



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**PRESENTEİZM İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

SEMANUR OKTAY

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS- 2021

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRESENTEİZM İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

SEMANUR OKTAY

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FERDA ALPER AY**

SİVAS- 2021

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır

ÖZET

PRESENTEİZM İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Semanur OKTAY

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Ferda ALPER AY

2021, 114 sayfa

Bu çalışmanın amacı “Presenteizm İle Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Arasındaki İlişki”yi belirlemektir. Hemşirelerin presenteizm davranışlarının tıbbi hata yapma eğilimine olan etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel türde bir alan çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini 15 Ekim 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi’nde çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 288 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Standford Presenteizm Ölçeği (SPS 6), ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) kullanılmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 23.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa analizi, Frekans ve Yüzde dağılımı, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk Normallik testi, Mann Whitney U, Varyans analizi, Kruskal Wallis testi, Korelasyon katsayısı, Spearman korelasyon katsayısı ve Tamhane’s T2 testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %77,8’i kadın, %60,4 ‘ü evli ve % 64,2’si lisans mezunudur. Hemşirelerin yaş ortalaması %63,9 ile 30 ve 30’dan daha küçüktür. Hemşirelerin %36,8’i hemşirelik mesleğini 1-5 yıl arasında yapmaktadır ve %48,6’sı ise 1-5 yıl arasında mevcut kurumda çalışmaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin presenteizm puan ortalaması 3,25, presentiezm ölçeğinin geneline ilişkin verdikleri cevaplar ise, %56,9 katılıyorum ve %6,3 tamamen katılıyorum seçenekleridir. Buna göre toplamda % 63,2 (presenteizm davranışları yüksek) oranında presenteizm davranışları gösterdikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeyleri 4,73 (tıbbi hataya eğilimlerinin düşük) olduğu belirlenmiştir. Çalışmada

presenteizm ile tıbbi hata eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hemşirelerin presenteizm davranışlarındaki artışın tıbbi hata eğiliminde bir artışa neden olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışma literatürden yola çıkılarak presenteizm davranışlarının tıbbi hata eğilimini arttıracak varsayımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle çalışmada presenteizm konusunda hemşirelere ve sağlık yöneticilerine yönelik eğitimlerin planlanması, presenteizm konusunda farkındalığın artırılması, tıbbi hataların konuşulabileceği bir örgüt kültürü oluşturulması ve presenteizmin hasta güvenliğini ve tıbbi hataları nasıl etkilediğini anlamak amacıyla daha fazla çalışma yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Presenteizm, Tıbbi Hata, Tıbbi Hataya Eğilim, Hemşirelik, Malpraktis

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PRESENTEEISM AND TENDENCY TO MEDICAL ERROR: A RESEARCH ON NURSES

Semanur OKTAY

Master Thesis

Department of Health Management

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Ferda ALPER AY

2021, 114 page

The aim of this study is to determine the relationship between “Presenteeism and Tendency to Medical Error”. This study, which intends to examine the effect of nurses’ presenteeism behavior on their tendency to medical error, is a descriptive and cross-sectional field work. 288 nurses, who were taking office at Sivas Numune Hospital between dates October 15, 2019 and January 31, 2020, and who voluntarily approved to participate in the study, constituted the sample of the research. Personal Information Form, Stanford Presenteeism Scale (SPS 6), and Tendency to Medical Error in Nursing Scale (TMENS) were used for the collection of data. The data collected was transferred to computer environment, and analyzed by the SPSS 23.0 statistics software package. Cronbach’s alpha analysis, frequency and percentage distribution, Kolmogorov–Smirnov test, Shapiro–Wilk test of normality, Mann-Whitney U test, analysis of variance, Kruskal–Wallis test, correlation coefficient, Spearman’s correlation coefficient, and Tamhane’s T2 test were used in the evaluation of data.

77.8% of the nurses participating in the research were female, 60.4% of them were married, and 64.2% of them had undergraduate degree. Average age of the nurses was 30 and below by 63.9%. 36.8% of the nurses were involved in the profession of nursing for 1-5 years, and 48.6% of them were working at the then current institution for 1-5 years.

The presenteeism score average of nurses participating in the research was 3.25, and their responses for the general presenteeism scale were as “I agree” by 56.9%, and “I definitely agree” by 6.3%. According to this, it was determined that they were showing presenteeism behavior at a rate of 63.2% (high presenteeism behavior). It was determined

that the nurses' level of tendency to medical error was 4,73 (low tendency to medical error). By the study, statistically significant relationship was not determined between presenteeism and tendency to medical error. It was determined that increase in presenteeism behaviors of nurses didn't cause an increase in tendency to medical error.

This study was actualized based on the literature by the assumption that presenteeism behaviors would increase the tendency to medical error. For that reason, planning of trainings regarding presenteeism for the nurses and health executives, increasing awareness regarding presenteeism, forming of an organization culture in which medical errors may be addressed, and performance of more studies in order to understand how the presenteeism affects the safety of patients and medical errors were suggested by the study.

Key Words: Presenteeism, Medical Error, Tendency to Medical Error, Nursing, Malpractice

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
KABUL ONAY	ii
YÖNERGE	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
KATKI BELİRTME/ TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2. PRESENTEİZM KAVRAMI	5
2.1. Presenteizm Kavramın Doğuşu.....	5
2.2. Presenteizm Kavramının Tanımı.....	6
2.3. Presenteizm Kavramının Önemi	8
2.4. Presenteizm Kavramının Nedenleri	9
2.4.1. Kişisel Nedenler	14
2.4.1.1. Kişilik	14
2.4.1.2. İş Yaşam Dengesi ve Aile	15
2.4.1.3. Demografik Değişkenler.....	15
2.4.1.4. İşsiz Kalma Korkusu	17
2.4.1.5. Örgütsel Bağlılık.....	17
2.4.1.6. İşkoliklik.....	18
2.4.2. Örgütsel Nedenler.....	18
2.4.2.1. Örgüt Kültürü	18
2.4.2.2. İş Güvencesizliği	19
2.4.2.3. Yönetim ve Liderlik Tarzı	19
2.4.2.4. Yapılan İş ve Çalışma Koşulları.....	20
2.4.2.5. Uzun Çalışma Saatleri ve İş Yüğü.....	20

2.4.2.6. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği	20
2.4.2.7. Yeri Doldurulamazlık ve Çalışan Sayısı	21
2.5. Presenteizme Neden Olan Hastalıklar	21
2.6. Presenteizmin Ölçülmesi	22
2.7. Presenteizmin Sonuçları ve Örgüte Verdiği Zararlar	23
2.7.1. İş Tatmininde Azalma	24
2.7.2. Verim Düşüklüğü ve Maliyet Artışı	24
2.7.3. Personel Devri	26
2.8. Presenteizm ile Mücadele Yöntemleri	26
2.9. Presenteizm ve Hemşirelik	29
3. TIBBİ HATA KAVRAMI	31
3.1. Tıbbi Hata (Malpraktis)	31
3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hata Kavramı	31
3.3. Tıbbi Hatanın Nedenleri	32
3.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması	34
3.5. Tıbbi Hatanın Sonuçları	35
3.6. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk	37
3.7. Dünya ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar	38
3.8. Tıbbi Hataları Önleme ve Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Rolü	40
3.9. Presenteizm ve Hemşirelikte Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Arasındaki İlişkiler	42
4. PRESENTEİZM İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA	44
4.1. Yöntem	44
4.1.1. Araştırmanın Tipi	44
4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Sınırlılıklar	44
4.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	44
4.1.4. Veri Toplama Araçları	45
4.1.4.1 Kişisel Bilgi Formu	45
4.1.4.2. Presenteizm Ölçeği	45
4.1.4.3. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği	46
4.1.5. Verilerin Toplanması ve Uygulanması	46
4.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi	47
4.1.7. Araştırmanın Etik Yönü	47

4.2. Bulgular.....	47
4.2.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	47
4.2.2. Presenteizm Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	49
4.2.3. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Algısına İlişkin Bulgular	51
4.2.4. Presenteizm Davranışlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılık Analizleri	60
4.2.5. Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Sosyo-demografik Özelliklere Göre Farklılık Analizleri	62
5. TARTIŞMA.....	64
5.1. Hemşirelerin Presenteizm Davranışlarına İlişkin Verilerin Tartışılması	65
5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine İlişkin Verilerin Tartışılması	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKÇA.....	80
EKLER	105
Ek-1 Veri Toplama Araçları.....	105
Ek-2 Ölçek İzinleri.....	110
Ek-3 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı.....	111
Ek-4 Sivas Numune Hastanesi İzin Belgesi.....	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Presenteizm ile İlgili Çalışılmış Hastalıklar (Chapman, 2005).....	22
Tablo 2: Hemşirelikte Presenteizm ve Hasta Güvenliği/ Tıbbi Hata Konusunda Yapılmış Bazı Çalışmalar	43
Tablo 3: Ölçeklere İlişkin Normallik Testi Bulguları	46
Tablo 4: Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
Tablo 5: Presenteizm Davranışları Tanımlayıcı İstatistikler (n=288)	50
Tablo 6. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288).....	52
Tablo 7. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)	54
Tablo 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288).....	56
Tablo 9. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288).....	57
Tablo 10. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288).....	58
Tablo 11. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geneline ve Boyutlarına İlişkin Verilen Cevapların Frekans Dağılımları (n=288).....	59
Tablo 12. Presenteizm ile Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 13. Presenteizm ile Eğitim, Meslekte Çalışma ve Kurumda Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	61
Tablo 14. Tıbbi Hata ve Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaş İlişkisi	62
Tablo 15. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi İle Eğitim, Meslekte Çalışma ve Kurumda Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 16. Korelasyon Analizi Bulguları	63
Tablo 17. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	78

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Karar almaya etki eden faktörler.....	10
Şekil 2: Presenteizmin nedenlerine ilişkin faktörler.....	10
Şekil 3: Presenteizm ve devamsızlığın dinamik bir modeli.....	12
Şekil 4: Presenteizmi Etkileyen Faktörler: Yayınlanmış Çalışmalardan Bir Özet	13
Şekil 5: Ahtapot Modeli	14



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Presenteizm kavramı ilk olarak örgütsel psikolog Cary Cooper (1998) tarafından ortaya atılmıştır ve dinlenmeyi ve işe gitmemeyi gerektiren şikâyetlere ve hastalıklara rağmen, çalışanların çeşitli sebepler dolayısıyla işlerinin başında olması olarak tanımlanmaktadır (Aronsson vd. 2000: Çoban ve Harman, 2012). Bununla birlikte presenteizm hemşirelik mesleği kapsamında, artan sağlık hizmeti maliyetleri, ilaç hataları, hasta düşmeleri ile bağlantılı olarak yeni ortaya çıkmakta olan bir kavramdır (Rainbow vd. 2017). Ayrıca presenteizm, sağlık çalışanları arasında depresyon, tükenmişlik ve ciddi kardiyak olaylar gibi birçok olumsuz sağlık sonucu için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Hastayken çalışmak sadece hastaları riske atmakla kalmaz, aynı zamanda üretkenliği düşürür ve tıbbi hata olasılığını artırır. (Nuhait vd. 2017). Söz konusu kavram, sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri ve sağlık hizmeti kullanıcıları için ciddi sonuçlara ve risklere yol açabilen, yetersiz teşhis edilmiş çağdaş bir sorun olarak kabul edilmektedir (Santos vd. 2018).

Presenteizm, hastane ortamında ele alınması gereken önemli bir konudur çünkü sağlık çalışanları genellikle zaten hasta olan ve bağışıklık sistemi baskılanma olasılığı daha fazla ve yüksek riskli bireylerle etkileşime girerler. Bu nedenle hastalık semptomları yaşamasına rağmen çalışmaya devam eden sağlık çalışanları, hastalıkları ile ilişkili semptomları hastalara yayabilir, işlerine yeterli dikkati veremeyebilir, hatalar yapabilir ve hasta güvenliğini tehlikeye atabilirler (Nuhait vd. 2017).

Sağlık kurumlarında, tıbbi hatalardan kaynaklanan kayıpların minimuma indirilmesi ve hasta güvenliği bilincinin oluşturulması konusu son yıllarda giderek önem kazanmış ve Hasta Güvenliği Kültürü kavramı Dünya’da ve Türkiye’de çokça tartışılan konulardan biri haline gelmiştir (Dursun vd. 2010: Kohn vd. 2000). "Planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanmaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması" şeklinde tanımlanan tıbbi hata sağlık kurumları ve sağlık çalışanları için önemli bir sorundur (Kohn vd. 2000: Rothschild vd. 2006). Çünkü tıbbi hatalar sonuçları itibariyle, hastalarının zarar görmesi ve maliyetlerdeki artışların yanı sıra tüm sağlık hizmeti çalışanları için çeşitli derecelerde suçluluk, hayal kırıklığı, korku ve yetersizlik duygularıyla ilişkilidir. Başka bir deyişle tıbbi

hatanın sağlık hizmeti sağlayıcısı üzerindeki etkisi, dikkati hak eden hayati bir konudur (Bari vd. 2016) .

Sağlık hizmetleri alanlarındaki insan hatası, dâhil olan herkes için yüksek bir maliyet ve ıstırap yükü taşır (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Ancak hastalarla uzun süreler temasta olan ve tıbbi uygulamalarda doğrudan görev alan hemşireler için tıbbi hatalar daha büyük bir önem taşımaktadır (Avşar vd. 2016). Hemşirelik, tıbbi hataları ve hasta güvenliğine yönelik tehditleri önlemeyi amaçlayan süreçlerin geliştirilmesi ve uygulanmasında uzun süredir ön saflarda yer alan bir meslektir (Johnstone ve Kanitsaki, 2006). Bununla birlikte presenteizm sağlık çalışanlarında, özellikle hemşireler arasında yaygındır ve düşük verimlilik, artan tıbbi hatalar, yükselen maliyetler ve sağlık çalışanları için bireysel maliyetler yoluyla toplumsal maliyetlerle ilişkilidir (Aronsson vd., 2000; Gustafsson Sendén vd., 201). Sağlık kurumlarında performansı optimize etmenin yollarında biri, hemşire performansını optimize etmektir. Çünkü sağlık kurumlarındaki en büyük sağlık hizmeti sağlayıcıları hemşirelerdir ve diğer sağlayıcılara göre hastalarla daha fazla zaman geçirirler (Rainbow vd. 2017).

"Çok solgun görünüyorsun! İş yerinde ne yapıyorsun?" "Neden hastanede değilsin?" "Bugün burada olmamalıydın" Bu ve benzeri soruları sık sık iş arkadaşlarımızdan duyuyoruz veya onlara bu soruları soruyoruz ve cevap olarak "Çocuğumun veya ebeveynimin hasta olduğu zaman için izinlerimi kullanmamam gerekiyor" "Çok yoğunluk, bu yüzden çalışmam gerekiyordu" veya "Kendimi hastaneye gidecek kadar kötü hissetmiyorum" gibi yanıtlar alıyoruz. Bu ve benzeri beyanlar presenteizm davranışına örnektir ve söz konusu ifadeler ve benzerleri her gün ülke çapındaki tüm örgütlerde duyulmaktadır. Ancak, hasta ya da yorgun bir hemşirenin, hastaların hayatlarından sorumlu olduğunu bilmek durumu daha önemli hale getirmektedir çünkü diğer örgütlerde yaşanan presenteizm, azalan üretkenlik, düşük performans gibi maddi sonuçlar doğururken, hemşirelikte, geri dönüşü olmayan tıbbi hatalara neden olabilmektedir (Middaugh, 2006; Rainbow vd. 2017).

Presenteizm ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi ilişkisi ulusal literatürde çalışılmamış bir konu olmakla birlikte uluslararası literatürde de kısıtlı çalışılmış bir konudur. Gartner ve arkadaşları (2010) yaptıkları sistematik bir çalışma sonrası presenteizm ile genel hatalar, ilaç hataları, hataya ramak kalma, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti

arasında bir ilişki olduğunu yani presentizm arttıkça tıbbi hataların arttığı ve hasta güvenliğinin olumsuz olarak etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Letvak ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin %62'sinin presentizm davranışı gösterdiği ve bu durumun daha yüksek sayıda hasta düşmesi, daha fazla sayıda ilaç hatası ve daha düşük bakım kalitesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya çıkarılmıştır. Kısıtlı genel literatürün aksine Brborović ve Brborović (2017) tarafından yapılan çalışmada beklentinin aksine sağlık çalışanlarının presentizm düzeyleri ile hasta güvenliği ve tıbbi hatalar arasında negatif yönde herhangi bir ilişki kurulamamıştır. Aksine söz konusu çalışmada yüksek presentizm yüksek hasta güvenliği kültürü ile önemli şekilde pozitif olarak ilişkilendirilmiştir.

Araştırmanın temel problemini “presentizm ile tıbbi hata yapma eğilimi arasında bir ilişki var mıdır?” sorusu oluşturmaktadır. Buna göre çalışmada sağlık çalışanlarından hemşirelere yönelik tıbbi hata yapma eğilimi ile presentizm kavramı etkileşimi incelenmiştir. Ulusal literatürde presentizm ile tıbbi hata yapma eğilimi arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma Türkiye'deki hemşirelere yönelik presentizm ile tıbbi hata yapma eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik ilk çalışma olması bakımından önem taşımaktadır. Çalışmanın bulguları ve sonuçları özelde Sivas Numune Hastanesine ve genelde literatüre katkı sağlaması bakımından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı presentizm ve tıbbi hata yapma eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bununla birlikte presentizm ve tıbbi hata yapma eğilimi ölçeklerinin hemşirelerin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği belirlemekte çalışmanın amaçlarından birisidir. Bu amaçla Sivas Numune Hastanesi'nde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 288 hemşireye anket uygulanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Literatürden yola çıkarak, araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi geliştirilmiştir.

H1: Hemşirelerin presentizm davranışları ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H1a: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.

H1b: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.

H1c: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.

H1d: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.

H1e: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H1f: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H2: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H2a: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.

H2b: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.

H2c: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.

H2d: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.

H2e: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H2f: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H3: Presenteizm ile tıbbi hata eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

2. PRESENTEİZM KAVRAMI

2.1. Presenteizm Kavramının Doğuşu

Presenteizm kavramı 1892 tarihinde Amerikalı yazar Mark Twain tarafından ‘The American Claimant’ adlı kitapta, yazın dünyasında ilk kez kullanılmıştır. Kavramın kullanımlarına bakıldığında ise, 1970’lerde bu terimin, ya devamsızlığın gerçek zıtlığı olduğu ya da mükemmel katılımı ifade ettiği görülmüştür. 1980’lere kadar ise çağdaş tanımların ortaya çıkması mümkün olmamıştır ve en güncel tanımın ortaya çıkması oldukça uzun bir süre almıştır (Johns, 2010). Presenteizm kavramını 1998 yılında ilk olarak tanımlayan kişi ise Mancaster Üniversitesi organizasyonel psikoloji ve sağlık profesörü Cooper’dır (Dalkılıç, 2018).

Kavram henüz tanımlanmadan önce, 1776 yılında Adam Smith tarafından yazılan “Ulusların Zenginliği” adlı kitapta, sağlıklı vatandaşların sağlıklı ekonomilere neden olacağına ve hem ruhsal hem de fiziksel sağlığın insan üretkenliği üzerinde pozitif bir etkide bulunacağı ifade edilmiştir (Warren, 2009). Yani aslında söz konusu olgu çok daha eskiye dayanan bir geçmişe sahiptir, modern çalışmalar yalnızca bu eski gözlemlerin önemini ve gerçeğini açıklamaktadır (Chapman, 2005).

Presenteizm, dünya çapında uzun bir süredir işletme ve sosyal bilim literatüründe araştırılan ve üzerinde tartışılan sorunlar arasında olmuştur (Kaygın ve Kosa, 2019). Söz konusu kavramın, sağlık ve verimlilik literatüründe kullanımı ise daha sonraki zamanlarda gerçekleşmiştir (Lack, 2011). Tüm bunlar göz önüne alındığında presenteizm kavramının nispeten yeni bir araştırma alanı olduğunu ancak hiçbir şekilde yeni bir olgu olmadığını söyleyebiliriz (Hansen ve Andersen, 2008).

Presenteizm kavramının kökeni, “presence” kelimesinden türetilmiştir. “Presence” kelimesi, “hazır bulunma, var olma, orada bulunma” anlamındadır. Kelimenin anlamından yola çıkarak kavramın, görünürde ya da fiziksel olarak var olma haline işaret ettiği anlaşılmaktadır (Çiftçi, 2010).

Kavram uluslararası lüteratürde “presenteeism”, “sickness presence” ve “sickness presenteeism” olarak farklı şekillerde ifade edilmektedir (Çoban ve Harman, 2012).

Türkçe karşılığı konusunda da henüz ortak bir kullanımı mevcut olmayan presenteizm kavramı ulusal literatürde “kendini işe verememe”, “işte var ol(a)mama”, “işte istemeyerek var olma”, “presenteizm” ya da doğrudan İngilizce kullanımı olan “presenteeism” ile ifade edilmiştir (Köse ve Uzun, 2020; Bayram vd. 2018; Şanlımeşhur, 2018; Çiçek ve Kiliç, 2020; Baysal vd. 2014). Söz konusu kavram uluslararası literatürde ise “presenteeism”, “sickness presence” ve “sickness presenteeism” kavramlarıyla ifade edilmektedir (Hemp, 2004; Gustafsson ve Marklund, 2011; Aronsson vd, 2000)

Presenteizm kavramının ilk olarak ortaya atıldığı dönemlerde, kavram işgörenlerin uzun mesai saatleri boyunca ve iş garantisi olmadan çalışması olarak tanımlanmıştır, günümüzde ise birçok çalışmada bu durumun aslında presenteizmi doğuran temel nedenlerden biri olduğu kabul edilmektedir. (Çoban ve Harman, 2012).

2.2. Presenteizm Kavramının Tanımı

“Hepinizin başına gelmiştir. Sabahleyin birdenbire kendinizi iyi hissetmediğinizi fark ediyorsunuz. Kim bilir belki grip olmak üzeresiniz belki de bahar nezlesi gibi mevsimsel bir alerjinin etkisi altında kaldınız. Bu bir baş ağrısı ya da regl dönemi belirtileri de olabilir. Bu durumda evde kalmanızın ve kendinize bakmanızın çok daha iyi olacağını düşünüyorsunuz. Fakat öte yandan ofiste yapılacak birçok iş sizi bekliyor. Üstelik işinizin birikmesiyle birlikte geride kalmaktan çekiniyorsunuz. Hatta belki çalıştığınız kurum küçülmeye gidiyor. Tüm bunları düşününce evde kalmayı ve iyileşmeyi ertelemek zorunda kalıyorsunuz. Çünkü işe gitmediğiniz takdirde kurumunuzun çıkaracağı elemanlardan biri olabileceğinizi düşünerek irkiliyorsunuz. Sebep ne olursa olsun kendinizde karşı koyacak gücü hissetmiyorsunuz ve işe gidiyorsunuz.

Nihayet istesiniz. Fakat şimdi başka bir sorun daha var. İşte var olmanıza rağmen kendinizi uyuşuk ve tembel hissediyorsunuz. Bir şeye yoğunlaşmakta zorluk çekiyor ve size külfet olan her şeyden kaçıyor. İş veriminiz düşüyor ve yöneticiniz bu verimsizliğinizi ruhsal bir sorun olarak not ediyor.”

Kendini iyi hissetmeme halinde işe gitme davranışı olarak tanımlanabilecek presenteizm kavramı Hopper (2012) tarafından hepimize oldukça tanıdık gelebilecek bir senaryo ile yukarıdaki gibi betimlenmiştir (Balcı, 2016).

Alan yazında presenteizm kavramının farklı araştırmacılar tarafından yapılmış birçok tanımı mevcuttur (Çoban ve Harman, 2012) ve söz konusu kavram tanımlanırken baskın olarak iki kategoriye ayrılmıştır. İlk kategori presenteizmi bir davranış olarak tanımlarken (örneğin sağlık şikâyetlerine rağmen işe gitmek) ikinci kategori ise daha çok presenteizm davranışını sonuçları bazında ele almıştır (örneğin verimlilik kaybı) (Pohling vd. 2016).

Cooper (1998), presenteizm kavramını, “Güvensizlik ve iş kaybı korkusu nedeniyle uzun saatler boyunca çalışmak ya da en azından çalışıyor gibi görünmek” olarak 1998 yılında ilk kez tanımlamıştır.

Shamansky (2002) presenteizmi “İnsanların fiziksel olarak işyerlerinde bulunması ancak işlevsel olarak kapasitelerinin altında çalışması” olarak tanımlamıştır ve çalışmasında “Kaçımız soğuk algınlığı veya baş ağrısı ile çalışmaya gitti ve sefil hissetmek dışında bütün gün hiçbir şey yapmadık?” sorusuyla presenteizm kavramına dikkat çekmiştir. Lowe (2002) ise presenteizmi, insanların hasta, yaralı veya yoğun stres altındayken işe gitmeleri ve düşük verimlilikle çalışmaları olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre ise presenteizm, çalışanların iş başında olması ancak hastalık ya da diğer tıbbi koşullar nedeniyle tam olarak çalışamaması, verimliliklerinin üçte bir ya da daha fazla orandan azalmasıdır. Presenteizm, işteki görevlerden kaçınmak için hasta gibi davranmakla ilgili değildir aksine gerçek sağlık sorunlarından kaynaklanan verimlilik kaybını ifade eder (Hemp, 2004).

Presenteizme yönelik alan yazındaki bazı tanımlar aşağıdaki gibidir;

Presenteizm, insanların dinlenmelerini ve hastalık izni almasını gerektiren şikâyetler ve sağlık sorunlarına rağmen, her durumda işe gitmeleri olgusunu ifade eder (Aronsson ve Gustafsson, 2005).

Presenteizm, çalışanların hastalanmaları ya da uzun süre çalışmalarından kaynaklanan hastalık ve rahatsızlıklardan dolayı evlerinde olmaları gerekirken, işe gitme zorunluluğunda olmaları ve bu nedenle etkin ve verimli çalışamamalarıdır (Koçoğlu, 2007).

Presenteizm, sağlık sorunlarının varlığı nedeniyle iş başında performansın düşmesidir (Schultz ve Edington, 2007).

Presenteizm davranışını sergileyen insanlar, tam kapasitelerine kadar işte olan ama çalışmayan insanlardır (Johns, 2010).

Presenteizm, bir çalışanın işyerinde tam kapasiteyle çalışmasını engelleyecek tıbbi bir hastalığa rağmen işe gittiğinde ortaya çıkan durumu ifade eder (Widera vd. 2010).

2.3. Presenteizm Kavramının Önemi

Bir kişinin sağlığı onun en önemli varlığıdır ve sağlıklı olmayan kişinin, yaşamının temel gerekleri tamamen kısıtlanabilir veya sekteye uğrar. Bu temel yaşam gereklerinden biri de iştir. Şüphesiz, bir kişinin çalışma becerisi, sağlık durumundan büyük oranda etkilenir (Schultz ve Edington, 2007). Çalışanın hastalığı hem iş miktarını (olması gerekenden daha yavaş çalışabilir veya yapılan işi tekrarlamak durumunda kalabilir) hem de verimliliğini (daha fazla veya daha ciddi hatalar yapabilir) etkiler (Hemp, 2004). İşgücü sağlığının en iyi hale getirilmesi, iş ve yaşam biçimi ile ilgili hastalıkların önlenmesi ve devamsızlığın yönetilmesi, son birkaç yılda artan bir şekilde önem kazanan ve çalışan sağlığı ve ekonomik öncelikler olarak ifade edilen sorunlar arasındadır (Baker vd. 2010).

Bir çalışanın üretkenliği, işte olmadığı zaman sıfır, işte olduğunda ise tam üretkenlik çerçevesinde değerlendirilir. Presenteizm ise bu iki uç arasındaki gri alanda bulunan oldukça önemli bir olguyu ifade eder (McGregor, 2017). Presenteizm ilk bakışta örgütler için çekici görünse de, işverenler üretkenlikte önemli bir düşüş olduğunu fark etmeye başlar, çünkü hastayken işe gelen çalışanların verimlilik seviyelerinde meydana gelen düşüş, üretkenliği olumsuz bir şekilde etkiler (Demerouti vd. 2009). İşverenler, örgütte bulunmayan çalışanların örgüte yüklediği maliyeti kolayca takip edebiliyor olsa da, presenteizm birçok işveren için gizli bir maliyet olmaya devam etmektedir (Schultz vd. 2009).

Disiplinler-arası bir sorun niteliğinde olan presenteizm kavramı, iktisatçılar, işletmeciler, sağlık alanı ile ilgili araştırma yapanlar ve sosyal politikacılar tarafından araştırılması gereken bir yazın alanı olarak görülmektedir. Çalışanların fiziksel olarak işlerinin başında olmalarına rağmen tam anlamıyla ve olması gerekenin altında bir kapasiteyle işte bulunmaları, hem çalışanların sağlığını etkiler hem de işletmeler açısından problemler yaratır. Yalnızca sağlıklı çalışanlarla sağlıklı işletmelere, sağlıklı işletmelerle ise daha verimli çalışanlara sahip olunabilecektir (Çiftçi, 2010). Presenteizm davranışının etkili

bir şekilde yönetilmesinin örgütler için ayrı bir rekabet avantajı kaynağı olabileceği unutulmamalıdır (Hepm, 2004).

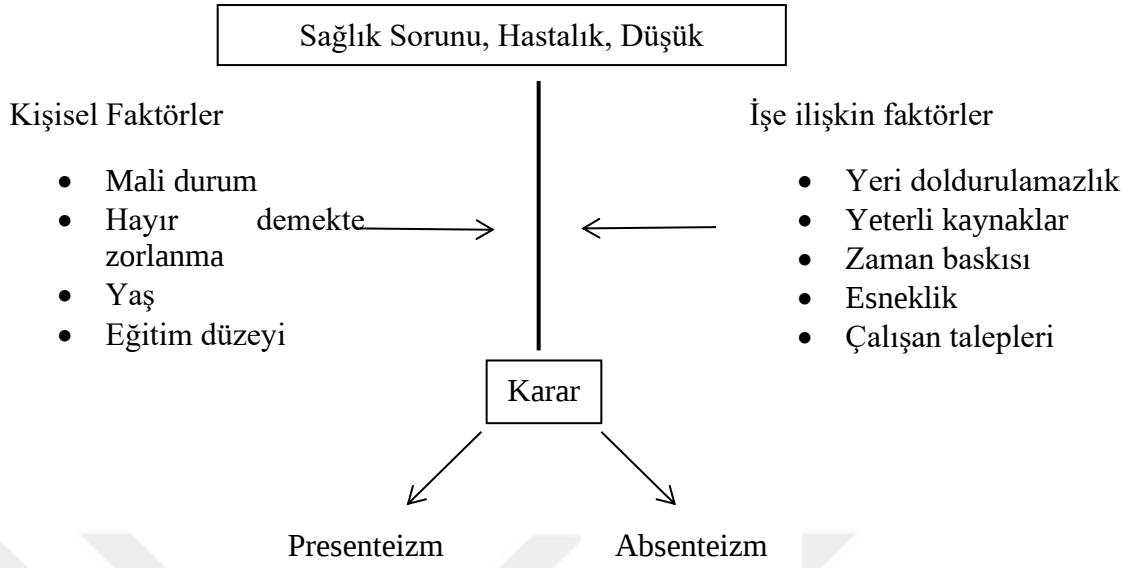
Presenteeizm kavramı literatüre girdiği ilk andan günümüze kadar, bilim insanları ve araştırmacılar tarafından örgüt için olumsuz bir davranış olarak nitelenmiştir ve geçmişten günümüze yapılan çalışmaların sonuçları bu görüşü desteklemektedir. (Erbaş ve Yeşiltaş, 2017)

2.4. Presenteeizm Kavramının Nedenleri

Bir sağlık probleminden mustarip olmak, presenteeizmin başlıca nedenidir (Aronsson ve Gustafsson, 2005). Çalışanlar yaşadıkları ya da yaşıyor oldukları hem bedensel hem de ruhsal rahatsızlıklar sebebiyle presenteeizm ile karşı karşıya kalabilirler (Koçoğlu 2007). Ancak presenteeizm davranışının tek kaynağı bedensel ya da ruhsal rahatsızlıklar değildir, çalışanlar örgütsel kaynaklı farklı nedenlerden dolayı da presenteeizm sorununu yaşayabilmektedirler (Baysal, 2012). Örneğin, iş güvensizliği, iş yükü, zaman baskısı, özerklik ve liderlik gibi örgütsel faktörler, presenteeizm ile ilişkilendirilmiştir (McGregor, 2017)

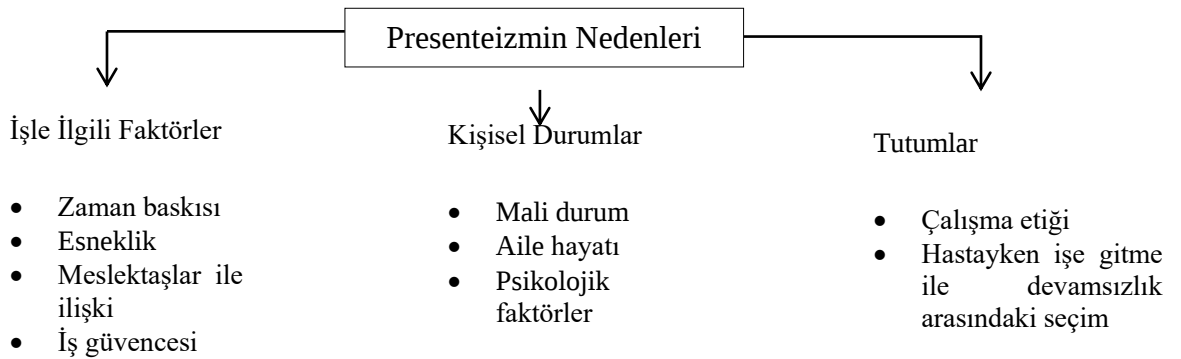
Presenteeizm oldukça karmaşık bir sorundur ve tek boyuta sahip tek bir yapıda olmadığı gibi devamlı olarak kişisel ve örgütsel faktörler tarafından şekillendirilir (McClearn vd. 2010). Alan yazında yapılmış olan çalışmalar, çeşitli nedenlerle çalışanların hasta olmasına rağmen işe gittiklerini göstermiştir (Quetzel, 2023).

Aronsson ve Gustafsson (2005)'a göre hastayken işe gelmemek (absenteizm) ve hastayken çalışmaya devam etmek (presenteeizm), insanların hasta olduklarında veya çalışma kapasitelerini kaybettiklerinde karşı karşıya kaldıkları alternatiflerdir. Bununla birlikte sağlık sorunu olan bir bireyin, işe gitme veya gitmeme kararını alırken dikkate aldığı çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler kişisel faktörler ve işe ilişkin faktörler olmak üzere iki başlıkta ele alınmıştır. Birey bu faktörlerin her birinin etkisini altında kalarak bir karara varır ve kararın sonucunda hasta ike çalışmayı veya devamsızlık yapmayı seçebilir.



Şekil 1: Karar almaya etki eden faktörler (Aronsson ve Gustafsson, 2005)

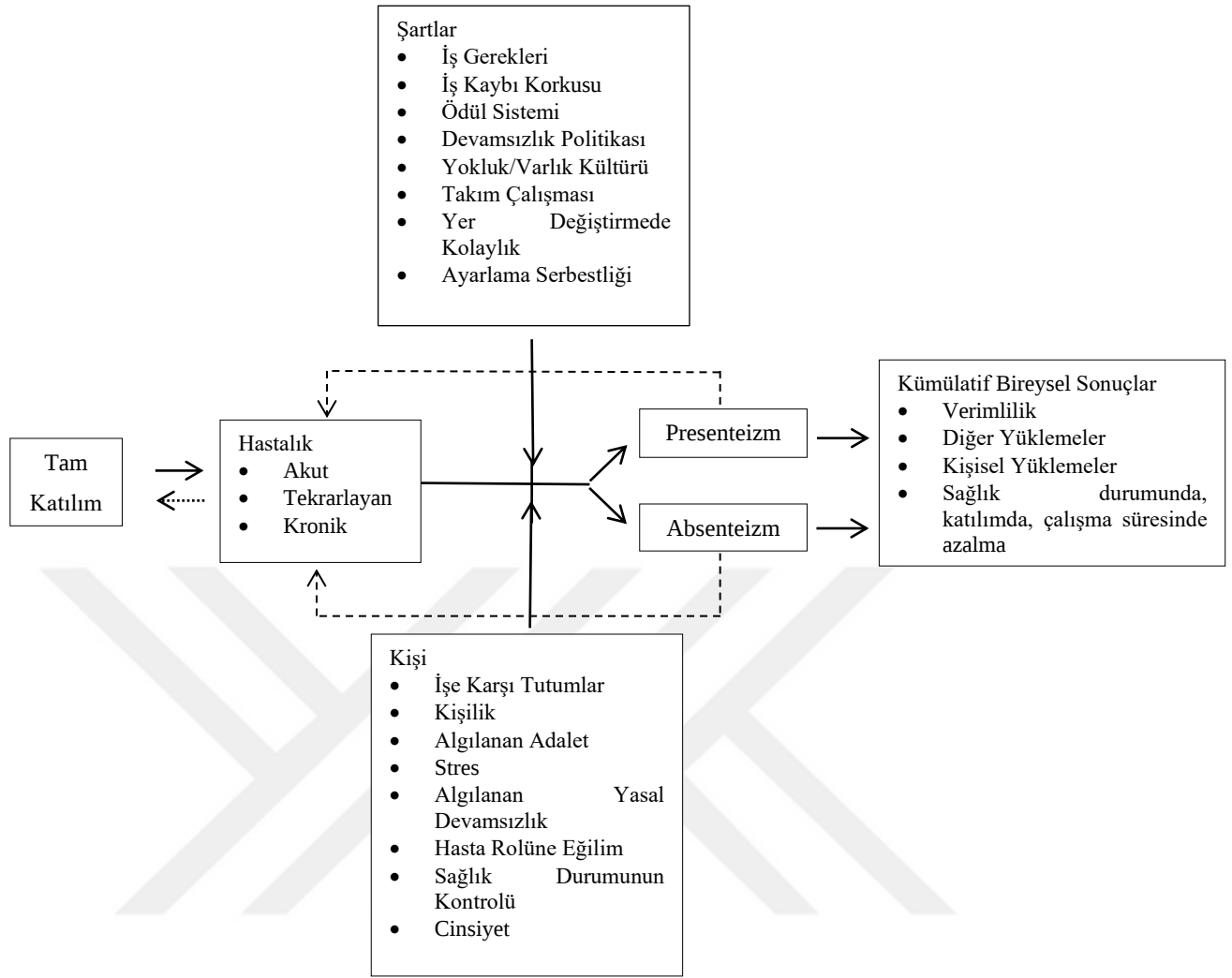
Hansen ve Andersen (2008) presenteizmin nedenlerini işle ilgili nedenler (zaman baskısı, esneklik, meslektaşlar ile ilişkiler, iş güvencesi), kişisel durumlar (mali durum, aile hayatı, psikolojik faktörler) ve tutumlar (çalışma etiği, hastayken işe gitme ve devamsızlık arasındaki seçim) olmak üzere üç alanda incelemiştir. Yaptıkları çalışmanın sonucunda, presenteizm davranışını göstermede işle ilgili faktörlerin kişisel koşullardan daha fazla açıklayıcı güce sahip olduğunu düşündüklerinden işle ilgili faktörlere daha çok önem göstermişlerdir (Quazi, 2013).



Şekil 2: Presenteizmin nedenlerine ilişkin faktörler (Hansen ve Andersen, 2008)

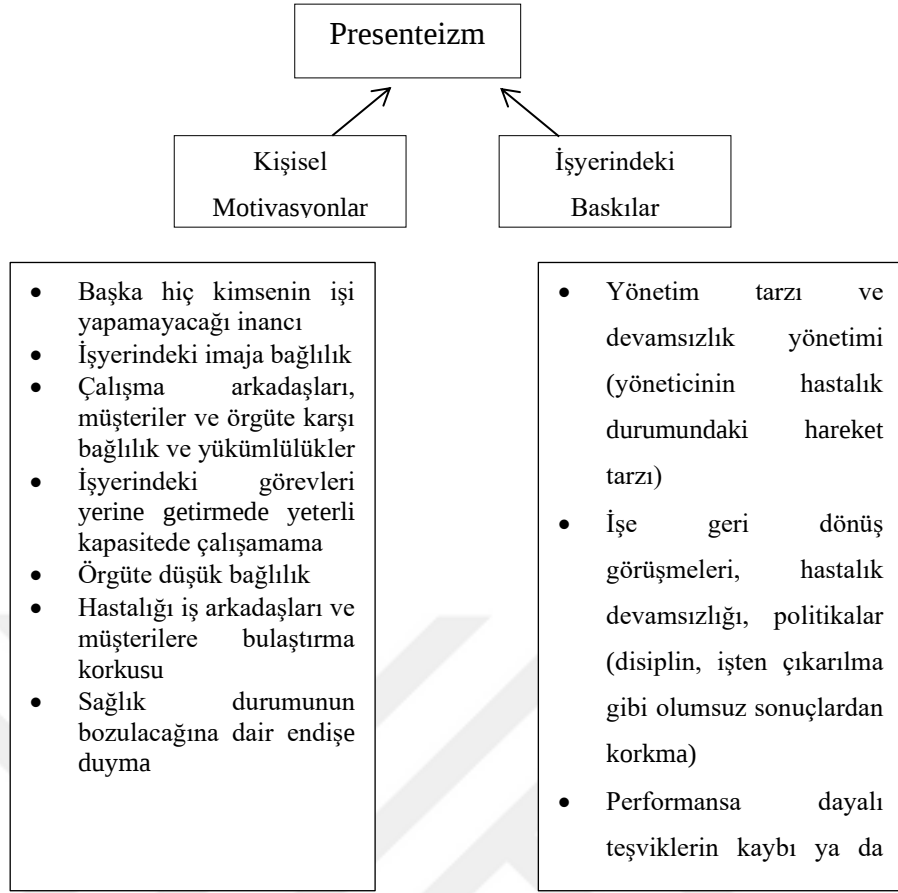
Koçoğlu (2007) ise presenteeizmin nedenlerini işin gereğinden, iş ortamından, kişisel faktörlerden ve çevresel faktörlerden kaynaklı olmak üzere dört ayrı ana başlık altında sınıflandırmıştır. İşin gereğinden kaynaklanan nedenleri; *fazla çalışma ve aşırı iş yükü, rol çatışması ve rol belirsizliği, inisiyatif ve görevlendirme*, iş ortamından kaynaklanan nedenleri; *iş ortamı, örgüt kültürü, kötü yönetim ve liderlik tarzı, iş tatmini, şirket içi çatışma, eşitsizlik ve ayrımcılık, iş güvenliği, iş kazaları ve meslek hastalıkları, işyerinde psikolojik ve fiziksel taciz*, kişisel nedenleri; *kişilik, iş yaşam dengesi ve aile, stres, depresyon, kariyer yapamamak, eğitim durumu, kadın olmak, yaş ve hizmet süresi*, çevresel faktörleri ise; *ekonomik sorunlar, siyasi ve politik belirsizlikler, çevre ve trafik sorunu* alt başlıklarıyla incelemiştir.

Johns (2010) presenteizm davranışına neden olabilecek temel değişkenleri belirtmek amacıyla teorik bir model geliştirmiştir. Johns tarafından geliştirilen bu model tam üretkenlik ve devamlı katılımın grip, baş ağrısı gibi akut hastalıklardan, migren gibi tekrarlayan hastalıklardan ya da diyabet gibi kronik hastalıklardan dolayı sağlık durumunun kesintiye uğradığını varsayar. Johns'a göre söz konusu sağlık olayının doğası çalışanın işe devamsızlık mı yapacağı yoksa presenteizm davranışında mı bulunacağı konusunda bir dereceye kadar belirleyici olacaktır (şiddetli bir migren krizi devamsızlığa sebep olabileceken, başlangıç aşamasındaki grip presenteizm davranışına neden olabilir). Bir sonraki aşamada ise işle ilgili koşullar (iş gerekleri, iş kaybı korkusu, ödül sistemi, devamsızlık politikası, yokluk/varlık kültürü, takım çalışması, yer değiştirmede kolaylık, iş çıktılarını ayarlama serbestliği) ve bireysel koşullar (işe karşı tutum, kişilik, algılanan adalet, stres, algılanan yasal devamsızlık, hasta rolüne eğilim, sağlık durumunun kontrolü, cinsiyet) kişinin devamsızlık ve presenteizm kararında etkili bir rol oynayacaktır. Johns'un presenteizmin davranışına neden olabilecek temel değişkenleri belirtmek amacıyla geliştirdiği model şekil 3'te verilmiştir.



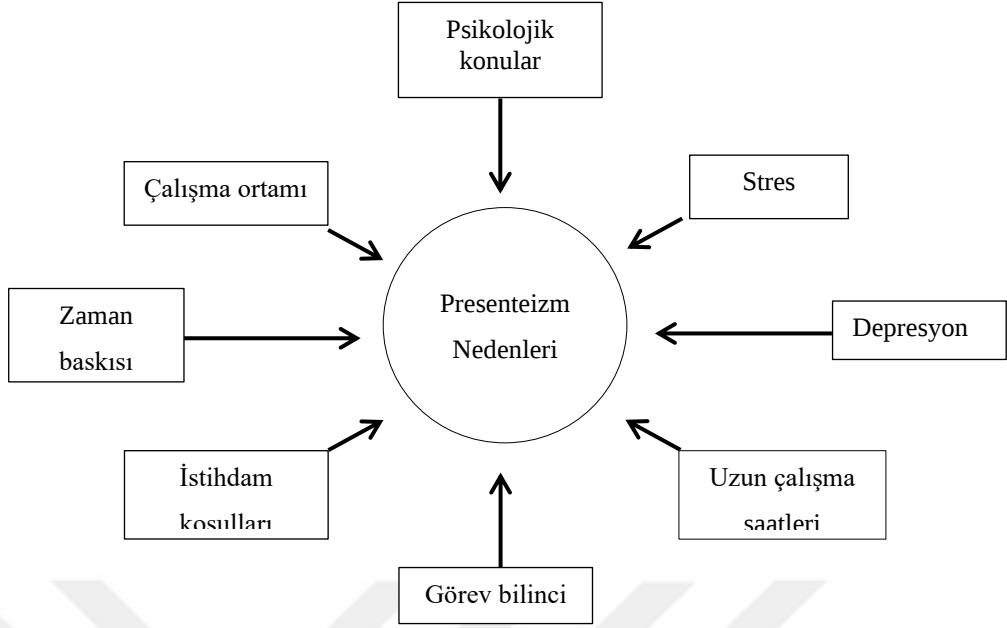
Şekil 3: Presenteizm ve devamsızlığın dinamik bir modeli (Johns, 2010)

Baker-McClearn ve arkadaşları (2010) presenteizme neden olan kilit faktörleri alan yazında daha önceden yapılmış olan çalışmalardan özetleyerek kişisel motivasyonlar ve işyeri baskıları olmak üzere iki ana başlık altında toplamıştır. Söz konusu model, bireyin kendini iyi hissetmeme halinde işe katılma ya da katılamama kararının altında yatan bir dizi faktörü göstermektedir. Baker-McClearn ve arkadaşları aynı zamanda presenteizm davranışının şartlara göre değişebilecek bir dizi etkileşim olarak görülmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bir birey bazı zamanlar presenteizm için düşük bir motivasyonda olabilirken, başka bir zamanda daha yüksek motivasyon gösterebilir (ek çalışma baskıları, iç baskılar vb.).



Şekil 4: Presenteeizmi Etkileyen Faktörler: Yayınlanmış Çalışmalardan Bir Özet (Baker-McClearn vd. 2010)

Quazi (2013), “Presenteeism The Invisible Cost to Organizations” adlı kitabında bir çalışanın çeşitli sebeplerle presenteeizm davranışı sergileyebileceğini ileri sürmüştür ve presenteeizmin nedenlerini ahtapot modeliyle açıklamıştır. Çalışanların çalışma ortamının, presenteeizm davranışını yönlendirmede önemli bir rol oynadığını söyleyen Quazi uzun saatler çalışmanın olumlu ve olumsuz yönlerine özellikle önem vermiştir.



Şekil 5: Ahtapot Modeli (Quazi, 2013)

Presenteizmin nedenleri sadece çalışanın sağlık durumuyla ilgili değildir. Çalışanın sağlık durumunun yanı sıra, çalışanı etkileyen örgütsel ve çevresel faktörlerde presenteizme neden olabilmektedir (Çiftçi, 2010). Bu çalışmada presenteizmin nedenleri kişisel nedenler ve örgütsel nedenler olmak üzere iki ana başlık altında ele alınacaktır.

2.4.1. Kişisel Nedenler

2.4.1.1. Kişilik

Türk Dil Kurumu tarafında bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü olarak tanımlanan kişilik, bireylerin olaylar karşısında verdikleri tepkileri anlamada önemli bir belirleyicidir (Üzüm ve Şenol, 2019).

Nandi ve Nandi (2014) yaptıkları bir çalışmada kişilik özellikleri ile presenteizm arasında ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Aynı şekilde yapılan başka bir çalışmada da kişilik özellikleri ile presenteizm arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu çalışma sorumluluk, duygusal denge ve deneyime açıklık gibi kişilik özelliklerinin presenteizm eğilimini arttırdığını ortaya çıkarmıştır (Ulu vd. 2015).

Eğer kişilik özelliklerinin presenteeizme etkisi iyi anlaşılabilirse, işe alımlarda presenteeizmi azaltıcı kişilik özelliklerine sahip adaylara öncelik verilir ve böylece presenteeizmin önlenmesi mümkün olabilir (Ulu vd. 2015).

2.4.1.2. İş Yaşam Dengesi ve Aile

İş yaşam dengesi, çalışanların iş ve özel yaşamdaki yükümlülükleri arasındaki uyumdur ve iş yaşam arasındaki önceliği belirtir. Bu dengeyi sağlayabilmek hem çalışanlar hem de organizasyon açısından oldukça önemlidir (Koçoğlu. 2007). İş yaşam dengesinin kurulamaması presenteeizme neden olan önemli faktörler arasındadır (Ertürk vd. 2017) ve presenteeizmin hem nedeni hem de sonucu olarak görülebilir, çünkü ikisi karşılıklı olarak birbirini tetiklemektedir (Miraglia ve Johns, 2015).

Cullen ve McLaughlin (2006)'in “presenteeizmin sürekliliğini sağlayan nedir?” sorusunu sordukları çalışmada iş yaşam dengesinin presenteeizm ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde Ertürk ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışma sonucunda da örgütteki presenteeizm artışının iş aile çatışmasından kaynaklandığı ortaya çıkarmıştır. Yani aile iş çatışması, presenteeizmi anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir.

2.4.1.3. Demografik Değişkenler

Literatürde presenteeizme neden olduğu düşünülen başlıca demografik değişkenler yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyidir.

Toplulun ve dolayısıyla çalışan nüfusun yaşlanması presenteeizm üzerinde etkili olan önemli faktörler arasındadır (Mandıracıoğlu, 2013). Presenteeizmin nedenleri yaş faktörü açısından değerlendirildiğinde farklı sonuçlar ile karşılaşilmektedir. Genç çalışanlar çalışma hayatına yeni atıldıklarından dolayı çalışmada isteksizlik yaşayabilirler ya da işten ayrılma konusunda daha cesur davranabilirler. Ve bu durum çalışanın hastayken evde kalıp dinlenme ya da presenteeizm davranışı göstermedeki kararını etkileyebilir. Yapılan bir çalışma 18-29 yaş arası çalışanların daha yaşlı olan çalışanlara kıyasla önemli oranda daha fazla presenteeizm davranışı gösterdiğini saptamıştır (Hellgren vd. 2010). Diğer yandan ileri yaşlardaki çalışanlar, çalıştıkları örgüte sadakatle bağlı olmaları, iş güvencesi konusundaki korkuları veya yaşla birlikte gelişen kronik rahatsızlıklar nedeniyle presenteeizm davranışını gösterme eğiliminde olabilirler. Dahası çalışanın, ileri yaşlardaki kişilerde olma olasılığı daha yüksek olan bazı hastalıkları işyerinde

yaşamasına rağmen sağlık randevularını ertelediğine dair rahatsız edici kanıtlar da mevcuttur (Dickson, 2013).

Aronsson ve Gustafsson (2005) ise presenteizm davranışının orta yaşlı çalışanlarda daha çok görüldüğünü belirtmekle birlikte presenteizmin nedenlerini açıklama açısından yaşın nispeten daha az açıklayıcı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Baysal (2012) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında yaş ve presenteizm arasında düşük düzeyde fakat pozitif bir ilişkinin olduğu, yani yaş arttıkça presenteizm davranışını gösterme eğiliminin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Baysal bu sonucu yaşın ilerlemesiyle sağlık sorunlarının artması ile ilişkilendirmekle birlikte ilişkinin güçlü olmamasını presenteizmin yalnızca sağlık sorunları nedeniyle yaşanan bir durum olmaması ile açıklamıştır.

Alan yazında yapılmış olan araştırmalar, kadınların ve erkeklerin presenteizm davranışı sergilemede farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur.

Aronsson ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek oranda presenteizm davranışı gösterme eğiliminde olduklarını saptamıştır. Presenteizm davranışını gösteren sağlık çalışanları arasındaki cinsiyet farklılıklarını inceleyen başka bir çalışmada kadın sağlıkçıların, erkek sağlıkçılardan daha sık presenteizm davranışı gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Söz konusu çalışmada kadınların erkeklere kıyasla hastalar ve meslektaşları için daha fazla endişe duyması, daha yüksek oranda iş aile çatışması yaşaması ve kadınların kendilerinden daha fazla başkalarını önemsemeleri bu farklılığın nedenleri olarak gösterilmiştir (Sendén vd. 2016). Alan yazında genel görüşe ters düşen çalışmalarda mevcuttur örneğin Chang ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında erkek çalışanların daha yüksek oranda presenteizm davranışı ile ilişkilendirildiği görülmüştür.

Presenteizmin bireysel nedenleri altında ele alınan eğitim düzeyi de dikkate alınması gereken bir başka unsurdur. Eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların çalışma koşulları ile eğitim düzeyi düşük olan çalışanların çalışma koşulları birbirinden farklıdır. Düşük eğitim düzeyindeki çalışanlar daha çok rutin, kas gücüne dayalı ve ağır koşullarda çalışırlar. Bu koşullar zamanla çalışanlarda hem ruhsal hem de bedensel rahatsızlıklara neden olur ve sonuç olarak çalışan kendini yaptığı işe vermekte zorlanır. Bunun aksine yüksek eğitim düzeyindeki çalışanlar ise bedensel yorgunluktan ziyade zihinsel olarak yorulurlar (Koçoğlu, 2007). Burton ve arkadaşları (2014), yaptıkları bir çalışmada yüksek eğitim düzeyindekilerin daha az presenteizm davranışı sergilediklerini ortaya

çıkarmışlardır (aktaran Mandıracıoğlu, 2013). Johansen ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada çalışanların, hasta olduklarında izin almak yerine neden presenteizmi seçtikleri araştırılmıştır. Yapılan çalışmada bu tercihin en önemli nedenlerinden birinin eğitim düzeyi olduğu ve hem yüksek eğitim düzeyinin (Lisans veya daha yüksek) hem de düşük eğitim düzeyinin presenteizm üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yüksek eğitim seviyesindeki çalışanlar, zaman baskısı hissetme, denetimci sorumluluklara sahip olma ve başka hiç kimsenin gerekli sorumlulukları yerine getiremeyeceği gibi düşüncelerden dolayı presenteizmi seçerken, düşük eğitim seviyesindeki çalışanların ise hastalık izni almaya güçlerinin yetmemesi, devamsızlıktan kaynaklanan mali kayıpların üzerlerinde daha büyük bir etkiye sahip olması gibi nedenlerden presenteizmi seçtikleri belirlenmiştir.

Uygur ve diğerleri (2018), yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin presenteizm davranışı üzerinde etkili olduğunu ve düşük eğitim düzeyindeki (ilköğretim) çalışanların presenteizm düzeylerinin, yüksek eğitim düzeyindeki (ön lisans, lisans ve lisansüstü) çalışanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

2.4.1.4. İşsiz Kalma Korkusu

Çalışanlar sağlıklarıyla ilgili bir sorun yaşadıklarında yasal olarak izin alarak işe gitmeme hakkına sahiptirler. Ancak özellikle işsizliğin yoğun olduğu ülkelerde işsiz kalma korkusu yaşayan çalışanlar yasal olarak hakları olan izni kullanmak istemeyebilirler (Çiftçi, 2010). Başka bir deyişle işsiz kalma korkusu, çalışanların hastayken veya duygusal olarak iyi hissetmediklerinde ihtiyaç duydukları izni almak yerine işe gitmelerine neden olabilir. Prater ve Smith (2011) tarafından yapılan bir çalışmada çalışanların paraya olan ihtiyaçları, mali yükümlülükleri ve işsiz kalma korkularından dolayı presenteizm davranışını sergilediklerini saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında işsiz kalma korkusu yaşayan çalışanların hasta olduklarında bir sağlık kuruluşuna başvurmak yerine kendilerini ihmal ederek çalışmaya devam ettiğini ortaya koymuştur (Virtanen vd. 2003).

2.4.1.5. Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık, bir çalışanın örgüt adına yüksek düzeyde çaba gösterme istekliliği, örgütte kalmak için güçlü bir arzu duyması ve örgütün hedeflerine ve değerlerine

sadakatle bağılı olmasıdır (aktaran; Buchanan, 2014) ve aynı zamanda çalışan ve örgüt arasında bir çeşit psikolojik bağ içerir (Buchanan, 2014).

Özmen (2011), tarafında yapılan bir çalışmada artan örgütsel bağlılığın presentizm davranışını arttıracak sonucuna varılmıştır. Örgütsel bağlılık ve presentizm ilişkisini inceleyen başka bir çalışmanın sonucunda da örgütsel bağlılık ve presentizm arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki bulunmuştur (Kaygın vd. 2017). Ancak Baysal (2012) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre presentizm ile örgütsel bağlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

2.4.1.6. İşkoliklik

Oates (1971) 'işkoliklik' terimini, abartılmış çalışma ihtiyacının sağlık, kişisel mutluluk, kişilerarası ilişkiler ve sosyal işlevsellik için bir tehlike oluşturması, şeklinde tanımlamıştır (aktaran; Harpaz ve Snir, 2003). Üst düzey çalışma eğiliminde olan işkolik çalışanlar bir sağlık problemleri yaşıyorlar bile çalışmaya devam ederler ve bunun sonucunda sağlık semptomları daha da kötüleşir (Mazzetti vd. 2017). İşkolik olan bir çalışanın hastalığına rağmen işine gitmeye devam etmesi beklenir ve hastalık durumu, çalışmaya gitmemek için bir engel olarak görülmeyebilir (Acaray, 2019).

Mazzetti ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada, işkoliklik ile presentizm arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Söz konusu çalışmada çalışanların işkoliklik olarak adlandırılan aşırı çalışması durumunun örgütte presentizm davranışının gelişimini açıklayabileceği ileri sürülmüştür.

2.4.2. Örgütsel Nedenler

2.4.2.1. Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü, “örgütün dış adaptasyon ve iç entegrasyon sorunlarını çözerken öğrendiği, geçerli sayılacak kadar iyi çalışan ve bu nedenle yeni üyelere doğru algılama, düşünme yolu olarak öğretilen bir ortak temel varsayımlar modeli” olarak tanımlanmaktadır (Schein, 1993). Başka bir tanımda ise örgüt kültürü, “bir örgütün içindeki insanların davranışlarını yönlendiren normlar, davranışlar, değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemidir” (aktaran; Güçlü, 2003). Örgüt kültürü devamsızlık politikalarını da içerir ve devamsızlığa verilen örgütsel tepkilerle ilgilidir. Bazı örgütler, yapılan devamsızlığın nasıl ele alındığına dair resmi bir politikaya sahipken bazıları da gayri resmi yapıları

içerebilir (Aronsson ve Marklund, 2019). Hastalık izni almanın çalışma ekibindeki örgüt kültürüne aykırı olduğu düşüncesinde olan bir çalışan, iş arkadaşlarından veya yöneticilerinden olumsuz bir dönüş alma korkusu yaşadığından dolayı presenteizm davranışını sergileyebilir (Biron vd. 2006).

2.4.2.2. İş Güvencesizliği

İş güvencesizliği, çalışanın gelecekte işinin devam edip etmeyeceği hakkında genel bir endişe duyması olarak tanımlanır (De Witte, 1999). İş güvencesi olmayan çalışanlar, potansiyel iş kaybı ve işsizlik tehdidi ile karşı karşıya olduklarını düşünürler ve istihdam fırsatlarını riske atmamak için olumsuz sağlık koşullarına rağmen işe gitmek zorunda hissedebilirler (Heponiemi vd. 2010) ve bu durumun presenteizmi ortaya çıkarabileceği söylenebilir.

Caverley ve arkadaşları (2007) iş güvencesizliği ile presenteizm arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yani iş güvencesi azaldıkça örgütteki presenteizm düzeyi artmaktadır. Alan yazında yapılmış olan başka bir çalışmada iş güvencesizliği presenteizm ile yüksek düzeyde ilişkilendirilmiştir (Heponiemi vd. 2010). Aynı şekilde Etyemez ve Aslan (2018)'da iş güvencesizliğinin presenteizm sorunu üzerinde anlamlı bir etki yarattığı saptanmıştır.

2.4.2.3. Yönetim ve Liderlik Tarzı

Çalışanların, yönetilme biçimleri ve yöneticilerinin kendilerine nasıl davrandıklarına dair algıları ile yaşadıkları stres ve sağlık durumları arasında bir ilişki vardır (Nyberg vd. 2008). Dahası yönetim tarafından belirlenen yüksek katılım koşulları devamsızlık olasılığını azaltırken çalışanın presenteizm davranışını gösterme olasılığını artırır. Bunu aksine yöneticiyle destekleyici ve uyumlu bir ilişkinin, hasta olduğunda işe gelme baskısını azaltacağı da muhtemeldir (Biron vd. 2006).

Nyberg ve arkadaşları (2008), yaptıkları çalışmada örgütteki yöneticinin liderlik tarzının (yönetimsel liderlik, ilham verici liderlik, otokratik liderlik) çalışanlar arasındaki presenteizm ve devamsızlık ile ilgili davranışlarla doğrudan ilişkili olduğunu saptamışlardır. Liderlik tarzının presenteizm üzerindeki etkisini anlamak amacıyla yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına bakıldığında bazı liderlik tarzlarının (dönüşümcü liderlik, işlemsel liderlik) diğer liderlik tarzlarına kıyasla presenteizm üzerinde önleyici etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (George vd. 2017).

2.4.2.4. Yapılan İş ve Çalışma Koşulları

Alan yazında yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde presenteizm davranışının çeşitli iş gruplarında kendini gösterdiği görülmektedir. Arranson ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmış olan bir çalışmada presenteizm davranışının hem çeşitli meslek grupları arasında hem de sektöre göre önemli farklılıklar gösterdiği ortaya koyulmuştur. Söz konusu çalışmada presenteizmin en çok görüldüğü iş sektörleri sırasıyla eğitim ve sağlık (hemşirelik, ebelik vs.) sektörüdür. Uygun olmayan çalışma koşullarının presenteizmin nedenleri arasında olduğu söylenebilir (Edington ve Schultz, 2008). Yapılan çalışmalarda presenteizmin bazı meslek gruplarında daha yoğun hissedilmesi, sorunun çalışma koşullarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Çiftçi, 2010).

2.4.2.5. Uzun Çalışma Saatleri ve İş Yüğü

Hayatını devam ettirebilmek için gününün önemli bir bölümünü işyerinde geçiren çalışanların, çalışma süreleri ve yüklendikleri iş yükü çalışanın sağlığı için son derece önemlidir (Akçeşme, 2019). Uygun olmayan sürelerde ve aşırı iş yükü ile çalışanların performansları, uyku düzenleri, iş kazası oranları, zihinsel ve fiziksel sağlıkları olumsuz bir şekilde etkilenebilir. Bunların her biri, hem birey hem de kuruluş için arzu edilmeyen sonuçlar doğurabilir (Harrington, 2001; Quazi, 2015).

Baeriswyl ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada, yüksek iş yükünün presenteizme neden olduğunu saptamışlardır. Biron ve arkadaşları (2015), yaptıkları bir çalışmada katılımcılara kötü sağlık durumlarına rağmen neden işe gitmeyi seçtikleri sorusunu yöneltmiştir ve katılımcıların %31 bu soruya iş yükü yanıtını vermiştir. İş yükü, katılımcıların presenteizm davranışını gösterme durumunu açıklamak için öne sürdükleri en sık nedendir ve bu durum iş yükünün presenteizme neden olabileceği düşüncesini güçlendirmiştir. Böckerman ve Laukkanen (2009) yaptıkları çalışmada presenteizmin çalışma sürelerine duyarlı olduğu sonucuna varmışlardır ve vardiya veya uzun çalışma saatlerinin presenteizmin yaygınlığını arttırdığını saptamışlardır.

2.4.2.6. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği

Rol çatışması, bir çalışanın çalıştığı örgütte birbiriyle uyuşmayan talep ve beklentilerle karşı karşıya kalması olarak tanımlanmaktadır (Fisher, 2001). Rol belirsizliği ise, çalışanların rolleri, sorumlulukları ve kendilerinden beklenenleri gerçekleştirme prosedürleri konusunda netlik eksikliğidir (Zhou vd. 2016). Rol belirsizliği, bireyin rol

çatışması yaşamasına neden olabilmektedir ve her iki kavram da genel olarak benzer ve olumsuz sonuçlar üretmektedir (Basım vd. 2010: Arslan ve Üngüren, 2017).

Biron ve arkadaşları (2006), yaptıkları bir çalışmada rol belirsizliğinin presenteizm üzerinde bir etkisi olmadığını ancak rol çatışmasının çalışanların presenteizm davranışlarını arttırdığını ortaya çıkarmışlardır.

Zhou ve arkadaşları (2016), yapmış oldukları çalışmada rol belirsizliğinin, presenteizm ile ilişkili olduğunu ve rol belirsizliği yaşayan çalışanların kaynaklarını etkili bir şekilde kullanma yeteneğinin bozulması sonucu yaşadıkları stresin presenteizme aracılık ettiğini ortaya koymuşlardır. Literatürde yapılmış olan başka bir çalışmada da presenteizm ve rol belirsizliği arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ve rol belirsizliğinin presenteizme neden olduğu belirlenmiştir (Yeşiltaş ve Ayaz, 2019).

2.4.2.7. Yeri Doldurulamazlık ve Çalışan Sayısı

Yeri doldurulamazlık, yetersiz istihdamın bir sonucu olabileceği gibi bir kişinin çalışmasının bir başkası tarafından yerine getirilmesini önleyen görev özgünlüğü şeklinde de açıklanabilir (Aronsson ve Gustafsson, 2005).

Yüksek vasıflı kişilerin, işe gitmedikleri takdirde görevlerini yerine getirmeleri için iş arkadaşları bulamaması muhtemeldir ve bu nedenle geri dönüşlerinde işlerinin birikmesi söz konusudur. Bunun başlıca sebebi personel eksikliği ya da söz konusu kişinin yerine işi yapacak kimsenin olmaması yani yeri doldurulamazlıktır. Bu durum çalışanları presenteizm davranışını göstermeye yöneltebilir (Biron, vd. 2006).

Aronsson ve Gustafsson (2005) tarafından yapılan çalışmada, örgütteki yetersiz istihdamın, presenteizme hem neden olacağını hem de presenteizmi artıracak sonucuna ulaşılmıştır. Devamsızlık durumunda yeri doldurulamazlığın yüksek presenteizm oranlarıyla ilişkili olduğu da ayrıca saptanmıştır.

2.5. Presenteizme Neden Olan Hastalıklar

Çeşitli tıbbi koşulların çalışma performansı üzerinde çeşitli etkileri olduğunu varsaymak makul görünmektedir. Farklı sağlık sorunları, farklı iş becerilerini veya yeterliliklerini farklı şekillerde veya farklı oranlarda etkiler (Burton vd.. 2004). Presenteizme neden olan hastalıklar ise, kişilerin yaşadıkları hem psikolojik hem de fiziksel anlamda karşılaştıkları hastalıkların toplamıdır (Koçoğlu, 2007).

Hafif hastalıklar veya akut bulaşıcı hastalıkların belirtilerinin başladığı ilk günlerde, insanların normal kapasitelerine göre çalışamayacaklarını, ancak evde kalmak için 'yeterince' hasta olmadıkları düşünülür (Brouwer, 1999) ancak hafif hastalıklar daha sonraki bir aşamada ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Hansen ve Andersen).

Literatür, presenteizme neden olan hastalıkların her ikisi de oldukça önemli olan iki kategoride ele alındığına işaret etmektedir. Bunlardan ilki baş ağrısı, kas ağrıları, strese bağlı üzüntü veya soğuk algınlığı gibi akut hastalıklarken, ikincisi ise yüksek tansiyon, astım veya şeker hastalığı gibi kronik yani sürekli devam eden hastalıklardır. İlk kategorideki çalışanların kendilerini iyi hissetmediklerinde işe gidip gitmeme konusunda bir seçenekleri vardır ancak ikinci kategoride bulunan çalışanların hastayken işe devam etmeleri gerekebilir (Schultz, 2009).

Presenteizme neden olduğu düşünülen ve araştırmacılar tarafından incelenen bazı sağlık semptomları tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1: Presenteizm ile İlgili Çalışılmış Hastalıklar (Chapman, 2005)

Kaygı	Migren
Artrit	Kas ağrısı
Mesane Sorunları	Mide bulantısı
Kronik sırt ağrısı	Romatizma
Kronik yorgunluk	Mevsimsel alerjiler
Öksürük	Uyku bozuklukları
Depresyon	Boğaz ağrısı
Hipertansiyon	Mide ülseri
Obezite	Ateş
Grip	Titreme
Hazımsızlık	Kronik boyun ağrısı
İshal	Umutsuzluk

2.6. Presenteizmin Ölçülmesi

Presenteizmin yapısı henüz tam olarak tanımlanmamış veya işlevsel hale getirilmemiştir ve bu nedenle ölçülmesi zordur (Burton vd. 2004). Aynı zamanda presenteizmi ölçmek için genel olarak kabul görmüş en iyi yöntem de söz konusu değildir ve presenteizmin en iyi nasıl ölçüleceği ve ekonomi açısından ölçümünün gerçekten ne anlama geldiği konusu hala belirsizdir (Edington ve Schultz, 2008; Rantanen ve Tuominen, 2011).

Presenteizmi ölçmenin amacı, kişi başına kaybedilen çalışma süresinin belirlenmesi, elde edilen verilerin puanlarının verimlilik kaybı ifadelerine dönüştürülmesi ve verimlilik kayıplarının ekonomik sonuçlara dönüştürülmesine imkân sağlamaktır (Brook vd. 2010).

Araştırmacıların presenteizmi ölçmesi için birçok araç geliştirilmiştir. Bu araçları şu şekilde sıralamak mümkündür; *Migraine Work Productivity Loss Questionnaire (MWPLQ)*, *Work Productivity and Activity Impairment: General Health Questionnaire (WPAI: GH)*, *Work Limitations Questionnaire (WLQ)*, *World Health Organization's Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)*, *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)*, *American Productivity Audit (APA)*, *Work Productivity Short Inventory (WPSI)*, *Disability Assessment Questionnaire (WHO-DAS)*, *Health at Work Survey (HWS)*, *Health Limitation Questionnaire (HLQ)* (Quazi, 20013).

Söz konusu araçlardan hangisi seçilirse seçilsin, araştırmacılar sonuçları dikkatlice yorumlamalıdır, çünkü farklı anketler presenteizmin farklı yönlerini ölçmektedir (Edington ve Schultz, 2008).

2.7. Presenteizmin Sonuçları ve Örgüte Verdiği Zararlar

Presenteizme sebep olan pek çok faktör vardır ve bu nedenle kavramın sonuçları da tek boyutlu ele alınamaz. Araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalar ile bireyin hasta olduğunda işe gelerek presenteizm davranışı göstermesinin, devamsızlık yapmayı seçmesinden daha maliyetli ve üretkenlik ve performans için daha zararlı sonuçlar ortaya çıkardığı bulunmuştur (D'Abate ve Eddy, 2007). Öyle ki presenteizm her ne kadar ilk bakışta örgütler için çekici gibi görünse de, işverenler bunun "sessiz" ancak üretkenlik üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu anlamaya başlamıştır (Demerouti vd. 2009).

Literatüre bakıldığında presenteizm kavramının sonuçlarının bireysel sonuçlar ve örgütsel sonuçlar olmak üzere iki boyutta ele alındığı gözlemlenmiştir. Presenteizmin bireysel sonuçları odaklanma sorunu, işi yaparken tekrara düşme, performans düşüklüğü, çalışırken kendini yorgun hissetme, işi yapamama ya da hatalı yapma, yaşam kalitesinde azalma ve mevcut sağlık durumunun kötüye gitmesidir (Ricci ve Chee, 2005; Yamashita ve Arakida, 2006). Presenteizmin örgütsel sonuçları ise verim ve hizmet kalitesinde düşüş, iş sağlığı ve güvenliğinin olumsuz yönde etkilenmesi, maliyetlerin artması, diğer çalışanlar üzerinde olumsuz etki bırakma ve hata yapma oranlarında artış olarak sıralanabilir (Baysal ve Akpınar, 2016; Yamashita ve Arakida, 2006). Koçoğlu (2007)

çalışmasında, presenteizmin sonuçlarını verimlilik, performans düşüklüğü, motivasyonda azalma, memnuniyetsizlik, işe devamsızlık, işgören devri olarak sıralamıştır.

Presenteizmin yukarıda açıklanan sonuçlarına ek olarak, aşağıda iş tatmininde azalma, verim düşüklüğü ve maliyet artışı ve personel devri başlıkları altında presenteizmin diğer sonuçları açıklanmıştır.

2.7.1. İş Tatmininde Azalma

İş tatmini, çalışanların işlerine karşı sahip oldukları olumlu veya olumsuz duyguların bir kombinasyonudur ve aynı zamanda bireyin işyerindeki davranışıyla yakından bağlantılıdır (Azırı, 2011). Presenteizm, olumsuz sağlık şartlarında dahi işe gitme, baskı altında yapılan bir seçim ve çalışma kapasitesinin azalması olarak ifade edilir ve tüm bu öncüller iş tatmininin de azalmasına neden olabilir (Karanika-Murray, 2015).

Caverley ve arkadaşları (2007), presenteizm ile iş tatminini önemli ölçüde ve negatif biçimde ilişkilendirmiştir. Karanika-Murray ve arkadaşları (2015) ise yaptıkları çalışmanın sonucunda presenteizmin iş tatmini ile olumsuz bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Aynı şekilde Yücel (2020), tarafından yapılan çalışmada da çalışanların presenteizm puanları ile iş tatmini düzeyleri arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında çalışanların presenteizm düzeyi arttıkça iş tatmini düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

2.7.2. Verim Düşüklüğü ve Maliyet Artışı

Verimlilik, bir örgütün genel iş performansının gücü ve sürdürülebilirliğinde kritik bir faktördür (Koopman vd. 2002). Örgütler amaçlarına ancak iş görenleri sayesinde ulaşabilirler ve bir örgütün ne ölçüde üretken ve etkili olacağı örgütte çalışanların verimliliğine bağlıdır. Dolayısıyla örgütün verimi üzerinde en güçlü etkiye sahip olanlarda yine iş görenlerdir (Yumuşak, 2008).

Presenteizmin örgütlerde yol açtığı en önemli sonuçlardan biri verimlilik kaybı ve bunun sonucunda yaşanan maliyetlerde ki artıştır (Çoban ve Harman, 2012). Çalışanların işe geldiği ancak zihinsel veya tıbbi koşullar nedeniyle kendilerini tam olarak yapacakları işe

verememesi olarak tanımlanabilen presenteizm, ekonomistler tarafından oldukça önemli ve maliyetli bir verimlilik kaybı sorunu olarak tanımlanmıştır (Pilette, 2005). Aynı zamanda araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalar, presenteizmin bireysel verimliliği üçte bir veya daha fazla oranda düşürebileceğini ve presenteizmin, verim düşüklüğünün en önemli nedeni olduğunu ortaya koymuştur (Hemp, 2004; Robertson vd. 2012).

İnsanların, kendilerini dinlenmeye ve hastalık izni almaya iten şikâyet ve olumsuz sağlık durumlarına rağmen işe gitmeleri olarak tanımlanan presenteizm kavramı, işletmelere işe devamsızlık nedeniyle oluşan maliyetlerden daha yüksek maliyetler yüklemektedir (Aronsson ve Gustafsson, 2005; Çiftçi, 2010).

Schultz ve arkadaşları (2009) yaptıkları literatür incelemesi sonucunda presenteizmin örgütteki maliyet artışıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ancak bu kayıpların parasal değeri hesaplanamamıştır ve bu durum bugün işverenler için sorunun ne kadar büyük olduğunu tam olarak bilinmemesiyle daha büyük kayıplarla sonuçlanacaktır. Letvak ve arkadaşları (2012), yaptıkları çalışmada presenteizmin maliyetine ilişkin literatür temelli tahminlerde bulunmuşlardır. Bu tahminlere göre presenteizm sonucu verimlilik düşüşü gerçekleşmiş bu da yıllık ortalama 87,880 \$ maliyet artışına neden olmuştur. Kandemir (2014) hastane çalışanları üzerinde yaptığı ve presenteizmin maliyet üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada çalışan başına presenteizm maliyetinin iki haftada 296,95TL olduğunu ve bu miktarın hem sağlık nedeniyle işe devamsızlık maliyetinden (48,01TL) hem de sağlık dışı nedenlerle işe devamsızlık maliyetinden (50,84TL) yaklaşık altı kat daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Vänni ve arkadaşları (2017), yaptıkları çalışmada presenteizmin oldukça maliyetli bir sorun olduğuna değinmiş ve çalışan başına presenteizm nedenli maliyet artışını 1302 Avro olarak bulmuştur. Aysun ve Bayram (2017), hastane personelleri arasında presenteizm düzeyini ve maliyetini araştırdıkları çalışmada presenteizmin hastaneler için hem verimlilik kayıplarına hem de maliyet artışına neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma sonucuna göre presenteizm nedeniyle personel başına düşen ortalama maliyet artışı 1 yıl için 478,08 saat / 7573,68 TL olarak hesaplanmıştır.

Bilinmelidir ki insanlar kendilerini iyi hissetmediklerinde, ellerinden gelenin en iyisini yapamazlar (Pilette, 2005).

2.7.3. Personel Devri

Personel devri en kısa şekliyle çalışanların örgütten ayrılması olarak tanımlanmaktadır ve nitelikli personeli kaybetmek hem örgütleri hem de örgütte çalışmakta olan personelleri olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Demirkan ve Erdem, 2014).

Haque (2015), yaptığı çalışmada presenteizm ile personel devri arasında yüksek düzeyde olumlu ilişkiler tespit etmiştir. Başka bir deyişle yapılan çalışmaya göre presenteizm personel devrini pozitif yönde ve önemli ölçüde etkilemektedir. Chun ve Hwang (2018), yaptıkları çalışmadan işgücü devri ile presenteizm arasında pozitif yönde bir ilişki bulmuştur. Çalışmaya göre işyerinde işgücü devri ne kadar yüksek ise, presenteizm de o kadar yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Kendir ve arkadaşları (2018), presenteizm ile işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptamıştır. Başka bir deyişle çalışanların presenteizm davranışı göstermeleri aynı zamanda işten ayrılma niyetini artırmaktadır.

Charbaji (2018) ise yaptığı çalışmada literatürdeki diğer çalışmaların aksine işgörenlerin presenteizm seviyesi arttıkça işten ayrılma niyetinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında yöneticilerin örgütteki çalışanların işgören devrini azaltmak için, işgörenlerin presenteizm davranışını azaltmanın yollarını bulmaya çalışmalıdır (Chun ve Hwang, 2018).

2.8. Presenteizm ile Mücadele Yöntemleri

Presenteizm karmaşık bir kavramdır ve hem örgütsel hem de bireysel faktörlerle ilişkilidir. Bu nedenle presenteizmi önlemek için müdahaleler geliştirilirken bu faktörlerin bütüncül açıdan ele alınması gerekmektedir (Rainbow vd. 2019). Bununla birlikte presenteizmin yalnızca çalışanların ya da işletmelerin sorunu olmadığı ve mücadele söz konusu olduğunda, işletmeler, işgörenler ve gerekirse devletin de ortak bir sorumluluk altına girmesi gerekmektedir (Çiftçi, 2010).

Bugün bilinmektedir ki sağlık, performans üzerinde itici bir güçtür ve çalışanlar işe gittiklerinde kişisel sağlık durumlarını kapı eşiğine bırakamazlar. Bu nedenle işverenler, en önemli varlıklarına yani kurumlarında çalışmakta olan insanlara yatırıp yaparak sağlık durumlarını düzenli bir şekilde kontrol etmelidir. Sağlığın iyileştirilmesi presenteizmle

mücadelede oldukça önemlidir ve insan sermayesini korur, destekler ve geliştirir (Loeppke, 2008).

Presenteizm ile mücadelenin ilk adımı işletmede presenteizm sorununu var olup olmadığının tespit edilmesidir. Sonrasında ise bu nedenler analiz edilmelidir (Yalım, 2005). Presenteizme neden olan çok çeşitli faktörler göz önüne alındığında, presenteizmle mücadele konusunda da çok çeşitli çözüm önerilerinin ortaya çıkmış olduğu söylenebilir (Lowe, 2002).

Yalım (2005), presenteizm ile mücadelede etkili olabilecek bazı çözüm yöntemleri sunmuştur. Bu yöntemler: *Çalışanlara presenteizmin varlığına ve nedenlerine dair sorular içeren anketler uygulamak, çalışanlara grip aşısı ve genel sağlık danışmanlığı, stresle başa çıkma gibi rahatsızlıkları önleyici uygulamalar düzenlemek, çalışanların hasta olduklarında çalışmaması konusunda politikaları desteklemek ve presenteizmle mücadelede kullanılabilecek yasal düzenlemeler getirmektir.*

Koçoğlu (2007), presenteizmle mücadeleyi çalışanlar açısından presenteizm ile mücadele etme yöntemleri ve insan kaynakları yönetimi açısından presenteizm ile mücadele etme yöntemleri olmak üzere iki başlık altında ele almıştır. Çalışanlar açısından presenteizm ile mücadele etme yöntemleri: *sağlıklı ve planlı yaşamak, zaman yönetimi, ii ve ev yaşantısındaki sınırları belirlemek, yaşamak için çalışmak, hayır demeyi öğrenmek, iç birliği ve sosyal destek başlıkları ile ele alınmıştır. İnsan kaynakları yönetimi açısından presenteizm ile mücadele etme yöntemleri ise: planlama, iş analizleri ve tanımları, kadrolama, işgören eğitimi ve kariyer geliştirmesi, performans değerlemesi, ücretleme, ödüllendirme ve kişisel ihtiyaçlara uygun düzenlemeler yapma, endüstriyel ilişkiler ve iş güvenliği, işçi sağlığı ve bilgi sistemleri olarak belirtilmiştir.*

Schultz ve arkadaşları (2009), literatürden yola çıkarak işverenlerin presenteizm ile mücadele edebilmesi ve presenteizmin örgüt üzerindeki olası etkilerini azaltabilmesi amacıyla bir takım önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler: *Çalışanların sağlığını ölçmek amacıyla düzenli sağlık değerlendirmesi, çalışan sağlığının iş performansı üzerindeki etkisinin ve devamsızlık, sakatlıklar ve sağlık hizmetleri maliyetleri gibi diğer tüm ilgili sonuç ölçümlerinin analizi, iş/yaşam dengesinin desteklemek amacıyla politikaların geliştirilmesi, üretkenliğin artırılması amacıyla çalışan bağlılığının geliştirilmesi, risk faktörlerini ve sağlık koşullarını iyileştirmek amacıyla hedeflenen yaşam tarzı ve hastalık yönetimi programlarının geliştirilmesi, sağlıklı çalışanların sağlıklarının geliştirilmesi*

için programlar, çalışma ortamının iyileştirilmesi, iş başında üretkenliği etkileyen sorunları tanımak ve iyileştirmek için çalışan yardım programları geliştirmek, hasta iken çalışmayı engelleyen örgütsel politikalar geliştirmektir.

Gurchiek (2009), presenteizmle mücadelede çalışanların yöneticiler tarafından kendilerini iyi hissetmediklerinde evde kalmaya teşvik edildiği bir ortam yaratmayı öneriyor. Böylece çalışanlar hastalandıklarında evde kalabilir ve daha hızlı bir şekilde sağlıklarını geri kazanabilirler. Aynı zamanda soğuk algınlığı ve grip gibi bulaşıcı hastalıkların yayılma olasılığı da azaltılmış olur.

Çiftçi (2010), yapmış olduğu çalışmada presenteizmle mücadeleye yönelik çözüm arayışlarının sürdüğünü belirtmekle birlikte mücadele kapsamında işletmelerin uygulayabileceği çözüm önerileri geliştirmiştir. Bunlar: *Örgüt kültürünü yeniden şekillendirmek, işleri yeniden düzenlemek ve yeni çalışma şekillerini uygulamak, örgütsel sağlık üzerinde yoğunlaşmak ve stresle başa çıkma yöntemlerini uygulamak, iş-yaşam dengesi için alınabilecek önlemler ve çalışan destek programlarıdır.*

Quazi (2014), çalışanları hastayken işten izin almaya veya hasta çalışanları işten eve göndermeye teşvik etmek, yöneticileri presenteizm konusunda eğitmek, yönetimin presenteizm ve presenteizm etkileri hakkında çalışanları bilgilendirmesi ve çalışanlar için gerekli eğitimi vermek, sağlık programlarını teşvik etmek gibi bazı iyileştirici adımların presenteizm ile mücadelede başarılı olmaya yardımcı olabileceğini ifade etmiştir.

Oruç (2015), presenteizmle mücadele kapsamında işgörenlerin yapabileceklerini, iş-yaşam dengesinin kurulması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, dengeli beslenme, uyku düzeninin sağlanması, zayıf enerji saatlerinin belirlenmesi ve iş planının bu ölçüde yapılması şeklinde sıralamıştır.

Half (2018), presenteizmle mücadele etmek ve çalışanları sağlıklı tutmak için ne yapılabilir sorusunu çalışanlar çalıştıkları kurumun izin politikası hakkında bilgilendirilmeli ve bu iznin alınmaması gerektiği yönündeki tüm algılar çürütülmeli, çalışanlar ile hem ekip olarak hem de bire bir düzenli görüşmeler yapılmalı ve diyaloglar açık ve şeffaf tutmalı ve mümkün olan yerlerde esnek çalışma düzenlemeleri sunulmalı şeklinde yanıtlamıştır.

Presenteizm ile mücadele etmek ve presenteizmi azaltmak için çalışmanın faydaları karşılıklıdır. Böylece hem çalışanlar sağlıklarına yeniden kavuşur ve daha iyi çalışır hem

de işverenlerin presenteizme bağlı verimlilik kayıpları ve diğer ilgili maliyetleri azaltılabilir (Quazi, 2013).

2.9. Presenteizm ve Hemşirelik

Presenteizm, hemşireler arasında diğer meslek gruplarına göre daha yaygındır ve hemşirelerin presenteizm davranışı göstermesine neden olan birden çok faktör vardır (Rainbow, 2019). Ağır iş yükleri, vardiyalı çalışma saatleri ve yeri doldurulamaz görevleri nedeniyle hemşireler kendilerini iyi hissetmese de çalışmaya devam etme eğilimindedir. (Brborović vd. 2009). Oysa hasta olduğunda işe gelmeyip devamsızlık yapan hemşire, sağlıklı bir hemşire ile değiştirilebilir; ancak hasta olmasına rağmen çalışmaya devam eden bir hemşire taleplerini tam olarak karşılayamayabilir (Letvak vd. 2012).

Hemşirelik mesleğinin oldukça stresli olduğu bilinmektedir ve iş stresinin kişinin depresyon riskini artırdığına dair bazı kanıtlar mevcuttur. Bununla birlikte, hemşireler arasındaki yüksek depresyon oranı endişe kaynağıdır çünkü depresyonda olan çalışanların hata yapma olasılığı daha yüksektir. Presenteizm davranışı gösteren hemşirelerin ilaç hataları yapma ihtimalinin daha yüksek olmasının yanı sıra presenteizm davranışı gösteren hemşirelerin çalışma saatlerinde hasta düşmelerinde bir artış gözlenmiştir (Letvak vd. 2012).

Hemşireler, hasta olduklarında presenteizm davranışı gösterip göstermeme kararını alırken birçok faktörü göz önünde bulundurur. Bunlar arasında hastalığın şiddeti, personel sayısı, izin süresi, sorumlu oldukları hastalar, mali kısıtlamalar ve suçluluk duygusu yer alır (Rainbow, 2019).

Hasta olmasına rağmen çalışmaya devam eden sağlık çalışanlarını farklı bir bakış açısıyla incelemek gerekir çünkü presenteizm davranışını sergileyen sağlık çalışanları sadece iş sağlığı ile ilgili sorunlar ile değil aynı zamanda hastaların tanı, tedavisi ve hastanenin genel tıbbi seviyesini etkileyecek sorunlar ile karşılaşmaktadır (Pei vd. 2020). Yapılan çalışmalar, düşük hemşire performansının hastanın güvenliğini etkileyebileceğini göstermiştir (Brborović, 2014). Hemşirelerin, hastalığın devam eden semptomlarına rağmen işe devam etmesi, presenteizmin risklerini, düşük verimlilik sorunlarının ötesinde, hasta güvenliği alanında da bir incelemeye tabi tutulmasını gerekli kılmıştır (Widera vd. 2010). Hasta olmasına rağmen çalışmaya devam eden bir hemşire, talepleri

tam olarak karşılayamayabilir ve bu da hasta bakımının kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilir (Letvak vd. 2012). Sağlık çalışanlarını hasta durumdayken çalışmaya iten nedir sorusun cevabı oldukça karmaşıktır (Widera vd. 2010).

Letvak ve arkadaşları (2012), yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin %62'sinin presentizm davranışı gösterdiğini ve bu durumun daha yüksek sayıda hasta düşmesi, daha fazla sayıda ilaç hatası ve daha düşük bakım kalitesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Shan ve arkadaşları (2021), hemşirelerde presentizm davranışının yaygınlığını araştırdıkları çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin %82'sinin presentizm davranışını gösterdiklerini ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışmada presentizmin ana nedenleri hemşireler tarafından iş yükü, kurumun izin sistemi ve vicdani yükümlülükler olarak ifade edilmiştir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında presentizmin hemşirelerin sağlığı, çalışma ortamı ve hasta bakımı sonuçları üzerinde olumsuz sonuçları olduğunu ve hemşireleri presentizm davranışı sergilemeye iten faktörlerin ortadan kaldırılmasının hem hemşirelere hem de topluma fayda sağlayacağı söylenebilir (Rainbow, 2019).

3. TIBBİ HATA KAVRAMI

3.1. Tıbbi Hata (Malpraktis)

Tıbbi hata The Joint Commision on Accredition of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlanmıştır (Özata ve Altunkan, 2010).

Başka bir tanıma göre tıbbi hata, “Bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın olması gerekenden daha uzun sürede taburcu olmasına yol açan, hastaya zarar veren hatta ölümüne yol açabilen uygulamalar” olarak ifade edilmiştir (Demir Dikmen vd. 2014).

Tıbbi hata, tıp bilimi ve ilgili meslek alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmetten faydalanan kişinin zarar görmesi durumudur (Büken Örnek ve Büken, 2003).

Tıbbi hatalar tedavi esnasında oluşan yaralanmalar ve olumsuz olaylar olarak bilinir ve sağlık hizmeti alan bireyin hastanede kalış süresini uzatarak, kalıcı sakatlığa veya ölüme neden olarak her yıl binlerce kişiyi etkiler (Wong ve Beglaryan, 2004).

Geçtiğimiz on yıl içinde, tıbbi uygulama hataları, giderek artan oranlarda gündeme gelmekte, medya ve toplumun ilgisini çekmektedir (Ertem vd. 2009). Sağlık çalışanlarının hatalı uygulamaları sonucunda meydana gelen ve olumsuz durumlarla sonuçlanan hatalı uygulamalara ilişkin, gazete ve televizyonlar tıbbi hata sorununa dikkat çekmekte, ancak tıbbi hataların çokluğuna ve sonuçlarının doğurduğu zararlara ilişkin çok az fikir vermektedir (Weingart vd. 2000).

3.2. Hemşirelikte Tıbbi Hata Kavramı

Hemşirelik mesleği sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık insan gücü kapsamında göz ardı edilemeyecek kadar büyük payı olan meslek grubudur (Güler, 1977). Hemşireler sağlık ekibinin anahtar üyeleridir. Bir hastanın sağlık durumundaki iyileşme ortamını oluşturacak anahtar sorumluluk hemşirelere aittir (Safran, 2004). Bu nedenle tıbbi hata konusu tüm sağlık çalışanları için önemli bir konu olmakla birlikte hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımaktadır (Avşar vd. 2016).

Sağlık hizmetlerinde, hemşirenin sorumlulukları sürekli olarak artmakta ve değişmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Öyle ki hemşirelik son birkaç on yılda pasif bir çalışandan iddialı, kararlı bir sağlık hizmeti sağlayıcısı rolüne dönüşmüştür. Bugün, hemşireler karmaşık fizyolojik verileri izler, karmaşık hayat kurtarma ekipmanları çalıştırır, sayısız hasta hizmetinin sunulmasını koordine eder ve milyonlarca dolarlık sağlık bakım programlarını yönetir (Bleiler ve Bodnar, 1985). Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşireler tarafından yapılan yanlış uygulamaların hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileyebileceği hatta hastaların hayatlarını tehlikeye sokabileceği söylenebilir (Avşar vd. 2016).

Hemşirelik, stresli çalışma ortamından ve vardiyalı çalışma saatlerinden kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle oldukça yoğun iş yüküne sahip bir meslektir (Zencirci Demir, 2010). Bunların yanı sıra hastanelerde hemşire sayısının yetersizliği ve sağlık çalışanlarının uzun saatler çalışması hemşirelik mesleğini tıbbi hata yapmaya açık hale getiren faktörler arasındadır (Blendon vd. 2002).

Tıbbi hata kavramı her ne kadar hemşireleri tedirgin etse de günümüz hemşirelik ortamında hemşirelerin bu kavramı bilmeleri oldukça önemlidir. Tıbbi hata kavramının kapsamını en iyi şekilde öğrenen hemşireler, kendilerine düşen sorumlulukları bilerek yanlış uygulama olasılığını azaltabilir ve daha iyi bakım hizmeti sunabilirler (Weld ve Bibb, 2009). Unutulmamalıdır ki hata yapmak insan doğasıdır ve bu durumu değiştiremeyiz, ancak insanları eğitebilir ve insanların çalıştığı koşulları değiştirebiliriz (Reason, 2000).

3.3. Tıbbi Hatanın Nedenleri

Tıbbi hatalar, sağlık çalışanlarının teknik, iletişim veya muhakeme eksikliklerinden ve tıbbi bakımın sunumuna özgü sistem hatalarından veya daha sık olarak bu nedenlerin birleşiminden kaynaklanabilir (Kaldjian vd. 2008).

Hastaneye yatışların yaklaşık %2'sinde meydana gelen tıbbi hatalar, sağlık uygulamalarının kaçınılmaz bir parçasıdır (Martinez ve Lo, 2008) ve birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık çalışanının hastayı zarardan kendisini de hukuki yaptırımlardan koruması öncelikle tıbbi hataya neden olabilecek faktörleri bilmesine ve ona göre önlemler alabilmesine bağlıdır (Özkaya ve Elbuken, 2018).

Önemli olan tıbbi hataların nedenlerinin doğru bir şekilde saptanması ve sorunların çözümüne yönelik iyileştirmelerin zamanında yapılmasıdır (Dilek ve İntepeler Seren, 2013). Risk faktörlerini anlamak, sağlık kuruluşlarında riskin azalmasına ve tıbbi hatalarda iyileştirmeyi hedefleyen stratejiler geliştirilmesine yardımcı olacaktır (Wong ve Beglaryan, 2004).

Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonellerinin ağır iş yükü, hatalara neden olan en önemli faktördür. Alemdar ve Aktaş (2013) tarafından yapılan çalışmada hemşirelere yaptıkları tıbbi hataların nedenleri sorulmuş ve hemşireler hataların nedenlerini sırasıyla, yorgunluk, iş yükü, uzun çalışma saatleri ve yetersiz hemşire sayısı olarak düşündüklerini belirtmişlerdir. Literatüre bakıldığında personel sayısındaki yetersizliğin, sağlık hizmetlerinde acil bir konu olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik, tıbbi hata riskini arttırabilir, hastaları risk altına sokabilir ve sonuçta tüm sağlık hizmetlerini olumsuz olarak etkileyebilir. Kuşkusuz bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini de etkiler. (Ballard, 2003, Wong ve Beglaryan, 2004).

Tıbbi hatalara neden olan diğer önemli faktör ise pek çok farklı sağlık hizmeti sağlayıcısının birbirine bağlı olarak çalışmasıdır. Bu durum göz önüne alındığında ekip işlev bozukluğundan kaçınmak kelimenin tam anlamıyla yaşam ve ölüm arasındaki fark anlamına gelebilir (Miller, 2003).

McNutt ve arkadaşları (2002), tıbbi hataların genel olarak üç ana nedenle geliştiği söylemiştir. Bunlar; insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörlerdir. Wong ve Beglaryan (2004) tıbbi hataların temel nedenlerini otomasyonda koruma eksikliği, iletişimde başarısızlık, personel eksikliği, hataya açık bir ortam ve cezalandırıcı örgüt kültürü şeklinde sıralamıştır. Ertem ve arkadaşları (2009) ise tıbbi hata nedenlerini dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik- yetersizlik, özen eksikliği, emir ve yönetmeliklere uymamak olarak sıralamıştır. Türk Tabipler Birliği (2010) yaptıkları çalışmada tıbbi hata nedenlerinin başında aşırı iş yükü, hekimlerin hastalarına ayırdıkları sürenin yetersizliği, kurumda hasta yükünün çok olması, sağlık çalışanlarının eğitim yetersizliği ve hemşire sayısının eksikliğinin gelmekte olduğunu ortaya çıkarmıştır (Çakmakçı ve Akalın, 2010). Bari ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada tıbbi hataların başlıca nedenlerini sırasıyla, uzun çalışma saatleri nedeniyle yorgunluk, deneyim eksikliği, aşırı iş yükü ve kıdemli personelin yetersiz denetimi olarak bulmuşlar ve bunların yanı sıra yetersiz iletişimin, sağlık kurumlarında önemli bir sorun olduğunu,

tedavideki gecikmeden yanlış bölge cerrahisine kadar değişen tıbbi hatalarla sonuçlanabileceğini ifade etmişlerdir.

Tıbbi hataların nedenlerine yönelik araştırmalar devam etmektedir ve bu konuda henüz tam bir uzlaşmaya varılamamıştır. Sağlık sistemlerinin, hastalıkların ve tıbbın karmaşıklığı tıbbi hataların nedenleri konusunda ortak bir noktada buluşmaya olanak vermemektedir (aktaran Top vd. 2009).

3.4. Tıbbi Hataların Sınıflandırılması

Reason (2000), hataları iki farklı kategoride sınıflandırır. Bunlar; kişi yaklaşımı ve sistem yaklaşımıdır. Kişi yaklaşımı hataları insanların eylemlerinde (unutkanlık, dikkatsizlik, yorgunluk vb.) arar. Sistem yaklaşımındaki temel dayanak ise en iyi organizasyonlarda bile hataların ortaya çıkabileceğidir.

Leape ve arkadaşları (1993) tıbbi hataları dört kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar:

Tanı Hataları: Tanıda hata veya gecikme, gerekli testlerin uygulanmaması, güncelliğini yitirmiş test veya tedavi yöntemlerinin kullanılması, izlem veya test sonuçlarına göre hareket edilmeme.

Tedavi Hataları: Operasyon, prosedür ve test uygulama sürecindeki hatalar, tedavinin uygulanması sürecindeki hatalar, ilacı kullanma metodunda ya da ilaç dozunda hata, tedavide ya da anormal bir teste yanıt verme süresinde gecikme, uygun olmayan bakım.

Önlenebilir Hatalar: Önleyici tedavinin sağlanamaması, yetersiz tedavi veya tedavi takibi.

Diğer Hatalar: İletişim başarısızlıkları, ekipman hataları, diğer sistem arızaları.

Tıbbi hatalar Akalın (2005) tarafından medikasyon hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliklerine bağlı hatalar ve diğer hatalar şeklinde sınıflandırılmıştır.

Polat (2005), tıbbi hataları beş başlıkta ele almıştır. Bunlar, yargı hatası (ilgi eksikliği, kasıt ve ihmale bağlı hatalar), mekanik hatalar (ekipmanla ilgili hatalar), teknik hatalar (tıbbi tekniği uygularken oluşan hatalar), beklenti hataları (hastaya olacakları anlatırken hatalı bilgi verip farklı beklentilere sokma) ve sistem hatalarıdır (kişiden değil uygulama şeklinden veya kurumlardan kaynaklanan hatalar).

Özata ve Altuncan (2010) ölçek geliştirme çalışmalarında tıbbi hataları literatür kapsamında incelemiş, gerekli uzman görüşlerine danışmış ve en çok yapılan hataları 5 ayrı kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar: ilaç ve transfüzyon hataları, hastane enfeksiyonları, hasta izleme ve malzeme güvenliği, düşmeler ve iletişim hatalarıdır.

Ulusal Hasta Güvenliği Kuruluşu tıbbi hataları 8 başlıkta sınıflandırmıştır (NPSF 2019):

Hastalara ulaşmayan hatalar: İlaç çekmecesinde yanlış ilaçların bulunduğu fark edilmesi gibi hataya dönüşmeden önce fark edilen potansiyel hatalardır.

Hastaya ulaşan ancak hasta üzerinde etki yaratmayan hatalar: Hastaya verilecek antibiyotik unutulması, çift doz ağır kesici yapılması, yanlış laboratuvar testleri yapılması, yanlış uzuv röntgeni çekilmesi gibi hastaya ulaşan ancak hasta üzerinde olumsuz bir etki yaratmayan hatalardır.

Duygusal yaralanmaya sebep olan hatalar: Akıl sağlığı gibi konularda yanlış teşhis sonrası hastanın psikiyatri servisine yatırılması benzeri hatalardır.

Geçici ve hafif yaralanmalara sebep olan hatalar: Tedavi planında değişikliğe sebep olan ve hasta yatış süresini bir gün veya bir günden daha az uzatan küçük yaralanmalara (çizikler, kesikler) sebep olan hatalardır.

Geçici ve ciddi yaralanmalara sebep olan hatalar: Hasta yatış süresini bir günden daha fazla uzatan geçici yaralanmaya sebep olan hatalardır (küçük kırıkları, şiddetli ilaç reaksiyonları).

Kalıcı ve hafif yaralanmalara sebep olan hatalar: Hastanın temel yaşam işlevlerini etkilemeyen ancak kalıcı yaralanmalara sebep olan hatalardır (diş kaybı, parmak kaybı).

Kalıcı ve ciddi yaralanmalara sebep olan hatalar: Hastanın günlük yaşamını etkileyen ve kalıcı yaralanmalara sebep olan hatalardır (uzuv, duyu organlarında hasar).

Hayatı tehdit eden ciddi yaralanmalara sebep olan hatalar: Beyin hasarı, şiddetli felç, ölümle sonuçlanan hatalardır.

3.5. Tıbbi Hatanın Sonuçları

Tıbbi hatalar, hem hastalar hem de hataları yapan sağlık çalışanları için çok fazla acı ve sıkıntıya neden olmaktadır (Silen- Lipponen vd. 2005) ve hem hastalar hem de bir bütün olarak toplum için ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Wong ve Beglaryan, 2004).

Tıbbi hataların sonuçları oldukça karmaşık olabilir. Birçok hata herhangi bir sorunla sonuçlanmamakla birlikte, başka bir hata uzun yaşam beklentisi olan bir kişinin yaşamını sona erdirebilir veya yaşam süresini kısaltabilir (Makary vd. 2016). Tüm hastalar potansiyel olarak savunmasızdır, bu nedenle tıbbi hatalar insani, ekonomik ve sosyal açıdan maliyetlidir (La Pietra vd. 2005).

Tedavi sırasında tıbbi hataya maruz kalan hastalar fiziksel sonuçların yanı sıra önemli psikolojik travmalar da yaşayabilmekte ve bu hataların sonuçları hem ağır hem de kalıcı olabilmektedir. Öyle ki tıbbi hataya maruz kalan hastaların sık sık rahatsız edici anılar, depresyon ve kaygı yaşadıkları bilinmektedir. Bunların yanı sıra tıbbi hataların sonuçları arasında, artan ağrı, sakatlık, psikolojik travma, iş ve sosyal yaşam üzerindeki olumsuz etkiler de sıralanabilir (Vincent ve Coulter, 2002).

Tıbbi hataların birçok kişinin maruz kaldığı talihsiz sağlık sonuçlarına ek olarak, topluma doğrudan yüklediği maliyetler de vardır (Kohn vd. 2000; Johnson vd. 2014). Öyle ki tıbbi hataların Amerika Birleşik Devletlerine yıllık 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında bir maliyete yol açtığı tahmin edilmektedir (Slonim vd. 2003). Yapılan başka bir çalışmada ise tıbbi hataların tıbbi harcamalara ek olarak 9.3 milyar daha fazla harcamaya yol açtığı ortaya çıkarılmıştır (Zhan ve Miller, 2003).

Ancak tıbbi hataların aynı zamanda toplumsal düzeyde etik sonuçları da vardır. Tıbbi bir hatadan sonra hem hastaların hem de toplumun, sağlık çalışanlarına ve sağlık çalışanlarının bakım sağlama yeteneklerine olan güvenleri tehlikeye girer. Bunun sonucunda hastalar tarafından sağlık sistemine karşı duyulan güven kaybedilebilir ve hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetinin azalması söz konusu olabilir (Kohn vd. 2000; Johnson vd. 2014).

Tıbbi hataların hastalara vermiş oldukları zararların yanı sıra sağlık personeli üzerinde de olumsuz etkileri olmaktadır. Sağlık çalışanları tedavi sürecinde yaptıkları hatalar nedeniyle utanç ve suçluluk duygusu yaşamakta, psikolojik açıdan olumsuz hislere kapılmakta ve tükenmişlik duygusu yaşayabilmektedir. Yapılan tıbbi hata sonucu açılan dava ve şikâyetler de sağlık çalışanlarına ek bir yük getirebilmektedir. Tüm bunların sonucunda sağlık çalışanının kendine güveni zedelenmekte, etkililiği, verimliliği ve performansı düşebilmektedir (Altunkan, 2009; Wong ve Beglaryan, 2004).

3.6. Tıbbi Hatada Yasal Sorumluluk

Dünya ülkelerinin birçoğunda tıbbi hata kavramına yönelik çalışmalar aktif olarak yapılmakta ve yasal düzenlemelerin oluşturulduğu gözlemlenmektedir (Güngör vd. 2012). Bu tarz yasal düzenlemelerin varlığı ile sağlık çalışanları tıbbi uygulama esnasında hukuka aykırı bir davranışla hastaya zarar verdiklerinde, çeşitli hukuk dalları karşısında sorumlulukları söz konusu olur ve bu zararı tazmin etmekle yükümlü hale gelirler (Polat ve Pakiř, 2011). Teorik olarak, bu yasal düzenlemeler etkin ve verimli bir bakım için teşvik edicidir (Danzon, 2000).

Sağlık çalışanlarının hastalara nasıl davranması gerektiğı; ulusal ve uluslararası tıbbi etik ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinler ile belirlenmiştir (Altun ve Yorulmaz, 2010). Ülkemizde ise malpraktis davaları özel hukuk ve ceza hukukuna uygun olarak yargılanmaktadır (Kuğuoğlu vd. 2009). Hekimlerin meslek uygulamaları ile ilgili yürürlükte olan temel kanun 11 Nisan 1928 “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dait Kanun”dur. Bunun dışında “Umumi Hıfzısıhha Kanunu”, “Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğwe Fiyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun” ve “Türk Tabibler Birliğı Kanunu” da hekimlerin meslek uygulaması ile ilgili hükümlere yer vermektedir (Polat, 2005).

Benzer şekilde hemşirelik mesleğinde de tıbbi uygulamanın hukuka uygun olması ve dolayısıyla uygulamayı gerçekleştiren hemşirenin herhangi bir yasaya bağılı olarak cezai sorumluluğına tabi tutulmaması için gerekli bir takım şartlar bulunmaktadır. Bu şartlar, uygulamayı yapanın hemşire olması, uygulama konusunda endikasyonun bulunması, sağlık hizmeti alan bireyin rızasının bulunması ve hemşirenin söz konusu uygulamayı hemşirelik mesleğine uygun ve özenli bir biçimde gerçekleştirmesidir (Hakeri, 2007). Tıbbi uygulamanın hukuka aykırı kabul edilip cezai sorumluluğına tabi tutulabilmesi için ise yine bir takım unsurların meydana gelmiş olması gerekir. Bunlar, tıp kurallarına uygun olmayan tıbbi uygulama, hastada zararın meydana gelmiş olması, zarar ile kusur sayılan eylem arasında uygun nedensellik bağı olmasıdır (Özkaya ve Elbuken, 2018).

Hemşireler sağlık hizmetlerini yerine getirirken verdikleri bakıma bağılı olarak istenmedik durumlarla karşılaşabilmektedir (Zencirci Demir, 2010). Hekim istemine veya protokollere uymama, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı, ilaç hataları, yabancı cisim unutulması, yetersiz takip veya yeterli kontrol etmeme, iletişim eksikliği, hastanın düşmesi gibi hatalar hemşireleri yasalarla en çok karşı karşıya getiren hatalardır

(Aştı ve Acaroğlu, 2000). Sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamalar esnasında yaptıkları bu hatalar hastada oluşan zararlar nedeni ile bazı yasal sorumluluklar ortaya çıkarmaktadır (Özkaya ve Elbuken, 2018).

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu ise kendilerini ilgilendiren yasa, tüzük ve yönetmelikleri bilmemektedir (Kuğuoğlu vd. 2009). Oysaki sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler ile hemşireler arasında çıkabilecek hukuki sorunları minimum düzeye indirebilmek yasaların bilinmesiyle mümkün olabilmektedir ve yasaları bilmeden gerçekleştirilen uygulamalar hemşireleri yasalar önünde suçlu hale getirmektedir (Güler, 1997). Dolayısıyla sağlık çalışanları, meslekleri kapsamındaki yetki ve sorumlulukları düzenleyen hukuki düzenlemeleri öğrenmek ve uygulamalarını bu çerçevede gerçekleştirmek durumundadır (Caymaz ve Demir, 2014).

Bunların yanı sıra tıbbi hata sonucunda hemşirelerin yasal sorumluluklarının bulunması, hemşirelik uygulamaları üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır çünkü bu durum hemşireleri, yaptıkları uygulamalar konusunda daha sorumlu ve hata yapmaya karşı daha dikkatli olmaya teşvik etmektedir. Böylelikle hemşirelerin hatalar karşısında yasal sorumluluklarının bulunması, hemşirelik uygulamalarına önemli bir katkı sağlamakta ve yasal sorumluluklar hemşireler için yüksek bir standart sağlayarak kaliteli bakımı geliştirmede önemli bir etken halini almaktadır (Barbacci, 2020).

Tüm bunlar göz önüne alınmakla birlikte tıbbi hata sonucunda hatayı yapan personelin cezalandırılması değil hatayı meydana getiren koşulların düzeltilmesi gerekliliği kabul edilmelidir (Güngör vd. 2012).

3.7. Dünya ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Dünyanın dört bir yanındaki gelişmiş ülkeler, tıbbi bakım sistemlerinin performansını artıran ve tıbbi hataları azaltmayı hedefleyen sağlık reformları arayışını paylaşmaktadır (Schoen vd. 2005). Buna rağmen tıbbi hatalar geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde görüldüğü kadar bilim ve teknoloji açısından en gelişmiş ülkelerde de görülmeye devam etmektedir (Özçetin ve Balaban, 2014). Hem dünya hem de Türkiye için oldukça önemli bir sorun olan tıbbi hatalar her yıl çok sayıda insanın sakat kalmasına ve ölümüne neden olmaktadır (Kahriman, ve Öztürk, 2016).

Dünyada her yıl yatarak tedavi gören on hastadan birinin aldığı sağlık hizmetine bağlı olarak zarar gördüğü tahmin edilmektedir (Vural vd. 2014). Öyle ki tıbbi hatalar

ABD'deki tüm ölümlerin yüzde 9,5'ini oluşturmakta ve bu oran tıbbi hataları kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü önde gelen ölüm nedeni yapmaktadır (Anderson vd. 2017). Institute of Medicine'nin —To Err Is Human (1999) adlı raporunda, Amerika'da her yıl en az 44.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü ortaya çıkarılmıştır. Yapılan çalışma bu sayının 98.000 kişiyi bulabileceğini göstermiştir. En düşük tahminde bile tıbbi hata kaynaklı ölümler taşıt kazaları, meme kanseri ve AIDS'e bağlı ölümlerden çok daha fazladır (Kohn, 2000).

Blendan ve arkadaşları (2002) tıbbi hatalar konusunda hekimlerin ve halkın görüşlerini araştırmıştır ve çalışma sonucunda hekimlerin %35'i, halkın ise %42'sinin kendi bakımlarında veya bir aile ferdinin bakımında hata yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır. Donchin ve arkadaşları (2003) tarafından İsrail'de gerçekleştirilen ve dört ay süren bir çalışmada sağlık çalışanlarının araştırmanın gerçekleştirildiği süre içerisinde 544 hata bildirdiği ve bu hataların hasta başına günde 1.7 hataya denk düştüğü ortaya çıkarılmıştır. Schoen ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan araştırmada tıbbi hatalara uluslararası bir bakış açısı getirmek amacıyla altı ülkede hastaneye kaldırılmış, ameliyat olmuş veya sağlık sorunları bildirilmiş yetişkinlerle görüşülmüştür. Görüşülen hastaların Avusturalya'da %13, Kanada'da %15, Yeni Zellanda'da %14, İngiltere'de %12, Amerika'da %15 ve Almanya'da %13'ünün sağlık hizmeti alırken ya da bakım sürecinde tıbbi hata ile karşılaştığı ortaya çıkarılmıştır.

Almanya'da yapılan başka bir çalışmada her yıl 100.000 önlenabilir tıbbi hata meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişi hayatını kaybettiği ortaya çıkarılmıştır. Bu her gün 70 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü anlamına gelmektedir ve bu sayı trafik kazası sonucu meydana gelen ölümlerden çok daha fazladır (Allgemeiner Patienten-Verband e.V.).

Araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda olası sapmaların varlığı kabul edilmekle birlikte, bu sapmaların tıbbi hata sorununun gerçek boyutunu abartmaktan ziyade hafife alma eğiliminde olduğu unutulmamalıdır (Hunter ve Bains, 1999).

Türkiye'de tıbbi hataların bildirilmesi ve hataların iyileştirilmesine yönelik Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) oluşturulmuştur. Tıbbi hataların izlenmesini ve tıbbi hatalar konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmayı amaçlayan GRS aynı zamanda yapılan tıbbi hataları sayısal olarak izlemeye imkân sağlamaktadır (Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2019). Sağlık Bakanlığı Güvenlik

Raporlama Sistemi 2017 yılı verilerine bakıldığında ülkemizde bir yıl içerisinde 101.841 hata bildirimi gerçekleştiği görülmüştür. Bildirimi yapılan hataların meslek bazında (asistan, uzman hekim, hemşire vb.) dağılımına bakıldığında ise hemşirelerin sırasıyla en çok laboratuvar hataları, ilaç hataları, hasta güvenliği hataları ve cerrahi hatalar yaptıkları görülmüştür (SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı, 2018). Hastane finansmanı, sağlık sistemlerine olan güvenin sarsılmaması ve kalite iyileştirme çabaları, tıbbi hataların doğru şekilde izlenmesine, tanımlanmasına, kaydedilmesine ve düzeltici çalışmalar yapılmasına bağlı olduğundan, hata raporlama sistemleri sağlık sistemleri için oldukça önemlidir (Wanzel vd. 2000: Çakmak vd. 2018).

3.8. Tıbbi Hataları Önleme ve Tıbbi Hataları Önlemede Hemşirenin Rolü

Tıbbi hatalar, sağlık hizmetleri üzerinde büyük bir yük oluşturan oldukça yaygın bir sorundur ve etkili hasta güvenliği politikalarının uygulanmasıyla büyük oranda önlenabilir. Tıbbi hataları önleme konusu oldukça önemli olmasına rağmen, sağlık hizmetleri sürecinde meydana gelen tıbbi hataların yaygınlığı endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Tıbbi hataların zamanında tespit edilmesi, hatanın hastaya ulaşmadan önlenmesi ve düzeltilmesini içeren önleme süreci ile hastaya verilen zarar azaltılabilir veya tamamen ortadan kaldırılabilir. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik temel politikaların başında ise sağlık çalışanlarının, hastanede meydana gelen tıbbi hata veya ramak kala olayları bildirmesi gelmektedir. Sağlık çalışanları, hataları bildirmenin hataları kontrol altına almaya yönelik ilk adım olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. (Bairami ve Taleghani, 2016,; Gaffney vd. 2016). Bununla birlikte hataların görülme sıklığını azaltmak için sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık yöneticileri tıbbi hataların nedenlerini belirlemeli, çözümler bulmalı ve iyileştirme çabalarının başarısını ölçmelidir (Grober vd. 2005).

Tıbbi hataların, hastaların sağlık durumlarında meydana getirdikleri değişikliklerin daha iyi bir şekilde tanınması, farkındalığı artırabilir ve tıbbi hataları önlemede hem işbirliğine hem de sermaye yatırımlarına rehberlik edebilir (Makary vd. 2016). Bilgi arttıkça, daha fazla tıbbi hata önlenabilir hale gelecektir (Leape vd. 1991).

Elektronik tıbbi kayıtlar, elektronik reçete yazma, ilaçların barkodlanması ve karar destek sistemleri gibi bilgi teknolojileri kullanmanın, tıbbi hataları önleme ve azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Anderson vd. 2017).

Tıbbi hata konusu hemşirelik mesleğinde ciddi şekilde ele alınmalıdır çünkü her ne kadar tüm sağlık çalışanları hasta güvenliğinden sorumlu olsa da, hemşireler hastalarla çok fazla temasa sahiptir ve onlarla önemli miktarda zaman geçirirler (Kahriman ve Öztürk, 2016). Bu nedenle tıbbi hataların önlenmesinde en büyük sorumluluk hemşirelerdedir. Çünkü hemşireler hastanın sağlığını izleme, geliştirme ve iyileştirmeye yönelik girişimlerin hemen her aşamasında rol almaktadır (Öztürk vd. 2013). Bunların yanı sıra kritik hastalarla çalışan hemşirelerin çalışma koşulları oldukça benzersizdir ve bu nedenle personel, son derece nitelikli, dikkatli ve deneyimli olmalıdır. Hemşirelikte çalışma temposu da çok yüksektir ve prosedürler ve ilaçlarla ilgili hata olasılığı her zaman olasıdır (Berlanda vd. 2008).

Sağlık çalışanları arasında sayıca en fazla olan ve tüm sağlık kurumlarında hizmet veren hemşireler, hataların tanımlanması, ortaya çıkarılması ve hastaya zarar vermeden önlenmesi hususunda önemli bir meslek grubudur (Cebeci vd. 2014). Sağlık hizmeti bağlamına daha derinlemesine bakarsak, sağlık çalışanları olarak hemşireler hastalarla doğrudan temas halindedirler ve bu nedenle hasta bakımını geliştirmek ve tıbbi hataları önlemek için benzersiz bir konumdadırlar (Banakhar, 2014).

Leape ve arkadaşları (1995), yaptıkları çalışmada hemşirelerin, hataların yarısını hastaya ulaşmadan tespit edip önlediklerini tespit etmiştir. Rothschild ve arkadaşları (2005) tarafından yürütülen bir çalışmada ise hemşirelerin, hataların %36'sını tıbbi hata meydana gelmeden keşfettiği ve önlediği sonucuna ulaşılmıştır. Çırpı ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin %66,9'unun hasta güvenliği uygulamalarındaki rollerini, hasta güvenliğine ait riskleri belirleyen, önlemeye yönelik uygulamalarını planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyoneli olarak belirtmişlerdir. Rogers ve arkadaşları (2008), hataların önlenmesinde hemşirelerin rolünü araştırdıkları çalışmada hemşirelerin hastaya ulaşmadan önce birçok hatayı yakalayabildiklerini aynı zamanda başka hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının yaptıkları hataları keşfetme ve önleme konusunda da özellikle etkili olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Gafney ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmada hemşirelerin, tıbbi hataların belirlenmesi, önlenmesi ve düzeltilmesinde benzersiz ancak görünmez bir rol oynadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında her ne kadar kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılmış olsa da hemşirelerin tıbbi hataları önlemede ve düzeltilmesinde hayati bir rolü olduğu görülmektedir (Rogers vd. 2008).

3.9. Presenteizm ve Hemşirelikte Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Arasındaki İlişkiler

Sağlık kurumlarında sergilenen presenteizm davranışı, hasta güvenliği, bakım kalitesi ve tıbbi hatalar ile ilgili riskler hakkında önemli soruları gündeme getirir. Özellikle uluslararası literatürde gerçekleştirilen ve sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı tarafından raporlanan presenteizm davranışlarının çokluğu, söz konusu konuya eğilmeyi zaruri hale getirmektedir (Kaldjian vd. 2019).

Sağlık kurumlarında presenteizm sadece işin kalitesini etkilemekle kalmaz bunun yanı sıra hastaları, meslektaşları ve ziyaretçileri de risk altına sokar. Sağlık çalışanları arasında hemşireler, hastalara doğrudan bakım sağlayan en büyük gruptur. Bu nedenle hemşirelerin, yüksek oranda presenteizm davranışı göstermeleri, hem hasta güvenliğini hem de sunulan sağlık hizmetinin kalitesini büyük oranda tehlikeye atmaktadır. Başka bir deyişle, presenteizm davranışı sergileyen hemşireler hasta güvenliğinden ödün vererek tıbbi hata yapma eğilimlerini artırırlar (Brborović ve Brborović, 2017: Minjunk ve Einsuk, 2017).

Hemşireleri presenteizm davranışı sergilemeye iten birçok faktör vardır. Bu faktörler yalnızca bireysel sebepler ile ilgili değildir, ancak hastanın refahı ile bağlantılıdır. Bu nedenle, presenteizmle mücadele ihmal edilirse, kuruluşun üretkenliğinde ve hemşirelik bakımının kalitesinde düşüşe neden olabilir ve tıbbi kazalara yol açabilir (Minjunk ve Einsuk, 2017).

Aşağıda (Tablo 2) hemşirelikte presenteizm ve tıbbi hatalar ile ilgili yapılmış bazı çalışmalara yer verilmiştir.

Tablo 2: Hemşirelikte Presenteizm ve Hasta Güvenliği/ Tıbbi Hata Konusunda Yapılmış Bazı Çalışmalar

Yazar/Yayın Yılı	Evren/ Örneklem	İlişki/Etki
Gartner vd., 2010	Hemşire	Presenteizm ile genel hatalar, ilaç hataları, hataya ramak kalma, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğunu yani presenteizm arttıkça tıbbi hataların arttığı ve hasta güvenliğinin olumsuz olarak etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.
Letvak vd., 2012	Hemşire	Presenteizmin, daha yüksek sayıda hasta düşmesi, daha fazla sayıda ilaç hatası ve daha düşük bakım kalitesi puanları, dolayısıyla yüksek oranlarda tıbbi hatalar ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu sonucuna ulaşılmıştır.
Brborović vd., 2014	Hemşire	Presenteizmin ile hasta güvenliği ve tıbbi hatalar arasında bir ilişki bulunamamıştır.
Nuhait vd., 2017	Doktorlar, Hemşireler, Diş Hekimleri, Eczacılar ve Diğer Sağlık Çalışanları	Çalışmaya katılan 279 sağlık çalışanının büyük çoğunluğu (%91) presenteizm davranışı sergilediklerinde, hastaları riske maruz bıraktığını belirttikleri sonucuna ulaşılmıştır.
Brborović ve Brborović, 2017	Doktor ve Hemşire	Presenteizm daha düşük hasta güvenliği ve daha fazla hata yerine daha yüksek hasta güvenliği ve daha az hata ile ilişkilendirilmiştir.
Rainbow vd., 2019	Hemşire	Presenteizmin hasta güvenliği / tıbbi hatalar için negatif yönde arabulucu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Rainbow, 2019	Hemşire	Presenteizmin hasta bakımı, hasta güvenliği ve tıbbi uygulama sonuçları üzerinde olumsuz sonuçları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Zanon vd. 2021	Sağlık Çalışanları (Hemşire, Doktor, Eczacı, Sağlık Teknisyenleri)	Çalışma sonucunda presenteizm ile güvenlik kültürü arasında ilişkiler bulunmuştur. Bazı sağlık çalışanları presenteizm davranışı sergilediklerinde güvenlik kültürünün olumsuz etkilendiğini düşündüklerini ifade ederken, sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun ise hastayken çalıştıklarında dahi hasta güvenliğini tehlikeye atmadıklarını düşündüklerini ifade etmiştir.

4. PRESENTEİZM İLE TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

4.1. Yöntem

4.1.1. Araştırmanın Tipi

Presenteizm davranışları ile tıbbi hata yapma arasındaki ilişkilerin belirlenmesini amaçlayan bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel türde bir alan çalışmasıdır.

4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Sınırlılıklar

Bu çalışma Sivas Numune Hastanesinde yapılmıştır. 1913 yılında temeli atılmış olan Sivas Numune Hastanesi ek binaları ile birlikte 3 ayrı yerleşkede 905 yatak ile hizmet vermeye devam etmektedir.

Araştırma 15 Ekim 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar (n=288) ile sınırlıdır. Diğer bir ifadeyle araştırma bulguları ve sonuçları sadece bir kamu hastanesinden elde edilen verilerle sınırlı olduğundan genelleştirilemez.

4.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Ekim 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi'nde çalışmakta olan 664 hemşire oluşturmuştur. Örneklem bulunurken aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$
$$= \frac{664 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)}{(0,05)^2 \cdot (664 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)} = \frac{637,7056}{2,6179} = 243,594 \cong 244$$

Kullanılan formül sonucu araştırmanın örneklemi 244 katılımcının oluşturması yeterli görülmüştür. Bununla birlikte araştırmanın örneklemi söz konusu tarihler arasında hastanede çalışmakta olup araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 288 hemşire oluşturmuştur. Örneklem sayısı evrenin % 43,37'sini oluşturmaktadır.

Veriler basit tesadüfi örnekleme yoluyla toplanmıştır. Verilerin hedef kitlesinin yoğun çalışma temposuyla çalışan hemşireler olması, tıbbi hata konusunun hemşireler arasında hassas bir konu olması ve çalışmanın gönüllülük esasında olması nedeniyle anketi cevaplamaya gönüllü 288 kişiye ulaşılmıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında hastanede çalışmakta olan 288 hemşire oluşturmuştur.

4.1.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak 3 bölümden oluşan anketten faydalanılmıştır (Ek-1). Bu ankette; Kişisel Bilgi Formu, Standford Presenteizm Ölçeği (SPS 6) ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği (THEÖ) yer almaktadır. Katılımcılara anketler dağıtılmadan önce çalışma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiştir.

4.1.4.1 Kişisel Bilgi Formu

Bu form araştırmada yer alan hemşirelerin; cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu gibi sosyo-demografik bilgileri belirleyici sorulardan ve meslekte toplam çalışma yılı, kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz gibi işe ilişkin faktörlerin sorgulandığı toplam 6 sorudan oluşmuştur.

4.1.4.2. Presenteizm Ölçeği

Koopman vd. (2002)'nin geliştirdiği ve Coşkun (2012) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan "Standford Presenteizm Ölçeği (SPS 6)", işi tamamlama ve işe yoğunlaşamama alt boyutları ile toplam 2 boyut olarak ele alınmıştır. Presenteizmi ölçebilmek adına kullanılan bu ölçekte, Koopman vd. (2008); işi tamamlama ile ilgili 3 (S1, S2, 23), işe yoğunlaşamama ile ilgili 3 ifade (S4, S5, S6) olmak üzere toplam 6 ifadeye yer vermiştir. Ölçekteki 3 adet olumsuz madde (S4, S5, S6) ters skorlanmıştır. Presenteizm ölçeği; Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5), şeklinde beşli likert tipli ölçek şeklinde derecelendirilmiştir. Yüksek puanlar yüksek düzeyde presenteizm düzeyine işaret etmektedir.

Koopman ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında presenteizm ölçeğinin güvenilirliği 0,80 olarak hesaplanmıştır. Coşkun (2012) , Presenteizm ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,77 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda ise ölçeğin güvenilirlik değeri 0,845 olarak belirlenmiştir.

4.1.4.3. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği

Ölçek, hemşirelerde tıbbi hataya eğilimi ölçmek amacıyla Özata ve Altunkan (2010) tarafından geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları (18 madde), Hastane Enfeksiyonları (12 madde), Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği (9 madde), Düşmeler (5 madde), İletişim (5madde) olmak üzere 5 alt boyut, 49 madde ve her madde 5’li likertten oluşmaktadır. Katılımcıların kendine uygun olan şıkları işaretlemesi istenen ölçekte puanlar, 1-hiç, 2-çok nadir, 3-zaman zaman, 4-genellikle ve 5-her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Değerlendirme yapılırken her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.954 olarak bulunmuştur (Özata ve Altunkan 2010). Çalışmamızda ise ölçeğin güvenilirlik değeri 0,941 olarak belirlenmiştir.

Çalışma öncesinde “Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği”nin kullanımı için Musa Özata'dan ve “Presenteizm Ölçeği” için Özlem Coşkun’dan izin alınmıştır (Ek-2).

Araştırmada kullanılan Presenteizm ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimi ölçeklerinin normallik testi bulguları aşağıdaki gibidir.

Tablo 3: Ölçeklere İlişkin Normallik Testi Bulguları

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Presenteizm	0,131	288	0,000	0,973	288	0,000
Tıbbi Hata Yapma Eğilimi	0,150	288	0,000	0,851	288	0,000

4.1.5. Verilerin Toplanması ve Uygulanması

Anket uygulama öncesi katılımcılara gerekli açıklamalar yapılarak katılımın gönüllülük esasına dayalı olarak ve yüzyüze gerçekleşeceği açıklanmıştır. Veri toplama süreci 15 Ekim 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

4.1.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Ölçeklere ilişkin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri uygulanmış ve ölçeklerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle Sosyo-demografik özelliklere göre farklılık analizleri olarak parametrik olmayan testler(Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi), anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi için Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Ayrıca araştırmada Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.1.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (Ek-3) ve Sivas Numune Hastanesi'nden (Ek-4) onay alınmıştır.

Çalışanlara, araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, bu çalışmadan toplanılacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir.

4.2. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırmasında uygulanan anketlerin geri dönüşü neticesinde elde edilen veriler ışığında hemşirelerin demografik özellikleri ve ölçeklere verilen cevaplarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirleyebilmek amacıyla hemşirelere ilgili sorular yöneltilmiş ve yanıtlara ilişkin yapılan frekans analizi neticesinde belirlenen tanımlayıcı istatistikler aşağıda verilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Kategoriler	Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	224	77,8
	Erkek	64	22,2
Medeni Durum	Bekâr	114	39,6
	Evli	174	60,4
Yaş	30 ve altı	184	63,9
	31 ve üzeri	104	36,1
Eğitim düzeyi	Lise	21	7,3
	Ön Lisans	37	12,8
	Lisans	185	64,2
	Yüksek Lisans	45	15,6
Meslekte çalışma süresi	1 yıldan az	27	9,4
	1-5 yıl	106	36,8
	6-10 yıl	99	34,4
	11 yıl ve üzeri	56	19,4
Kurumda çalışma süresi	1 yıldan az	42	14,6
	1-5 yıl	140	48,6
	6-10 yıl	74	25,7
	11 yıl ve üzeri	32	11,1
Toplam		288	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde Sivas Numune Hastanesinde çalışan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan hemşire sayısının 288 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %77,8 (224)'i kadın, %22,2 (64)'si erkektir. Katılımcıların %39,6 (114)'sı bekâr, %60,4 (174)'ü evlidir. Katılımcıların %63,9 (184)'u 30 ve altı, %36,1 (104)'i 31 ve üzeri yaşlarındadır. Katılımcıların eğitim düzeyleri %7,3 (21) lise, %12,8 (37) ön lisans, %64,2 (185) lisans, %15,6 (45) ise yüksek lisans olarak bulunmuştur. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri %9,4 (27)'ü 1 yıldan az, %36,8 (106)'i 1-5 yıl arası, %34,4 (99)'ü 6-10 yıl arası, %14,6 (42)'si ise 11 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur. Katılımcıların çalışmakta oldukları kurumda çalışma süreleri ise %14,6 (42)'si 1 yıldan az, %48,6 (140)'sı 1-5 yıl arası, %25,7 (74)'si 6-10 yıl arası, %11,1 (32)'i ise 11 yıl ve üzeri olarak bulunmuştur.

Toplanan verilere bakıldığında araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun %77,8 ile kadın, %60,4 ile evli, %63,9 ile 30 ve 30'dan daha küçük yaşta, % 64,2 ile lisans mezunu, %36,8 ile 1-5 yıl arasında hemşirelik mesleğini yaptığı ve %48,6 ile 1-5 yıl arasında mevcut kurumda çalıştığı söylenebilir.

4.2.2. Presenteizm Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 5’de araştırmaya katılan hemşirelerin presenteizm davranışlarına yönelik algılamalarını belirlemeye yönelik bulgular yer almaktadır.



Tablo 5: Presenteizm Davranışları Tanımlayıcı İstatistikler (n=288)

	Presenteizm Ölçeği Soruları	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
		f	%	F	%	F	%	F	%	F	%				
1	Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen görevlerimi yerine getirebilirim.	22	7,6	31	10,8	59	20,5	122	42,4	54	18,8	1,00	5,00	3,53	1,14
2	Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen görevlerimi yerine getirmeye odaklanabilirim.	18	6,3	36	12,5	58	20,1	131	45,5	45	15,6	1,00	5,00	3,51	1,09
3	Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen tüm işlerimi tamamlayabilecek kadar kendimi enerjik hissederim.	29	10,1	53	18,4	107	37,2	76	26,4	23	8,0	1,00	5,00	3,03	1,08
4	Eğer hastalanırsam, iş stresiyle başa çıkmakta zorlanırım.	31	10,8	95	33,0	83	28,8	63	21,9	16	5,6	1,00	5,00	2,78	1,07
5	Eğer hastalanırsam, işimi yapmaktan zevk almam.	48	16,7	89	30,9	75	26,0	48	16,7	28	9,7	1,0	5,0	2,71	1,20
6	Eğer hastalanırsam, görevimi tamamlama konusunda umutsuzluğa kapılabilirim.	28	9,7	69	24,0	78	27,1	77	26,7	36	12,5	1,00	5,00	3,08	1,18
	Standfort Presenteizm Ölçeği Yüzdeleri (Genel)	0	0	5	1,7	101	35,1	164	56,9	18	6,3	1,50	4,50	3,25	0,482

Tablo 5’de hemşirelerin presentiezm ölçeğinin geneline ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde, %56,9’unun katılıyorum ve %6,3’ünün tamamen katılıyorum seçeneklerini işaretlediğı görölmektedir. Buna göre hemşirelerin toplamda % 63,2 oranında presenteizm davranışları gösterdikleri söylenebilir.

Presenteizm sorularına verilen cevapların ortalamaları incelendiğinde ise, en yüksek ortalamaya sahip ifadenin 3,53 puan ile “Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen görevlerimi yerine getirebilirim.” ifadesi, en düşük ortalamaya sahip ifadenin ise 2,71 puan ile “Eğer hastalanırsam, işimi yapmaktan zevk almam.” ifadesinin olduğı görölmektedir.

Bu ifadelerin genel ortalaması ise 3,25 olarak bulunmuştur. Presenteizm davranışları ortalaması 3,25 olarak saptanmıştır.

4.2.3. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Algısına İlişkin Bulgular

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğı’nin beş alt boyutunda yer alan tüm maddelerin puan dağılımları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları
Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)

İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
1.İlaci doğru hastaya yaptığima emin olurum.	Genellikle Her Zaman 13 275	4,5 95,5	4,00	5,00	4,95	0,20
2.Hastaya doğru ilaci yaptığima emin olurum.	Genellikle Her Zaman 16 272	5,6 94,4	4,00	5,00	4,94	0,22
3.İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	Hiç Çok Nadir Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 1 1 12 59 215	,3 ,3 4,2 20,5 74,7	1,00	5,00	4,68	0,60
4. Okunus ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 4 42 242	1,4 14,6 84,0	3,00	5,00	4,82	0,41
5.İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 3 20 265	1,0 6,9 92,0	3,00	5,00	4,90	0,32
6.İlaç/ilac etkileşimine dikkat ederim.	Çok Nadir Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 1 8 43 236	0,3 2,8 14,9 81,9	2,00	5,00	4,78	0,49
7. İlacın hazırlanması ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 5 47 236	1,7 16,3 81,9	3,00	5,00	4,80	0,44
8. İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 2 32 254	0,7 11,1 88,2	3,00	5,00	4,87	0,35
9. IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 1 17 270	0,3 5,9 93,8	3,00	5,00	4,93	0,26
10. İlacların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	Çok Nadir Zaman Zaman Genellikle Her Zaman 4 19 86 179	1,4 6,6 29,9 62,2	2,00	5,00	4,52	0,68

Tablo 6. Devam

11. İlac yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	Çok Nadir Zaman	2	0,7	2,00	5,00	4,54	0,60
	Zaman	11	3,8				
	Genellikle Her Zaman	104	36,1				
		171	59,4				
12. İlacların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	Çok Nadir Zaman	1	0,3	2,00	5,00	4,62	0,54
	Zaman	6	2,1				
	Genellikle Her Zaman	94	32,6				
		187	64,9				
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	Zaman	3	1,0	3,00	5,00	4,87	0,35
	Zaman	29	10,1				
	Genellikle Her Zaman	256	88,9				
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	Zaman	1	0,3	3,00	5,00	4,87	0,33
	Zaman	33	11,5				
	Genellikle Her Zaman	254	88,2				
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	Zaman	2	0,7	3,00	5,00	4,86	0,35
	Zaman	34	11,8				
	Genellikle Her Zaman	252	87,5				
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	Zaman	2	0,7	3,00	5,00	4,90	0,31
	Zaman	23	8,0				
	Genellikle Her Zaman	263	91,3				
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	Zaman	2	0,7	3,00	5,00	4,90	0,31
	Zaman	24	8,3				
	Genellikle Her Zaman	262	91,0				
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.	Hiç	1	0,3	1,00	5,00	4,77	0,52
	Çok Nadir Zaman	2	0,7				
	Zaman	3	1,0				
	Zaman	48	16,7				
	Genellikle Her Zaman	234	81,3				

Tablo 6’da araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim Ölçeğinin İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları alt boyutunda bulunan 18 maddenin frekansları ve puanları incelenmiştir. Frekans dağılımları incelendiğinde tüm maddelerde “genellikle ve her zaman” seçeneklerinin yüzde oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Maddelere ilişkin ortalamalar incelendiğinde ise en yüksek puanının “İlacı doğru hastaya yaptığımı emin olurum” ($4,95 \pm 0,20$) maddesinde, en düşük puanın ise “İlaçların yan

etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” ($4,52 \pm 0,68$) maddesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 1. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hastane Enfeksiyonları Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)

Hastane Enfeksiyonları		F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
19.Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepti kurallarına dikkat ederim.	Zaman	2	0,7				
	Zaman						
	Genellikle	44	15,3	3,00	5,00	4,83	0,39
20. IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	Her Zaman	242	84,0				
	Hiç	1	0,3				
	Zaman	6	2,1	1,00	5,00	4,79	0,49
21. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	Zaman	44	15,3				
	Genellikle	237	82,3				
	Her Zaman	1	0,3				
22.İnfüze edilen sıvıların hazırlanması ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	Hiç	1	0,3				
	Çok Nadir	1	0,3				
	Zaman	14	4,9	1,00	5,00	4,71	0,60
23.İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak/delik yönünden kontrol ederim.	Zaman	47	16,3				
	Genellikle	225	78,1				
	Her Zaman						
24.Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	Zaman	6	2,1				
	Zaman						
	Genellikle	40	13,9	3,00	5,00	4,81	0,43
25.Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	Her Zaman	242	84,0				
	Zaman	5	1,7				
	Zaman						
26.Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	Genellikle	43	14,9	3,00	5,00	4,81	0,43
	Her Zaman	240	83,3				
	Hiç	1	0,3				
27.Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	Zaman	9	3,1	1,00	5,00	4,79	0,51
	Zaman						
	Genellikle	37	12,8				
28. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	Her Zaman	241	83,7				
	Çok Nadir	1	0,3				
	Zaman	2	0,7	2,00	5,00	4,82	0,42
29. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	Zaman	44	15,3				
	Genellikle	241	83,7				
	Her Zaman						
30. Malzemelerin güvensizliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	Zaman	6	2,1	3,00	5,00	4,73	0,48
	Zaman						
	Genellikle	63	21,9				
	Her Zaman	219	76,0				
	Hiç	1	0,3				
	Zaman	3	1,0	1,00	5,00	4,80	0,47
	Zaman						
	Genellikle	47	16,3				
	Her Zaman	237	82,3				
	Zaman	6	2,1	3,00	5,00	4,69	0,50
	Zaman						
	Genellikle	77	26,7				
	Her Zaman	205	71,2				
	Zaman	3	1,0	3,00	5,00	4,86	0,36
	Zaman						
	Genellikle	32	11,1				
	Her Zaman	253	87,8				
	Zaman	3	1,0	3,00	5,00	4,84	0,39
	Zaman						
	Genellikle	40	13,9				
	Her Zaman	245	85,1				

Tablo 7’de araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim Ölçeğinin Hastane Enfeksiyonları alt boyutunda bulunan 12 maddenin frekansları ve puanları

incelenmiştir. Frekans dağılımları incelendiğinde tüm maddelerde “genellikle ve her zaman” seçeneklerinin yüzde oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Maddelere ilişkin ortalamalar incelendiğinde ise en yüksek puanın “Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.” maddesinde ($4,86 \pm 0,36$), en düşük puanın ise “ yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim” maddesinde ($4,69 \pm 0,0,50$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).



Tablo 8. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)

Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği		F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
31.Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	Zaman	7	2,4				
	Zaman						
	Genellikle	57	19,8	3,00	5,00	4,75	0,48
	Her Zaman	224	77,8				
32.Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibini yaparım.	Hiç	1	0,3				
	Çok Nadir	2	0,7				
	Zaman	9	3,1	1,00	5,00	4,71	0,59
	Zaman						
33. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	Genellikle	53	18,4				
	Her Zaman	223	77,4				
	Zaman	6	2,1				
	Zaman						
34. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim.	Genellikle	95	33,0	3,00	5,00	4,62	0,52
	Her Zaman	187	64,9				
	Hiç	1	0,3				
	Zaman	4	1,4	1,00	5,00	4,75	0,50
35. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	Genellikle	58	20,1				
	Her Zaman	225	78,1				
	Hiç	1	0,3				
	Zaman	1	0,3	1,00	5,00	4,75	0,48
36. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	Genellikle	66	22,9				
	Her Zaman	220	76,4				
	Hiç	3	1,0				
	Çok Nadir	5	1,7				
37. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	Zaman	19	6,6	1,00	5,00	4,40	0,77
	Zaman						
	Genellikle	107	37,2				
	Her Zaman	154	53,5				
38. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	Hiç	4	1,4				
	Çok Nadir	3	1,0				
	Zaman	21	7,3	1,00	5,00	4,39	0,78
	Zaman						
39. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	Genellikle	106	36,8				
	Her Zaman	154	53,5				
	Zaman	15	5,2				
	Zaman						
	Genellikle	104	36,1	3,00	5,00	4,53	0,59
	Her Zaman	169	58,7				
	Hiç	1	0,3				
	Çok Nadir	2	0,7				
	Zaman	20	6,9	1,00	5,00	4,47	0,68
	Zaman						
	Genellikle	102	35,4				
	Her Zaman	163	56,6				

Tablo 8’de araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim Ölçeğinin Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği alt boyutunda bulunan 9 maddenin frekansları ve puanları incelenmiştir. Frekans dağılımları incelendiğinde tüm maddelerde “genellikle ve her zaman” seçeneklerinin yüzde oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Maddelere ilişkin ortalamalar incelendiğinde; “Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım”, “Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydederim”, “Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim” maddeleri en yüksek puanı (4,75) alırken; en düşük puanın “Serviste tüm cihazların çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” maddesinde ($4,39 \pm 0,78$) olduğu belirlenmiştir. (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Düşmeler Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)

Düşmeler		F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
40. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm.	Çok Nadir	1	0,3	2,00	5,00	4,52	0,60
	Zaman Zaman	14	4,9				
	Genellikle	105	36,5				
	Her Zaman	168	58,3				
41. Hasta ilk kez ayaga kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım.	Çok Nadir	2	0,7	2,00	5,00	4,40	0,70
	Zaman Zaman	30	10,4				
	Genellikle	104	36,1				
	Her Zaman	152	52,8				
42. Hasta için gerekli olan arac/gereçlerin hasta yatagına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	Çok Nadir	3	1,0	2,00	5,00	4,45	0,68
	Zaman Zaman	23	8,0				
	Genellikle	102	35,4				
	Her Zaman	160	55,6				
43. Yatak kenarlarında parmaklıkların-sinirleyicilerin olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	Çok Nadir	2	0,7	2,00	5,00	4,57	0,63
	Zaman Zaman	17	5,9				
	Genellikle	83	28,8				
	Her Zaman	186	64,6				
44. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	Zaman Zaman	8	2,8	3,00	5,00	4,77	0,48
	Genellikle	50	17,4				
	Her Zaman	230	79,9				

Tablo 9’da araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim Ölçeğinin Düşmeler alt boyutunda bulunan 5 maddenin frekansları ve puanları incelenmiştir. Frekans dağılımları incelendiğinde tüm maddelerde “genellikle ve her zaman” seçeneklerinin yüzde oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Maddeler arasında “Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım” maddesinin ($4,84 \pm 0,38$) en yüksek; “Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım” maddesinin ise en düşük puanı ($4,40 \pm 0,70$) aldığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği İletişim Alt Boyutundaki Maddelerin Frekans ve Puan Dağılımları (n=288)

İletişim		F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. sapma
45. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	Çok Nadir	1	0,3	2,00	5,00	4,66	0,53
	Zaman Zaman	6	2,1				
	Genellikle	81	28,1				
	Her Zaman	200	69,4				
46. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.	Zaman Zaman	6	2,1	3,00	5,00	4,79	0,45
	Genellikle	46	16,0				
	Her Zaman	236	81,9				
47. Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.	Hiç	2	0,7	1,00	5,00	4,73	0,61
	Çok Nadir	3	1,0				
	Zaman Zaman	5	1,7				
	Genellikle	49	17,0				
	Her Zaman	229	79,5				
48. Serviste çift order(doktor istemi-hemşire gözlem formu) kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	Hiç	1	0,3	1,00	5,00	4,74	0,56
	Çok Nadir	2	0,7				
	Zaman Zaman	7	2,4				
	Genellikle	50	17,4				
	Her Zaman	228	79,2				
49. Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım.	Zaman Zaman	3	1,0	3,00	5,00	4,76	0,45
	Genellikle	63	21,9				
	Her Zaman	222	77,1				

Tablo 10’da araştırmaya katılan hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim Ölçeğinin İletişim alt boyutunda bulunan 5 maddenin frekansları ve puanları incelenmiştir. Frekans dağılımları incelendiğinde tüm maddelerde “genellikle ve her zaman” seçeneklerinin yüzde oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

İletişim alt boyutunda en yüksek puanı “Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulatırım” ($4,76 \pm 0,45$) maddesi alırken; en düşük puanın ise “Hastanın

bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim” ($4,66 \pm 0,53$) maddesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 2. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geneline ve Boyutlarına İlişkin Verilen Cevapların Frekans Dağılımları (n=288)

		F	%	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. sapma
İlaç ve Transfüzyon	Genellikle	8	2,8	3,72	5,00	4,8123	0,25570
	Her zaman	280	97,2				
Düşmeler	Zaman zaman	1	0,3	3,00	5,00	4,7951	0,35707
	Genellikle	21	7,3				
	Her zaman	266	92,4				
Hastane Enfeksiyonları	Genellikle	13	4,5	3,42	5,00	4,7639	0,29596
	Her zaman	275	95,5				
İletişim	Zaman zaman	3	1,0	2,80	5,00	4,4674	0,51383
	Genellikle	75	26,0				
	Her zaman	210	72,9				
Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği	Genellikle	28	9,7	3,22	5,00	4,6570	0,37784
	Her zaman	260	90,3				
Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (Genel)	Genellikle	8	2,8	3,63	5,00	4,7350	0,26081
	Her zaman	280	97,2				

Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği’nde, alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Tablo 11’de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (genel) yüzdesi oldukça yüksek (herzaman düzeyi % 97,2) çıktığından ve tüm boyutlar incelendiğinde, genel olarak hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte hemşirelerin ölçekteki boyutlardan, her zaman seçenkları arasında en yüksek olanlar sırasıyla, İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları %97,2, Hastane Enfeksiyonları %95,5 ve düşmeler % 92,4 tıbbi hata yapmaya eğiliminin daha düşük olduğu, diğer bir ifadeyle bu boyutlara hemşirelerin daha fazla önem verdikleri söylenebilir.

Hemşirelerin ölçekteki boyutlardan sırasıyla, hata izleme %90,3 ve iletişim % 72,9 olarak diğer boyutlardan daha düşük bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin iletişim ve ikinci olarak da hata izleme boyutları açısından tıbbi hata yapmaya eğiliminin biraz daha yüksek

olduğu söylenebilir. Özellikle de iletişim boyutunun yüzdesinin oldukça düşük olduğundan, iletişim açısından tıbbi hataların artabileceği söylenebilir.

Tablo 11 incelendiğinde; en yüksek puanı alan 3 maddenin sırasıyla, “İlacı doğru hastaya yaptığımı emin olurum” (4,95), “Hastaya doğru ilacı yaptığımı emin olurum.” (4,94), “IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim” (4,93) maddeleri olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında hemşirelerin en yüksek puanı “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” (%97,2) alt boyutundan almış oldukları söylenebilir.

En düşük puanı alan 3 maddenin ise sırasıyla, “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” (4,39), “Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım” (4,40), “Hasta ilk kez ayağa kalktığında gerekli destek ve yardımı sağlarım” (4,40) maddeleri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12’de hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin 4,73 puan aldığı belirlenmiştir. Ölçekteki yüksek puanlar tıbbi hata yapmaya eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Buna göre hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğiliminin oldukça düşük olduğu söylenebilir.

4.2.4. Presenteizm Davranışlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Farklılık Analizleri

Tablo 12. Presenteizm ile Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki

		Ortalama	Z	P
Cinsiyet	Kadın	3,2693	-0,787	0,431
	Erkek	3,1875		
Medeni durum	Bekâr	3,1784	-2,156	0,031*
	Evli	3,2989		
Yaş	30 ve az	3,2554	-0,804	0,421
	31 ve fazla	3,2436		

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerine göre presenteizm algısı düzeylerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır (Tablo 12).

Analizler incelendiğinde cinsiyet ve yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Medeni durum değişkenine göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Katılımcılardan evli olanlarda presenteizm davranışlarının daha yüksek olduğu ($\bar{X} = 43,29$) belirlenmiştir.

Tablo 13. Presenteizm ile Eğitim, Meslekte Çalışma ve Kurumda Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişki

		Ortalama	Std. Sapma	X²	P
Eğitim Durumu	Lise	3,1905	0,48099	1,514	0,679
	ÖnLisans	3,2838	0,59429		
	Lisans	3,2477	0,45081		
	YüksekLisans	3,2667	0,52392		
Meslekte çalışma	1 yıldan az	3,1235	0,49913	4,058	0,255
	1-5 yıl	3,2956	0,55506		
	6-10 yıl	3,2542	0,40987		
	11 ve üzeri	3,2232	0,44640		
Kurumda çalışma	1 yıldan az	3,1230	0,47292	4,300	0,231
	1-5 yıl	3,2952	0,54323		
	6-10 yıl	3,2477	0,36623		
	11 ve üzeri	3,2344	0,43965		

Katılımcıların eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre presenteizm algı düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır (Tablo 13).

Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre presenteizm düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

4.2.5. Tıbbi Hata Yapma Eğiliminin Sosyo-demografik Özelliklere Göre Farklılık Analizleri

Tablo 14. Tıbbi Hata ve Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaş İlişkisi

		Ortalama	Z	P
Cinsiyet	Kadın	4,7311	-0,819	0,413
	Erkek	4,7484		
Medeni durum	Bekar	4,6951	-1,730	0,084
	Evli	4,7611		
Yaş	30 ve az	4,6961	-3,373	0,001*
	31 ve fazla	4,8038		

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerine göre tıbbi hata yapma eğilimi düzeylerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır (Tablo 14).

Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaş değişkeni açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcılardan yaşı 31 ve daha fazla olanların tıbbi hata eğilim düzeylerinin ortalama düzeyleri ($\bar{X}=4,89$) daha yüksek bulunmuştur. Buna göre bu yaş grubunda tıbbi hata eğilimi puanları daha yüksek olduğundan, diğer yaş grubuna göre tıbbi hataya eğilimin daha düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 15. Tıbbi Hata Yapma Eğilimi İle Eğitim, Meslekte Çalışma ve Kurumda Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişki

		Ortalama	Std. Sapma	X ²	P
Eğitim durumu	Lise	4,60	0,26	8,800	0,032*
	ÖnLisans	4,76	0,22		
	Lisans	4,73	0,27		
	YüksekLisans	4,79	0,22		
Meslekte çalışma süresi	1 yıldan az	4,61	0,31	16,897	0,001*
	1-5 yıl	4,69	0,26		
	6-10 yıl	4,78	0,23		
	11 ve üzeri	4,78	0,23		
Kurumda çalışma süresi	1 yıldan az	4,64	0,29	17,256	0,001*
	1-5 yıl	4,72	0,26		
	6-10 yıl	4,76	0,25		
	11 ve üzeri	4,87	0,12		

Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre tıbbi hata yapma eğilim düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır (Tablo 15).

Hemşirelerin eğitim durumu, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre tıbbi hata eğilimleri düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim durumu açısından katılımcıların lise mezunlarında ($\bar{X}=4,60$) diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.

Meslekte çalışma süresi açısından katılımcıların meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ($\bar{X}=4,61$) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir.

Kurumda çalışma süresi açısından katılımcıların 11 yıl ve üzeri kurumda çalışanların, Tamhane's T2 testi sonuçlarına göre diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16. Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7
1.İlaç ve Transfüzyon	1,000						
2.Düşmeler	0,567**	1,000					
3.Hastane Enfeksiyonları	0,531**	0,598**	1,000				
4.İletişim	0,444**	0,494**	0,614**	1,000			
5.Hasta İzleme ve Malzeme Güvenliği	0,306**	0,296**	0,455**	0,587**	1,000		
6.Tıbbi Hata Yapma Eğilimi (Genel)	0,708**	0,674**	0,818**	0,823**	0,708**	1,000	
7.Presenteizm	-0,035	0,029	0,078	-0,003	0,089	0,072	1,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). Spearman's rho

Korelasyon analizi bulgularına göre tıbbi hata yapma eğilimi boyutlarının genel olarak kendi içinde ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak presenteizm ile tıbbi hata yapma eğilimi ve tıbbi hata yapma eğiliminin tüm boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır.

Buna göre presenteizmdeki artışın tıbbi hata yapma eğiliminde bir artışa neden olmadığı söylenebilir (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

Günümüzde, diğer kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da en önemli kaynağın insan kaynağı olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte sağlık kurumları yüksek kaliteli hasta bakımı sağlama konusunda büyük bir baskı altındadır. Sağlık kurumlarındaki başlıca sağlık çalışanları olarak hemşireler ise bu çaba için çok önemlidir (Letvak vd. 2012). Hemşirelik mesleği, çalışma koşulları zorlayıcı bir meslektir. (Demir-Zencirci, 2010). Bunun yanı sıra sağlık çalışanları hastaların sağlıklarına büyük özen göstermelerine rağmen, genellikle kendi sağlıklarına yeterince özen göstermezler. Hemşirelerin optimalin altında bir sağlık durumunda çalışması ve hastayken işinin başında olması, sunulan bakımın kalitesini etkilemekle birlikte hastanede yatan hastaların yaklaşık yüzde 50'sini etkileyen kötü hasta güvenliğine ve tıbbi hatalara katkıda bulunmaktadır. Fiziksel ve ruhsal sağlık durumu optimalin altında olan hemşireler en iyi ihtimalle % 26 en kötü ihtimalle % 71 daha yüksek tıbbi hata yapma olasılığı ile karşılaşmaktadır. (Melnik vd. 2018).

Hemşirelik mesleğinde yaşanan presentizm hakkında çok şey bilinmemektedir. Bunula birlikte yapılmış olan kısıtlı çalışmaların sonuçlarına göre presentizmin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar üzerinde ciddi sonuçları olduğu ve hemşireler arasında diğer meslek gruplarına göre daha yaygın olarak yaşandığı bulunmuştur. Hemşirelikte presentizm özellikle önemlidir çünkü hemşirelerin yüksek kaliteli bakım sağlama kapasitesini azaltarak hastaları riske atar. Unutulmamalıdır ki hemşirelerin sergilediği presentizm davranışları ekonomiye, hastalara ve hemşirelerin kendilerine pahalıya mal olabilir (Aronsson vd. 2000; Freeling vd. 2020).

Bu çalışma, hemşirelerin presentizm davranışlarının tıbbi hata yapma eğilimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada sağlık sektörü için önemli bir kavram olan tıbbi hata ile presentizm kavramı etkileşimi incelenmiştir. Bu amaçla Sivas Numune Hastanesi'nde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 288 hemşireden veriler toplanmıştır. Ulusal literatürde presentizm ile tıbbi hata yapma eğilimi arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1. Hemşirelerin Presenteizm Davranışlarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Presenteizm davranışlarının genel ortalaması 3,25 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin presentiezm ölçeğinin geneline ilişkin verilen cevaplar incelendiğinde, %56,9 katılıyorum ve %6,3 tamamen katılıyorum seçeneklerini işaretledikleri görülmektedir. Buna göre toplamda % 63,2 oranında presenteizm davranışları gösterdikleri söylenebilir (Tablo 3). Benzer olarak Arranson ve arkadaşları (2000), Letvak ve arkadaşları (2012) ve Shan ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmalarda, hemşirelerde presenteizm davranışının yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

H1: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H1 hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerine göre presenteizm algısı düzeylerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Analizler incelendiğinde cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu nedenle H1a ve H1c hipotezleri reddedilmiştir. Hemşirelerin presenteizm davranışları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık ($\bar{X} = 43,29$) saptanmış bu nedenle H1b hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 13).

Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre presenteizm algı düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır (Tablo 15). Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre presenteizm düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p < 0,05$). H1d, H1e ve H1f hipotezleri reddedilmiştir.

Aşağıda presenteizm davranışlarının sosyo demografik özelliklere göre farklılık sonuçlarına göre alt hipotezler ayrıntılı olarak incelenmiştir.

H1a: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.

H1a hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presenteizm davranışları ile cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatüre

bakıldığında kadınlarda eve ait sorumluluklardan dolayı daha fazla yorulma, yeteri kadar dinlenememe gibi nedenlerden presenteizmin daha fazla olması beklenmiştir. Fakat presenteizm ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sonuçlarına bakıldığında erkeklerin ve kadınların presenteizm düzeylerinin farklılığı konusunda henüz bir fikir birliğine varılamadığı görülmüştür. Araştırmamızda cinsiyet açısından sonuçların anlamlı bir farklılık göstermemesinin bir nedeni hemşirelerin çoğunluğunun kadınlardan oluşması olabilir.

Aronsson ve arkadaşları (2000) ve Kandemir (2014) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde presenteizm davranışı sergilediği sonucuna ulaşırken, Böckerman ve Laukkanen (2009) ve Chang ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışma sonucunda erkeklerin daha yüksek düzeyde presenteizm davranışı sergilediği sonucuna ulaşmıştır.

Martinez ve Ferreira (2012), Brborović (2014), Şahin (2015), Oruç (2015), Atilla (2017), Okcu (2017), Özdemir (2017), Erbaş (2017), Seçkin Ağırbaş (2018), Kılıç (2018), Uçar (2019), Ülkü (2019), Çağlar Çelebioğlu, (2019), Şahin (2019), Köprülü (2020), Yılmaz ve Günay (2020), Erkal (2020), Shan ve diğerleri (2021)'nin çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presenteizm ile cinsiyet arasından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H1b: Hemşirelerin presenteizm davranışları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.

H1b hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presenteizm davranışları ile medeni durumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ve evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla presenteizm sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Bunun nedeninin, ankete katkı sağlayan hemşirelerin işleri ile özel hayatları arasındaki dengeyi iyi kuramamalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu sonucun oluşmasına evli bireylerin ailesel sorumluluklarının bekâr bireylere göre daha fazla olması neden olabilir. Evli olan bireylerin eşleri ve çocuklarına karşı kendilerini sorumlu hissederek, işsiz kalma endişesiyle işe gitmesi ve odaklanma sorunları yaşamasına rağmen sorumlu olduğu görevleri tamamlamaya çalışması yüksek ihtimaldir. Farklı bir bakış açısıyla bakıldığında evli olan çalışanların ev ortamındaki sorumluluklarından kaçma isteğiyle ya da aile yaşantılarında birtakım sorunlar

yaşamları nedeniyle hastayken işe gitmeye daha meyilli olabilecekleri ifade edilmiştir (Özdemir, 2017).

Kandemir (2014), Bal (2014), Karagöz (2018), Moç (2018), Bölür (2018), Çağlar Çelebioğlu (2019), Ülkü (2019) ve Yılmaz (2019) yaptıkları çalışmada presentizm ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Seçkin Ağırbaş (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise dul/boşanmış bireylerin presentizm düzeylerinin evli ve bekar çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cocker ve diğerleri (2011), Coşkun (2012), Chang ve diğerleri (2015), Ertürk ve diğerleri (2017), Li ve diğerleri (2019), Kaplanseren (2019), Köprülü (2020)'nin çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presentizm ile medeni durum arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla presentizm sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H1c: Hemşirelerin presentizm davranışları ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.

H1c hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presentizm davranışları ile yaşları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İleri yaşlarda görülme sıklığı daha fazla olan kronik rahatsızlıklardan ve belli yaşın üzerinde yeni bir iş bulmanın daha zor olması gibi nedenlerden dolayı yaşlı bireylerin daha fazla presentizm davranışı göstermesi beklenmiştir. Fakat genel beklentiye ters düşen başka çalışmalar gibi bu çalışmada da yaş değişkeni açısından presentizm düzeyinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Kandemir (2014), yaptığı çalışma sonucunda daha genç yaş grubunda olan çalışanların orta yaştakilere göre daha fazla presentizm eğilimi gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Uğur (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların yaşları arttıkça daha fazla presentizm davranışı sergiledikleri bulunmuştur. Cankül (2017) yaptığı araştırma sonucunda, orta yaş düzeyindeki katılımcıların presentizm düzeylerinin genç ve ileri yaştaki katılımcılara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Seçkin Ağırbaş (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada presentizm ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan çalışmada 26-30 yaş grubundakilerin, 31 ve daha fazla yaşındakilere göre presentizm düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Baysal (2012), Bal (2014), Oruç (2015), Etyemez (2016), Erbaş (2017), Kılıç (2018), Karagöz (2018), Moç (2018), Çağlar Çelebioğlu (2019), Şahin (2019), Erkal (2020)'nin çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presentizm ile yaş arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H1d: Hemşirelerin presentizm davranışları ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.

H1d hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presentizm davranışları ile eğitim durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Atila (2017), yaptığı çalışma sonucunda presentizm ile eğitim durumu değişkesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim durumunda en yüksek ortalama puana sahip olan katılımcıların ön lisans düzeyindekiler olduğu bulunmuştur. Uğur (2017), yaptığı çalışma sonucunda eğitim ve öğretim seviyesi yükseldikçe presentizm durumunun azaldığını tespit etmiştir. Ağırbaş (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada presentizm ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Söz konusu çalışmada lisansüstü eğitimi almış olan katılımcıların presentizm düzeyi ortaöğretim, ön lisans ve lisans eğitimi alan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bölür (2018) ise yaptığı çalışma sonucunda ilkokul mezunu olan katılımcıların presentizm düzeyinin ön lisans, üniversite ve yüksek lisans mezunu olan katılımcılardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Balcı (2016), Erbaş (2017), Kılıç (2018), Karagöz (2018), Uçar (2019), Ülkü (2019), Kaplanseren (2019), Şahin (2019), Yılmaz (2019)'ın çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presentizm ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H1e: Hemşirelerin presentizm davranışları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H1e hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presentizm davranışları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Etyemez (2016), yaptığı çalışmada çalışmada meslekte çalışma yılı ile presentizm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur. Söz konusu çalışmada çalışma süresi arttıkça presentizm davranışlarında artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Cankül (2017) tarafından gerçekleştirilen ve otel çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların meslekte çalışma süreleri artıkça presentizm düzeylerinde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yılmaz (2019), Kaplanseren (2019), Şahin (2019), Ülkü (2019)'nün çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presentizm ile meslekte çalışma süresi arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H1f: Hemşirelerin presentizm davranışları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H1f hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin presentizm davranışları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kılıç (2018), Bölür (2018), Seçkin Ağırbaş (2018), Moç (2018), Yılmaz (2019), Kaplanseren (2019)'in çalışmalarında da bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, presentizm ile kurumda çalışma süresi arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

5.2. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin 4,73 puan aldığı belirlenmiştir. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği'nde, alınan toplam puandaki yükselme hemşirenin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğunu, puandaki düşme ise hata yapmaya eğiliminin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Tablo 12'de Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (genel) yüzdesi oldukça yüksek (her zaman düzeyi % 97,2) çıktığından ve boyutlar incelendiğinde genel olarak hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğiliminin düşük olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Şahbaz (2019), Konaktepe (2020) ve Koralay (2021), yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi düzeylerinin oldukça düşük olduğunu belirlemişlerdir.

H2: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H2 hipotezi kısmen kabul edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerine göre tıbbi hata yapma eğilimi düzeylerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U Testi yapılmıştır (Tablo 14). Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). H2a hipotezi ve H2b hipotezi reddedilmiştir. Yaş değişkeni açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). H2c hipotezi kabul edilmiştir.

Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre tıbbi hata yapma eğilim düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis H Testi yapılmıştır (Tablo 16). Hemşirelerin eğitim, meslekte çalışma ve kurumda çalışma değişkenlerine göre tıbbi hata eğilimleri düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). H2d, H2e ve H2f hipotezleri kabul edilmiştir.

Aşağıda tıbbi hata eğiliminin sosyo demografik özelliklere göre farklılık sonuçlarına göre alt hipotezler ayrıntılı olarak incelenmiştir.

H2a: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.

H2a hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda HTHEÖ ile cinsiyet arasında fark bulunamamasının nedeni çalışmada yer alan erkek hemşire sayısının az olması olarak yorumlanabilir.

Öncan (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile cinsiyetleri arasında bir fark bulunmuştur. Söz konusu çalışmaya göre kadın hemşirelerin HTHEÖ puan ortalaması erkek hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Öztürk ve Özata (2013) tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmaya göre ise erkek hemşirelerin kadın hemşirelere oranla daha yüksek düzeyde tıbbi hataya eğilim davranışı sergiledikleri belirlenmiştir.

Altunkan (2009), Özata (2009), Odabaşoğlu (2013), Kıymaz (2015), Külçü ve Yiğit (2017), Göknur (2018), Gündoğdu (2018), Kandemir (2019), Sivrikaya ve Kara (2019), Sazçalan (2019), Karaağaç (2019), Türe (2019), Öncan (2020), Konaktepe (2020),

Koralay (2021)'ın çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H2b: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.

H2b hipotezi reddedilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuç ile hemşirelerin özel hayatlarını iş yaşamına yansıtmadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Odabaşoğlu (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada tıbbi hata ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmaya göre evli olan hemşirelerin bekâr olan hemşirelere göre tıbbi hata yapma eğilimleri ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Altunkan (2009), Özata (2009), Öztürk ve Özata (2013), Kıymaz (2015), Sivrikaya ve Kara (2019), Şahbaz (2019), Kandemir (2019), Yıldırım (2019), Uysal ve Karakurt (2020), Baştürk (2019), Konaktepe (2020)'ın çalışmalarında da bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H2c: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.

H2c hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile yaş değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcılardan yaşı 31 ve daha fazla olanların tıbbi hata eğilim düzeylerinin ortalama düzeyleri ($\bar{X} = 4,89$) daha yüksek bulunmuştur. Buna göre bu yaş gurubundakilerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Elde edilen bu sonuç hemşirelerin yaşlarındaki artış ile deneyimlerinin artacağı ve hataya olan eğilimlerinin azalacağı şekilde yorumlanabilir.

Altunkan (2009), Kıymaz (2015), Gökner (2018), Metin (2018) ve Koralay (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Odabaşoğlu (2013), Gündoğdu (2018), Akar (2019), Karaağaç (2019), Kandemir (2019), Özen ve arkadaşları (2019), Baysoy (2019), Uysal ve Karakurt (2020), 'ın çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H2d: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.

H2d hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim durumu açısından lise mezunu olan katılımcıların ($\bar{X} = 4,69$) tıbbi hata yapma eğilimi diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre eğitim düzeyi düşük olanlarda tıbbi hata yapma eğiliminin daha yüksek olduğu, eğitim seviyesi arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığı söylenebilir.

Altunkan (2009), Dikmen ve arkadaşları (2014), Kıymaz (2015), Gökner (2018) ve Koralay (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda tıbbi hata yapma eğilimi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Külcü ve Yiğit (2017), Metin (2018), Gündoğdu (2018), Sivrikaya ve Kara (2019), Uysal ve Karakurt (2020), Öncan (2020) 'ın çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir

H2e: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H2e hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi açısından katılımcıların meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ($\bar{X} = 4,70$) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre meslekte çalışma süresi

az olanlarda tıbbi hata yapma eğiliminin daha yüksek olduğu söylenebilir. Bu sonucun hemşirelerin meslekte çalışma süresinin artmasıyla mesleğe bağlılıklarının arttığı ve mesleki becerilerde kendilerini yeterli hissettiği ve tıbbi hatalarda, çalışan deneyiminin etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Altunkan (2009), Kıymaz (2015) ve Göknur (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda tıbbi hata yapma eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasından farklılık tespit edilememiştir.

Odabaşoğlu (2013), Metin (2018), Sazçalan (2019), Akar (2019), Özen ve arkadaşları (2019), Öncan (2020), Koralay (2021)'in çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir

H2f: Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

H2f hipotezi kabul edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi açısından katılımcıların kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ($\bar{X}=4,74$) anlamlı derecede düşük olduğu, kurumda çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda ise, Tamhane's T2 testi sonuçlarına göre diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre kurumda çalışma süresi az olanlarda tıbbi hata yapma eğiliminin daha yüksek olduğu, kurumda çalışma süresi arttıkça hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin azaldığı söylenebilir.

Altunkan (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda tıbbi hata yapma eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasından farklılık tespit edilememiştir.

Odabaşoğlu (2013), Akar (2019), Sazçalan (2019)'in çalışmalarında ise bu araştırma bulgularına paralel sonuçlara ulaşılmış, tıbbi hata yapma eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur. Söz konusu çalışmalara göre çalışmamızın sonuçlarının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

H3: Presenteizm davranışları ile tıbbi hata eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3 hipotezi reddedilmiştir. Presenteizm ile tıbbi hata eğilimi boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Buna göre presenteizmdaki artışın tıbbi hata eğiliminde bir artışa neden olmadığı söylenebilir.

Ulusal literatürde söz konusu kavramların birlikte incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında uluslararası literatürde ise kısıtlı çalışmalar söz konusudur.

Brborović ve arkadaşları (2014) hemşireler tarafından sergilenen presenteizm davranışının hasta güvenliğini ve tıbbi hata yapma durumunu etkileyip etkilemediğini araştırmak için bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonucunda presenteizm ile hasta güvenliği ve tıbbi hatalar arasında bir ilişki bulunamamıştır. Söz konusu sonucun çalışmamızı destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Gartner ve arkadaşları (2010), hemşireler üzerine yaptıkları sistematik bir çalışma sonrası presenteizm ile genel hatalar, ilaç hataları, hataya ramak kalma, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti arasında bir ilişki olduğunu yani presenteizm arttıkça tıbbi hataların arttığı ve hasta güvenliğinin olumsuz olarak etkilendiği sonucuna ulaşmıştır. Buna göre söz konusu çalışmanın sonuçlarının çalışmamızı desteklemediği söylenebilir.

Letvak ve arkadaşları (2012), hemşirelerin sağlık düzeylerinin bakım sağlama yetenekleriyle nasıl ilişkili olabileceğini araştırdığı çalışmasında presenteizmin, daha yüksek sayıda hasta düşmesi, daha fazla sayıda ilaç hatası ve daha düşük bakım kalitesi puanları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Buna göre söz konusu çalışmanın sonuçlarının çalışmamızı desteklemediği söylenebilir.

Brborović ve Brborović (2017) presenteizmin hasta güvenliği kültürü ile ilişkili olup olmadığını ve bu ilişkinin ne şekilde olduğunu belirlemeyi çalıştığı araştırmada beklenenin aksine, presenteizmin daha düşük hasta güvenliği ve daha fazla hata yerine daha yüksek hasta güvenliği ve daha az hata ile ilişkilendirmiştir. Söz konusu sonucun çalışmamızı desteklemediği söylenebilir.

Rainbow ve arkadaşları (2019) tarafından gerçekleştirilen ve presenteizm ile hasta güvenliği kültürü/ tıbbi hatalar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın sonuçlarına

bakıldığında presenteizmin hasta güvenliği kültürü/ tıbbi hatalar için negatif yönde arabulucu etkisi olduğu bulunmuştur. Buna göre söz konusu çalışmanın sonuçlarının çalışmamızı desteklemediği söylenebilir.

Rainbow (2019) tarafından yapılan ve hemşireleri presenteizm davranışı sergilemeye iten faktörleri ve sonuçlarını tanımlamayı amaçlayan çalışmada, presenteizmin hasta bakımı, hasta güvenliği ve tıbbi hatalar üzerinde olumsuz sonuçları olduğu ortaya koyulmuştur. Buna göre söz konusu çalışmanın sonuçlarının çalışmamızı desteklemediği söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında sergilenen presentizm davranışı, sağlık çalışanlarının tam kapasiteleriyle çalışmalarını engelleyebilir ve tıbbi hatalara yol açabilir. Bu nedenle presentizm davranışı sergileyen hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin yüksek olması beklenebilir. Bu çalışma Sivas Numune Hastanesinde çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelerde presentizm ve tıbbi hata yapma eğilimi ilişkisini ulusal literatürde inceleyen ilk çalışma olması bakımından yenilikçidir çünkü önceki çalışmalarda iki kavramın birlikte çalışıldığına rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın evrenini Sivas Numune Hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturduğu için çalışmanın sonucunun, hastanenin diğer çalışanlarına, diğer sağlık kurumlarına ve tüm sağlık çalışanlarına genellenmesi mümkün değildir.

Presentizm ölçeği ve Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ölçeği elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

- Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %77,8 ile kadın, %60,4 ile evli, %63,9 ile 30 ve 30'dan daha küçük yaşta, % 64,2 ile lisans mezunu, %36,8 ile 1-5 yıl arasında hemşirelik mesleğini yaptığı ve %48,6 ile 1-5 yıl arasında mevcut kurumda çalıştığı görülmüştür (Tablo 4).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin presentizm algılarına bakıldığında, genel ortalamanın 3,25 olduğu görülmüştür (Tablo 5).
- Tablo 5'de hemşirelerin presentizm ölçeğinin geneline ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde, %56,9 katılıyorum ve %6,3 tamamen katılıyorum seçeneklerini işaretlediği görülmüştür. Buna göre hemşirelerin toplamda % 63,2 oranında presentizm davranışları gösterdikleri söylenebilir.
- Stanford Prezenteizm Ölçeği'nde en yüksek ortalama puan 3,53 puan ile "Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen görevlerimi yerine getirebilirim." ifadesi, en düşük ortalama puan ise 2,71 puan ile "Eğer hastalanırsam, işimi yapmaktan zevk almam." ifadesinin olduğu görülmüştür (Tablo 5).
- Ankette yer alan bağımsız değişkenlerden *cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi* değişkenleri ile Stanford Preseteizm

Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tablo 12, Tablo 13).

- Ankette yer alan bağımsız değişkenlerden *medeni durum* değişkeni ile Stanford Presenteizm Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla presenteizm sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 12). Bu sonucun oluşmasına evli bireylerin ailesel sorumluluklarının bekâr bireylere göre daha fazla olması neden olmuş olabilir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin HTHEÖ'ne göre tıbbi hataya eğilimleri genel ortalaması 4,73 olarak bulunmuştur. Ölçekteki yüksek puanlar tıbbi hata yapmaya eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Buna göre hemşirelerin tıbbi hata yapma eğiliminin oldukça düşük olduğu söylenebilir (Tablo 11).
- HTHEÖ'nde hemşirelerin en yüksek puanı “ilaç ve transfüzyon uygulamaları” alt boyutundan almış oldukları, en yüksek puan alınan maddenin ise “İlacı doğru hastaya yaptığımı emin olurum” maddesi olduğu görülmüştür (Tablo 6). Buna göre hemşirelerin ilaç hataları yapma eğilimlerinin çok düşük olduğu söylenebilir.
- HTHEÖ'nde hemşirelerin en düşük puanı “hasta izleme ve malzeme güvenliği” alt boyutundan almış oldukları, en düşük puanı alınan maddenin ise “Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim” maddesi olduğu görülmüştür (Tablo 8). Buna göre hemşirelerin hasta ve malzeme güvenliği konusunda hata yapma eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir.
- Ankette yer alan bağımsız değişkenlerden *cinsiyet ve medeni durum* değişkenleri açısından HTEÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Tablo 14).
- Ankette yer alan bağımsız değişkenlerden *yaş, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi* değişkenleri açısından HTEÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 14/ Tablo 15). Katılımcılardan yaşı 31 ve daha fazla olanların tıbbi hata yapma eğilimleri daha düşük bulunurken, eğitim durumu açısından lise mezunlarında, meslekte çalışma süresi açısından meslekte çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda ve kurumda çalışma süresi açısından kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda tıbbi hata yapma eğilimi daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kurumda çalışma süresi 11 yıl

ve üzeri olanlarda, Tamhane's T2 testi sonuçlarına göre tıbbi hata yapma eğilimi diğer tüm gruplardan anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar hemşirelerin yaşlarındaki, eğitim seviyelerindeki, meslekteki ve kurumdaki çalışma süreleri arttıkça deneyimlerinin artacağı ve hataya olan eğilimlerinin azalacağı şekilde yorumlanabilir.

- Yapılan korelasyon analizi sonucunda presenteizm ile tıbbi hata eğilimi boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (Tablo 15). Bunun yanı sıra korelasyon analizi sonucunda da presenteizm davranışları ile tıbbi hata eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 16).

Yapılan araştırma dâhilinde hipotezlerin değerlendirilmesi aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Tablo 17. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

	Hipotezler	Sonuç
H1	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.	KISMEN KABUL
H1a	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H1b	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.	KABUL
H1c	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H1d	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H1e	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H1f	Hemşirelerin presenteizm davranışları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H2	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı farklılık vardır.	KISMEN KABUL
H2a	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H2b	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile medeni durum arasında anlamlı farklılık vardır.	RED
H2c	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.	KABUL
H2d	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık vardır.	KABUL
H2e	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile meslekte çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.	KABUL
H2f	Hemşirelerin tıbbi hata eğilimi ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.	KABUL
H3	Presenteizm davranışları ile tıbbi hata eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.	RED

Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Presenteizm konusunda hemşirelere ve sağlık yöneticilerine yönelik eğitim planlanmalı, presenteizm konusunda farkındalık sağlanmalıdır.
- Bu çalışmada, belirli sağlık koşulları hakkında herhangi bir soru sorulmamıştır, gelecekteki çalışmalarda katılımcıların sağlık durumunu belirlemeye yönelik sorular sorulabilir.
- Hemşirelik mesleğinde, presenteizmi azaltmanın faydalarını kanıtlamaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Hastaların güvenliğine katkıda bulunmak için presenteizm olgusunun yaygınlığı azaltılmalı ve sağlık çalışanları arasında hastalık izni politikaları ve hastalık izni ile ilgili yazılı kılavuzlar hakkında farkındalığı artırmak için önlemler alınmalıdır.
- Daha kaliteli bir sağlık hizmeti ve hasta memnuniyetini artırmak için sağlık kurumlarında hataların üstünün kapatılmasına neden olan korku iklimi yaratılmamalı, hataların tekrar oluşmaması için sağlık çalışanlarının tıbbi hatalar hakkında konuşabilecekleri bir örgüt iklimi yaratılmalıdır. Sağlık kurumları hatalardan ders çıkarabilen öğrenen organizasyonlar haline getirilmelidir.
- Hemşirelerin mesleki bilgi ve becerisini geliştirecek, bakımda etkinliğini arttıracak hizmet içi eğitimler ve çeşitli programlar düzenlenmelidir,
- Eğitim durumu açısından elde edilen sonuçlar ışığında, hata oranlarının azaltılması amacıyla, hemşirelerin lisans ve lisansüstü eğitim seviyelerinde olmalarına dikkat edilmelidir.
- Gelecekteki araştırmalar daha geniş bir hemşire popülasyonu içermelidir.
- Presenteizmin hasta güvenliğini ve tıbbi hataları nasıl etkilediğini anlamak amacıyla daha fazla çalışma yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

- Acaray, A. (2019), Öz Kendilik Değerlendirmesinin Presenteeism Üzerine Etkisinde Çalışmaya Tutkunluğun Aracılık Rolü, İşletme Araştırmaları Dergisi, 11(2), 890-904.
- Akalın, H. E. (2005), Yğün Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliğı, Yoğun Bakım Dergisi, 5(3), 141-146.
- Akalın, H. E. (2007), Klinik araştırmalar ve hasta güvenliğı, İyi Klinik Uygulamalar (İKU) Dergisi,17, 32-35.
- Akar, G. (2019), Cerrahi hemşirelerinin kişilik tipi ile tıbbi hataya eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 117 sf. Ordu.
- Akçeşme, İ. (2019), Çalışma Saatleri ile Sağlık Arındaki İlişki, Gebze Teknik Üniversite, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, 89 sf, Gebze.
- Al Nuhait, M., Al Harbi, K., Al Jarboa, A., Bustami, R., Alharbi, S., Masud, N.,Almodaimagh, H. (2017), Sickness presenteeism among health care providers in an academic tertiary care center in Riyadh, Journal of Infection and Public Health, 10(6), 711-715.
- Alar Erkal, E. (2020), İşte var olamama bağlamında örgütsel sinizmin tükenmişlik üzerine etkisi: Atatürk Üniversitesi HELITAM örneğı, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 239 sf. Erzurum.
- Alemdar, K., D., Aktaş, Y., Y. (2013). Medical Error Types and Causes Made by Nurses in Turkey. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3),307-310.
- Allgemeiner Patienten-Verband e.V. <https://www.patienten-verband.de/gesundheits-politik/25000-medizin-tote-verhindern.html> , Erişim tarihi: 12.01.2021.
- Altun, G. Yorulmaz, A. C. (2010), Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğı ve Malpraktis, Trakya Üniversitesi Tıp Fakultesi Dergisi, 1, 7-12.
- Altunkan, H. (2009), Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneğı, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 126 Sayfa.

- Anderson, J., G., Abrahamson, K. (2017), Your health care may kill you: Medical errors. *Studies in Health Technology and Informatics*, 234, 13–17.
- Aronsson, G. Gustafsson, K. (2005), Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research, *J Occup Environ Med.*, 47(9), 958–966.
- Aronsson, G. Gustafsson, K. Dallner, M. (2000), Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism, *Epidemiol Community Health*, 54, 502-509.
- Aronsson, G. Marklund, S. (2019), *Sickness Presenteeism and Attendance-Pressure Factors*, Cambridge University Press, 145-165.
- Arslan, S. Üngüren, E. (2017), Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin Örgütsel Yabancılaşmaya Etkisi: Alanya Belediyesi’nde Bir Araştırma, *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 26(4), 43-84.
- Aştı, T. Acaroğlu, R. (2000), Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2),22-27.
- Atilla, E. (2017), Örgütsel Sessizlik, Presenteizm Ve Algılanan Örgütsel Destek İlişkisi: Yalova Devlet Hastanesi Örneği, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128 sf. İstanbul.
- Avşar, G. Atabek Armutçu, E. Karaman Özlü, Z. (2016), Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(2), 115-122.
- Aysun, K. Bayram, Ş. (2017), Determining the level and cost of sickness presenteeism among hospital staff in Turkey, *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 23(4), 501-509.
- Aziri, B. (2011), Job Satisfaction: A Literature Review, *Management Research And Practice*, 3(4), Pp: 77-86.
- Baeriswyl, S. Elfering, A. Berset, M. (2016), How Workload and Coworker Support Relate to Emotional Exhaustion: The Mediating Role of Sickness Presenteeism, *International Journal of Stress Management*, 24(1), 52-73.

- Bairami, F. ve Taleghani, Y., M., (2016), Improving medical error reporting: a successful experience from Iran, *Iranian Journal of Public Health*, 45(5), 713-714.
- Bal, F. (2014), *Presenteizm ve Psikolojik Sözleşmenin Duygusal Zekâ İle İlişkisi: Gaziantep Üniversitesi'nde Bir Uygulama*, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 120 sf. Gaziantep.
- Balcı, O. (2016), *İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenler Ve Yöneticilerin Örgütsel Sinizm, Kendini İşe Verememe (Presenteizm) Ve Sosyal Kaytarma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Arnavutköy İlçesi Örneği)*, İAÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 365 sayfa, İstanbul.
- Ballard, A., K., (2003), Patient safety: A shared responsibility, *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3).
- Banakhar, A., M., (2014), *Factors Contributing to Errors in Nursing Practice: A Case Study*, University of Manchester Faculty of Medical and Human Sciences, Doctoral Thesis, 402 Pages, England.
- Barbacci, L. (2020), *Has Malpractice Changed Nursing Practice?*, Student Research Poster Presentations, Misericordia University.
- Bari, A. Khan, A., R., Rathore, W., A., (2016), Medical Errors; Causes, Consequences, Emotional Response And Resulting Behavioral Change, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(3), 523-528.
- Basım, H. J. Erkenekli, H. Şeşen, H. (2010), Birey Davranışındaki Kontrol Odağının Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Algısı ile İlişkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma, *Amme İdaresi Dergisi*, 43(1), 145-165.
- Baştürk, H. (2019), *Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 110 sf. Manisa.
- Bayram, A. Akdoğan, A. Harmancı, Y. (2018). Algılanan Örgütsel Adalet ve İşte Var Olamama (Presenteeism) İlişkisinde Stresin Aracı Rolü. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 7 (2) , 197-211.

- Baysal, G., Baysal, İ.A., Akpınar, G.M., (2016), Turizm İşletmelerinde Presenteeism (İşte Var Olamama Sorunu) İş Sağlığı Ve Güvenliğine Etkisi, 1. Uluslararası İş Güvenliği Ve Çalışan Sağlığı Kongresi, 238-239.
- Baysal, İ, A. (2012), Presenteeism (işte varolmama sorunu) ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: Adnan Menderes Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir uygulama, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 135 sy, Aydın.
- Baysal, İ. Baysal, G. Aksu, G. Aksu, N. (2014). Presenteeism (İşte Varolmama Sorunu) İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Adnan Menderes Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Uygulama. Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 134-152.
- Baysoy, K (2019), Hastane uygulamalarına katılan hemşirelik öğrencilerinin tıbbi hataya eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 180 sf. Gaziantep.
- Bergström, G. Bodin, L. Hagberg, J. Lindh, T. Aronsson, G. Josephson, M. (2009), Does sickness presenteeism have an impact on future general health?, Int Arch Occup Environ Health, 82, 1179–90.
- Berlanda. A, Natvig. G., K., Gundersenb, D. (2008), Patient Safety And Job-Related Stress: A Focus Group Study, Intensive And Critical Care Nursing, 24, 90-97.
- Biron, C. Brun, J. P. Ivers, H. Cooper, C. (2006),"At work but ill: psychosocial work environment and wellbeing determinants of presenteeism propensity", Journal of Public Mental Health, Vol. 5 Iss 4 pp. 26 – 37.
- Bleiler v. Bodnar, 65 N.Y2d. 65, 479 N.E.2d 230 (1985).
- Blendon, RJ. DesRoches, CM. Brodie, M. vd. (2002), Views of practicing physicians and the public on medical errors, The New England Journal of Medicine, 347(25),1933–1940.
- Böckerman, P. Laukkanen, E (2009), Presenteeism In Finland: Determinants By Gender And The Sector Of Economy, Ege Akademik Bakış, 9(3), 1007-1016.

- Bölür, S. (2018), Algılanan liderlik davranışının örgütsel sinizm ve presenteeizm üzerine etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 279 sf. Edirne.
- Brborović, H., Brborović, O. (2017), Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers, *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(3), 185–189.
- Brborović, H., Brborović, O., Brumen, V., Pavleković, G., ve Mustajbegović, J. (2014). Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 65(2), 149-156.
- Brooks, A., Hagen, S. E., Sathyanarayanan, S., Schultz, A. B. ve Edington, D. W. (2010), Presenteeism: Critical Issues, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(11), 1055-1067.
- Brouwer, W. Koopmanschap, M. Rutten, F. (1999), Productivity losses without absence: measurement validation and empirical evidence, *Health Policy*, 48, 13-27.
- Buchanan, B. (2014), Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations, Sage Publications, Inc., Vol. 19(4), 533-546.
- Büken Örnek N, Büken E. (2003), Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi*, 11, 140-7.
- Callen, B. L., Lindley, L. C., Niederhauser, V. P. (2013), Health Risk Factors Associated With Presenteeism in the Workplace, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(11), 1312–1317.
- Cankül, I (2017). Dört Ve Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Çalışanların Presenteeism (İşte Varolamama) Düzeylerinin Karşılaştırılması: İzmir Örneği, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 91 sf. Ankara.
- Caverley, N. Cunningham, J. Macgregor, J. (2007), Sickness Presenteeism, Sickness Absenteeism, and Health Following Restructuring in a Public Service Organization, *Journal of Management Studies*, 44(2), 304-319.
- Caymaz, M. Demir, A. (2014), Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu, *Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 9-24.

- Cebeci, F. Karazeybek, E. Dağ, G. (2014), Öğrenci Hemşirelerin Hastane Uygulamaları Sırasında Tanık Oldukları Tıbbi Hata Durumları, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 736-748.
- Chang, Y.-T., Su, C.-T., Chen, R., Yeh, C.-Y., Huang, P.-T., Chen, C.-J., Chu, M. (2015). Association Between Organization Culture, Health Status, and Presenteeism, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 57(7), 765–771.
- Chapman, L. S. (2005), Presenteeism and its role in worksite health promotion, The Anof Health Promotion: Practical Information to Make Programs More Effective.
- Charbaji, S. (2018), Antecedents and consequences of presenteeism in the Lebanese Smes, Journal of WEI Business and Economics, 7(2), 1-13.
- Chun, B., Y., Hwang, Y. (2018), Gender, Presenteeism, and Turnover Intention and the Mediation Effect of Presenteeism in the Workplace, International Journal of Pure and Applied Mathematics, 120(6), 4821-4836.
- Cocker, F. Martin, A. Scott, J. Venn, A. Otahal, P. Sanderson, K. (2011), Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms, Journal of Affective Disorders, 135, 231-240.
- Cooper, Carry L. (1998). “The Changing Nature of Work”, Community Work and Family, Cilt1, Sayı 3, ss. 313-317.
- Coşkun, Ö. (2012), İki İşyerinde İşe Devamsızlık Ve Kendini İşe Verememede Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 117 sf. Ankara.
- Cullen, J. ve McLaughlin, A. (2006) What Drives The Persistence Of Presenteeism As Managerial Value İn Hotels?: Observations Noted During An Irish Work-Life Balance Research Project, International Journal of Hospitality Management, 25, 510-516.
- Çağlar Çelebioğlu, H (2019). Kabin Memurlarında Görülen Presenteeism İle İşe Adanmışlık Ve İşini Kaybetme Korkusu Arasındaki İlişki, Altınbaş Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Çakmak, C. Konca, M. Teleş, M. (2018), Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(3), 423-448.
- Çakmakçı, M. Akalın, H., E., (2010), Hasta Güvenliği: Bir Paradigma Değişimi, Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Çırpı, F. Doğan Merih, Y. Yaşar Kocabey, M. (2009), Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 26-34.
- Çiçek, B. Kiliç, E. (2020). Teknostresin Presenteizm ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde Dönüşümcü Liderliğin Aracı Rolü, Business and Economics Research Journal, 11(2), 555-570.
- Çiftçi, B. (2010). İşte var ol(ama)ma sorunu ve işletmelerin uygulayabileceği çözüm önerileri. Çalışma ve Toplum Dergisi. 1:24, 153-174.
- Çoban, Ö. Harman, S. (2012), “Presenteeism: Nedenleri, Yarattığı Örgütsel Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Bir Alan Yazın Taraması”, Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, C: 12, S: 23, ss. 157-178.
- D’Abate, C. P. ve Eddy, E. R. (2007), Engaging in Personal Business on the Job: Extending the Presenteeism Construct, Human Resource Development Quarterly, 18(3), 361-383.
- Dalkılıç, E. Seren, A. (2018), İşte Var Olamama: Nedenleri ve Sonuçları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(2), sf. 123-131.
- Danzon, P. M. (2000), Chapter 26 Liability for medical malpractice, danzon Handbook of Health Economics, 1339–1404.
- De Witte, H. (1999), Job Insecurity and Psychological Well-being: Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues, European Journal Of Work And Organizational Psychology, 8(2), 155-177.

- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009), Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout, *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- Demir Dikmen, Y. Yorgun, S. Yeşilçam, N. (2014), Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 44-56.
- Demir- Zencirci, A. (2010), Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1):67-74.
- Demirkan, M. Erdem, R. (2014), Personel Devrinin Nedenlerine İlişkin Geliştirilen Modellerin İncelenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 289-311.
- Dickson, V.V. (2013), Presenteeism Among Older Workers (≥ 45 years) with Coronary Heart Disease: An Integrative Literature Review, *The Open Public Health Journal*, 6, 31-40.
- Donchin, Y. Gopher, D. Olin, M. Badihi, Y. Biesky, M. Sprunk, C., L., Pizov, R. Cotev, S. (2003), A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit, *Quality and Safety in Health Care*, 12, 143-148.
- Dursun, S. Bayram, N. Aytaç, S. (2010), Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Bir Uygulama, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Edington, W.D. Schultz, A.B. (2008), "The total value of health: a review of literature", *International Journal of Workplace Health Management*, 1(1), 8 –19.
- Erbaş, K. (2017), Presenteizm İle Duygusal Bağlılık Arasındaki İlişki: Seyahat Acentaları Üzerine Bir Uygulama, *Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 94 sf., Ankara.
- Erbaş, K. Yeşiltaş, M. (2017), “ Presenteizm ile Duygusal Bağlılık Arasındaki ilişki: Seyahat Acentaları Üzerine Bir Uygulama”, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 21(1), 121-135.
- Ertem, G. Oksel, E. Akbıyık, A. (2009), Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, *Dirim Tıp Gazetesi*, 84(1), 1-10.

- Ertürk, E. Erdirençelebi, M. Gökçe, Ş. (2017), Çalışanların Yaşadığı Presenteeism Ve İş Yaşam Dengesi Arasındaki İlişki, Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, Özel Sayı, 193-203.
- Etyemez, S. (2016), İş güvencesizliğinin işte var olamama sorununa etkisinde sürekli kaygının aracılık rolü: Konaklama işletmelerinde bir araştırma, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 155 sf. Nevşehir.
- Etyemez, S. Aslan, Z. (2018), İş Güvencesizliğinin İşte Var Olamama Sorununa Etkisinde Sürekli Kaygının Aracılık Rolü: Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 11(37), 1019-1021.
- Fisher, R., T., (1995), Role Stress, The Type A Behaviour Pattern, And External Auditor Job Satisfaction And Performance, Lincoln University, Yüksek Lisans Tezi, 149 sayfa, Pennsylvania.
- Freeling, M., Rainbow, J. G., Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. International Journal of Nursing Studies, 109, 103659.
- Gaffney, T. A., Hatcher, B. J., Milligan, R. (2016), Nurses' role in medical error recovery: an integrative review, Journal of Clinical Nursing, 25(7-8), 906–917.
- Gartner, F., R. Nieuwenhuijsen, K. Dijk, F., J., H. Sluiter, J., K. (2010), The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review, International Journal of Nursing Studies, 47, 1047–1061.
- George, R. Chiba, M. Scheepers, C. (2017), An investigation into the effect of leadership style on stress-related presenteeism in South African knowledge workers, SA Journal of Human Resource Management, 15(1), 1-13.
- Göknur, A. (2018), Hemşirelerin çalışma saatleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişki, Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 67 sf. Mersin.

- Grober, D. Bohnen, J. (2005), Defining medical error, Canadian Journal of Surgery, 48(1), 39-44.
- Gurchiek, K. (2 Şubat 2009), Managers, Employees View Presenteeism Differently, [Blog Gönderisi], Erişim Adresi <https://www.shrm.org/hr-today/news/hr-news/pages/viewpresenteeismdifferently.aspx>
- Gustafsson Sendén, M., Løvseth, L. T., Schenck-Gustafsson, K., & Fridner, A. (2013), What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presenteeism in four European countries (HOUPE), Swiss Medical Weekly, 143, 1-6.
- Gustafsson, K. Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study, International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 24, 153.
- Güçlü, N. (2003), Örgüt Kültürü, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6, 147-159.
- Güler, S. (1997), Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarında Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, İstanbul.
- Gündoğdu, G. (2018), Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimi İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 83 sf. Ankara.
- Güngör P, Doğan MY, Yaşar KM. (2012), Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 43(4), 128-138.
- Hakeri, H. (2007), *Hemşirelerin yasal sorumlulukları*, Medimagazin, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hemsirelerin-yasal-sorumluluklari-72-64-1252.html>.
- Half, R. (15 Haziran 2018), Is presenteeism affecting your workplace?, [Blog Gönderisi], Erişim Adresi <https://www.kisa.link/OuzJ>

- Hansen, C. Andersen, J. (2008), Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism, *Social and Medicine*, 956-964.
- Haque, A. (2015), The influence of presenteeism on job satisfaction and employee turnover intentions: Evidence from Bangladeshi employees, 29th Australian and New Zealand Academy of Management Conference (ANZAM).
- Harpaz, I. Snir, R. (2003), Workaholism: Its definition and nature, *Human Relations*, 50(3), 291-319.
- Harrington, M. J. (2001), Health Effects Of Shift Work And Extended Hours Of Work, *Occupational & Environmental Medicine*, 58(1), 68-72.
- Hellgren, J., Cevrin A., Nordling S., Bergman A. ve Cardell L.O. (2010). “Allergic Rhinitis and the Common Cold – High Cost to Society Allergy”, *John Wiley & Sons*, Vol. 65 s.776-783.
- Hemp, P. (2004). “Presenteeism: At work – But out of It”, *Harvard Business Review*, <http://www.ihpm.org/pdf/Presenteeism.pdf>, (30.04.2020).
- Heponiemi, T. Elovainio, M. Pentti, J. Virtanen, M. Westerlund, H. Virtanen, P. Oksanen, T. Kivimäki, M. Vahtera, J. (2010), Association of Contractual and Subjective Job Insecurity With Sickness Presenteeism Among Public Sector Employees, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(8), 830,835.
- Hunter, D. Bains, N. (1999), Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in Ontario from 1992 to 1997, *Canadian Medical Association Journal*, 160(11), 1585-1586.
- Johansen, V. Aronsson, G. Marklund, S. (2014), Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: a cross-sectional survey, *BMJ Open*, 4(2), 1-6.
- Johnson, S.P., Adkinson, J.M., Chung, K.C. (2014), Addressing medical errors in hand surgery, *J Hand Surg Am*, 39(9), 1877-1882.

- Johnstone, M., J. Kanitsaki, O. (2006), The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 367–376.
- Jonhns, G. (2010), Presenteizm in the Workplace: A Review and Research Agenda, *Journal of Organizational Behavior*, 31, 520-526.
- Kahriman, İ. Öztürk, H. (2016), Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices, *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2884-2894.
- Kaldjian, L. C., Shinkunas, L. A., Reisinger, H. S., Polacco, M. A., Perencevich, E. N. (2019), Attitudes about sickness presenteeism in medical training: is there a hidden curriculum?, *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8(1). 1-9.
- Kaldjian, L., C., Jones, E., W., Wu, B., J., Forman Hoffman, V., L., Levi, B., H., Rosenthal, G., E., (2008), Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals, *Arch Intern Med*, 168 (1), 40–46.
- Kandemir, A. (2014), Hastane Çalışanları Arasında Sağlık Sorunları Nedeniyle Yaşanan İşte Var Olamama Ve İşe Devamsızlık Davranışı İle Maliyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 168 sf. Ankara.
- Kandemir, A. (2019), Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 sf. Konya.
- Kaplanseren, S. (2019), Örgütlerde presenteeism sorunu ile örgütsel iletişim ve psikolojik güçlendirme arasındaki ilişkinin Y kuşağı bağlamında araştırılması, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 162 sf. Bandırma.
- Karaağaç, M. (2019), Dijital hastane sistemlerinin hemşirelerin zihinsel iş yükü ve tıbbi hataya eğilimlerine etkisi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 99 sf. Gaziantep.

- Karagöz, Ş. (2018), Presenteeism'in tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisini irdelemeye yönelik bir alan araştırması, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 177 sf. Burdur.
- Karanika-Murray, M., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., Biron, C. (2015), Sicknes presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states, Social Science & Medicine, 139, 100–106.
- Kaygın, E. Kosa, G. (2019), *Olumsuz Boyutlarıyla Örgütsel Davranış*, Eğitim Yayınevi, Konya
- Kaygın, E. Kerse, G. Yılmaz, T. (2017), Kamu Çalışanlarında Örgütsel Bağlılık ve Presenteeism Arasındaki İlişki: Kars İl Örneği, Ombudsman Akademik, 3(6), sf.181-204.
- Kendir, H. Arslan, E. Bokurt, Ö., H., (2018), Devam Bağlılığı, Presenteeism ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki: Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma, İşletme Araştırmaları Dergisi, 10(4), 1029-1046.
- Kılıç, B. (2018), İşyerinde yalnızlık ve işyerinde dışlanma sarmalında presenteeism: Bankacılık sektöründe bir araştırma, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 150 sf. Konya.
- Kıymaz, D. (2015), Acil serviste çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ve tutumlarını etkileyen faktörler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 119 sf. Samsun.
- Koçoğlu, M., (2007) “İşletmelerde Presenteeism Sorunu ve İnsan Kaynakları Yönetimi Çerçevesinde Mücadele Yöntemleri”, T.C. Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 97 sf, İstanbul,2007.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Konaktepe, O. (2020), Hemşirelerde mesleğe bağlılık ile tıbbi hataya eğilim arasındaki ilişki, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 83 sf. Sivas.

- Koopman, C. Pelletier, K. R. vd. (2002), Stanford Presenteeism Scale: Health Status and Employee Productivity, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(1), 14-20.
- Koralay, G. (2021), Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya ilişkin bilgi, eğilim, tutum ve görüşleri: Karma yöntem çalışması, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 157 sf. Ankara.
- Köprülü, M., N. (2020), X ve Y kuşağı bağlamında örgütsel sessizlik ve presenteeism ilişkisinin incelenmesi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 284 sf. Edirne.
- Köse, A. ve Uzun, M. (2020). Öğretmenlerin Kendini İşe Verememe Nedenleri Üzerine Fenomenolojik Bir Çözümleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (2), 680-728.
- Kuğuoğlu, S., Çevener, Ç., Tanır, M. T., Aktaş, E. (2009), İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 86-93.
- Külcü D., P. Yiğit, R . (2017), Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 34-40.
- Lack, Diane, (2011): “Presenteeism Revisited A Comprehensive Review”, *AAOHN Journal*, Vol 59, No 2, pp. 77-91.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, vd. (1991), The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II, *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.
- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D.J., ve ark. (1995), Systems analysis of adverse drug events, ADE Prevention Study Group, *JAMA*, 274(1), 35-43.
- Leape, L. L., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Johnson, W. G. (1993), Preventing Medical Injury. *Quality Review Bulletin*, 19(5), 144-149.

- Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. (2012), Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs., *The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.
- Li, Y. Zhang, J. Wang, S. Guo, S. (2019), The Effect of Presenteeism on Productivity Loss in Nurses: The Mediation of Health and the Moderation of General Self-Efficacy, *Frontier in Psychol*, 10, 1745-1756.
- Loeppke, R. (2008), The value of health and the power of prevention, *International Journal of Workplace Health Management*, 1(2), 95-108.
- Lowe, G. (2002). "Here in Body Absent in Productivity", *The National Journal of Human Resources Management*, <http://www.grahamlowe.ca/documents/26/2002-12-02-Lowe.pdf> (30.04.2020)
- Makary, M., A. ve Daniel, M. (2016), Medical error-the third leading cause of death in the US, *The BMJ*, 1-5.
- Mandıracıoğlu, A. (2013), Presenteizm Olgusu, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 9-17.
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2011). Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress and Health*, 28(4), 297–304.
- Martinez, W. Lo, B. (2008), Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays, *Medical Education*, 42, 733-741.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001), Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
- Mazzetti, G. Vignoli, M. Schaufeli, W. Guglielmi, D. (2017), Work addiction and presenteeism: The buffering role of managerial support, *International Journal of Psychology*, 54(2), Pp 174-179.
- McClern, D. B., Greasley, K., Dale, J., & Griffith, F. (2010), Absence Management and Presenteeism: the Pressures on Employees to Attend Work and the Impact of Attendance on Performance, *Human Resource Management Journal*, 20(3), 311-328.

- McGregor, A. (2017), An investigation into the phenomenon of presenteeism: An investigation into the phenomenon of presenteeism: Examining antecedents and the operationalisation of Examining antecedents and the operationalisation of presenteeism presenteeism, University of Wollongong, Faculty of Social Sciences, Australia, 337 page.
- McNutt, RA., Abrams, R. ve Aron, DC. (2002), Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Errors, Journal of the American Medical Association, 287(15), 1997-2001.
- Melnyk, B. M., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian-Engoren, C., Melkus, G. D., Dunbar-Jacob, J., Lewis, L. M. (2018), A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 60(2), 126–131.
- Metin, B (2018), Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği: Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıbbi hata yapma eğiliminin belirlenmesine yönelik bir araştırma, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 116 sf. Ankara.
- Middaugh, D. J., (2006), Presenteeism: sick and tired at work, MedSurg Nursing, 15(2), 103-105.
- Miller, LA. (2003), Safety promotion and error reduction in perinatal care: Lessons from industry, J Perinat Neonat Nurs, 17(2), 128-138.
- Minjung, K. Eunsuk, C. (2017), Presenteeism in Clinical Nurses: An Integrative Literature Review, Korean Journal of Occupational Health Nursing, 26(3), 160-171.
- Miraglia, M., & Johns, G. (2015). Going to Work Ill: A Meta-analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-path Model. Journal of Occupational Health Psychology, 1-74.
- Moç, T. (2018), Örgütsel adalet algısının çalışanların işe yabancılaşmasına etkisinde tükenmişliğin ve presenteizmin rolü, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 264 sf. Erzurum.

- Nandi, D. Nandi, N. (2014), Application of Big Five Model of Personality for Employee Presenteeism in the Workplace, *Global Journal For Research Analysis*, 3(7), 162-163.
- NPSF (2019), *Patient Safety Dictionary A-E - Institute for Healthcare Improvement*, Erişim Adresi/ Tarihi: <https://npsf.site-ym.com/page/dictionaryae/> 04.01.2021.
- Nyberg, A. Westerlund, H. Hanson, L. Theorell, T. (2008), Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women, *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 803–811.
- Odabaşoğlu, E. (2013), Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri Ve Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 sf. Erzurum.
- Okcu, E., B., (2017), Çalışanların İş Tatminsizlikleri İle Presenteizmleri Arasındaki İlişki: Bir Uygulama Çalışması, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 58 sf. İstanbul.
- Oruç, Ş. (2015), Presenteizm İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Aksaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 135 sf. Aksaray.
- Özata, M. (2009), Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 12(1-2), 417-430.
- Özata, M. Altuncan, H. (2010), Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Türlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği, Tıp Araştırmaları Dergisi, 8 (2), 100-111.
- Özata, M. Altuncan, H. (2010), Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi Ve Geçerlilik Güvenilirlik Analizinin Yapılması, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 415-432.
- Özçetin, S. Balaban, M. (2014), Sağlık Hukuku, Güncel Sorun ve Yaklaşımlar Örnek Yargı Kararları, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara. (Kaynağa Eriş)

- Özdemir, N (2017), Algılanan hizmetkar liderliğin presenteeizm üzerindeki etkisi: Frigya bölgesi örneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 156 sf. Afyonkarahisar.
- Özen, N. Onay, T. Terzioğlu, F. (2019), Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Archives of Health Science and Research, 6(2), 283-292.
- Özkaya, N. Elbuken, B. (2018), Sağlık Profesyonellerinin Hatalı Tıbbi Uygulamalarından Doğan Yasal Sorumlulukları: Hekim Haricindeki Sağlık Meslekleri Özelinde, Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi, 2(2), 109-128.
- Özmen, G. (2011), Presenteeizm İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Tekstil Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 sf, Eskişehir.
- Öztürk, Y., E. . Özata, M. (2013). Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 18(3), 365-381.
- Pei, P. Lin, G. Li, G. Zhu, Y. Xi, X. (2020), The association between doctors' presenteeism and job burnout: a crosssectional survey study in China, BMC Health Services Research, 20(1), 1-7.
- Pietra La L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferro S. (2005), Medical errors and clinical risk management: state of the art. Acta Otorhinolaryngol Ital, 25, 339-346.
- Pilette, C. P. (2005), Presenteeism in Nursing A Clear and Present Danger to Productivity, The Journal of Nursing Administration, 35(6), 300-303.
- Pohling, R., Buruck, G., Jungbauer, K.-L., & Leiter, M. P. (2016), Work-related factors of presenteeism: The mediating role of physical and mental health, Journal of Occupational Health Psychology, 21(2), 220-234.
- Polat, O. (2005), Tıbbi Uygulama Hataları Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, Seçkin Yayınları, Ankara.

- Polat, O. Pakiř, I. (2011), Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 119-125.
- Prater, T. Smith, K. (2011), Underlying Factors Contributing To Presenteeism And Absenteeism, Journal of Business & Economics Research, 9(6), 1-14.
- Quazi, H. (2013), Presenteesim, The Invisible Cost to Organizations, Palgrave Macmilla, New York.
- Rainbow, J. G. (2019), Presenteeism: Nurse perceptions and consequences, Journal of Nursing Management, 27, 1530-1537.
- Rainbow, J. G. Drake, D. A. Steege, L. M. (2019), Nurse Health, Work Environment, Presenteeism and Patient Safety, Western Journal of Nursing Research, 1-17.
- Rainbow, J. G., Steege, L. M. (2017), Presenteeism in nursing: An evolutionary concept analysis, Nursing Outlook, 65(5), 615–623.
- Rantanen, Iina-Risto Tuominen, “Relative Magnitude of Presenteeism and Absenteeism and Work-Related Factors Affecting Them among Health Care Professionals”, Int Arch Occup Environ Health, Volume: 84, 2011, pp. 225-230.
- Reason, J. (2000), Human error: Models and management, British Medical Journal. 320(7237),768-770.
- Ricci, J. A., Chee, E. (2005), Lost Productive Time Associated With Excess Weight In The US Workforce, Journal Of Occupational And Environmental Medicine, 47(12), 1227-1234.
- Robertson, I., Leach, D., Doerner, N. Ve Smeed, M., (2012), Poor Health But Not Absent: Prevalence, Predictors, And Outcomes Of Presenteeism, Journal Of Occupational And Environmental Medicine, 54 (11), 1344-1349.
- Rogers, A. E., Dean, G. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., (2008), Role of registered nurses in error prevention, discovery and correction, Quality & Safety in Health Care, 17, 117-121.

- Rothschild, J. M., Hurley, A. C., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., ve ark. (2006), Recovery from Medical Errors: The Critical Care Nursing Safety Net, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 32(2), 63–72.
- Rothschild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., ve ark. (2005). The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care, Critical Care Medicine, 33(8), 1694–1700.
- Safran, N. (2004), Hemşirelik Ve Ebelikte Malpraktis, İÜ Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, 190 sayfa, İstanbul.
- Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019), Güvenlik Raporlama Sistemi, <https://grs.saglik.gov.tr/BM/UGRS.aspx> , Erişim Tarihi: 10.01.2021.
- Santos, H. E. C. dos, Marziale, M. H. P., Felli, V. E. A. (2018), Presenteeism and musculoskeletal symptoms among nursing professionals, Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26(0), 1-11.
- Sazçalan, G., K. (2019), Hemşirelikte İş Tatmininin Malparaktise Etkisinin Güncellenmesi, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 sf. İstanbul.
- Schein, E.H. (1993), Defining organizational culture, Classics of organization theory, pp. 360-367, Belmont, CA : Wadsworth.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. (2005), Taking ThePulse Of Health CareSystems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countrie, Health Affairs (Project Hope), 2005, 5, 509-525.
- Schultz, A. B., Edington, D. W. (2007), Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review, Journal of Occupational Rehabilitation, 547-579.
- Schultz, A. Chen, C. Edington,D. (2009), The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to Employers A Review of the Literature, Pharmacoeconomics, 27 (5): 365-378.

- Seçkin Ağırbaş, İ. (2018), Spor Genel Müdürlüğü merkez teşkilatında presenteeizm ve örgütsel bağlılığın örgütsel sessizlik üzerine etkileri, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 160 sf. Erzincan.
- Senden, M., G. Schenck-Gustafsson, K. Fridner, A. (2016), Gender differences in Reasons for Sickness Presenteeism - a study among GPs in a Swedish health care organization, *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28(1), 1-7.
- Sendén, M.G. Schenck-Gustafsson, K. Fridner, A. (2016), Gender differences in Reasons for Sickness Presenteeism - a study among GPs in a Swedish health care organization, . *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 1-7.
- Shamansky, Sherry L. (2002). “Presenteeism...Or When Being There is not Being There”, *Public Health Nursing*, 19(2), 79-80.
- Shan, G. Wang, S. Wang, W. Guo, S. Li, L. (2021), Presenteeism in Nurses: Prevalence, Consequences, and Causes From the Perspectives of Nurses and Chief Nurses, *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10.
- SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı (2018), Güvenlik Raporlama Sistemi 2017 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu, Ankara, 30 Sayfa.
- Silen- Lipponen, M. Tossavainen, K. Trunen, H. Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses, *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21-32.
- Sivrikaya, S., C. Kara, A., Ş. (2019), Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 7-14.
- Slonim, D., A., LaFleur, B., J., Wendy, A. Joseph, J., G., (2003), Hospital-Reported Medical Errors in Children, *Offical Journal of The American Academy Of Pediatric*, 111(3), 617-621.
- Şahbaz, F. (2019), Hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimine etkisi, *Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 103 sf. Yozgat.
- Şahin, D. (2015), Presenteeism (İşte Var Olamama) İle Algılanan Örgütsel Destek, Korku İklimi ve Çalışmaya Tutkunluk Arasındaki İlişki: Hemşirelere Yönelik Bir

Araştırma, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 190 sf., Edirne.

Şahin, S (2019). The Effects Of Perceived Job Insecurity On Job Stress And Presenteeism, Bahcesehir University, Graduate School Of Social Sciences, Master's Thesis, Istanbul.

Şanlımeşhur, Ö. (2018). Presenteeism (İşte istemeyerek var olma) kavramını etkileyen ve bu kavramdan etkilenen faktörler: Alışveriş merkezlerinde bir araştırma, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 185 sf. İstanbul.

Top, M. Gider, Ö. Taş, Y. Çimen, S. (2009), Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 161-200.

Türe, F. (2019), Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin tıbbi hata eğilimine etkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 sf. İstanbul.

Tütüncü Öncan, N. (2020), İzmir'de görev yapan çocuk hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile tıbbi hata yapma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 106 sf. Manisa.

Uçar, E., P. (2019), Araştırma görevlilerinin presenteizm tutumları ve örgütsel destek algıları arasındaki ilişki, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 123 sf. Zonguldak.

Uğur, K. (2017). İşgörenlerde Presenteeism Algısı Üzerine Bir Araştırma, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 40 sf. İstanbul.

Ulu, S. Özdevecioğlu, M. Ardıç, K. (2015), Kişilik Özelliklerinin Hasta İken İşe Gelme (Presenteeizm) Davranışı Üzerindeki Etkileri: İmalat Sanayiinde Bir Araştırma, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 47, 167-181.

Uygur, A. Cankül, I. Cankül, D. (2018), Comparing The Presenteeism Levels Of The Workers In Hotel Businesses: The Case Of Izmir, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(72), 23-46.

- Uysal, A. Karakurt, P. (2020), Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Durumlarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerine Etkisi, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 14(3), 349-361.
- Ülkü, G. (2019), Demografik ve çalışma hayatı ile ilgili özelliklerin presenteeism ve örgütsel bağlılık davranışı ile ilişkisi: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi idari personel uygulaması, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 91 sf. Aydın.
- Üzüm, B. Şenalo, L. (2019), A-B Kişilik Tiplerinin Presenteeizme Etkisi: Havacılık Sektöründe Bir Araştırma, Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 11(18), 979-1000.
- Vänni, K. Neupane, S. Nygård, C., H., (2017), An effort to assess the relation between productivity loss costs and presenteeism at work, International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 23(1), 33-43.
- Virtanen M. Kivimäki M. Elovainio M. Ve J.E. Ferrie (2003), “From insecure to secure employment: changes in work, health, and health related behaviors, and sickness absence”, Occupational Environment Medicine, Vol.60, s.948-953.
- Vincent, C. A., Coulter, A. (2002), Patient safety: What about the patient?, Quality & Safety in Health Care, 11(1), 76-80.
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. (2014), Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2), 152-157.
- W.N. Burton, G. Pransky, D.J. Conti, C.Y. Chen and D.W. Edington (2004) ‘The association of medical conditions and presenteeism’, Journal of Occupational and Environmental Medicine , XLVI (6), S38–S45.
- Wanzel, K., R., Jamieson, C., G., vd. (2000), Complications On A General Surgery Service:Incidence And Reporting, Canadian Journal of Surgery, 43(2), 113-117.
- Warren, C.L.(2009). Cost Burden Of the “Presenteeism” Health outcome in a diverse nurse and pharmacist workforce: Practice models and health policy implications. The University Of Tennessee, A Dissertation Of Doctor Of Philosophy, 181page.

- Weingart, S. N. Wilson, M. R. Gibberd, W. R. Harrison, B. (2000), Epidemiology of medical error, BMJ, 320, 774-777.
- Weld, K.K. Bibb, G. C. S (2009), Concept Analysis: Malpractice and Modern-day Nursing Practice. Nursing Forum, 44(1), 2-10.
- Widera, E., Chang, A. and Chen, H. L. (2010), “Presenteeism: A Public Health Hazard”, Journal of General Internal Medicine, Vol: 25, No: 11, pp. 1244-1247.
- Wong, J. Beglaryan, H. (2004), Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research, The Change Foundation.
- Yalım, D. (2005), Hastayız, Yine de Ofisteyiz, İnsan Kaynaklarında Yeni Eğilimler, Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- Yamashita, M. Ve Arakida, M., (2006), Concept analysis of presenteeism and its possible applications in Japanese occupational health, Journal of Occupational Health , 48(6), 201-213.
- Yeşiltaş, D., M. ve Ayaz, E. (2019). İş stresi ve rol belirsizliğinin presenteeizm (işte var olamama) üzerindeki etkisinin belirlenmesi OPUS, Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 12(18. ÜİK Özel Sayısı), 741-771.
- Yıldırım, G. (2019), Hemşirelikte mesleki tıbbi hata eğiliminde vardiyalı çalışmanın etkisi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 109 sf. Tekirdağ.
- Yılmaz, G. (2019), Presenteeism ve iş stresinin çalışan performansına etkisi: Bir uygulama örneği, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 178 sf. Edirne.
- Yılmaz, G., Y. Günay, G. (2020), Presenteeism ve İş Stresinin Çalışan Performansına Etkisi: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama, Social Sciences Research Journal, 9(1), 91-106.
- Yumuşak, S. (2008), İşgören Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(3), 241-251.

- Zanon, R., E., B. Dalmolin, G., L. Magnago, T., S., B., S. Andolhe, R. Carvalho, R., E., F., L. (2021), Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital, *Revista Brasileir de Enfermagem*, 74(1), 1-7.
- Zencirci-Demir, A. (2010), Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 67-74.
- Zhan, C. Miller, R., M., (2003), Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization, *JAMA*, 290(14), 1868-1874.
- Zhou, Q. Martinez, L. Ferreira, A. Rodrigue, P. (2016), Supervisor support, role ambiguity and productivity associated with presenteeism: A longitudinal study, *Journal of Business Research*, 69(9), 3380-3387.

EKLER

Ek-1 Veri Toplama Araçları

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
2. Medeni Durumunuz : () Bekâr () Evli
3. Yaşınız : () 16-20 () 21-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60
4. Öğrenim Durumunuz :
() Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
5. Toplam Mesleki Çalışma Yılıınız :
() 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl ve üzeri
6. Kaç Yıldır Bu Hastanede Çalışıyorsunuz? :
() 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16 yıl ve üzeri

PRESENTEİZM ÖLÇEĞİ (Presenteizm, şikâyetler ve hastalıklara rağmen işi hemen terk etme ya da devamsızlık yapmak yerine, işe devam etme durumudur.)

(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum	-	-	-	-	-
1. Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen işimdeki zor görevleri tamamlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen görevlerimi yerine getirmeye odaklanabilirim.	1	2	3	4	5
3. Eğer hastalanırsam, zor durumda olmama rağmen tüm işlerimi tamamlayabilecek kadar kendimi enerjik hissederim.	1	2	3	4	5
4. Eğer hastalanırsam, iş stresiyle başa çıkmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
5. Eğer hastalanırsam, işimi yapmaktan zevk almam.	1	2	3	4	5
6. Eğer hastalanırsam, görevimi tamamlama konusunda umutsuzluğa kapılabilirim.	1	2	3	4	5

TIBBİ HATAYA EĞİLİM ÖLÇEĞİ

Aşağıda tabloda yer alan bilgilerden kendiniz için uygun olanı işaretleyiniz

İLAÇ VE TRANSFÜZYON UYGULAMALARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
1. İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum.	1	2	3	4	5
2. Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum.	1	2	3	4	5
3. İlacın miadının dolup dolmadığına bakarım.	1	2	3	4	5
4. Okunuş ve görünüş benzerliği olan ilaçlara dikkat ederim.	1	2	3	4	5
5. İlaç dozunun doğru olup olmadığını kontrol ederim.	1	2	3	4	5
6. İlaç/ilaç etkileşimine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. İlacın hazırlanmasını ve uygulanması esnasında steriliteye önem veririm.	1	2	3	4	5
8. İlacın tam doz uygulanmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
9. IV, IM ve SC enjeksiyonlarında ilacı doğru bölgeden yapmaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
10. İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım.	1	2	3	4	5
11. İlaç yapıldıktan sonra hastayı yeterince izlerim.	1	2	3	4	5
12. İlaçların tam saatinde yapılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
13. Hastaya doğru mayinin verilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
14. Takılacak mayinin sterilitesini kontrol ederim.	1	2	3	4	5
15. Mayi miktarının doğru hesaplanmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
16. Mayinin hastaya uygun yoldan gönderilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
17. Mayileri uygun araçlarla göndermeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
18. Hastaya fazla sıvı yüklenmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5

HASTANE ENFEKSİYONLARI	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
19. Hastaya uygulanan invazif girişimlerde asepsi kurallarına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
20. IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
21. Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim.	1	2	3	4	5
22. İnfüze edilen sıvıların hazırlanmasını ve uygulanmasında kontamine olmamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
23. İnfüzyon sıvılarını hastaya takmadan önce çatlak yırtık/delik yönünden kontrol ederim.	1	2	3	4	5
24. Serum şişeleri ve setlerini 24 saatte bir değiştiririm.	1	2	3	4	5
25. Üriner kateterizasyonda kapalı drenaj sisteminin bozulmamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
26. Çalıştığım serviste kirli malzemelerin uygun kutu ve torbalara atılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
27. Hastaya kullandığım tüm aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonun uygun şekilde yapılmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
28. Yatak yaralarının önlenmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
29. Enfekte hastaların izolasyonunu sağlarım.	1	2	3	4	5
30. Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5

HASTA İZLEMİ VE MALZEME GÜVENLİĞİ	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
31. Hasta izleme sıklığını doktor isteminde belirtilen şekilde yaparım.	1	2	3	4	5
32. Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yaparım.	1	2	3	4	5
33. Hasta yoğunluğu olduğu zamanlarda da hasta izlemine gerektiği gibi yapmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Yaptığım tüm izlemleri zaman belirtilerek kaydedirim.	1	2	3	4	5
35. Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
36. Serviste bulunan tüm tıbbi cihazların ve ekipmanın düzenli bakımının yapılmasını sağlarım.	1	2	3	4	5
37. Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim.	1	2	3	4	5
38. Cihazların nasıl kullanılacağını bilirim veya öğrenmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
39. Tüm sarf malzemelerin son kullanma tarihlerini kontrol ederim.	1	2	3	4	5

DÜŞMELER	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
40. Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm	1	2	3	4	5
41. Hasta ilk kez ayağa kalktığı anda gerekli destek ve yardımı sağlarım.	1	2	3	4	5
42. Hasta için gerekli olan araç/gereçlerin hasta yatağına yakın yerleştirilmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
43. Yatak kenarlarında parmaklıkların-sınırlayıcıların olmasına ve kapalı durmasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
44. Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım.	1	2	3	4	5

İLETİŞİM	HİÇ	ÇOK NADİR	ZAMAN ZAMAN	GENELLİKLE	HER ZAMAN
45. Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim.	1	2	3	4	5
46. Hastanın tedavisi ve bakımı ile ilgili tüm bilgileri hemşire gözlem formuna kaydedirim.	1	2	3	4	5
47. Sözlü/telefon ile aldığım doktor istemini hemen hemşire gözlem formuna kaydedirim.	1	2	3	4	5
48. Serviste çift order(doktor istemi+hemşire gözlem formu)kontrolü uygulamasına dikkat ederim.	1	2	3	4	5
49. Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım.	1	2	3	4	5

