma boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre 8. ölçümde erkeklerin ortalamasının ($2.90 \pm .56$) kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Guillermo (2018), Medeni durum, bekar veya boşanmış deneklerde daha yüksek değerlerle duyarsızlaşma ile anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Çocuklarla ilgili olarak, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocuksuz hemşirelerin her iki boyut için de daha yüksek puanları vardı. Başka bir deyişle, erkek olmak, bekar veya boşanmış olmak ve çocuksuz olmak, hemşirelik profesyonellerinde daha yüksek tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili görünmektedir. Duyarsızlaşma boyutundan hemşirelerin çocuk sayısı ve vardiya durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır.

Kişisel başarı ortalamaları verilen her ölçümdeki değişiklikleri gösteren tablodan her bir ölçümün ortalama ve standart sapması incelendiğinde, her ölçümdeki en yüksek kişisel başarı ortalamasının ($3.58 \pm .57$) en düşük ortalamasının ($2.98 \pm .65$) olduğunu göstermiştir. 8. Maslach Kişisel başarının Maslach ortalamasına göre normal sınırlarda olduğu görülmüştür.

Kişisel Başarı boyutunda eğitim düzeyine göre; 2. ölçüm ortalama ($3.87 \pm .15$) ve 4. ölçüm ortalama ($3.43 \pm .15$) olarak önlisans ortalamaları yüksek bulunmuştur. 7. ölçümde ortalama ($3.65 \pm .30$) ve 8.ölçümde ortalama ($3.71 \pm .53$) olarak lisansların kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Kişisel başarı boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre 2. ölçümde ortalama ($3.50 \pm .52$) ile ve 4. ölçümde evlilerin ortalamasının yüksek olduğu izlenmiştir. Guluzade

(2019), medeni durum değişkenine göre, bekârların Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı alt boyut puanları evli olanlara göre daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutu olan evli bireylerin Tükenmişlik ve İş Stresi puanları en düşük düzeydedir.

Kişisel başarı boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre 6. lm ortalama ($3.87 \pm .38$) ve 7. lm ortalama ($3.75 \pm .64$) ile erkeklerin ortalamasının yüksek olduğunu göstermiştir. Medeni durum değişkenine göre hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri alt boyutların hiçbirinde ve bir bütün olarak MBI toplam puanında anlamlı farklılık göstermemektedir.

Kişisel başarı boyutunda hemşirelerin ocuk durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır. Kavurmaci ve Tan (2014), çocuklu hemşireler söz konusu olduğunda, cinsiyet ve düşük kişisel başarı arasında güçlü bir ilişki olduğu ve kadın hemşirelerin daha yüksek düzeyde tatmin bildirdiği vurgulanmalıdır. Carlotto (2018) ocuk sahibi olma ve yanıtlama oranı, medeni durum ile çocuklu hemşirelerde daha güçlü olan duyarsızlaşma arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkiledi. Evli veya eşiyle yaşayan çocuklu hemşirelerde, işte duyarsızlaşma riski daha yüksektir.

Kişisel başarı boyutunda hemşirelerin vardiya durumuna göre 4. lmde sabah+gece vadiyalarının ortalamasının ($2.96 \pm .32$) sabah ve gece vardiyalarına göre düşük olduğu izlenmiştir. Cerit vd. (2016), Hemşirelik mesleğinde 6-10 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin kişisel başarı anlamındaki düşüş puanlarının, 1-5 yıl çalışma süresi olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p = 0,04$). Vardiyalı alışan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarının, mesleğini değiştirmeyi planlayan hemşirelerin gündüz çalışanlara ve iş hayatından memnun olmayan hemşirelerin memnun hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tükenmişlik puanları eğitim düzeylerine göre incelendiğinde 4. lm ortalama ($3.25 \pm .27$), 5. lm ortalama ($3.18 \pm .35$) ile lisans mezunlarının nlisans ve lisansstye göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Jamaludin ve You (2019), 5 yıldan az deneyime sahip olan lisans derecesine sahip eğitimciler arasında duyarsızlaşma meydana geldi. Bu, daha az tecrübeli eğitimcilerin, tecrübeli olanlara göre öğrencilerine daha az duyarlı olduğu anlamına gelir.

Tükenmişlik puanları hemşirelerin medeni durumuna göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır. Şahin (2019), bekâr çalışanların tükenmişlik düzeylerinin evli çalışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Kayabaşı(2008),medeni duruma göre tükenmişlik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır. Günay ve Demiralay (2016) ve Gürel (2016), evli olanlara göre daha düşük algılanan sosyal destek olasılığı nedeniyle bekâr çalışanların daha yüksek iş stresi veya tükenmişlik yaşayabileceğini belirtmişlerdir.

Tükenmişlik puanları hemşirelerin cinsiyetine göre 7. ölçümde ortalama ($3.07 \pm .29$) ile kadınlar erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma çalışmaların tükenmişlik ile hemşirelik profesyonellerinin cinsiyeti arasında hiçbir ilişki bulamamıştır ancak diğer yazarlar bunun tam tersini iddia etmektedir. Sabbah vd. (2012), benzer şekilde, tükenmişlik ve medeni durum arasındaki ilişkiye dair çelişkili bulgular da vardır.

Tükenmişlik puanları hemşirelerin çocuk durumlarına göre 2. ölçümde çocuk sahibi olanların ortalaması ($3.07 \pm .26$) çocuğu olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öztürk vd. (2014) çocuğu olmayan hemşirelerin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğunu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuşlardır.

Tükenmişlik puanları hemşirelerin vardiya durumuna göre 6. ölçümde ortalama ($3.33 \pm .63$) ve 7. ölçümde ortalama ($3.16 \pm .32$) ile gece vardiyası diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Demir (2005), Hemşirelerin 'sürekli kaygı' düzeyi vardiyalı çalışmaktan etkilenmezken, gündüz vardiyasında sürekli çalışanlarda ikinci 'durumluk kaygı' düzeyi gündüz + gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yoğun bakım hemşirelerinin örgütsel stres faktörleri iş yükü boyutunda incelendiğinde, çalışma grubumuzdaki aşırı iş alt ölçeğinin puan ortalamasının diğer boyutlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda vurgulandığı gibi aşırı iş yükü hemşirelik mesleğinin en önemli stres unsuru olarak görülmektedir.

Çalışmamızda YYBB'de çalışan hemşirelerin stres faktörleri değerlendirildiğinde, hemşirelerin stres düzeyini diğerlerinden daha fazla etkileyen faktörler, stres düzeyini artıran faktörler: ölüm ve ölme ve iş yüküdür. YYBB hemşirelerinin stres düzeyi, medeni durum,

çocuk sahibi olma ve cinsiyet gibi demografik değişkenlerden de etkilenmektedir. Çalışmamızın bulgularını değerlendirdiğimizde evli olmanın ve uzun saatler çalışmanın stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu bulduk. Simalir çalışmalarında ayrıca hemşirelerde strese neden olan en sık sonuçların ölüm ve iş yükü olduğunu gördük.

Hemşirelik iş yükü, daha yüksek enfeksiyon oranları ve artan ölüm oranı ile ilişkilendirilmiştir. YYBÜ'de, kan dolaşımı enfeksiyonunun yetersiz personel ve aşırı kalabalıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Cimiotti vd., 2006).

Hamaideh (2011), tarafından yapılan araştırmaya göre, Ürdünlü hemşireler arasında en yaygın stres faktörleri iş yükü ve ölüm ve ölüm sorunları ile uğraşmaktır. Duygusal destek, Ürdünlü hemşirelerin genellikle gördükleri en destekleyici sosyal davranış olduğunu bildirdi. Hemşirelerin stres faktörleri ile sosyal destekleyici davranışları arasında ve ayrıca hemşirelerin stres faktörleri ile eğitim düzeyleri ve vardiyalı çalışmada hemşirelik bakımı sağlama modeli arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Üzen ve Duyan (2015), hemşirelerde örgütsel stres kaynaklarından aşırı iş yükü ve sorumluluk alt ölçeklerinden sonra puan ortalaması yüksek stresör görev çatışmasıdır. Yoğun bakımlarda değer yargılarına ters düşen durumlar yaşayan ve bu durumdan rahatsızlık duyduğunu ifade eden hemşireler bulunmaktadır. Ballard (2003), yoğun bakımlarda karşılaşılan etik sorunlar, yoğun çalışma temposu ve büyük hastanelerin karmaşık yapısı görev çatışması açısından riski artıran faktörler olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Çalışılan süre, fazla mesai ve haftalık çalışılan toplam saatin hatalar üzerinde önemli etkileri vardır. Çalışma saatleri ne kadar uzun olursa, hatalar o kadar fazla olacaktır (Garnett, 2008). "Hemşirelerin işle ilgili tükenmişliği ve iş tatminsizliğinin yüksek hemşire-hasta oranı doğrudan sorumludur. Sağlık hizmetleri, önlenabilir hasta ölümlerini önleyebilir ve RN personeline yatırım yaparak düşük hemşire tutma oranları ".

Yetersiz destek, hemşirenin iş yükünü ve iş memnuniyetsizliğini artırır ve genel olarak toplam hasta bakımını azalmaktadır. Stanton, M. (2004), İş tatminsizliği, hemşireler için tüm ABD çalışanlarının ortalama oranından dört kat daha yüksektir ve beş hemşireden biri bir yıl içinde işini bırakmayı planladığını bildirmiştir. Yetersiz hemşire kadrosu yalnızca

olumsuz hasta sonuçlarına değil, aynı zamanda artan hemşire strese yol açmaktadır (Garnett, 2008).

Veri toplama sırasında ölçülen 1-8. ölçümlere göre demografik değişkenlerin hemşire stresi üzerinde anlamlı etkisi olduğunu bulgulanmıştır. Hemşirelerin stres faktörleri ve bunların demografik değişkenlerle nasıl ilişkili olduğu aşağıda gösterilmiştir.

İş yükü boyutunda hemşirelerin eğitim durumuna göre incelendiğinde 3. ölçüm lisans ort ($3.37 \pm .37$), 5. ölçüm ort ($3.33 \pm .61$) ve 6. ölçüm lisans ort ($3.50 \pm .83$), önlisans ve lisansüstüye göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Çalışmamızda iş yükü daha çok mezunlarda görülmektedir.

İş yükü boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre 6. ölçümde ort ($3.41 \pm .83$) ve 7. ölçümde ort ($3.23 \pm .76$) ile evlilerin ortalamalarının yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda da görüldüğü gibi, evliler araştırması iş yükünü etkilemektedir, çünkü evli kişilerin başka sorumlulukları vardır.

İş yükü boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre 7. ölçümde kadınların ortalamasının ($3.10 \pm .71$) erkeklere göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Benzer çalışmada Pleck (1977), kadınların birincil ev sorumlulukları olması nedeniyle, erkeklere göre aileden iş yükünün daha fazla müdahalede bulunduklarını belirtmiştir.

İş yükü boyutunda hemşirelerin çocuk durumlarına göre 1. ölçüm ort ($3.22 \pm .68$), 7. ölçüm ort ($3.29 \pm .75$) ve 8. ölçüm ort ($3.14 \pm .63$) ile çocuk sahibi olmayanların iş yükünün fazla olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin vardiya durumuna göre iş yükü boyutu incelendiğinde, 2.ölçüdeki sabah ortalaması ($3.28 \pm .58$) yüksektir. 7. ve 8. ölçümde gece Vardiya ortalamaları (3.37 ± 0.45) daha yüksek bulunmuştur.

McVicar (2003) ve Garroso vd. (2008), hemşireler için en önemli stres faktörlerini aşırı iş yükü, çalışanlar arasında çatışma, görev ve sorumluluklarda yetersiz hazırlık sorunlar olarak sıraladı. Bazı yazarlar görevin karmaşıklığının ve hemşirelik işlevlerinin belirsizliğinin ağır iş yükü ve rol belirsizliğine yol açtığını belirtmişlerdir (Garroso vd., 2008).

Ölüm ve ölme boyutunda hemşirelerin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde alınan her ölçümde lisans ortalamalarını yüksek göstermiştir. 1. ölçüm lisans ort ($3.57 \pm .74$), 2. ölçüm lisans ort ($3.50 \pm .70$), 3. ölçüm lisans ort ($3.50 \pm .71$), 7. ölçüm lisans ort ($3.50 \pm .65$) ve en son 4. ölçüm ort ($4.05 \pm .65$)'nın çok yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin ölüm ve ölüm boyutlarındaki medeni durumlarına göre 1. ölçüm evlilerin ortalamaları ($3.41 \pm .89$) daha yüksek bulunmuştur. 8. ölçüm boşanmışların ortalamasının ($3.72 \pm .28$) diğerlerinden daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Ölüm ve ölme boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre 1. ölçüm ort ($3.71 \pm .71$) ve 2. ölçümde ort ($3.71 \pm .14$) ile erkek ortalamasının kadınlara göre yüksek olduğunu göstermiştir.

Ölüm ve ölme açısından 1. ölçümde çocuk sahibi olmayan hemşirelerin ortalamasının ($3.42 \pm .76$) yüksek olduğu görülmüştür. 2. ölçümde çocuğu olanların ortalaması ($3.57 \pm .56$) çocuğu olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Ölüm ve ölüm boyutuna hemşirelerin vardiya durumuna göre bakıldığında 1. ölçüm sabah vardiyalarının ortalaması ($3.34 \pm .74$) yüksektir. 6. ölçümde gece vardiyalarının ortalaması ($4.00 \pm .65$) çok yüksek olduğunu göstermiştir. 8. ölçümde vardiyaların ortalaması ($3.37 \pm .10$) kendi aralarında olduğunu göstermiştir. 6 ölçüm yüksek stres oranına sahiptir, bu da hastanın ölümle karşı karşıya kalmasına ve gece boyunca uzun saatler çalışmasına bağlı olabilir. Ölüm, doğası gereği streslidir ve bir acı kaynağıdır; bu nedenle hemşireler ölüm ve ölme sorunları ile uğraşırken daha fazla stres belirtisi göstermektedir.

Hamaideh (2008), iş yükünün ikinci yaygın stres etkeni olduğu bulunmuştur Ürdünlü hemşireler arasında; bu bulgu ile tutarlıdır. Happell vd. (2004), diğer birçok ülke gibi Ürdün de hemşire sıkıntısı çekiyor ve bu da hemşirelerin iş yükünü artırır.

Yetersiz Hazırlık boyutunda hemşirelerin eğitim düzeyine göre 3. ölçüm lisans ortalaması ($3.75 \pm .71$) ve 4. ölçüm lisans ortalamasının ($3.66 \pm .42$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yetersiz hazırlık boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre 6. ölçüm evlilerin ortalamasının (2.79 ± 1.10) yüksek olduğunu göstermiştir. 8. ölçümde boşanmış olanların ortalamasının (3.44 ± 0.66) yüksek olduğunu göstermiştir. 5. ölçüm önlisans ortalamasının (3.08 ± 0.37) yüksek olduğunu göstermiştir.

Yetersiz Hazırlık boyutu hemşirelerin cinsiyetine göre incelendiğinde, 2. ölçümde erkeklerin ortalamasının (4.08 ± 1.10) yüksek olduğu görülmüştür.

Yetersiz Hazırlık boyutunda 6. ölçümde çocuğu olmayan hemşirelerin ortalamasının (3.16 ± 0.79) yüksek olduğu görülmüştür. 8. ölçümde çocuğu olanların ortalaması (3.33 ± 0.63) yüksek bulunmuştur.

Yetersiz Hazırlık boyutunda hemşirelerin vardiya durumuna göre incelendiğinde 2. ölçümde (4.14 ± 1.10) ve 8. ölçüm (3.70 ± 0.74) sabah vardiyaların ortalamaları çok yüksek olduğunu göstermiştir. 6. ölçüm gece vardiyaların ortalamasının (3.65 ± 0.77) yüksek seviyede olduğunu göstermiştir.

Destek eksikliği boyutunda hemşirelerin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde 3. ölçüm lisans ortalaması (4.80 ± 0.93) 4. ölçüm lisans ortalaması (3.76 ± 0.75) ile lisans ortalaması (3.50 ± 0.93) yüksek izlenmiştir.

Destek eksikliği boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre 5. ölçüm evlilerin ortalaması (3.37 ± 1.10) yüksek olduğunu göstermiştir. 8. ölçümde boşanmışların ortalaması (3.33 ± 0.28) yüksek olduğunu göstermiştir.

Yetersiz Hazırlık boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre incelendiğinde 1. ölçümde ve erkeklerin ortalamasının (3.57 ± 0.54) yüksek olduğunu göstermiştir.

Destek eksikliği boyutuna hemşireler çocuk durumlarına göre incelendiğinde, 2. ölçüm ortalaması (3.66 ± 0.10), 5. ölçüm (3.37 ± 0.57) ve 8. ölçüm (3.14 ± 0.7) ile, çocuğu olmayanları ortalamalarının her ölçümde yüksek olduğu görülmüştür.

Destek eksikliği boyutunda hemşirelerin vardiya durumuna göre incelendiğinde 2. ölçümde sabah vardiyaların ortalaması (3.95 ± 0.97), 6. ölçümde sabah vardiyaların ortalaması

(2.85 ± 1.0) yüksek bulunmuştur. 8. ölçümde gece vardiyaların ($3.41 \pm .51$) ortalamasının yüksek olduğunu göstermiştir.

Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde 2. ölçümde önlisans ortalaması ($2.20 \pm .84$), 3. ölçümde önlisans ortalaması ($2.17 \pm .62$) ve 5. ölçümde önlisans ortalamasının ($2.45 \pm .85$) düşük olduğunu göstermiştir.

Tedaviye ilişkin belirsizlik boyutunda hemşirelerin medeni durumlarına göre incelendiğinde boşanmış olanların 2. ölçüm ortalaması ($3.40 \pm .30$) ve 8. ölçüm ($3.36 \pm .36$) ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür.

Tedaviye ilişkin belirsizlik boyutunda hemşirelerin cinsiyetlerine göre incelendiğinde, 2. ölçüm erkeklerin ortalamasının ($3.55 \pm .37$) yüksek olduğunu göstermiştir.

Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda hemşirelerin çocuk durumlarına göre incelendiğinde 2. ölçümde çocuğu olmayanların ortalamasının ($3.55 \pm .67$) yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Tedaviye ilişkin Belirsizlik boyutunda hemşirelerin vardiya durumuna göre incelendiğinde 3. ölçümde gece vardiyaların ortalamasının ($3.05 \pm .54$) yüksek olduğunu göstermiştir. 7. ölçümde gece vardiyaların ortalamasının ($1.85 \pm .09$) düşük olduğunu göstermiştir.

Hekimlerle Çatışma boyutunda hemşirelerin eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, 1. ölçümde ($2.15 \pm .61$) ve 8. ölçümde ($1.95 \pm .30$) lisans ortalamaları, hekimlerle daha az çatıştığını göstermiştir. 7. ölçüm ($2.10 \pm .56$) ön lisans mezunları hekimlerle az çatışma olduğunu göstermiştir.

Hekimlerle Çatışma boyutunda hemşirelerin medeni durumuna göre değerlendirildiğinde, 2. ölçüm boşanmış olanların ortalaması (2.66 ± 0.34) hekimlerle daha fazla çatışma yaşadıklarını göstermiştir. 4. ölçüm evlilerin ortalaması ($2.85 \pm .26$) hekimlerle çok fazla çatışma olduğunu göstermiştir. 4. ölçümde bekârların ortalaması ($1.90 \pm .42$) hekimlerle çatışma yaşadıklarını göstermiştir

Hekimlerle Çatışma boyutu hemşirelerin cinsiyetine göre değerlendirildiğinde 1. ölçüm ile 3. ölçüm arasında büyük farklılık göstermiştir. Ayrıca genel değerlendirme yapıldığında erkeklerin hekimlerle daha fazla çatıştığı görülmüştür.

Hekimlerle Çatışma boyutunda hemşireler çocuklarının durumuna göre değerlendirildiğinde 7. ölçümde çocuk sahibi olanların ortalaması ($2.88 \pm .67$) hekimlerle daha fazla çatışma yaşadıklarını göstermektedir.

Hekimlerle Çatışma boyutunda hemşirelerin vardiya durumuna göre değerlendirdiğinde 2. ölçümde sabah vardiyaların ortalaması ($2.60 \pm .42$), hekimlerin çatışma yaşantılarının diğerlere göre fazla olduğunu görülmüştür. 4. ölçümde gece vardiyaların ortalaması ($1.91 \pm .58$) ile hekimlerle az çatıştığı görülmüştür.

Diğer hemşirelerle çatışmanın ortalama ve standart sapması, her bir ölçümün ne kadar değiştiğini gösteren tablodan incelendiğinde, diğer hemşirelerle olan çatışma en yüksek ($2.88 \pm .76$) ve en düşük ($2.38 \pm .74$) arasında değişmektedir. 8. ölçümde Maslach ortalamasına göre normal aralıkta olduğu görülmektedir.

Diğer hemşirelerle Çatışma boyutunda hemşirelerin eğitim durumuna göre değerlendirdiğinde 3. ölçümde önlisans ort ($1.95 \pm .66$) ve 5. ölçümde önlisans ort ($1.90 \pm .91$) diğer hemşirelerle az çatışma olduğu görülmüştür.

Diğer hemşirelerle çatışma boyutunda hemşirelerin cinsiyetine göre 1. ölçümde erkeklerin ortalamasıyla ($2.85 \pm .78$) diğer hemşirelerle daha fazla çatıştığı görülmüştür.

Diğer hemşirelerle çatışma boyutunda, çocuk durumuna göre değerlendirildiğinde 4. ölçümde çocuk sahibi olan hemşirelerin ort ($2.71 \pm .47$) diğer hemşirelerle çatıştığı görülmüştür.

Hemşirelerin diğer hemşirelerle çatışma boyutunda vardiya durumuna göre değerlendirildiğinde, 1. ölçüm ortalaması ($3.10 \pm .47$), 5. ölçüm ortalaması ($3.00 \pm .56$) ve 6. ölçüm ortalaması ($3.27 \pm .47$) gece vardiyalarında daha çok çatışma yaşandığını göstermiştir.

Yukarıdaki puanlarda gördüğümüz gibi, gece vardiyası hemşireleri doktorlarla daha az çatışması gösterir, bunun için gece vardiyalı hemşireler ve doktorlar arasındaki iletişimin iyi olduğu şeklinde düşünülebilir.

Strese ile ilişkin her bir ölçümün ne kadar değiştiğini gösteren tablodan ortalama ve standart sapma incelendiğinde, strese ilişkin en yüksek 7. ölçüm ($2.85 \pm .59$) ve en düşük 4. ölçüm ($2.42 \pm .75$) arasında olduğunu göstermiştir. 8. ölçümde Maslach ortalamasına göre normal aralıkta olduğu görülmüştür.

Strese ile ilişkin puanları hemşirelerin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde 3. ölçüm lisans ortalaması ($3.30 \pm .14$), 4. ölçüm lisans ($3.28 \pm .34$) ve 5. ölçüm lisans ortalamasının ($2.94 \pm .41$) yüksek olduğunu göstermiştir. Literatüre göre benzer Chuang ve Lei (2011) iş stresinin en çok üniversite mezunlarında görüldüğünü belirtmiştir. Literatüre göre benzer Lo vd. (2011), iş stresinin en çok üniversite mezunlarında görüldüğü bulgulanmıştır.

Strese ile ilişkin puanları hemşirelerin cinsiyetine göre 2. ölçümde erkeklerin ortalamasının ($3.29 \pm .29$) kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. 6. ölçümde ($3.07 \pm .60$) ve 7. ölçümde ortalama ($2.55 \pm .75$) kadın puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (Cartwright, 1995). Çalışmalarında kadınların daha yüksek stres seviyelerinde puan aldıklarını da bildirmişlerdir. Kadınlar tarafından bildirilen yüksek stres düzeylerinin, kadınların oynaması beklenen çoklu rollerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Pek çok kadının en az dört farklı rolü vardır: (eş, anne, çalışan ve hizmetçi). Şahin (2019) medeni duruma göre iş stresi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır. Uçman (1990), kadınlarla ilgili bir çalışmada çalışan kadınlar erkeklerden daha fazla psikolojik stres yaşadılar.

Uçman'ın (1990), çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada çalışan kadınların erkeklerden daha fazla psikolojik stres yaşadıkları ancak bunda eğitim düzeylerinin etkili olmadığı bulunmuştur. Bir başka çalışmada da kadın ve erkeklerin stres faktörleri ve tükenmişlik düzeylerinin kişilik özelliklerine ve algılanan rollerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tang ve Lau1, 1996). Bu sonuçlar çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Baykal ve Serezli (1990)'nin çalışmasında medeni durumun iş doyumunu etkilemediği bulunmuştur. Çam vd. (2010), medeni durumun iş stresi ve iş tatmini üzerinde hiçbir etkisi olmadığını bulmuştur.

Hemşirelerin strese ilişkin puanları hemşirelerin çocuk durumuna göre değerlendirildiğinde, her ölçümde çocuğu olan hemşirelerin stres puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. 1. ölçüm ort ($3.00 \pm .43$), 4. ölçüm ort ($3.10 \pm .37$) ve 5. ölçüm ort ($2.97 \pm .37$). Evli ve çocuğu olan hemşirelerin puan ortalaması diğer gruba göre biraz daha yüksektir. Bu sonuç, evli ve çocuğu olan hemşirelerin diğerlerine göre aileleriyle ilgili daha fazla sorumluluklarının olması, daha çok stresörle karşılaşabilme olasılıkları nedeniyle stresle baş etmeye yönelik farklı çözüm yolları geliştirmiş olabileceklerini düşündürülebilir. Benzer bir çalışmada ise evli olmanın ve çocuk sahibi olmanın çalışma ortamında yaşanan stresi etkilediği belirlenmiştir (Işıkhani ve Kahramanoğlu, 2002).

Hemşirelerin vardiya durumuna göre strese ilişkin puanlar incelendiğinde, 2. ölçüm sabah vardiyaların ortalamasının ($3.30 \pm .31$) yüksek olduğu görülmüştür. 6. ölçümde gece vardiyalarının ortalamasının ($3.38 \pm .62$) yüksek olduğunu göstermiştir. Sabah vardiyaları için büyük iş yükleri var. Gece vardiyaları için daha uzun çalışma ve daha fazla sayıda hastaya hizmet verme, süreç ve işlemlerin yoğun ve karmaşıklığının iş stresini arttırdığı düşünülmektedir.

Hastane Enfeksiyonu tanısı modeli çalışmamıza tükenmişlik hastane enfeksiyonu üzerinde etkisinin 6.%29 olduğunu bulduk. Bunun benzeri çalışmada, hastane enfeksiyonu tükenmişlik üzerinde etkisi olduğu bulgulanmıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyi, medeni durumu, cinsiyeti, yılların tecrübesi, bebek bakımı ve bakımı sırasında eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmeme davranışları tükenmişlik riski taşımaktadır. Bekârların tükenmişliği ve ilgilendiği bebeklerde hastane enfeksiyonu olma durumu daha yüksek gösterilmiştir. Bekârlar çocuk olma durumdan dolayı daha fazla hassiyet göstermiş olabilir.

Çalışmamızda yenidoğanlarda konjenital hastalık tanısının bir risk faktörü olduğunu bulduk. Benzer şekilde Mello (2009), yenidoğanlarda enfeksiyon için ana risk faktörleri; doğum ağırlığı, doğumsal hastalık ve immünolojik gelişim gücü gibi hasta faktörlerinin

olduğunu belirtti. Yenidoğan bakımı sırasında ellerini yıkama ve hijyen davranışlarını önemsemeyenlere göre yenidoğanlarda hastane enfeksiyonu görülme 16.6 oranında artış göstermektedir.

Pittet (2001), tarafından yapılan çalışmaya göre hastane enfeksiyonları, modern tıbbın en büyük zorluklarından biridir. Sağlık hizmeti ortamlarında nozokomiyal patojenlerin bulaşmasını azaltmak için uygun el hijyeni başlıca önlem olarak kabul edilmiştir. Aşırı iş yükü, uzun saatler çalışma, gece vardiyaları ve yetersiz destek hemşire tükenmişliği üzerinde büyük bir etkiye bulunmaktadır. Gece vardiyasının hastane enfeksiyonlarının ortaya çıkması ile anlamlı bir ilişkisi vardır. Cimiotti vd. (2012), yetersiz hemşire personelinin ve yoğun bakım ortamında daha fazla iş yükünün, aseptik tekniği düzenlemeyen kötü hijyen uyumluluğuna yol açtığını veya enfeksiyonun yayılmasını artırabileceğini öne sürülmüştür. Aynı zamanda, hemşirelerin sayısı ve sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyonun daha fazla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

İkinci modeli de hemşirelerin bazı demografik özellikleri: eğitim düzeyi, medeni durumu, cinsiyeti, çalışma deneyimi, çocuk durumu, çalışma saatleri, gece vardiyası birden fazla hastane enfeksiyonu tanısının konulmasını çalışma risk olarak değerlendirmektedir. Hemşirelerin stres düzeyinin diğer değişkenleri kontrol ederek insidans oranını %72,4, erkek hemşire olmanın ise tahmini insidans oranını 2,8 kat artırdığını göstermiştir. Porto vd. (2012), Pediatrik hastalarda hastane enfeksiyonunun birden fazla kez kapılması için başlıca risk faktörleri altta yatan hastalığın ciddiyeti, invazif bir cihazın varlığı, ÇYBB'de daha uzun hastanede kalış süresi, yüksek nüfus yoğunluğu ve sürekli antibiyotik kullanımıdır.

Modellerimizde görüldüğü üzere çevresel faktörler bireyi etkilemekte, birey de çevreyi etkilemektedir. Kuramsal açıdan ele alındığında bu durumun ekolojik sistem yaklaşımının/kuramının (Bronfenbrenner,1970), varsayımlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Sistem teorisinin arkasındaki temel fikir, bir şeyin başka bir olayı etkilediği ve varoluşun bir boşlukta meydana gelmediği, ancak değişen koşullarla ilgili olarak sistemlerin dinamik olduğu şeklindedir. Bireysel ve toplumsal davranışımız, genlerimizden politik ortama kadar her şeyden etkilenir. Tüm bu unsurları hesaba katmadan gelişimimizi ve davranışımızı tam olarak anlamak mümkün değildir. Bazı sosyal hizmet teorilerinin, etkili müdahaleler için önerdiği yaklaşım da budur. Karmaşık sistemler birçok parçadan oluşur. Bileşen parçalarının birbirini nasıl etkilediğini ve değiştirdiğini fark etmeden bütünü

anlamak mümkün değildir. Parçalar etkileşime girdikçe, bütünün karakterini ve işlevini yaratırlar.

Ryan (2001), Bronfenbrenner'in 1973'ten 2006'ya kadar teori ile ilgili yayınları ve teorinin ne ölçüde geliştiğini açıkça ortaya koymuştur. İlk aşamada, insani gelişme sürecinin sosyal doğasını açıklığa kavuşturan ekolojik bağlamların bir tanımıyla karakterize edilmiştir. Bu aşamada, insanoğlunun içinde geliştiği ekolojik çevrenin farklı seviyelerinin en kapsamlı tanımını bulmuştur. İnsanlar sadece ürün değil, aynı zamanda kendi gelişimlerinin üreticisi olarak tanımlanır, ancak bu aşamada bireyin rolüne çok az dikkat edilmektedir. İnsanların ve çevrenin karşılıklı olarak insani gelişmeye dahil olduğunu iddia etmek kolaydır, ancak nasıl çalıştığını açıklamak daha zordur. Bu sorun, Bronfenbrenner'ın ikinci aşamadaki düşüncesine açıkça işgal etmiştir. İlk olarak, Lewin formülünün bir uyarlamasını tanıtmıştır sonra da kişi ve çevre arasındaki etkileşimin işlevini farklı yollara nasıl çalıştığını göstermiştir. Başlangıçta bunu süreç açısından değerlendirmiştir ve alan-teorik çalışmalarına (sınıf-teorik çalışmaların aksine) nasıl veya neye benzediğini göstermek için tasarlanmış yöntemler içerdiğini savunmuştur. Bronfenbrenner, insani gelişme sürecinin birey ve çevresi arasındaki etkileşimle şekillendiğini görmüştür. Çevre, topolojik olarak, her biri bir sonraki içinde olan yapıların iç içe geçmiş bir düzenlemesi olarak düşünülmüştür. (Ryan, 2001)

Tıbbi atıkların yenidoğan servisinde uygun şekilde toplanmasına ilişkin 7.54-7.55 tablolar incelendiğinde 1. ve 2. ölçümlerde, 2. ve 3. ölçümlerde her iki tablo da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

1. ve 2.ölçümlerde Asla ifadesi Yüzde 13'ten 2. Ve 3. ölçümlerde yüzde 20'ye çıkmıştır.

"Asla ifadesi" daha kötüye gittiğini göstermektedir.

1. ve 2. ölçüm 2. ve 3. ölçümlerde Nadiren ifadesi Yüzde 13'ten değişmemektedir.
1. ve 2. ölçümlerde Bazen ifadesi Yüzde 33'ten 2. ve 3. ölçümlerde yüzde 6'ye düşmüştür.

"Bazen ifadesi" daha kötüye gittiğini göstermektedir.

1. ve 2. ölçümlerde Sıklıkla ifadesi Yüzde 7'den 2. ve 3. ölçümlerde yüzde 0 düşmüştür.

"Sıklıkla ifadesi" daha kötüye gittiğini göstermektedir.

1. ve 2. ölçümlerde 2. ve 3. Ölçümlerde Her zaman ifadesi sıfırdan değişmemektedir.
- önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

Tıbbi atıkların yenidoğan servisinde uygun şekilde toplanmasına ilişkin 7.55-7.56 tablolar incelendiğinde 2. ve 3. ölçümlerde, 3. ve 4. ölçümlerde her iki tablo da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

1.ve 2. Ölçümlerde

2. ve 3. ölçümlerde, 3. ve 4. Asla ifadesi yüzde 20'den değişmemektedir.

2. ve 3. ölçümlerde Nadiren ifadesi yüzde 13'ten 3. Ve 4. ölçümlerde yüzde 20'ye çıkmıştır.

"Nadiren ifadesi" daha kötüye gittiğini göstermektedir.

2. ve 3. ölçümlerde, 3. ve 4. bazen ifadesi yüzde 7'den değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

2. ve 3. ölçümlerde, 3. ve 4. sıklıkla ifadesi 0'dan değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

2. ve 3. ölçümlerde, 3. ve 4. Her zaman ifadesi 0'dan değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

Tıbbi atıkların yenidoğan servisinde Bebeklerle ilgilenirken eldiven giymeye ve ellerimi yıkamaya dikkat etmem. 7.56-7.57 tablolar incelendiğinde 3. ve 4. ölçümlerde, 4. ve 5. ölçümlerde arasında her iki tablo da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3. ve 4. Ölçümlerde Asla ifadesi ifadesi yüzde 40'tan 4. ve 5. Ölçümlerde yüzde 13'e düşmüştür.

"Asla ifadesi" daha iyi hale geldiğini gösterir.

3. ve 4. ölçümlerde Nadiren ifadesi yüzde 46'dan 4. ve 5. ölçümlerde yüzde 53'e çıkmıştır.

"Nadiren ifadesi" daha kötüye gittiğini göstermektedir.

3. ve 4. ölçümlerde, 4. ve 5. bazen ifadesi 0'dan değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

3. ve 4. ölçümlerde, 4. ve 5. sıklıkla ifadesi 0'dan değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

3. ve 4. ölçümlerde, 4. ve 5. her zaman ifadesi 0'dan değişmemektedir.

önceki ölçümden herhangi bir fark göstermemiştir.

Sağlık çalışanları, hijyen ve el yıkama konusunda düzenli bir politika uygulamalıdır ve bu, bakıcının zihinsel veya fiziksel durumuna göre değişen bir şey olmamalıdır.

Hayashi (2000), çevrenin korunması ve tıbbi atıkların imha edilmesinin hastanelerin sosyal yükümlülükleri olduğunu belirtmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi atık yönetimi uygulamalarının bir sonucu olarak, hastalar, personel, atık idarecileri ve toplum genellikle gereksiz sağlık risklerine maruz kaldığı bulgulanmıştır. Dünya çapında, atıkların işlenmesinden enfeksiyonun yayılmasına ilişkin bilgiler sınırlıdır. Bazı araştırmacılar, Afrika'daki tüm HIV enfeksiyonlarının %5'inin güvenli olmayan enjeksiyonlardan kaynaklandığını ve bunların güvenli olmayan atık imhasının bir bileşeni olduğu belirtilmiştir.

Coker, A., Sangodoyin, (1995), Nijerya'da hastanelerin ve diğer sağlık tesislerinin himayesi artıyor. Hastane kayıtları, hem kırsal alanlarda hem de ülkenin periferik kentsel yerleşimlerinde akut tifo, kolera, dizanteri, bulaşıcı hepatit ve Gine kurdu vakalarını doğrulamaktadır. Mevcut atık yönetimi uygulamalarına göre, bu hastalıkların bazılarının uygunsuz hastane atığıyla temasla bağlantılı olma olasılığı vardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane enfeksiyonları tüm dünyada önemli bir sağlık problemi olup her geçen gün önemi daha çok artmaktadır. Gelişen teknolojik imkânlarla, erken doğum artışına da bağlı olarak yenidoğan yoğun bakım ihtiyacında artış ve bağışıklık sistemi baskılanmış hasta sayısının artışı ile hastane enfeksiyonu gelişme riski artmaktadır. Hastane enfeksiyonları hastanelerdeki hasta kayıplarının en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Goldmann ve arkadaşlarının (1983), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yaptığı bir çalışmada hastane enfeksiyonlarının mortaliteyi 1,96 kat arttırdığı bildirilmiştir. Bueno-Cavanillas ve arkadaşları (1994), ise yetişkinlerde nozokomiyal enfeksiyonların mortalite riskini 2,5 kat arttırdığını rapor etmiştir. Diğer çalışmalarda ise nozokomiyal dolaşım sistemi enfeksiyonlarında mortalite %11.0-18.0 olarak saptanmıştır.(Armenian,2004). Bu çalışmada nozokomiyal enfeksiyonu görülen bebeklerde %58.2, mortalitede ise %20.8'i ölüm gerçekleşmiştir. Bu durum nozokomiyal enfeksiyonların mortalitenin en önemli nedenleri arasında yer aldığını göstermektedir.

Çalışmamızda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan yenidoğanların gestasyon haftasının ortalamasının 36.22 ± 2.049 olduğu izlenmiştir. Clark (2004) ve diğer araştırmacıların yaptığı çalışmalarda doğum ağırlığının yenidoğan bebeklerde gelişen hastane enfeksiyonları için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. NNIS verileri de özellikle çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde kan dolaşımı enfeksiyonu oranının 10 kat kadar arttığını göstermektedir. Bu çalışmada doğum ağırlığı hastane enfeksiyonu için bir risk faktörü olarak bulgulanmıştır. Bu bulgunun yorumlanması güç ise de, küçük yenidoğanlarda immün sistemdeki yetersizliğinin doğum ağırlığından çok gebelik süresinin kısa olmasından kaynaklanmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yenidoğan enfeksiyonu risk faktörlerini analiz etmek için iki model kullandık. İlk modelde tükenmişliğin hastane enfeksiyonu üzerindeki etkisi incelenmiştir. İkinci modelde, stresin hastane enfeksiyonu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuç olarak, tükenmişlik ve stres düzeyleri enfeksiyonun tanısı konulmasının risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en kolay, etkili, güvenilir yöntem olan el yıkama alışkanlığının geliştirilmesi, tüm hastane personelinin hastane enfeksiyonları

konusunda bilgilendirilmesi, hastayla temastan önce ve sonra el yıkamanın öneminin personel tarafından kavranmasının sağlanması gerekmektedir. Bunun içinde gerekli eğitimlerin belirlenmesi, düzenli olarak bu eğitimlerin verilmesi ve eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hastane enfeksiyonlarını önlemek ve azaltmak için, bilimsel ve bütüncül yaklaşımlardan yararlanmak gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarını önlemede ekip çalışması ve enfeksiyon komitesi kurulunun çalışmaları önemli olup, bu konuyu disiplinli bir şekilde ele almak gerekmektedir. Özellikle yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrol önlemleri yaygınlaştırılmalı ve yakından izlenmelidir.

Hemşirelerin el hijyenine daha fazla önem vermesi, bu konuda özellikle YYBÜ'de çalışanların periyodik olarak bilgilendirilmesi son derece önemli bir gerekliliktir. El hijyenini sağlamak, hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde etkili olan temel konudur. El hijyeni sağlanarak ve eldiven kullanarak hastane enfeksiyonlarının büyük bir kısmının bulaşması önlenabilmektedir.

Hemşire başına düşen hasta sayısının standartlara uygun olması ya da en azından makul sayıda olması sağlanmalı, hasta oda ve yataklarının temizliğine özen gösterilmelidir. Hastalara daha sağlıklı hizmet verilebilmesi için personelin iş yoğunluğunun ve vardiyeye saatlerinin uygun olması sağlanmalıdır.

Bu araştırmanın sonucuna göre MASS, Gargaar ve HGH hastanelerde çalışan hemşireler orta düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır. Tükenmişlikle başa çıkmak için bireysel düzeyde ve kurumsal düzeyde önlem alınması gerekmektedir. Öncelikle tükenmişlik nedenlerinin yok edilmesine yönelik çalışma başlatılabilir.

Yönetsel düzeyde yapılması gerekenler: Uzun çalışma saatlerinin azaltılması ve sosyal etkinlik olanaklarının artırılması, personel yetersizliğinin giderilmesi, görev tanımlarının açık ve net olması, düzenli ekip içi toplantılarının yapılması, sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, ödül kaynaklarının çoğaltılması, zor işlerin dönüşümlü olarak yapılması, düzenli nöbetlerin oluşturulması, vardiyalı çalışanlara servis olanağının sağlanması, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, motivasyon ve toplam kalite çalışmalarının sürekli olarak yapılması.

Bireysel düzeyde yapılması gerekenler: İşe başlamadan önce kişinin yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi, tükenmenin belirtilerini bilmesi, kendisindeki durumu erken tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır.

Hargeisa ilinde üç hastanenin YYBÜ'sinde yapılan çalışmanın sonuçları: Farklı sorunlara ve tedavi ihtiyacına sahip hastalarla sürekli olarak birlikte olan, onların sorunlarına çare üretmek zorunda olan hemşireler, kendi ailevi ve çevresel ortamları nedeni ile sahip oldukları birçok farklı nedenden dolayı tükenmeye en yatkın çalışan konumunda bulunmaktadır. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon sorunlarının üstesinden gelebilmek için gerek bireysel ve gerekse yönetsel olarak çözümler üretmek ve çalışanların işten duydukları mutluluk seviyelerini yükseltmek gerekmektedir. Yönetimsel olarak çalışanların motivasyon ve memnuniyet düzeylerini yükseltmek için daha az sayıda hasta ile çalışma gibi faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Ayrıca çalışanlar arasında olabilecek sorun ve çatışmaların çözülmesinde aktif rol alınması önemli görülmektedir. Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluk sınırları belirlenmeli, kimlere karşı sorumlu oldukları yazılı olarak ifade edilmelidir. Kurum üst düzey çalışanları arasında yaşanabilecek üst düzeyli problemler hemşire çalışanlar düzeyine yansıtılmamalıdır. Ödüllendirme ve gerekli olduğunda cezalandırma mekanizmasının işletilmesinden kaçınılmalıdır, hemşirelerin gerekli olduğunda yanınızdayız düşüncesine sahip olmaları sağlanmalıdır. Motivasyonu artırıcı programlar uzman kurumların desteği ile sunulmalıdır. Bireysel olarak hemşirelerin çalıştıkları bölümleri kabul etmeleri ve çalışma şartları hakkında önceden bilgi sahibi olmaları belirsizliği ortadan kaldırarak çalışanın gereksiz beklenti içinde olmaması açısından oldukça önemlidir. Hemşireler gerektiği zaman üst makamlara duygu ve isteklerini kolayca ulaştırabilmeli ve yaşadıkları sorunlar ile ilgili periyodik psikolojik destek alabilmelidirler.

Hemşirelerin iş stresi yaşamalarında, çalışanların beklentileri ile yaptıkları iş arasında farklılıklar olması, iş yoğunluğu ve monotonluğu gibi sebepler yer almaktadır. Bunları önleyecek eylemlerin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini azaltmak için örgütsel tedbirlerin alınması gerekmektedir. Hemşirelerin iş yükü mümkün olduğu kadar azaltılarak, iş stresi yaşama düzeylerinin azaltılması gerekmektedir. Hemşirelerin ekstra işler yüklemeyerek ve kurum içi dayanışmaya olan önem artırılarak iş stresi en aza indirgenebilir. Yalnızca ekonomik ve maddi açıdan değil, manevi yönden de çalışanlara gerekli destek verilmelidir.

Gece ve gündüz çalışan kişilerin sadece gündüz çalışan kişilere göre daha düzensiz bir yaşamları olması ve gece mesaisinde daha fazla sayıda hasta bakmaları nedeniyle daha çok tükenmişlik yaşayacakları düşünülmesine rağmen iki çalışma şeklinin arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Bu durumda sürekli gündüz çalışanları gece ve gündüz çalışanlar kadar tükenmişliğe iten nedenler araştırılmalı ve buna yönelik önlemler alınmalıdır

Sosyal psikolojik bir sorun olan tükenmişliğin sadece çalışma koşulları ile ilgili olmadığı, evlilik aile yaşamından da kaynaklandığı gerçeği kabul edilmelidir. Ancak hemşirelerin tükenmişliği, sadece kendilerini değil aynı zamanda bakım verdikleri hastalarını, çalışma arkadaşlarını ve aile yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyebileceği için hemşirelerin tükenmişliğin ne olduğunu bilme, önleme, tanılama ve tedavi etme konusunda bilinçlendirilmeleri önerilebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda: Hemşirelerin hizmet verdikleri ortam ve koşulların iyileştirilmesi, onların işlerinden doyum elde edebilmeleri için örgütsel desteklerin sağlanması, nöbetlerin iş yüküne göre ve yıpranmayı önleyecek şekilde düzenlenmesi, çalışanlara psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, meslek içi eğitim konularına ağırlık verilmesi, hemşirelerin iş doyumunu sağlaması, onların mesleki tükenmişliklerini minimum seviyeye indirgeyebilecek bir etken olduğunun dikkate alınması, düzenlemelerin buna göre yapılması ve kurumların çalışanlarına sosyal imkânlar sağlaması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 124(2), 229.
- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (1), 73-78.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Akgül, F. (2013) *Çocuk yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal sepsis epidemiyolojisi*. On Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 25-35. İzmir.
- Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315.
- Andersen, M. H., Mathisen, L., Veenstra, M., Øyen, O., Edwin, B., Digernes, R., & Fosse, E. Da(2007). Quality of life after randomization to laparoscopic versus open living donor nephrectomy: long-term follow-up. *Transplantation*, 84(1), 64-69.
- Anderson, D. J , Marschall, J., Mermel, L. A., Classen, D., Arias, K. M., Podgorny, K., . & Fraser, V. (2008). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 29(S1), S22-S30.
- Arat M. (2010). *Kriz ve Stres Yönetimi*. İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Ardıç, K. ve Polatlı, S., (2009). “Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü:işle bütünleşme”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 32, 21-46.
- Aydın, H. (2017). *Duygusal Zekâ ve Stres Yönetimi İlişkisi* (Tez). Nişantaşı Üniversitesi,
- Aydoğan Oğuz; (2008), “İş Stresinin Tükenmişlik ve Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi:
- Balaban, J. (2000). Temel eğitimde öğretmenlerin stres kaynakları ve başa çıkma teknikleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(7), 188-195.
- Ballard KA.(2003) Patient safety: a shared responsibility. Online J Issues Nurs;8.
- Baltaş, A & Baltas Z .(2002). *Stres ve Başa Çıkma Yolları* (21.Basım), İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Baltimore, R. S. (1998). Neonatal nosocomial infections. In *Seminars in perinatology* (Vol. 22, No. 1, pp. 25-32). WB Saunders.
- Baltimore, R. S. (2003). Neonatal sepsis. *Pediatric Drugs*, 5(11), 723-740.

- Banerjee, S. N., Grohskopf, L. A., Sinkowitz-Cochran, R. L., Jarvis, W. R., & National Nosocomial Infections Surveillance System. (2006). Incidence of pediatric and neonatal intensive care unit-acquired infections. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 27(6), 561-570.
- Barton, A. (2009). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. *Aorn Journal*, 90(4), 601-602.
- Batigün, A. D., & ŞAHİN, N. H. (2006). İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 32-45.
- Baykal Ü, Serezli S (1990). Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin araştırılması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Erzurum, 444-452.
- Benner, P. E., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.30-35
- Bıçak, Z. (2017). *Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Kamu Personelinin Sosyodemografik Değişkenler Bazında İş Stresi, Tükenmişlik ve İş Doyumlarının İncelenmesi*.Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Birpınar, M. E., Bilgili, M. S., & Erdoğan, T. (2009). Medical waste management in Turkey: A case study of Istanbul. *Waste management*, 29(1), 445-448.
- Borghesi, A., & Stronati, M. (2008). Strategies for the prevention of hospital-acquired infections in the neonatal intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 68(4), 293-300.
- Brady, M. T. (2005). Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 33(5), 268-275.
- Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 8(6), 343-347.
- Brantley, P. J., & Thomason, B. T. (1995). Stress and stress management. In *Handbook of health and rehabilitation psychology* (pp. 275-289). Springer, Boston, MA.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Burke, J. P. (2003). Infection control-a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 348(7), 651-656.
- Çakmak, B. (2014) *Hastanede çalışan temizlik personelinin hastane enfeksiyonu ve korunma yolları konusunda eğitim, bilgi ve uygulama Becerileri*, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 25-50.
- Çam O (1993). Hemşirelerin tükenmişlik (Burnout) düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 456-461.

- ÇAM, O. (1991). *Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çam, Z. (2010). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin yıldırma eylemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkisi. Van Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van
- Carlotto, M.S., Câmara, S.G.(2018) Burnout Syndrome Profiles among Teachers. *Escr. Psicol.* 2018, 10, 159–166.
- Cartwright, S., Cooper, C. L., & Murphy, L. R. (1995). Diagnosing a healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace.
- Çelik, N.(2019). *Preemature bebeklerde nozokomiyal enfeksiyon ve mortalite üzerine etkisi*. Tıpta uzmanlık tezi Adana Şehir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği, 30-40
- Cerit, G. N., Aykal, G., Güzel, A. Y. S. U. N., & Kara, İ. (2016). Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Anatolian Clinic The Journal of Medical Sciences*, 21(2), 109-118.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger Press.
- Chinn, R. Y., & Sehulster, L. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities; recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC).
- Chuang, N.K. ve Lei, S. (2011). “Job stress among casino hotel chefs in a top-tier tourism city”, *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 20, 551-574.
- Cicchitti, C., Cannizzaro, G., Rosi, F., Maccaroni, R., & Menditto, V. G. (2014). Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti progressi in medicina*, 105(7-8), 275-280.
- Çimen, S. (2007). İlköğretim öğretmenlerinin tükenmişlik yasantıları ve yeterlik algıları. *Unpublished Master's thesis*. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486-490.
- Cimiotti, J. P., Haas, J., Saiman, L., & Larson, E. L. (2006). Impact of staffing on bloodstream infections in the neonatal intensive care unit. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 832-836.
- Clark, R., Powers, R., White, R., Bloom, B., Sanchez, P., & Benjamin, D. K. (2004). Nosocomial infection in the NICU: a medical complication or unavoidable problem?. *Journal of GPerinatology*, 24(6), 382-388.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a Review of the Literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2):101–106.

- Coffey, M. (1999). Stress and burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6(6), 433-443.
- Çolakoğlu, İ. (2001). *Ortaokullarda görev yapan müzik öğretmenlerinin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal BilimlerP Enstitüsü, İstanbul
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of psychosomatic research*, 43(1), 7-16.
- Çoşkun, S.(2018) Stres Kaynakları, Duygusal Zekâ ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişkiler (Tez). Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek
- Daud-Gallotti, R. M., Costa, S. F., Guimarães, T., Padilha, K. G., Inoue, E. N., Vasconcelos, T. N.& Levin, A. S. (2012). *Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. PloS one*, 7(12), e52342.
- Dede, M. & Çınar S. (2008) Dahiliye Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 1(1):4-14 yoğun bakım hemsiresi
- Demir, A. (2005). Hemşirelerin Vardiya İle Çalışmalarının Anksiyete Ve Arteriyel Kan Basıncına Etkisinin İrdelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 40-54.
- Demirok, Ö.(2018) *Çocuk yoğun bakım servisi hastane enfeksiyonları sürveyansı: İki Yıllık Analiz* Tıpta Uzmanlık Tezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. İsparta. 10-44.
- Dewe, P. (1993). Coping and the intensity of nursing stressors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, 299-311.
- Dincerol, C. (2013). *Tükenmişlik sendromunun mesleki tükenmişlik ve iş tükenmişliği açısından incelenmesi: öğretmenler üzerinde bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dos Santos, F. E., Alves, J. A., & Rodrigues, A. B. (2009). *Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. Einstein*, 7(1), 58-63.
- Drews, M. B., Ludwig, A. C., Leitis, J. U., & Daschner, F. D. (1995). Low birth weight and nosocomial infection of neonates in a neonatal intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 30(1), 65-72.
- Ducel, G., Fabry, J., & Nicolle, L. (2002). *Prevention of hospital acquired infections: a practical guide. Prevention of hospital acquired infections: a practical guide.*, (Ed. 2).
- Ebrinç, S., Açikel, C., Başoğlu, C., Çetin, M. ve Çeliköz, B. (2002). Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyum, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 162-168

- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press;
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Hendrik Richardus, J., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & van Beeck, E. F. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(3), 283.
- Eren, E. (2019). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi* 16.baskı. İstanbul: Beta Yayınları
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey).
- Ergin, C., (2002).Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi,
- Eroğlu, F. (2000). *Davranış bilimleri*. İstanbul:Beta Yayınevi,
- Ertekin, Y. (1993). Örgüt ve stres üzerine düşünceler. *Amme İdaresi Dergisi*, 26 (1),
- Farah M. Pawez and William R.Jawis,(1999) Nosocomial Infections in the Nursery. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, Vo110, No 2 (April), 1999:pp 119-129
- Foxall, M. J., Zimmerman, L., Standley, R. & Captain, B. B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 577-584.
- Fridkin, S. K., Pear, S. M., Williamson, T. H., Galgiani, J. N., & Jarvis, W. R. (1996). The role of understaffing in central venous catheter-associated bloodstream infection. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 17(3), 150-158.,
- Garcia, C. D. L., Abreu, L. C. D., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A.D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: Systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 55(9), 553.
- Garnett, S. T., Coe, K., Golebiowska, K., Walsh, H., Zander, K. K., Guthridge, S., et al. (2008). Attracting and keeping nursing professionals in an environment of chronic labour shortage: A study of mobility among nurses and midwives in the Northern Territory of Australia. Darwin, NT: Charles Darwin University Press.
- Garrosa, E., Moreno-Jime'nez, B., Liang, Y. & Gonza'lez J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418–427.
- Gastmeier, P. (2004). *Nosocomial infection surveillance and control policies. Current opinion in infectious diseases*, 17(4), 295-301.

- Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Janssen M., Akerboom S. & Verhoeven C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14, 289–299
- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of clinical nursing*, 12(6), 842-851.
- Goldmann, D. A., Durbin Jr, W. A., & Freeman, J. (1981). Nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Journal of Infectious Diseases*, 144(5), 449-459..
- Graves, N., Weinhold, D., & Roberts, J. A. (2005). *Correcting for bias when estimating the cost of hospital-acquired infection: an analysis of lower respiratory tract infections in non-surgical patients. Health Economics*, 14(7), 755-761.
- Gray-Toft, P. & Anderson J. G. (1981). The nursing stress scale; development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 11-23.
- Guluzade.,A.(2019). ‘Sağlık Çalışanlarında İş Stresi İle Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi:Ankara’da Bir Üniversite Hastanesi Örneği’ Yüksek Lisans Tezi. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi.
- Güllüce, A. Ç., & İşcan, Ö. F. (2010). Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(2), 7-29.
- Günay, G. Y. Ve Demiralay, T. (2016). “Serbest Muhasebeci ve Mali Müşavirlerin İş Stresi, Tükenmişlik Sendromu Ve İş-Aile Yaşam Dengesi Arasındaki İlişkinin incelenmesi”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(58), 917-935.
- Gündüz, E. (2019). *Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde el hijyeni*. Beykent üniversitesisosyal bilimler enstitüsü işletme anabilim dali hastane ve sağlık kurumları yönetimi bilim dali, (108), 71-78.hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(2):21-30.
- Gürel, E. B. (2016). “Impact of Emotional Exhaustion, Work Stress And Job Involvement On Work-Family Conflict: An Empirical Evidence”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 48, 349-364
- Gök, G. A. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 299-313.
- Hamaideh, S. H. (2011). Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues in mental health nursing*, 33(1), 15-23.
- Happell, B., Pinikahana, J., & Roper, C. (2002). Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. *International journal of mental health nursing*, 11(4), 240-250.

- Harjula, R., Koivula, R., & Paajanen, A. (2006, February). Removal of Sb-125 and Tc-99 from liquid radwaste by novel adsorbents. In *Proceedings of Waste Management 2006 Conference*.
- Hobfoll, S. E. ve Shirom, A., (2001). *Conservation of resources theory: Applications to stress and management in the workplace*, (Editör: Golembiewski, R. T.) Handbook of organizational behavior New York: Dekker: Marcel Dekker, p. 57–81.
- Hughes, J. M. (1987). *Nosocomial infection surveillance in the United States: historical perspective*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 8(11), 450-453.
- Hugonnet, S., Harbarth, S., Sax, H., Duncan, R. A., & Pittet, D. (2004). Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection?. *Current Opinion In Infectious Diseases*, 17(4), 329-333.
- Hussain, H., Waters, H., Omer, S. B., Khan, A., Baig, I. Y., Mistry, R., & Halsey, N. (2006). The cost of treatment for child pneumonias and meningitis in the Northern Areas of Pakistan. *The International Journal Of Health Planning And Management*, 21(3), 229-238.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S. ve Kaprinis, G., (2003). “The Relationship Between Job Stress, Burnout and Clinical Depression”, *Journal of Affective Disorders*, 75 (3), 209-221.
- Işıkhana V, Kahramanoğlu E (2002). Sosyal hizmet yöneticilerinin iş stres faktörleri. *Sağlık ve Toplum* 12(4):79-86
- Jamaludin, I. I., & You, H. W. (2019). Burnout In Relation To Gender, Teaching Experience, And Educational Level Among Educators. *Education Research International*, 2019.
- Kaçmaz, N. (2005) “Tükenmişlik (Burnout) Sendromu”, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68, 29-32.
- Karabey, S.(2003), Hastane infeksiyonları surveyansı. hastane infeksiyonları. Doğanay M,Ünal S(ed). Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, ss.165-193
- Karaman, P. (2009). Örgütsel adalet algısı ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik öğretmenler üzerinde bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kavurmacı, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout Levels Of Hemodialysis Nurses. *Renal Failure*, 36(7), 1038-1042.
- Kaya, A. & Kaya Y. (2007). “Küçük ve orta boy işletme yöneticilerinin stres kaynaklarını tespit etmeye yönelik Kayseri ilinde bir araştırma”. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(23), 41-62.
- Kayabaşı, Y. (2008). Bazı değişkenler açısından öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri. *Sosyal Bilimler Dergisi*, (20), 191-212.
- Kemaloğlu, B. (2009). *Çalışan hemşirelerde tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk

- Khan, H. A., Ahmad, A., & Mehboob, R. (2015). *Nosocomial infections and their control strategies. Asian pacific journal of tropical biomedicine*, 5(7), 509-514.
- Kiliç, A. (2012) *Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki nozokomiyal enfeksiyonların uluslararası standartlarla izleminin değerlendirilmesi*,. Uzmanlık Tezi, Neonatoloji Bilim Dalı Neonatoloji Yan Dal Ankara, Turkey 30-50)
- Klebens, R. M., Edwards, J. R., Richards Jr, C. L., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., & Cardo, D. M. (2007). Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002. *Public health reports*, 122(2), 160-166.
- Koçak, R. (2009). Okul yöneticilerinin mesleki tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 65-83.
- Kocasoy, G., Aydın, G.,(2004) “Gelişmekte Olan Ülkelerde Tıbbi Atık Yönetimi, EorupaeonCommission Life Third Countries, İstanbul, s.35
- Lee, J. E., Lee, S., Sung, J., & Ko, G. (2011). Analysis of human and animal fecal microbiota for microbial source tracking. *The ISME Journal*, 5(2), 362-365.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of applied psychology*, 75(6), 743.
- Leiter, M.P. (2003). *Areas Of Worklife Survey Manual (Third Edition)*.Centre For Organizational Research and Development, Wolfville, Canada, pp.
- Liberatore, M. J. & Nydick, R. L. (1997). Group decision making in higher education using the analytic hierarchy process. *Research In Higher Education*, 38 (5), 593-614
- Librero, J., Peiró, S., & Ordinaña, R. (1999). *Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. Journal of Clinical Epidemiology*, 52(3), 171-179.
- Lo WY, Chien LY, Hwang FM, Huang N, Chiou ST (2018) From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *J Adv Nurs* 2018;74:677–88. doi:10.1111/jan.13481
- Maslach, C. (2003). “Job Burnout: New Directions in Research and Intervention”. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 189-192.
- Maslach, C. and Leiter, M. P. (199). *The Truth about Burnout*. San Francisco, Jossey Bass A Willey Company.
- Maslach, C. ve Jackson, E. (1981). “The Measurement of Experienced Burnout”, *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-133.
- Maslach, C. ve Leiter, M. P., (2005). *Stres And Burnout: The Critical Research*, In
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M. P. (2001). “Job Burnout”. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- McEachern, R., & Campbell Jr, G. D. (1998). Hospital-acquired pneumonia: epidemiology, etiology, and treatment. *Infectious disease clinics of North America*, 12(3), 761-779.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633–642.
- Mehta, R. M., & Niederman, M. S. (2003). Nosocomial pneumonia in the intensive care unit: controversies and dilemmas. *Journal of Intensive Care Medicine*, 18(4), 175-188.
- Meier, T. (1983). “Toward a theory of burnout”, *Human Relations*, 36(10): 1.
- Mello, M. J. G. D., Albuquerque, M. D. F. P. M. D., Lacerda, H. R., Souza, W. V. D., Correia, J. B., & Britto, M. C. A. D. (2009). Risk factors for healthcare-associated infection in pediatric intensive care units: a systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, 25, S373-S391.
- Mert, S., Aydin Sayilan, A. & Baydemir, C. (2020). Nurse Stress Scale (NSS): Reliability and validity of the Turkish version. *Perspect Psychiatr Care*; 1–12.
- Moreno, C. A., Rosenthal, V. D., Olarte, N., Gomez, W. V., Sussmann, O., Agudelo, J. G., ... & Henriquez, D. (2006). Device-associated infection rate and mortality in intensive care units of 9 Colombian hospitals: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Infection control and hospital epidemiology*, 27(4), 349-356.
- Naharcı, H.(2006) *Adana ilindeki çeşitli hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde etkili olan önlemlere ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi, çukurova üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü(sbe), yayınlanmamış yüksek lisans tezi.adana, ss. 47-58*
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Okutan, M. ve Tengilimoğlu, D. (2002). İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması. *GÜ, İ.İ.B.F. Dergisi*, 3(1), 15-42.
- Park, H., Lee, K., Kim, M., Lee, J., Seong, S. Y., & Ko, G. (2009). Detection and hazard assessment of pathogenic microorganisms in medical wastes. *Journal of Environmental Science and Health Part A*, 44(10), 995-1003.
- Parvez, F. M., & Jarvis, W. R. (1999). Nosocomial infections in the nursery. In *Seminars in Pediatric Infectious Diseases* (Vol. 10, No. 2, pp. 119-129). WB Saunders.
- Payne, N. (2000). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.
- Payne, N. (2000). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 396-405.

- Pines, A. M., (1993). Burnout: An Existential Perspective, Series in Applied Psychology: Social Issues And Questions. Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research, Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis., 33-51
- Pines, A. ve Keinan, G., (2005). "Stress and burnout: The significant difference". *Personality and Individual Differences*, 39 (3), 625-635.
- Pittet, D. (2001). Infection control in the ICU. *Chest*, 120(6), 2059-2093.
- Pittet, D. (2001). *Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. Journal of Hospital Infection*, 48, S40-S46.
- Porto, J. P., Mantese, O. C., Arantes, A., Freitas, C., Gontijo Filho, P. P., & Ribas, R. M. (2012). Nosocomial infections in a pediatric intensive care unit of a developing country: NHSN surveillance. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 45(4), 475-479.
- Profit, J., Sharek, P. J., Amspoker, A. B., Kowalkowski, M. A., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., ... & Sexton, J. B. (2014). Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety*, 23(10), 806-813.
- Prüss-Ustün, A., Giroult, E., Rushbrook, P., & World Health Organization. (1999). *Safe management of wastes from health-care activities*. World Health Organization.
- Razine R, Azzouzi A, Barkat A, ve ark(2012). Prevalence of Hospital-Acquired Infections in the University Medical Center of Rabat, Morocco. *Int Arch Med* 2012;5:26
- Revelas A.(2012) Healthcare-Associated Infections: A Public Health Problem. *Niger Med J*;53:59-64.
- Ribeiro, V. F., Ferreira Filho, C., Valenti, V. E., Ferreira, M., de Abreu, L. C., de Carvalho, T. D., ... & Francisco, N. G. (2014). Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International Archives Of Medicine*, 7(1), 22.
- Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2004). The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 377-384.
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243-258.
- Ryan, D. P. J. (2001). Bronfenbrenner's ecological systems theory. Retrieved January, 9, 2012.
- S. Polatçı.(2007).Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz), Gazi Osmanpaşa Üniversitesi, SBE, YYLT, Tokat, 2007, s.
- Saaty, T. L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy process. *Int. J. Services Sciences*, 1 (1), 83-98.

- Sabbah, I.; Sabbah, H.; Sabbah, S.; Akoum, H.; Droubi, N.(2012) Burnout among Lebanese Nurses: Psychometric Properties Of The JaMM Burnout Inventory-Human Services Survey (Mbi-Hss). *Health*, 4, 644–652.
- Şahin, M. (2019). *Tükenmişlik Duygusu Ve İş Stresinin İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma*. Doktora Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.,
- Sandall, J. (1998). Occupational burnout in midwives: new ways of working and the relationship between organizational factors and psychological health and wellbeing. *Risk Decision and Policy*, 3(3), 213-232.
- Sanida, G., Karagiannidis, A., Samaras, P.(2008). A review and preliminary assessment of thermal processing practices regarding hospital wastes in Greece. In: Eurowaste (Ed.), *Proceedings of the 2nd International Symposium on Energy from Biomass and Waste*, 17-20 November, 2007. Venice, Italy
- Saygılı, S. (2001). *Strese son*. İstanbul: Elit Yayınları.
- Schaufeli, W. ve Enzmann, D., (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. UK: CRC Press.
- Sefa, B. (2016). *Beyoğlu kamu hastaneleri birliğine bağlı hastanelerin acil servis çalışanlarının karşılaştığı risk ve tehlikelerin iş stresine etkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Selye, H.(1974). *Stress Without Dissress*. New York: J.B.Lippencott Comp.
- Simmons, B.L. & Nelson, D.L.(2001). Eustress At Work: The Relationship Between Hope And Health İn Hospital Nurses, *Health Care Management Review*, 26(4): 7-18.
- Sohn, A. H., Garrett, D. O., Sinkowitz-Cochran, R. L., Grohskopf, L. A., Levine, G. L., Stover, B. H., & Jarvis, W. R. (2001). Prevalence of nosocomial infections in neonatal intensive care unit patients: results from the first national point-prevalence survey. *The Journal of Pediatrics*, 139(6), 821-827.
- Song, Y. S., Lim, J. A., Choi, H., Won, J. K., Moon, J. H., Cho, S. W., ... & Seo, J. S. (2016). Prognostic effects of TERT promoter mutations are enhanced by coexistence with BRAF or RAS mutations and strengthen the risk prediction by the ATA or TNM staging system in differentiated thyroid cancer patients. *Cancer*, 122(9), 1370-1379.
- Stanton, M. W. (2004). *Hospital nurse staffing and quality of care* (pp. 04-0029). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Stover, B. H., Shulman, S. T., Bratcher, D. F., Brady, M. T., Levine, G. L., & Jarvis, W. R. (2001). Nosocomial infection rates in US children's hospitals' neonatal and pediatric intensive care units. *American Journal of Infection Control*, 29(3), 152-157.
- Sung, J., Cho, S. I., Lee, K., Ha, M., Choi, E. Y., Choi, J. S., .. & Song, Y. M. (2006). Healthy Twin: a twin-family study of Korea—protocols and current status. *Twin Research and Human Genetics*, 9(6), 844-848.

- Tang, C. S. K., & Lau, B. H. B. (1996). Gender role stress and burnout in Chinese human service professionals in Hong Kong. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 217-227.
- Tarhan, M. & Dalar R.(2016) Hemşirelerin ruh sağlığı durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2): 25-3.
- Tavares, M. (1994). A crisis offering an opportunity for growth. Burnout in AIDS care. *Professional nurse (London, England)*, 9(8), 544-548.
- Tawfik, D. S., Sexton, J. B., Kan, P., Sharek, P. J., Nisbet, C. C., Rigdon, J., ... & Profit, J. (2017). Burnout in the neonatal intensive care unit and its relation to healthcare-associated infections. *Journal of Perinatology*, 37(3), 315-320.
- Távora, A. C. V. C. F., Castro, A. B., Militão, M. A. M., Girão, J. E., Ribeiro, K. D. C. B., & Távora, L. G. F. (2008). Risk factors for nosocomial infection in a Brazilian neonatal intensive care unit. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 12(1), 75-79.
- Teles, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Regueiro, B. (2020). Perceived Stress And Indicators Of Burnout In Teachers At Portuguese Higher Education Institutions (Hei). *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(9), 3248.
- Thirumalaivasan, D., Karmegan, M. (2001). Aquifer vulnerability assesment using analitic hierarchy process and GIS for upper palar watershed. 22nd Asian Conference on Remote Sensing, Singapore, 1-6.
- Thompson, N. (1994). *Dealing with stress*. Macmillan International Higher Education.
- Torun, A. (1997). Stres ve Tükenmişlik. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını.
- Torun, N. ve Tekin, P. (2014). “Ankara ilinde çalışan sağlık kurumu yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi”. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13 (1), 45-56.
- Tuna, R., Baykal, Ü. (2013). Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 92-100. Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Uçman P. (1990) “Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar” *Psikoloji Dergisi*, 1990;7:58-75.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57.
- Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PloS one*, 10(8), e0136955.
- Weinstein, R. A., Stone, P. W., Pogorzelska, M., Kunches, L., & Hirschhorn, L. R. (2008). Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. *Clinical Infectious Diseases*, 47(7), 937-944.

- Windfeld, E. S., & Brooks, M. S. L. (2015). Medical waste management–A review. *Journal of environmental management*, 163, 98-108.
- World Health Organization. (2002). *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide* (No. WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12). Geneva, Switzerland: World Health Organization
- Yavuz, N. (2018). *İş-Yaşam Dengesi ile İş Stresinin Esnek Çalışma Uygulamaları Bağlamında İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Üzen Ş, Karabacak Ü, Doğu Ö, Duyan A.(2015) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2015;19:15–20
- Zaidi, A. K., Huskins, W. C., Thaver, D., Bhutta, Z. A., Abbas, Z., & Goldmann, D. A. (2005). Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. *The Lancet*, 365(9465), 1175-1188.





EKLER

Ek-1: SURVEY FORM

This survey is from Ankara Hacı Bayram University graduate institute, department of health management. The questionnaires are designed to be used for the research title of **“The Modelling of the Hospital Infection in The Neonatal Care Unit”**. Nurse Burnout and stress are a serious problem for intensive care unit workers because they are exposed to chronic psychosocial stressors, including high responsibility, advanced technology and high patient acuity. Recent evidence showed that staff burnout was directly associated with hospital infections, thus affecting quality and safety of care provided. The purpose of this study is to examine the relationship between nurse burnout and hospital infection. Surveys will be used only for scientific purposes. Thank you in advance for your sincere answers and time.

1. Educational level
 - a) Postgraduate education b) Undergraduate c) Diploma
2. Marital status
 - a) Single b) Married c) Divorced d) Widow
3. Gender
 - a) Female b) Male
4. Age (years)

.....
5. Work experience (months/years)

.....
6. Number of children

.....
7. Working hours per day

.....
8. Night shift hours

.....
9. Gestational age(Week) of the baby (neonate)

.....
10. Weight of the baby

.....
11. Is there any congenital disease diagnosed in the new born? If yes please write down

.....
12. Was hospital acquired infection diagnosed in the baby? if yes, which of this (Pneumonia, urinary track and Bloodstream) was it.

.....
13. Medical disposals are not collected appropriate way in neonatal ward.
 - a)Never b) Rarely c) Sometimes d) Often e) Always
14. Regular cleaning and ventilation are needed to be applied in neonatal ward to prevent hospital infection.
 - a)Never b) Rarely c) Sometimes d) Often e) Always
15. I do not pay attention to wear gloves and wash hands while dealing with babies

a)Never b) Rarely c) Sometimes d) Often e) Always

Frequency and intensity measurement

1. Never. 2. Rarely 3.Sometimes 4.Often 5. Always

	Frequency				
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	1	2	3	4	5
<i>Emotional Exhaustion</i>					
I feel emotionally drained from my work					
I feel used up at the end of the workday					
I feel fatigued when I get up in the morning and have to face another day on the job					
Working with people all day is really a strain for me					
I feel burned out from my work					
I feel frustrated by my job					
I feel I'm working too hard on my job					
Working with people directly puts too much stress on me					
I feel like I'm at the end of my rope					
<i>Personal Accomplishment</i>					
I can easily understand how my recipients feel about things					
I deal very effectively with the problems of my recipients					
I feel I'm positively influencing other people's lives through my work					
I feel very energetic					
I can easily create a relaxed atmosphere with my recipients					
I feel exhilarated after working closely with my recipients					
I have accomplished many worthwhile things in this job					
In my work, I deal with emotional problems very calmly					
<i>Depersonalization</i>					
I feel I treat some recipients as if they were impersonal 'objects'					
I've become more callous toward people since I took this job					
I worry that this job is hardening me emotionally					
I don't really care what happens to some recipients					
I feel recipients blame me for some of their problems					
<i>Nursing Stress Scale</i>					
<i>Work Load</i>					
Breakdown of the computer					
Unpredictable staffing and scheduling					
Too many non-nursing tasks required, such as clerical work					
Not enough time to provide emotional support to a patient					
Not enough time to complete all of my nursing tasks					
Not enough staff to adequately cover the unit					
<i>Death and dying</i>					
Performing procedures that patients experience as painful					
Feeling helpless in the case of a patient who fails to improve					
Listening or talking to a patient about his/her approaching death					
The death of a patient					

The death of a patient with whom you developed a close relationship					
Physician not being present when a patient dies watching a patient suffer					
Watching a patient suffer					
<i>Inadequate preparation</i>					
Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient's family					
Being asked a question by a patient for which I do not have a satisfactory answer					
Feeling inadequately prepared to help with the emotional needs of a patient					
<i>Lack of staff support</i>					
Lack of an opportunity to talk openly with other unit personnel about problems on the unit					
Lack of an opportunity to share experiences and feelings with other personnel on the unit					
Lack of an opportunity to express to other personnel on the unit my negative feelings toward					
<i>Uncertainty concerning treatment</i>					
Inadequate information from a physician regarding the medical condition of a patient					
A physician ordering what appears to be inappropriate treatment for a patient					
A physician not being present in a medical emergency					
Not knowing what a patient or a patient's family ought to be told about the patient's medical condition and its treatment					
Uncertainty regarding the operation and functioning of specialized equipment					
<i>Conflict with physicians</i>					
Criticism by a physician					
Conflict with a physician					
Fear of making a mistake in treating a patient					
Disagreement concerning the treatment of a patient					
Making a decision concerning a patient when the physician is unavailable					
<i>Conflict with other nurses</i>					
Conflict with a supervisor					
Floating to other units that are short-staffed					
Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) outside the unit					
Criticism by a supervisor					
Difficulty in working with a particular nurse (or nurses) on the unit					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Noah, Nasra
Uyruğu : Somali
Doğum tarihi ve yeri : 05.05.1991, Hargeisa
Medeni hali : Bekar
Telefon : (+252) 94 23 23 23
E-mail : noah.nasra@gmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi / Sağlık Yönetimi/ Hastane işletmeciliği	Devam ediyor
Lisans	University of Hargeisa/ Beslenme	2015
Lise	Noradin School	2011

Yabancı Dil

İngilizce, Arapça, Türkçe.

Hobiler

Kitap Okumak, yeni becerileri öğrenmek, seyahat etmek.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

