



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

FEYZANUR CERİT POLAT

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM AVCI

İSTANBUL - 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi : Feyzanur CERİT

Tez Başlığı : Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam
Kalitesinin Belirlenmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 15.01.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Aysel K.DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr. Üyesi Zeynep ERKUT

Biruni Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

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

Feyzanur CERİT POLAT

TEŞEKKÜR

Araştırmanın konu, kapsam, amaç ve uygulama aşamasında yardımlarını esirgemeyen, değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Avcı'ya, araştırmamın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve beni hiç yalnız bırakmayan sürekli moral ve motivasyon desteğinde bulunan değerli hayat arkadaşım Mehmet Fatih Polat'a, maddi manevi yanımda olan, yol gösteren annem İlknur Cerit'e, babam Muhammet Cerit'e, bana sabırla tezimde kafa yoran kardeşlerim Tubanur Cerit, Ayşenur Cerit ve Arzu Zeynep Cerit'e, anketlerimde yardımcı olan manevi kardeşim Fatma Türe'ye, tez yazım aşamasında danışman hocam kadar destek olan akademisyen aday arkadaşım Uzman Fizyoterapist Öğr. Gör. Ebru Yıldırım'a, yine yardımlarını esirgemeyen meslektaşım Uzman Hemşire Araş. Gör. Elif Zahide Çelebi'ye, son olarak tezimi yazarken hamilelik sürecimde bana karnımda tekmeleriyle eşlik eden, şimdilerde diş çıkarmaya çalışan minik oğlum Yavuz Selim'e teşekkürlerimi borç bilirim.

Feyzanur CERİT POLAT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VII
1. ÖZET.....	viii
2. ABSTRACT.....	ix
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
4. GENEL BİLGİLER.....	4
4.1. Mesleki Yaşam Kalitesi.....	4
4.2. Mesleki Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	5
4.2.1. Merhamet Kavramı.....	5
4.2.2. Empati.....	7
4.2.3. Merhamet Memnuniyeti.....	8
4.2.4. Mesleki Tatmin.....	8
4.2.5. Merhamet Yorgunluğu.....	9
4.2.6. Tükenmişlik.....	18
4.2.7. İkincil Travmatik Stres Bozukluğu.....	21
4.3. Mesleki Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Girişimler.....	22
4.4. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerdeki Mesleki Yaşam Kalitesi...23	
5. MATERYAL VE METOD.....	25
5.1. Araştırmanın Türü.....	25
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	25
5.3. Araştırma Soruları.....	25
5.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
5.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
5.5. Veri Toplama Gereçleri.....	26
5.5.1. Verilerin Toplanması.....	26

5.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
5.5.1.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	26
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
5.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	28
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
6. BULGULAR.....	29
6.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
6.2. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Alt Boyutlarının Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Bilgilerine Göre İncelenmesi.....	33
7. TARTIŞMA.....	44
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
8.1. Sonuç.....	50
8.2. Öneriler.....	52
9. KAYNAKLAR.....	54
10. EKLER.....	65
10.1. EK 1.....	65
10.2. EK 2.....	67
10.3. EK 3.....	69
11. ETİK KURUL ONAYI.....	70
12. ÖZGEÇMİŞ.....	74

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

PROQOL : Professional Quality of Life Scale

ÇYKÖ : Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Merhamet Yorgunluğu ve Merhamet Memnuniyeti Kavramsal Modeli.....8

Şekil 2. Merhamet Yorgunluğu Gelişim Süreci.....12



TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 6.1. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikler Dağılımları.....	30
Tablo 6.2 Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Birimler ve Çalışma Şekilleri	32
Tablo 6.3 Ölçek Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 6.4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 6.5 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 6.6 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	43

1. ÖZET

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir üniversite hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 91 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan Anket Formu ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler sayısal değer, yüzdelik oran, ortalama değer, korelasyon analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler için Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu puan ortalaması 38.12 ± 7.45 , Tükenmişlik Alt Boyutu puan ortalaması 25.53 ± 5.18 , Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu puan ortalaması 24.33 ± 5.63 'tür. Çalışma hayatından memnun olan hemşireler, kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre daha yüksek merhamet memnuniyeti düzeyine sahiptir. Deneyim süresi 5-10 yıl arasında olan hemşirelerin daha fazla ya da daha az deneyim sahibi meslektaşlarına göre daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığı belirlenmiştir. Bebek bakım odasında çalışan hemşirelerin diğerlerine göre tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu, medeni duruma göre farklılık göstermektedir. Evli hemşirelerin merhamet yorgunluğu bekar hemşirelere göre daha yüksektir. Araştırmaya katılan hemşireler arasında pediatrik kemik iliği ünitesinde çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyeti düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk ölümleri ile karşılaştıklarında, duygusal yönden olumsuz etkilenirken, tecrübe kazanma yönüyle olumlu etkilendikleri belirlenmiştir. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri iyileştirmeye yardımcı olmak için bu konu hakkında daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Çocuk Klinikleri, Hemşire, Mesleki Yaşam Kalitesi

2. ABSTRACT

DETERMINING THE LIFE QUALITY OF NURSES WORKING IN CHILDREN'S CLINICS

This research was conducted in a descriptive type to determine the professional life quality of nurses working in pediatric clinics. The sample of the study consists of 91 nurses who work in pediatric clinics of a private university hospital in Istanbul and agree to participate in the study. The data of the study were collected using the Questionnaire Form created by the researchers and Professional Quality of life (PROQOL). The data obtained from the research were evaluated using numerical value, percentage ratio, mean value, correlation analysis, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests. For the nurses working in pediatric clinics participating in the study, the mean score of the Professional Quality of Life Scale's Compassion Satisfaction Sub-dimension is 38.12 ± 7.45 , the Burnout Sub-Dimension average score is 25.53 ± 5.18 , and the Compassion Fatigue Sub-Dimension average is 24.33 ± 5.63 . Nurses who are satisfied with their working life have a higher level of compassion satisfaction than nurses who are partially satisfied and dissatisfied. It has been determined that nurses with 5-10 years of experience have more compassion fatigue than their colleagues with more or less experience. It was found that the burnout levels of the nurses working in the baby care room were higher than the others. Compassion fatigue differs according to marital status. Compassion fatigue of married nurses is higher than single nurses. It was concluded that among the nurses participating in the study, the compassion satisfaction levels of the nurses working in the pediatric bone marrow unit were high. It was determined that nurses working in pediatric clinics were affected emotionally negatively when they encountered child deaths, but positively affected by gaining experience.

Keywords: Pediatric Clinics, Nurse, Professional Quality of Life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan hayatının çoğunu mesleki yaşamı oluşturur. Meslek gruplarından bazıları insanlarla yakın temas halinde olmayı gerektirmektedir. İnsanlarla sürekli yakın temas halinde olan meslek gruplarından biri de hemşireliktir. Hemşirelerin özellikle çalışma şartları sebebiyle yüksek seviyede strese maruz kaldıkları için tükenmişlik açısından risk altında oldukları ve yoğun duygusal tepkiler gösterdikleri bilinmektedir (1).

Mesleki yaşam kalitesi, çalışanlara iş yerlerinde daha kaliteli çalışma ortamının sağlanmasını hedefleyen, onları fiziksel ve psikolojik olarak yükselten, kurumda değişiklikler yaratan ve sonuç olarak işletmedeki çalışan bireylerin kendilerini değerli hissetmelerini sağlayan bir yönetim şeklidir. Mesleki yaşam kalitesi kavramı ilk olarak 1972 yılında New York'ta yapılan uluslararası bir konferansta ortaya atılmış ve Uluslararası Çalışma Yaşamı Kalitesi Konseyi mesleki yaşam kalitesiyle ilgili araştırma ve uygulamalar yapmak için oluşturulmuştur (1, 2).

Mesleki yaşam kalitesinin amacı, çalışanlara pozitif çalışma ortamları oluşturmaktır. Pozitif çalışma ortamındaki çalışanların, mesleki yaşantıları aracılığıyla kişisel ihtiyaçlarını üst seviyede karşılama olanağına sahip olabilecek, mesleki yaşantılarını haz alarak devam ettirebilecek ve üretimleri artacaktır (1, 2).

Mesleki yaşam kalitesi, çalışan bireylerin genel yaşam tatminlerini, ruhsal ve fiziksel sağlığını önemli bir ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte kurumlar tarafından, çalışan bireylere sağlanan yan olanaklar, iş çevresinin destekleyici tavrı ve çalışan bireyi güçlendirme odaklı programlar gibi mesleki yaşam kalitesindeki yükselmeyi amaçlayan çalışmalar, çalışan bireylerin kuruma karşı bağlılıklarını artırır. Çalışmalar, mesleki tatmin, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuyla, mesleki yaşam kalitesini etkileyen negatif unsurların ilişkili olduğunu göstermiştir (1, 2, 3).

Mesleki tatmin çalışan bireyin işini değerlendirmesi neticesinde meydana gelen bir durumdur. Çalışan bireylerin mesleki yaşamlarında işlerinden elde ettikleri tatminin hangi seviyede olduğunun ve ne tür parametrelerin etkisiyle oluştuğunun bilinmesi işletme ve çalışan açısından büyük önem taşır. Çalışan bireylerin maliyetlerinin fazla olması ve maliyetlerinin kurumsal etkililikteki rolü, işletmecilerin veya yöneticilerin mesleki tatmin hakkında daha duyarlı hale

gelmelerini sağlamıştır. Mesleki tatmin çalışan bireylerin kurumsal hedefler doğrultusundaki katkılarını yükselten en önemli etkenlerden biridir (1, 2, 3, 4).

Hemşirelerin gününün üçte birinden fazlasını iş yerinde geçirmesi, bazı fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını çalışma ortamından karşılamasına neden olmaktadır (5). Mesleki yaşam kalitesi, tam da bu fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları ele alarak çalışma ortam ve koşullarının iyileştirilmesidir (6, 7). Kurum içi sosyal faktörler, yönetim faktörleri, örgütsel verimlilik, çalışanların memnuniyeti, şikayetleri, çalışma koşulları, meslek hayatının ve sosyal hayatın birbiriyle ilişkisi, kısaca çalışma ortamının olumlu ve olumsuz yönleri mesleki yaşam kalitesini oluşturmaktadır (8).

Hastanelerde mesleki yaşam kalitesinin istenilen seviyede olmadığı, başka mesleklere kıyasla bu kurumlarda kaliteli hayat standardının sağlanması, çalışma ortamı ve mesleki gerekliliklerden dolayı daha güç olduğu belirtilmektedir. Sağlık sektörü, kompleks, insana özel, değişken ve genelde aciliyet gerektirmektedir. Dikkatsizlik, özensizlik ve ihmale bağlı hataların bedeli bu sektörde maalesef çok daha ağır olmakta ve çoğu kez insan hayatı ile ödenmektedir. Hemşireler, hastane ortamında 7/24 hizmet veren, diğer meslek grupları gibi belirli bir gün izinleri olmaksızın çalışan, hayati görev ve yükümlülükleri olan, zamana karşı yarışan, yoğun stres altında çalışan bir gruptur (9). Durumu kötü ve ölmek üzere olan hastalara bakım vermeleri, ağır şartlar altında çalışmaları, hasta ve yakınlarına manevi destek olmak zorunda olmaları, çalışma ortamlarında strese ve gerginliğe yol açan durumlarla karşı karşıya kalmaları hemşirelerin çalışma şartlarının daha da zor bir hal almasına neden olmaktadır. Bunlara ek olarak sağlık sektöründeki yetersizlikler, personellerin dağılımındaki dengesizlikler, hemşireler üzerindeki stresi artırmaktadır. Çalışma ortamındaki strese bağlı olarak, hemşirelerin verimliliği ve meslekten duyduğu tatmin duygusu azalmakta, işle ilgili mazeretler üretmelerine neden olmakta (işe geç gitme, işe gitmeme) hatta işlerini tamamen bırakmaktadırlar. Deneyimli hemşirelerin işlerini bırakması veya mazeret üretmeleri kurumsal açıdan aksamalara yol açmaktadır (10, 11). Bu aksamlar sağlık sektörünün ve doğrudan hastalara verilen bakımın sektöre uğramasına neden olduğu için hemşirelerin mesleki yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi meslekte devamlılıkları için gerekmektedir. Hastanelerdeki yönetimden sorumlu kişilerin,

hemşirelerin çalışma şartlarında iyileştirmeler yapmalı, mesleki yaşam kalitelerini yükseltmeye çalışmalıdırlar (12).

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin ise, hasta veya ölmekte olan çocuklara bakım vermeleri duygusal olarak daha yorucu ve travmatize edici olabilmektedir. Çocukların hastalıkları, ölümleri, yaralanmaları ve tıbbi tedavilerindeki travmatik durumların yanı sıra bir de ailelerin hastalığa gösterdikleri duygusal tepkilere uzun süre maruz kalmalarından dolayı mesleki yaşamları olumsuz etkilenmektedir (12).

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesinin belirlenmesi ve önlemler alınması konusunda farkındalık oluşturmak, sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanabilmesi çalışan memnuniyeti ve kaliteli hasta bakımı için önem taşımaktadır.

Bu çalışma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Mesleki Yaşam Kalitesi

Mesleki yaşam kalitesi, iş hayatının kalitesi, iş yaşamının niteliği, iş hayatının insancıl olması ve işin insancıl olması şeklinde ifade edilmektedir. Mesleki yaşam kalitesi kavramı son otuz senedir iş hayatının doğasını farklılaştıran ve stresi azaltan geniş çaplı bir çalışma alanı olmuştur. Mesleki yaşam kalitesi kavramı ilk defa 1972 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından kullanılmıştır (1).

Mesleki yaşam kalitesi; çalışma hayatıyla ilgili memnuniyeti ve algıyı kapsayan bir kavramdır. Kişinin mesleğine duyduğu hislerin bütünüdür. Mesleki yaşam kalitesi, merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu boyutlarından oluşmaktadır (13).

Stamm, yaptığı değerlendirmelerde mesleki yaşam kalitesini, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti kavramlarını bir bütün olarak ele alınması gerektiğini önermiştir. Kendisine ait olan Mesleki Yaşam Kalitesi ölçeğinde de bu şekilde ele almıştır (14).

Hemşirelikte mesleki yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir derlemede de hemşirelerin mesleki yaşam kalitelerini belirleyen altı ana etmen olduğu belirtilmiştir. Bunlar, liderlik ve yönetsel faktörler, nöbet usulü çalışma, maaş ve ek imkanlar, ekip ile olan ilişkiler, demografik özellikler ile iş yükü ve iş ortamındaki gerginlik olarak sıralanmıştır (15).

ILO ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; “bütün mesleklerde çalışanların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi” şeklinde tanımlamıştır (16, 17, 18). ILO, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca strese neden olan unsurları; yöneticileriyle yaşadıkları sorunlar, ağır çalışma koşulları, ölmek üzere ve durumu kritik hastalarla çalışmanın oluşturduğu stres, hasta ve yakınlarıyla yaşanan sıkıntılar ve vardiyalı çalışmanın zorluğu olarak tanımlamaktadır (9, 18). Hemşirelerde strese neden olan etkenlerin başında orantısız iş dağılımı ve yöneticilerin tutumları olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (18, 19).

4.2. Mesleki Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Mesleki yaşam kalitesinin üç bileşeni vardır. Bu bileşenlerden mesleki tatmin yani merhamet memnuniyeti, sağlık profesyonellerinin yaptıkları işten aldıkları doyumunu ifade etmekle beraber mesleki yaşamının pozitif yönünü göstermektedir. Diğer bileşenler ise tükenmişlik ve merhamet yorgunluğudur. Merhamet yorgunluğunun veya tükenmişliğin fark edilip müdahale edilmediğinde stres ile ilişkili kronik hastalıklara yol açabileceği gözlenmiştir (20). Merhamet yorgunluğunun hospis hemşireleri (21), afetzedelere hizmet eden halk sağlığı hemşireleri (22, 23), onkoloji servis hemşireleri (24, 25), acil servis hemşireleri (26), yoğun bakım hemşireleri (27, 28) gibi durumu ağır ve ciddi hastaların olduğu birimlerde çalışan hemşirelerde daha sık karşılaşıldığı görülmüştür. Bu kritik alanlarda görev alan hemşirelerin çalışma koşulları ve içinde buldukları sosyodemografik değişkenler mesleki yaşam kalitelerini etkilemektedir. Mesleki yaşam kalitesi, travma, anksiyete, yaşamdan beklentiler, aşırı empati (21), gelişimsel krizler (22), çalışma ortamında karşılaşılan stres ile başa çıkma ve sağlığı sürdürücü davranışlar (23), mesleksi kaynaklar, eğitim programları, kişiye özel dinlenme alanı ve saatleri (24), çalışılan klinik, mesleksi deneyim yılı (25), yaş, eğitim, çocuk sayısı, hemşireliğe yönelik eğitim alma, çalışma süresi, aylık nöbet sayısı, haftalık çalışma saati, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme ve çalışmayı isteme (20), bakım verici rolünün fazlalığı (26), klinikteki ölüm oranı (27), moral distres ve tıbbi hata yapma (28), düşük ücret, psikolojik baskı (29), işten ayrılma niyeti (30), boşa çalışma hissi, güçsüz olma, dengeyi kaybetme, her şeyden bunalma (31), yaşam stresleri, çalışma ortamında karşılaşılan stresli durumlar, grup bağlılığı ve kurum desteği (32) gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir.

4.2.1. Merhamet Kavramı

Merhamet kelimesi Arapça kökenli bir kelime olup, rahim kelimesinden türemiştir. Türk Dil Kurumunun tanımına göre merhamet; “Bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma hissi.” olarak tanımlanmaktadır (33).

Merhamet, başka birinin yaşadığı acı, üzüntü ve kederi paylaşma, onların sıkıntıları ve dertleriyle dertlenme, yaşadıkları zorluklarda onlara yardımcı olma istediği duyma halidir (34). Merhamet genellikle empati, duyarlılık, hassasiyet gibi kavramlarla iç içedir (35). Merhamet duygusu, acı içindeki kişinin yaşadıklarını bütünüyle yaşayabilmek olanaksız olmasına karşılık, kişinin hissettikleri olağandışı şekilde hissetmemize sebep olur (36, 37).

Merhamet duygusu, hemşirenin karşısındaki hastayı hastadan ziyade sadece insan olarak görmesini ve gerçek manada iletişim kurmasını sağlamaktadır. Hemşirelik bakımının sunulmasını kolaylaştıran bir değer olan merhamet duygusu, hemşirelik bakımında kilit rol oynamaktadır (38).

Nancy Abernathy merhametin tanımını “Acı çeken kişi ile ona şifa olacak kişi arasındaki insani bağ” şeklinde yapmaktadır (39).

Merhamet duygusu, hemşireliğin olmazsa olmazıdır. Mark Pettus az da olsa hastaların merhamete ihtiyaçlarının olduğunu gösteren durumlara (göz dolması, tebessüm, göz kaçırma, bazen sessiz kalarak) yanıt vermenin oldukça önemli olduğunu belirtmiştir (39).

Sprecher ve Fehr, merhameti, “Bireyin özel bir bağ kurduğu veya kurmadığı insanlara karşı içten gelen hislerle endişelerine ortak olup onları desteklemeye yönelten duygu durumu” şeklinde tanımlamışlardır (40). Gilbert merhameti bilişsel ve davranışsal süreçler olarak tanımlamaktadır (41).

Polat ve Erdem ise merhameti, hemşirelerin bakım verdiği hastalardan etkilenmeleri nedeniyle, davranışlarında meydana gelen değişiklikler şeklinde ifade etmiştir. Merhamet duygusuyla hastalarına yaklaşan hemşireler, onların duygularını, düşüncelerini, endişelerini, iç muhasebelerini anlayabilirler. Hemşireler hastalarının duygu durumlarını anlayabildikleri için onlara karşı daha duyarlı olacaklardır. Kurdukları iletişim sayesinde hastaları, negatif düşünce yapısından çıkmalarına yardımcı olurlar. Hemşire ve hasta arasındaki iletişimin iyi oluşu, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyecektir (42).

Merhamet duygusu, hemşirelerin insanı “insan” olarak görmesini sağlar. Hemşireler merhamet duygusu sayesinde hastalara bakım hizmetini daha kolay

verirler. Bu duygu hastaların ızdırabını azaltmada mühim bir motivasyon kaynağıdır (43).

4.2.2. Empati

Hemşirelik, bireylerin bedensel, toplumsal ve psikolojik ihtiyaçlarını anlayarak, bu ihtiyaçlarının giderilmesiyle, onların bağımlı hallerinden bağımsız bir hale geçmesine yardımcı olan bir bakım mesleğidir (2, 44).

Hemşireler esas yükümlülüğü olan bakım hizmetini, hasta ve sağlıklı kişilerle kurduğu doğru ilişkilerle yerine getirmektedir. Doğru ve etkili iletişimin kurulabilmesi empatiden geçmektedir (2, 45).

Empati; dinleme ve anlama, anladıklarını iletme ve kontrol etme sürecidir (2, 46). En bilinen tanımıyla empati, karşıdaki kişinin yerine bireyin kendini koymasıyla olaylara onun penceresinden bakabilmesi, onun duygularını ve düşüncelerini doğru anlayabilmesi, hissedebilmesi ve bu durumu ona iletebilmesi sürecidir (47, 48, 49).

Hemşire-hasta ilişkisi, biri mesleki yardıma ihtiyacı olan hastayı, diğeri bu yardımı verebilecek bilgi ve becerisi olan sağlık personeli olmak üzere iki kişi arasındaki etkileşim sürecidir. Hemşire, mesleki bilgi ve becerilerini hastanın bedensel, toplumsal ve psikolojik sağlığına faydalı olacak şekilde kullanır. Sözlü veya sözsüz tavır, tutum ve davranışlarıyla hemşire hastayı etkiler ve ondan etkilenir (2, 50).

Hemşirelikte empatinin etkili kullanımı, hastanın sözlü ve sözsüz mesajlarının ardında yatan anlamın anlaşılmasını sağlar (2, 51).

Empatik beceriler hemşireliğin esas becerilerdendir. Bu becerilere sahip olmak hemşirelik için oldukça önemlidir. Empati yeteneği sayesinde hemşireler, hastaları daha iyi anlar ve onlara daha kolay yardımcı olurlar (2, 52).

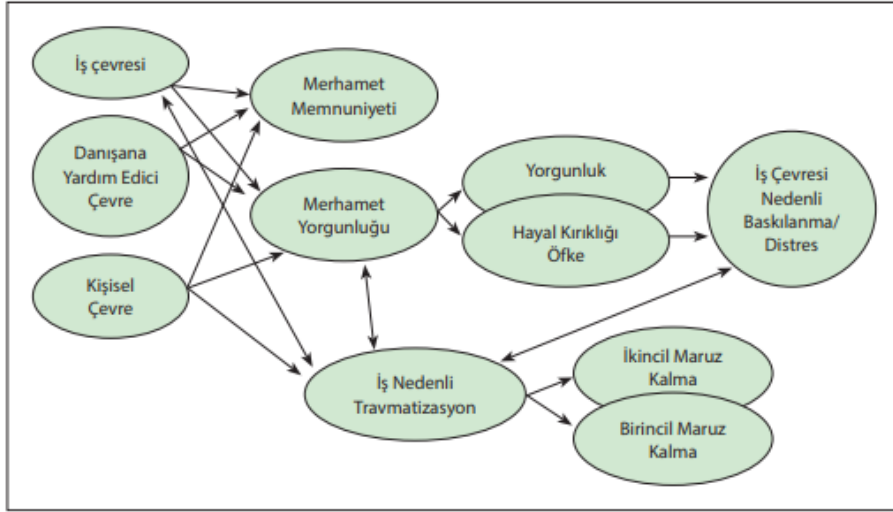
Hemşirelik, bir yardım mesleğidir. Empati de, hemşirelik bakımının temelidir (47, 52). Empatiyle yaklaşılan hastaların ihtiyaçları daha kolay anlaşılır ve bu durum tedavi sürecine olumlu şekilde yansır (47, 53). İhtiyaçlarının karşılandığını fark eden hasta anlaşıldığını düşünür, değer verildiğini ve önemsendiğini hisseder (54, 55). Bu nedenle hemşirelerin, empatik iletişim becerilerini geliştirmeleri, uygulamaya

geçirmeleri hastaları daha iyi anlayabilmeleri ve tedavi sürecine etkisi adına oldukça önemlidir (2).

4.2.3. Merhamet Memnuniyeti

Merhamet memnuniyeti, hemşirelerin hastalarına bakım verirken kendilerini yetkin hissetmelerinden duyduğu memnuniyeti ifade eder. Bir başka ifadeyle, yardım etmenin verdiği memnuniyet hissidir.

Merhamet memnuniyeti, bakım veren kişinin bakım veriyor olmaktan keyif alması, haz duyması ve mesleki yaşantısından tatmin olmasıdır. Merhamet memnuniyeti, edilen yardımın mükafatıdır. Kişide mesleğini iyi yapabiliyor olmanın verdiği bir memnuniyet hali vardır (Şekil 1).



Şekil 1. Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti kavramsal modeli (Yılmaz G ve Üstün B, 2018)

Merhamet memnuniyeti; verilen bakımın şekli, sağlık sisteminin mekanizması, ekip ile uyum içinde çalışma, özgüven, özveri ve ruhsal sağlamlık ile ilişkilidir (20).

4.2.4. Mesleki Tatmin

Çalışma hayatı; insana toplum içerisinde belirli görev ve sorumluluklar yükler, aynı zamanda statü, refah düzeyi ve parasal açıdan yükselmelerini sağlar. Çalışma

hayatından tatmin olan insanlar hem kendilerini mutlu hisseder hem de verdikleri hizmetin kalitesi artmış olur (56).

İnsanların çalışma hayatlarında mutlu, başarılı ve verimli olabilmelerinin en önemli gerekliliklerinden biri mesleki tatmindir. Mesleki tatmin, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği gibi, kişinin aldığı maaş, çalıştığı kurumun yönetimi, işleyişi ve çalışma koşullarından da etkilenmektedir (57).

Çalışanlar günlerinin büyük bir kısmını işlerinde geçirmesinden dolayı bazı bedensel, psikolojik ve toplumsal ihtiyaçlarının karşılanmasını mesleki yaşantılarından beklerler. Bu ihtiyaçlar giderilemediğinde mesleki yaşam kaliteleri kötü yönde etkilenir (58).

Mesleki tatmin, tüm meslek grupları için önemlidir. Sağlık sektöründe alınacak kararların doğrudan insan hayatını etkilemesi sebebiyle bu alanında çalışanlarda mesleki tatmin daha da önem taşır (58).

4.2.5. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet, karşıdaki kişinin derdiyle dertlenme, çektiği acıları, sıkıntıları derinden hissetme ve ona gönülden yardım etme isteği duyması durumudur. Yorgunluk ise, çalışma yoğunluğundan veya başka nedenlerle kişinin bedensel ve ruhsal verimliliğinin düşmesi durumudur. Jenkins ve Warren, yorgunluğu “Bedenen ve ruhen çalışma kapasitesinin azalması sonucu tükenme durumu” olarak tanımlamışlardır (59).

Birine hastalandığında bakmak, onun en kötü ve en hassas zamanlarına şahit olmak oldukça zordur. Bunun hemşireler üzerindeki duygusal yükü artıracak açık ve nettir. Merhamet duygusu, hemşirelerin hastalarını “insan” olarak görmesine yardımcı olur. Peki bu kadar mühim bir duygu hemşirelerde niçin yorgunluk yaratır? (43)

Bakım verici meslek gruplarındaki bireylerin daha hassas davranmaları gerektiğinden, merhamet yorgunluğu tükenmişliğin özel bir şekli olarak tanımlanmıştır. “İnsanların çektikleri acıları derinden hissetme, acılarını dindirmek için motive olma hislerini kaybetme” şeklinde de tanımlanabilir. Bu durumu ilk kez,

hemşire Joinson acil hemşirelerinde bakım verme becerilerindeki düşüş olarak gözlemlemiştir. Hemşirelerin yoğun iş yükleri, fazla mesai yapmaları, travmatik durumlara maruz kalmaları nedeniyle bakım verme becerilerinde azalma gözlendiğini belirtmiştir (59, 60).

Merhamet yorgunluğu, acı çeken bireylerle etkileşim halinde olan sağlık profesyonellerinde bakım verirken harekete geçen tükenmişlik ve ikincil travmanın bir arada olduğu düşünülen bir durumdur (59, 61).

Merhamet yorgunluğu kavramı, ilk kez tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalarda ortaya atılmıştır (13).

Stamm'ın mesleki yaşam kalitesiyle ilgili yaptığı çalışmalarda, yardım edici meslek gruplarında çalışan kişiler, meslek hayatlarında travmatize edici durumlarla karşılaştıkları için, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve tükenmişlik durumlarının gelişebileceğini gözlemlemiştir (62).

Stamm, Figley ve Pearlman'ın merhamet yorgunluğuyla ilgili yaptıkları yorumlar incelendiğinde, çalışma hayatında ikincil travmaya bağlı gelişen bu olumsuz belirtileri tanımlamak için farklı ifadeler kullandıkları görülmüştür. Yaptıkları yorumlar farklı olarak nitelendirilse de, keskin bir çizgiyle ayrılamamaktadır. Bu üç araştırmacının buldukları nokta, araştırma yaptıkları gruplarda tükenmişlik semptomlarını bulmaları ve geliştirdikleri ölçüm araçlarında da tükenmişliği belirlemeye yönelik sorular bulunduğu görülmektedir (13, 62, 63).

Mesleki yaşantıda karşılaşılan bu durumu; Figley merhamet yorgunluğu, Stamm ikincil travmatik stres, Pearlman ise dolaylı travmatizasyon olarak adlandırmıştır (64).

Merhamet yorgunluğunun meydana gelmesindeki faktörler: olaylarla başa çıkamama, yaşanan travmaların atlatılamaması, stresle mücadelede başarısızlık ve mesleki tatminde düşüştür (13).

Hemşirelik; merhamet, yardım etme ve evrensel değerleri içine alan bir meslektir. Bu sebeple empatiyle yaklaşma, konuşma ve beden dilini etkili kullanma hemşireliğin temelidir. Fakat doğru olmayan bazı empatik yaklaşımlar, devamlı yardımcı olma arzusu bakım verende stres yaratmaktadır. Stresle etkili baş

edilemediğinde, bu durum kronikleşerek merhamet yorgunluğuna dönüşebilmektedir. Sabo, hemşirelerde empatik duygular için “iki ucu keskin bir bıçak” ifadesini kullanmış, bu empatik duyguların yerinde ve doğru kullanılması gerektiği üzerinde durmuştur. Empatik duygular uygun kullanılmadığında yani olması gerektiğinden fazla veya az kullanıldığı durumlarda bakım veren için zararlı olabileceğini belirtmiştir (65).

Gentry ve Baranowsky’e göre, empatik duygular, yardımcı olan ve yardım gereksinimi olanla arada oluşan bağın temelidir. Devamlı emosyonel ağırlıklarla başa başa kalma; hemşirelerin kişisel bakımlarını eksiksiz yerine getirmelerine rağmen empati, bunalmaya ve yüksek baskıya sebep olabilir (66).

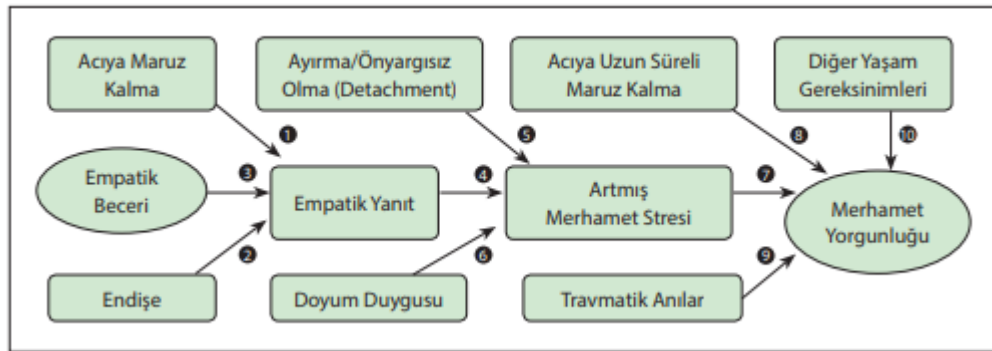
Hemşireler, travmatize olmuş, acı içindeki hasta bireylere yardımcı olurken, bazen istemeden aşırı emosyonel bağ kurmakta, hastalarla kendilerini özdeşleştirmekte ve acı içindeki birey için “onun bana ihtiyacı var” düşüncesiyle, hastadan ayrılamayacağını; ayrı kalırsa, hastaya kendinden başka yardımcı olacak kimsenin olmayacağını düşünür (67). Bu nedenle hemşireler, hastalarını, onların yaşadığı durumları, çektikleri acıyı özümsemekte, etkin, tarafsız, profesyonel bakım verme yeteneklerini kaybetmektedirler (68).

Hemşireler, hastalarının hayatlarına genelde en hassas anlarında girerler. Hastaların iyi olma süreçlerinde bir gözlemciden ziyade onların ağırlarına, acılarına, travma anlarına birebir ortak olurlar. Travma anlarına ortak olan hemşirelerde, terapötik etkileşme, hastanın yaşadıklarını içselleştirme, uygunsuz empatik tepkiler verme gibi durumlar gözlenir. Zamanla hemşirelerde bu duygular yerini; kendini suçlama, boşuna uğraşma, karar vermede zorlanma, zayıflık gibi duygulara bırakır (69).

Empatik yetenek ve davranışlar, yardımcı olmaya bağlı gelişen stres, yardım etmenin sonucundaki başarı duygusu, hastaya karşı umursamaz tavırlar, travma anlarına maruz kalmak, sosyal hayata yeterince vakit ayıramamanın merhamet yorgunluğuna yol açtığı belirlenmiştir (70). Ayrıca hasta ve hemşire arasındaki duygu bulaşması, merhamet yorgunluğu sürecini çabuklaştırmaktadır (43).

Figley, merhamet yorgunluğunun gelişim sürecinde öne çıkan üç özelliği; travma anlarında acıya maruz kalma, hemşirelerin endişesi ve hastanın hissettiklerini

anlayıp paylaşması olarak tanımlamıştır. Bu durumda empatik yanıt başlar, yaşananlar karşısında hemşireler, acının büyüklüğünü, çaresizliğini fark ettikçe durumu içselleştirmeye başlarlar. Hemşireler “bunu bende yaşayabilirdim, bende de olabilirdi” düşüncelerine kapılırlar. Tarafsız bakım verme, duruma kayıtsız kalma becerileri etkilenmeye başlar. Yaşananlar karşısında acıyı birlikte yaşama sonucunda yardım etme becerileri azalmaya ve acıyı azaltma girişimleri yetersiz kalmaya başlar. Bu da hemşirelerde strese, anksiyeteye neden olur. Uzun süreli ve sürekli acı çeken kişileri görmek, onlarla çalışmak, hemşireler üzerinde olumsuz ve travmatik deneyimlere neden olur. Hemşireler, stres belirtileri ortaya çıkmaya başladığında öz-bakımlarını sürdürmek için baş etme yolları denerler. Etkili başa çıkma becerileri kullanılmadığı ya da destek alınamadığında son düzleşme girilmiş olur ve durum merhamet yorgunluğu olarak kronik bir hal alır. Bireylerde merhamet yorgunluğuna bağlı fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal negatif belirtiler gözlenir. Bu belirtiler hemşirelerde hayati gereksinimlerinden ödün vermelerine neden olur (Şekil 2). Figley bu durumu “bakım vermenin bedeli” olarak adlandırmaktadır (20, 43).



Şekil 2. Merhamet yorgunluğu gelişim süreci (Yılmaz G ve Üstün B, 2018)

4.2.5.1. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Merhamet yorgunluğu, uzun süre hastalar ve acı çeken bireylerle etkileşimde bulunma, stresleriyle karşı karşıya kalmalarının sonucunda bireylerde oluşan ve engellenemeyen merhametin rahatsızlığı sonrası merhamet stresi olarak ortaya çıkan devamlı artan sürecin bir sonucudur. Bu sürecin sonucunda da fiziksel, davranışsal, duygusal bazı belirtiler ortaya çıkmaktadır (71, 59, 72).

4.2.5.2. Merhamet Yorgunluğunun Fiziksel Belirtileri

Bitkin, yorgun hissetme, enerjide düşüklük, performansta azalma, baş ağrısı, uyku bozuklukları, hipertansiyon, hipotansiyon, taşikardi, gastrointestinal problemler ve immun sistemde zayıflık gibi fiziksel şikayetlerdir (37).

4.2.5.3. Merhamet Yorgunluğunun Davranışsal Belirtileri

Kişisel bakım gereksinimlerini yerine getirmede eksiklik, hata yapmaya eğilim, bağımlılığın gelişmesi, iştah sorunlarıdır (37, 73).

4.2.5.4. Merhamet Yorgunluğunun Duygusal Belirtileri

Kızgınlık, öfke, huzursuzluk, gerginlik, aşırı sinirlilik, depresyon, anksiyete, ruhsal çökkünlük, enerji kaybı, umutsuzluk, aşırı hassasiyet, empati kaybıdır (37).

4.2.5.5. Merhamet Yorgunluğunun Manevi Belirtileri

Manevi duyarsızlık, inanç ve değerlerde değişikliklerdir (37, 73). Bu belirtiler kişide merhamet yorgunluğunun olduğunu gösterebilmektedir. Ancak merhamet yorgunluğu, bireysel olarak tecrübe edildiği ve semptomlarını anlamlandırmak kolay olmadığı için birden fazla belirti olduğunda tanımlanabilmektedir (74).

4.2.5.6. Merhamet Yorgunluğunun Etkileri

Hasta ve yakınlarının yaşadıkları acılara, travmalara ve ölümlere maruz kalmaları nedeniyle merhamet yorgunluğu yaşayan hemşireler, maddi manevi anksiyete yaşamaktadırlar (65). İkinci mağdur olarak nitelendirilen hemşireler, bakım sürecinde isteksiz, gergin, sinirli olmaktadır. Tıbbi hatalarda artma, hasta memnuniyetinde ise azalma görülmektedir (75,76). Mesleki tatminsizlik, hatalı kararlar alma, aşırı çalışma, yardımcı olma isteğinde azalma, empati kaybı, objektif olamamak, hastalara tahammülsüzlük, işe gitmek istememek, korkmak veya nefret etmek merhamet yorgunluğuna bağlı olarak gelişen diğer etkilerdir (77). Bunlara ek olarak hastaların acılarını, travmalarını içselleştirme, devamlı onların korku, acı

tecrübelerini dinleme ve dindirmeye çalışmaya bağlı olarak hemşirelerde ikincil travmatik stres görülme riski artmaktadır. Buna bağlı olarak hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi etkilenmekte ve tükenmişlikle karşı karşıya kalmaktadırlar (78).

4.2.5.7. Merhamet Yorgunluğunun Mesleki Etkileri

İşe gitmede isteksizlik, sık izin alma, işe devamsızlıkta artma, hastalara empati ve yardım isteğinde azalma, hastalarla çalışmada isteksizlik, korku, tepkisizlik, hastalara daha az vakit ayırma, hastalarla alay etmedir (37).

4.2.5.8. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etme ve Önlemeye Yönelik Uygulamalar

Hasta bakımının kalitesini yükseltmek ve mesleki tatmini sağlamak için merhamet yorgunluğunu önlemek gerekmektedir (70). Merhamet yorgunluğundan korunmak için en önemli faktörler bireysel stratejilerin geliştirilmesi ve profesyonelliktir. Bireysel stratejilerin en temel noktası, öz bakım, beslenme, yeterli uyku ve egzersizdir. Hemşireler, psikolojik gereksinimlerini de önemsemelidirler. Psikolojik öz-bakım stratejilerini geliştirmeli ve kendilerine fayda sağlayacak etkinlikler belirlemelidirler. Yine merhamet yorgunluğunun belirti-bulgularını bilmeli, çalışma ve sosyal hayatları arasında denge kurmalı ve bu dengeyi korumalıdır. Ayrıca kişisel hedeflerinin farkında olmalı, başarısızlıklarını tolere edebilmelidirler. Merhamet yorgunluğunun önlenmesi için yönetsel ve örgütsel stratejiler de geliştirilmelidir. Bu bağlamda, hemşirelerin duygu ve düşüncelerini rahatça anlatabilecekleri bir ortam oluşturulmalıdır. Hemşirelere palyatif bakım ve iletişime yönelik eğitimler verilmeli, merhamet yorgunluğu ve baş etme stratejileri hakkında farkındalık programları oluşturulmalıdır. Kurumlarda, çalışanların merhamet yorgunluğunu değerlendiren çalışmalar yapılmalıdır. Kapalı alanlarda çalışan hemşireler için dinlenme alanları oluşturulmalı, mola saatleri düzenlenmelidir (70).

Merhamet yorgunluğuyla başa çıkma stratejileri; izin almak, bilgilenmek, görev yeri değişikliği, desteği artırma, kişisel farkındalık, ritüeller, iş değiştirme ve

benzeri aktiviteleri içerir. Kişisel baş etme stratejileri arasında ise iş dışı aktiviteler, mizah, pozitif yaklaşım ve öz değerlendirme kullanılabilir (79).

Yoder, çalışmasında merhamet yorgunluğu ile ilgili baş etme stratejileri kalitatif olarak incelemiş, hemşireler merhamet yorgunluğu yaşamamak için hasta bakımını “otomatiğe bağlamış gibi yaptıklarını” ifade etmişlerdir. Hemşireler merhamet yorgunluğu ile baş etmede kurumdan ayrılma, hemşireliği bırakma, başka kliniklere geçme, izin alma gibi olumsuz baş etme stratejilerinin yanı sıra hemşirelik görevlerinde aktif rol alma, bilgilendirme gibi olumlu baş etme yöntemlerini de kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile kişisel baş etme stratejilerinin ise dua, inanç, manevi farkındalık, içe bakış, öz değerlendirme ve olumlu tutum geliştirme olduğu ifade edilmiştir (79, 80).

Abendroth ve Flannery hospis hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hastalarına özverili davranışta bulunan hemşirelerin %34’ünde merhamet yorgunluğu görülmüştür (79, 81).

Menschner ve arkadaşları, hemşirelere yardım etmek ve merhamet yorgunluğu gelişimiyle başa çıkmak için dört müdahale kategorisi önermektedir (79).

Kişisel stratejiler: Cesaretlendiren kişisel aktivitelerle merhamet yorgunluğunun ilerlemesi önlenmektedir. Egzersiz, meditasyon, yoga gibi aktiviteler merhamet yorgunluğunun ilerlemesine neden olan stresin etkilerini ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle kurumlar bu faaliyetleri sunacak imkanlara sahip olmalıdırlar. Bu imkanlar yoksa ulaşılabilir egzersiz etkinlikleri organize edilebilir. Vardiya öncesinde/ sonrasında kurum çevresinde yaklaşık 30 dakikalık bir yürüyüş, hem beden hem de ruh sağlığına iyi gelecektir.

Örgütsel: Hemşireler için destekleyici ve sevilebilecek bir kurum kültürü geliştirilmelidir. Merhamet yorgunluğunun ne olduğunu anlaması ve buna uygun şekilde müdahale edebilmesi için eğitimler verilmelidir. Vardiya süresince yeterli dinlenme ve molalarını kullanmalarına izin verilmelidir. Tatil yapmaları, izin kullanmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.

Eğitim: Hemşireler merhamet yorgunluğunun belirtilerini öğrenmeli ve başa çıkma yöntemleri konusunda eğitilmelidir.

Kurumsal: Kıdemli hemşireler ve yöneticiler, merhamet yorgunluğunun belirtilerini önleme ve iyileştirme konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Klinik çalışanları ve yöneticilerin, hastalarla ilgili olayları/duyguları konuşmak üzere düzenli olarak bir araya geldiği kurumsal toplantıların, merhamet yorgunluğu ile mücadelede etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Huggard'ın merhamet yorgunluğu ile mücadelede kişisel, profesyonel ve örgütsel stratejileri aşağıda verilmiştir (79, 82).

Kişisel Stratejiler

- Kişisel stratejileri tanımlama ve bozulan şemaları tanımlamak
- Uygun bir çalışma ortamının dengesini sağlamak
- Kişisel psikoterapi almak
- İyileştirme faaliyetlerine katılmak
- Manevi ihtiyaçlarını dinlemek

Profesyonel Stratejiler

- Kıdemli hemşirelerle korkmadan ve utanmadan hastalarla ilgili konularda, çalışma ortamında kendi yaklaşımının tartışılacağı düzenli bir mesleki danışmanlık sağlamak.
- Uygun öz-bakım uygulamaları yapmak

Örgütsel Stratejiler

- Çalışma ortamının rahat, çalışılabilir bir ortam olmasını sağlamak
- Hastalara ve çalışanlara iş ortamında destek olmak, saygı kültürünü oluşturmak.

4.2.5.9. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Mevcut çalışmalar incelendiğinde, merhamet yorgunluğu çalışmaları genellikle yoğun bakım, acil, onkoloji kliniklerinde görev alan hemşirelerle yapıldığı görülmektedir. Çalışmaların tespitlerine göre bu kliniklerde çalışan hemşirelerde orta

düzyeyde merhamet yorgunluğu olduğu tespit edilmiştir (70). Buna ek olarak merhamet yorgunluğu görülen hemşirelerin iş verimliliklerinde, işle ilgili tutum ve davranışlarında, kişisel sağlıklarında önemli değişikliklerin olduğu belirlenmiştir (42, 70). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile başa çıkma yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada, hemşireler merhamet yorgunluğu yaşamamak için hasta bakımını otomatige bağlanmış gibi yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşireler merhamet yorgunluğu ile baş çıkarken çalıştıkları kurumdan ve mesleği bırakma, başka kliniklere geçiş yapma, izin alma gibi negatif başa çıkma yöntemlerinin yanı sıra hemşirelik görevlerinde aktif rol alma, bilgilendirme gibi pozitif başa çıkma yöntemlerini de kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile bireysel başa çıkma yöntemlerinin ise dua, inanç, manevi farkındalık, içe bakış, öz değerlendirme ve olumlu tutum geliştirme olduğu tespit edilmiştir (70, 80).

Merhamet yorgunluğunun sebepleri, semptomları ve etkileri ile başa çıkmak için birçok ülkede programlar oluşturulmuştur. Bunlardan biri; 1997'de Gentry ve Baranowsky tarafından geliştirilen "Hızlandırılmış Kurtarma Programı"(Accelerated Recovery Program)'dır. Program sayesinde merhamet yorgunluğu smptomları ve merhamet yorgunluğu olan çalışanların sayısında düşüş olduğu görülmüştür (70, 77). Başka bir örnekte ise "Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma Programı" (Themindfulness– basedstressreduction)' dır. Bu program çalışanların yaşadıkları kenmişlik ve merhamet yorgunluğunun neden olduğu acı, üzüntü, hastalıklar ve stres gibi durumlarla başa çıkılmasını sağlamaktadır. Çalışanların iç dünyalarında ve çalıştıkları kurumda yaşadıkları stresi engelleyici bir programdır (70, 83). Merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve tedavisinde kullanılan başka bir programsa bir üniversite hastanesinde hemşirelere özel olarak kurulan yenilenme merkezidir. Hemşirelik Yenilenme Merkezi ile çalışanlar egzersiz yapma, yoga, masaj, müzik, dans gibi stresle baş etme stratejilerini uygulama fırsatı elde etmiş ve merhamet yorgunluğu görülenlerin oranında %42 düşüş gözlenmiştir (70, 76). Hemşirelerde merhamet yorgunluğunu ölçmek için çoğunlukla Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (The Compassion Fatigue Scale), İkincil Travmatik Stres Ölçeği (The Secondary Traumatic Stress Scale) ve Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Professional

Qualityof Life Scale)'nin uygulanmaktadır. Ülkemizde de bu ölçeklerin kültürel uyarlaması yapılmıştır (84, 85).

Coetzee ve Klopper'a göre merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasıyla beraber hemşirelerde toplumsal, fiziksel ve ruhsal değişimler gözlenmiştir. Fiziksel belirtiler yorgunluk, bireyde güç kaybı ve performansta azalmadır. Ruhsal belirtiler, isteksizlik, duyarsızlık, tükenmişlik, duygusal bunalım hali ve sinirliliktir. Toplumsal belirtiler, umursamazlık ve kayıtsız kalma halidir (70, 71).

4.2.6. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger'in yazdığı bir makale ile literatüre girmiştir. Burada tükenmişlik “mesleki bir tehlike” olarak tanımlanmıştır. Freudenberger tükenmişliği, “başarısızlık hali, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı, karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlamaktadır. Literatürde, tükenmişliğin birbirine anlamca yakın ancak ifade ediş biçimleri açısından birbirinden farklı bazı tanımlamaları bulunmaktadır (86, 87). Freudenberger'in tanımlamasından sonra konuyla alakalı çalışmaları ve bilhassa tükenmişlikle alakalı geliştirdiği ölçek nedeniyle en fazla anılan kuramcı olan Maslach'a göre tükenmişlik, iş yerindeki stresi yükselten faktörlere uzun süre maruz kalmaya bağlı oluşan psikolojik bir sendromdur. Hemşirelerin işlerinden uzaklaşmasına, duyarsızlaşmasına ve verimliliklerinin azalmasına neden olur. Duygusal uzaklaşma: kişinin başkalarına duygusal olarak verecek hiçbir şeyi kalmadığı durumu ifade eder. Duyarsızlaşma: hastalara karşı duyarsız, alaycı, olumsuz, katı ve hatta incitici davranmadır. Verimliliğin azalması: mesleki görevlerini artık yerine getiremediği duygusudur (87, 88).

Pines ve Aranson tükenmişliği; acı, hüznün gibi durumların uzun süre etkisinde kalmanın neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu olarak tanımlamaktadırlar (87, 89). Bazı araştırmacılara göre tükenmişlik, stresle etkili bir şekilde baş etmedeki başarısızlığın bir sonucu olarak tanımlanmıştır (90, 91, 92). Diğer bir tanımlamaya göre, iş ortamında yaşanan gerginliğin engellenememesiyle ortaya çıkan fiziksel sonuçları da olabilen psikolojik bir sorundur (93). İş ortamında

yaşanan gerginliğin kişide fiziksel ve duygusal yorgunluk oluşturması, bireyin hemşirelikten uzaklaşmasına, mesleğine, çalışma arkadaşlarına ve kendisine negatif duygular beslemesine sebebiyet vermektedir (94). Maslach ve Jackson tükenmişliğin üç boyutta incelemiştir. Birinci boyut, kişinin emosyonel kaynaklarının azalmasıyla mesleğinden uzaklaşması, yıpranması ve işine kendini verememesidir. İkinci boyut, kişinin çalışma arkadaşlarına karşı negatif, duyarsız ve alaycı tutumlar geliştirmesidir. Üçüncü boyut ise verimlilikte azalma nedeniyle, kişinin mesleğiyle alakalı kendisini yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesidir (94, 95).

Maslach ve Jackson tükenmişliğin özellikle "insanlarla çalışan" mesleklerde ortaya çıktığını vurgulamaktadır (94, 96). Tükenmişliğin oluşmasında en çok risk barındıran mesleklerin içinde hekimlik ve hemşirelik yer almaktadır (94, 97). Sağlık sektöründe çalışmanın, yoğun iş temposu, düzensiz ve uzun mesai saatleri, durumu kritik ve ölmek üzere olan hastalara bakım verme, hasta ve yakınlarıyla empati kurma, belirsizlik karşısında sorumluluk alma, alandaki yenilikleri takip etme zorunluluğu gibi nedenlerle strese girdikleri ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak sağlık sistemindeki yetersizliklerin de etkili olabildiği belirtilmektedir (94, 98).

Tükenmişlik gelişiminde ilk olarak duygusal tükenme ortaya çıkar; birey, mesleğinden bıkkınlık duymaya ve çalışmak için gereken fiziksel ve psikolojik kuvveti kendinde bulamamaya başlar. Duygusal tükenmeden sonra depersonalizasyon kendini gösterir. Depersonalizasyon, bireylerin bakım verdikleri kişilere insan değil de objeymiş gibi davrandıkları durumdur. Bireylerde konuştuğu içerik ya da bulunduğu durum ile uyumlu olmayan duygulanma durumları oluşur, bireyler bunu kendini stresten korumak için kullanırlar. Afect izolasyonu olarak adlandırılan duygu durumu çoğunlukla işe yaramaz. Depersonalizasyonun devamında da kişisel yetenek ve başarıda düşüş gözlemlenir. Tükenmişliğin duygusal etkilerinin yanında fiziksel ve mental etkileri de vardır. Fiziksel etkiler bel, boyun ve baş ağrıları olarak kendini gösterirken; mental etkiler konsantrasyon bozukluğu ve dikkat dağınıklığı olarak kendini gösterir (99).

Yorgunluk; toplumda çokça görülen ve sağlık kuruluşlarına gelen şikayetlerde ilk sıralarda yer almaktadır (100). Kronik yorgunluk ise; bazı açıklanamayan, aralıklı

olarak ortaya çıkan veya sürekli devam eden yorgunluk, halsizlik, bitkinlik halidir (101).

Yoğun iş yükü ve çalışma saatleri nedeniyle, kronik yorgunluk ve tükenmişlik semptomları hemşireler arasında gittikçe artış göstermektedir. Tükenmişlik, çalışma şartları ağır ve sorumlulukları fazla olan hemşirelik mesleğinde gözlemlenen ciddi bir sorundur (102).

Duygusal tükenmişlik yaşayan kişilerin ümitsiz ve güvensiz davranışları sosyal ve kurumsal hayatlarında çatışmalara yol açabilir. Bu çatışmalar duygu durumu negatif yönde etkilediğinden kişideki tükenmişliği ve yorgunluğu daha da artırmaktadır. Yorgunluk egzersiz ile devam eder, istirahat ile düzelmez. Yorgunlukla birlikte dikkat dağınıklığı ve/veya konsantrasyon güçlüğü yaşanabilir. Tekrarlayan eklem, kas, boğaz, baş ağrısı, baş dönmesi, iştahsızlık, bulantı, mide rahatsızlıkları ve uyku problemleri görülebilir. Bu bireyler enerjilerinde düşüş yaşadıklarını söylemekte hatta bazıları günlük işlerini yapmak istemeyecek kadar yorgun olduklarını ifade etmektedirler (103).

Hemşireler çalıştıkları yerlerde kişisel, kurumsal ve mesleki sebeplerle farklı seviyelerde tükenmişlik yaşamaktadırlar. İnsan yaşamı ile birebir ilişkili bir mesleğin yapılıyor olması, hasta ve/veya hasta yakını ile etkileşimi, hastalık, acı, ölüm ile iç içe bulunması, vardiyalı ve uzun çalışma saatlerinin olması, maaşların açlık sınırının biraz üstünde yoksulluk sınırının oldukça altında oluşu gibi nedenler hemşirelerde tükenmişliği tetiklemektedir (43).

Hemşireler, sağlık profesyonelleri içinde hasta, hasta yakınları, diğer sağlık çalışanları arasında, birleştirici olarak rol alan meslek grubudur. Tükenmişlikte psikolojik stres sebeplerini inceleyen bir araştırmada, sebeplerin %57'sinde doktorlarla iletişim, %52'sinde hastanın yakınları ile iletişim %49'unda hemşirelik yönetimi ile iletişim ve %40'ının hastayla iletişim problemlerinin olduğu saptanmıştır (104).

Hemşirelerin kendilerine karşı saygı eksikliğinin en çok stres yaratan etken olduğunu ifade ettikleri bir çalışmada, hasta ve yakınlarının şikayetleri, alkollü hastaların tutumları, yoğun iş temposunun tükenmişliği arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (104, 105).

Yanık ünitelerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir çalışmaya göre, çalışma ortamından kaynaklanan stresin bilgi eksikliği, ekip arkadaşları ile ilişkiler, hasta ile yeterli iş birliğinin sağlanamamasının neden olduğu belirlenmiştir (106).

Kronik hastalıklarla sürekli karşılaşmanın, hastaların kötü prognozunun tükenmişliği tetiklediği, depresyonla tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada saptanmıştır. Kardiyak cerrahi merkezlerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ise fiziksel ve psikolojik yorgunluk ve duygusal stres deneyimledikleri belirtilmiştir (104).

Bakım hizmeti vermenin olumsuz psikolojik etkilerinden biri olan tükenmişlik, çeşitli fiziksel hastalıklardan ayırt edilerek, bireyin daha çok çalışmasıyla ilgili oluşan stresin kalıcılığı sonucu görülen ruhsal ve fiziksel enerjinin azalması anlamında kullanılan bir terim olmakta ve tükenmişlik genellikle insanlarla ilgilenen ve onlara yardım etmeyi amaçlayan meslek gruplarında daha çok görülmektedir. Bu nedenle tükenmişliğin sağlık sektöründe çalışan bireylerde görülme ihtimali daha fazla olmaktadır (107).

Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik, benzerliklere sahip ve yakından ilişkili iki kavram ve her ikisi de zihinsel, fiziksel ve psikolojik tükenme ile sonuçlanmaktadır. Ancak merhamet yorgunluğu, ani başlangıçlı olması (108) ve başka bir bireyin travmasına maruz kalmanın doğrudan bir sonucu olarak kendine özgü semptomatolojiye sahip olması ile tükenmişlikten ayrılmaktadır. Merhamet yorgunluğu, belirtilerinin çoğunun travmatik hatıralar, aşırı uyarılma, aynı ya da benzer durumlardan kaçınma ve tükenme ile ilişkili olması yönüyle travma sonrası stres bozukluğuna benzemektedir. Tükenmişlik ise, güçsüzlük ve iş doyumunun düşüklüğünden kaynaklanmakta ve işten ayrılmaya yol açmaktadır (109). Merhamet yorgunluğu, bakım alan bireyin içinde bulunduğu acı/ağrıdan korunamaması ya da kurtulamaması durumunda oluşup suçluluk ya da distresle sonuçlanırken; tükenmişlik, amaçlar gerçekleştirilemediğinde meydana gelmekte ve hayal kırıklığı ve kontrol kaybı algısı ile sonuçlanmaktadır (110).

4.2.7. İkincil Travmatik Stres Bozukluğu

İkincil travmatik stres, travmanın etkilerinden acı çeken bireylere maruz kalma yoluyla edinilen bir dizi psikolojik belirtiyi içermektedir (111). Travma yaşayan bireylere yardım etmek ya da yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlanmaktadır (112). Figley, ikincil travmatik stres gelişiminin “terapötik etkileşimin doğal bir yan ürünü” olduğunu belirtmiştir (13).

İkincil travmatik stres bozukluğu, hastayla ilgili travmatik anların hatırlanmasıyla ortaya çıkan, depresyon, yaygın anksiyete, travmatik olay ya da hatırlatan durumlardan kaçınma ve sürekli uyarılma gibi travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını tetikleyen biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tükenme ve işlevsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. İkincil travmatik stres bozukluğu, sağlık profesyonellerinin acı çeken bireyin acıdan kurtarılmasında yetersizlik hissetmesi ve ikincil stresin diğer bir ifade ile merhamet stresinin etkilerini azaltamaması nedeniyle, ikincil strese uzun süreli maruz kalınması sonucu ortaya çıkmaktadır (71).

İkincil travmatik stres bozukluğu ve merhamet yorgunluğu, hasta ile kurulan ilişkinin bir risk faktörü olması nedeniyle benzerdir ancak ikincil travmatik stres bozukluğu, uzun süre başkalarının travmatik olaylarına ve hikayelerine maruz kalma nedeniyle oluşurken; merhamet yorgunluğu uzun süreli, yoğun ve devamlı olarak hastaların bakımı, kendini kullanma ve strese maruz kalma nedeniyle meydana gelmektedir. İkincil travmatik stres bozukluğu ve merhamet yorgunluğunun rahatlatılmadığında, daha şiddetli semptomlara neden olan, ilerleyici ve kümülatif bir süreç olduğu belirtilmektedir. Sonuç olarak; İkincil travmatik stres bozukluğu ve merhamet yorgunluğu her ikisi de hemşirelerin işlevlerinde değişikliğe neden olmaktadır. İkincil travmatik stres bozukluğu bu değişikliklerin odak noktası, tükenmenin yanı sıra hemşirelerin travma semptomları deneyimi ya da travma sonrası stres bozukluğunun semptomlarıdır. Ancak merhamet yorgunluğunda bu değişikliklerin, hemşirelerin yaşamının her yönünü etkilediği ve en belirgin etkisinin de zamanla harcamış oldukları merhametli olma enerjisinin tükenmesi sonucu hemşirelerin hastalara merhametle bakım verememeleri olduğu söylenmektedir (71).

Bireyin hayatında travmatik bir yaşantının söz konusu olması, yalnızca yaşantıya doğrudan maruz kalan bireyi değil, bireyin ilişkide bulunduğu kişileri de etkileyebilmektedir. Travmaya birincil maruziyet ile ikincil maruziyet karşısında verilen tepkilerin birbiriyle oldukça benzeştiği öne sürülmektedir. Birincil maruziyette algılanan tehdit özneye yönelik iken, ikincil maruziyette tehdit etkileşimde bulunulan bir kişinin travmatik yaşantısı ile ilişkilidir. Travmaya ikincil olarak maruz kalmış birey de travmatik olayın odak noktası olan kişinin deneyimlediği gibi, yeniden yaşama, kaçınma, artmış uyarılma belirtileri gösterebilir ve günlük hayatını sürdürmekte zorluk yaşayabilir. Kısacası, örseleyici olay dolaylı yoldan maruz kalan birey üzerinde de en az birincil maruziyeti yaşamış kişi kadar etki bırakabilir (113).

4.3. Mesleki Yaşam Kalitesini Artırmaya Yönelik Girişimler

Mesleki yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik eğitimler ve destekleyici adımların hemşireler üstünde faydalı olduğu görülmüştür. Ruotsalainen, Verbeek, Mariné ve Serra'nın yaptığı sistemli değerlendirmede sağlık çalışanlarında bireysel yeteneklerin, kurumsal etkenlerin, düşük sosyal desteğin strese neden olduğunu; bu nedenle çalışanlarda distres, psikosomatik belirtiler, tükenmişlik, hizmet verme ve yaşam kalitesinde düşüş görüldüğü; bunları azaltmak için ise bedensel ve psikolojik rahatlığın sağlanması, kurumsal düzeyde çalışma koşullarının iyileştirilmesinin, yönetsel destek sağlanmasının, bakımda değişim yapılmasının, iletişim becerilerinin artırılmasının ve çalışma shiftlerinin değiştirilmesinin/düzenlenmesinin oldukça etkili olduğu bulunmuştur. Melvin, hospis ve palyatif bakım hemşireleri ile yaptığı değerlendirme çalışmasında, erken fark edilmesi için merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik belirtilerinin hemşirelere öğretilmesi; hemşirelerin dayanıklılık, bireysel farkındalık, öz-bakım becerileri, atılganlık, spiritüel yaklaşım, hayır diyebilme ve iletişim, destek alma-verme becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini saptamıştır. Bir derlemede; nefes alma ve meditasyonun, enerji yönetimi ve öz-farkındalığın, sağlıklı beslenme ve relaksasyonun, biyopsikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesinin, psikolojik dayanıklılık, ümit, hayal kurma ve müzik desteğinin

merhamet yorgunluğunu azalttığı, mesleki yaşam kalitelerini artırdığı belirtilmiştir (114, 115, 116).

4.4. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Mesleki Yaşam Kalitesi

Çocuk kliniklerinde, diğer kliniklerden farklı olarak tedavi aşamasında çocuğun yaş, boy, kilo gibi özelliklerinin ilaç doz hesaplamasında daha hassasiyet gerektirmesi, hata kabul etmemesi hemşireleri daha fazla strese sokmaktadır. Ayrıca aileler çocukları konusunda hassas olduklarından tedaviye çok fazla müdahil olabilmektedir. Girişimsel işlemlerde (damaryolu, IM tedavi, kan alma gibi) aileler çocuk hastalar kadar tepki gösterebilmektedir. Yapılan bakım planının dışında ekstra istekleri olabilmektedir. Örneğin; saatlik ateş takip edilmesi gereken hastalarda beş dakikada bir ateş bakılmasının istenebilmesi gibi.

Çocuk hastalarda girişimsel işlemleri yapmadan önce çocuğun stresiyle ve korkusuyla baş edebilmek çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin işlerini zorlaştırmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım kliniklerinde aile faktörü az olmasına karşın yatan bebeklerin durumlarının daha travmatik olması, ilaç doz hesaplamasının aşırı hassasiyet istemesi, enfeksiyon riskinin fazla olması, yoğun bakım ünitelerindeki yaşam destek cihazlarının kullanım ve bakımının ciddi dikkat gerektirmesi gibi durumlar yoğun strese sebep olduğu için hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.

Öte yandan, çocuk hastalarının özellikle geriatri hastalara kıyasla hastalığı atlattıktan sonra önlerinde uzun bir hayatlarının olacak olması, onlara yardım etme, “Benimle iyi olacak!” düşüncesi pediatri kliniklerindeki hemşirelerde merhamet memnuniyetini artırdığı görülmüştür (20).

Çocuk hastaların dertlerini açıkça ifade edememeleri, aciz olmaları, bakımlarının ekstra hassasiyet gerektirmesi nedeniyle pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin daha merhametli yaklaşmasını gerektirmektedir (20).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 1 Nisan - 27 Temmuz 2019 tarihleri arasında gerekli kurumsal izinler alınarak İstanbul ilinde özel bir vakıf üniversitesi hastanesinde yapılmıştır.

5.3. Araştırma Soruları

1. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri mesleki yaşam kalitelerini etkiler mi?
2. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları klinikler mesleki yaşam kalitelerini etkiler mi?
3. Meslekteki deneyimin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesine bir etkisi var mıdır?
4. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde aylık çalışma saatinin merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğuna etkisi olur mu?
5. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aldıkları maaşın tükenmişlik, merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu üzerine etkisi olur mu?

5.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (Etik kurul karar no:151 /22.02.2019) (EK 4). Daha sonra araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alındı (EK 4). Veriler toplanmadan önce hemşirelere araştırmanın amacı, uygulama yöntemi gibi gerekli açıklamalar yapıldı (EK 1). Gönüllülük esası çerçevesinde çalışmaya katılan hemşirelerden de sözle onamları alınmıştır.

5.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Nisan – Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinde özel bir vakıf üniversitesi hastanesi çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmada örneklem hesaplamasına gidilmeyip, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 91 hemşire çalışma kapsamına alındı.

5.6. Veri Toplama Gereçleri

Bu araştırmanın verileri hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin soruları içeren Kişisel Bilgi Formu (EK 1) ve Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 2) kullanılarak toplanmıştır.

5.6.1. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatürler (1, 42, 117) incelenerek hazırlanan hemşirelerin sosyodemografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), meslekte çalışma süreleri, mesleği isteyerek seçme durumları, çalışma alanının özellikleri ve çalışma koşullarıyla ilgili bilgilerin yer aldığı form 15 sorudan oluşmaktadır. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle uygun oldukları zamanda yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Araştırmada çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırma ölçütüne uyan hemşirelerden 93'üne ulaşıldı. İki kişinin anketinin tutarsız ve eksik olması nedeniyle örneklem sayısı 91'e geriledi. Her bir hemşirenin anketi doldurması yaklaşık 10 dakika sürdü.

5.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan bu formda, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 15 soru yer almaktadır.

5.6.1.2. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Professional Quality Of Life Scale) (EK 2)

Ölçek Stamm (14) tarafından geliştirilmiş, Yeşil (84) tarafından acil hemşirelerine Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Merhamet memnuniyeti, Tükenmişlik ve Merhamet Yorgunluğu alt boyutlarına sahip olan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi, “Hiçbir zaman” (1) ile “Çok sık” (5) arasında değişen beşli likerttir. Mesleki tatmin alt boyutlardan ilkidir aynı zamanda merhamet memnuniyetini ifade eder. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir. İkinci alt boyut olan tükenmişlik alt boyutu, umutsuzluk iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu alt boyuttan alınan yüksek puan tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir. Üçüncü alt boyut olan merhamet yorgunluğu alt boyutu aynı zamanda yardım gereksinimi olarak da adlandırılan, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri (ikincil travmatik stres) ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Bu alt boyuttan yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28, maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17, ve 29 maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir (14).

Güvenilirlik İncelemelerine İlişkin bulgular incelendi ve;

Çalışmada; Cronbach alfa değerleri, Tükenmişlik alt boyutu için 0.68, Merhamet Yorgunluğu alt boyutu için 0.72, Merhamet Memnuniyeti alt boyutu için 0.91 olarak bulundu. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.69 olarak belirlendi.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) paket programında tanımlayıcı (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve hipotez testleri (Bağımsız gruplarda T testi, varyans analizi (Anova) kullanılarak değerlendirildi.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında (T-Testi), ikiden fazla gruplar karşılaştırıldığında ise varyans analizi (Anova) kullanıldı.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla grubu karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi kişisel özelliklerdir. Bağımlı değişkenleri ise çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğudur.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bulguları, İstanbul ilinde bulunan özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin yanıtları ile sınırlıdır.

6. BULGULAR

6.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan çocuk kliniklerindeki hemşirelerin %97.8’inin kadın, %57.1’inin 25-30 yaşları arasında olduğu, %64.8’inin lisans mezunu, %66’sının mesleki deneyim yılının 1-5 yıl olduğu, %41.8’inin gelirinin 3-4 bin TL arasında olduğu, %73.1’inin bekar olduğu bulunmuştur. Ayrıca %85.7’sinin çocuğunun olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 6.1).



Tablo 6.1. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikler Dağılımları (N=91)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	89	97.8
Erkek	2	2.2
Yaş		
20 – 24 Yaş Arası	30	33.0
25 – 30 Yaş Arası	52	57.1
31 Yaş ve Üstü	9	9.9
Eğitim Düzeyi		
Lise	13	14.3
Ön Lisans	6	6.7
Lisans	59	64.8
Lisansüstü/Öğrenci	13	14.2
Mesleki Deneyim Yılı		
1 Yıldan Az	10	11.0
1-5 Yıl	60	66.0
5-10 Yıl	10	11.0
10 Yıl ve Üzeri	11	12.0
Maaş		
2-3 Bin TL	31	34.0
3- 4 Bin TL	38	41.8
4 Bin TL Üzeri	22	24.2
Medeni Durum		
Evli	25	26.9
Bekâr	66	73.1
Çocuk Durumu		
Var	13	14.3
Yok	78	85.7

Hemşirelerin çalıştıkları birimler ve çalışma şekilleri ile ilgili bulgular Tablo 6.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %89’unun kadrolu hemşire olarak çalıştığı, %79.1’inin pediatri kliniklerini isteyerek tercih ettiği bulundu. Vardiya sistemiyle çalışanların oranının %82.4 olduğu, %87.1’inin mesleği isteyerek seçtiği, %56.1’inin meslekten kısmen memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %47.2’sinin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, %20.9’unun diğer pediatri kliniklerinde (çocuk hasta bakım acil servis ve karma yatan hasta servisi), %11’inin pediatri servisinde, %12.1’inin pediatrik kemik iliği transplantasyonu servisinde, %8.8’si bebek bakım odasında çalıştığı saptandı (Tablo 6.2).



Tablo 6.2 Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Birimler ve Çalışma Şekilleri (N=91)

Çalıştıkları Birimler ve Çalışma Şekilleri	Sayı	Yüzde
Klinikteki pozisyon		
Hemşire	81	89
Ekip Lideri	3	3.3
Sorumlu Hemşire	7	7.7
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu		
Evet	80	87.1
Hayır	11	12.9
Pediyatri Kliniğini İsteyerek Tercih Etme Durumu		
Evet	72	79.1
Hayır	19	20.9
Çalışma hayatından memnun olma durumu		
Memnunum	27	29.6
Kısmen Memnun	51	56.1
Memnun Değilim	13	14.3
Aylık çalışma saati		
180-219 Saat	52	88.1
220 Saat ve Üzeri	39	11.9
Klinik Çeşidi		
Pediyatrik Kit Servisi	10	12.1
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	43	47.2
Pediyatri Yatan Hasta Servisi	10	11.0
Bebek Bakım Odası	8	8.8
Diğer (Pediyatri Yoğun Bakım, Çocuk Hasta Bakan Acil Servis,Karma Yatan Hasta Servisi)	20	20.9
Çalışma biçimi		
Sadece Gündüz	16	17.6
Vardiyalı	75	82.4

Tablo 6.3 Ölçek Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları

Ölçek/Alt Boyutlar	Ortalama \pm Standart Sapma	Min-Max
Ölçek Geneli	93.32 \pm 9.66	61-115
Merhamet Memnuniyeti	38.12 \pm 7.45	21-50
Tükenmişlik	25.53 \pm 5.22	14-35
Merhamet Yorgunluğu	24.77 \pm 5.63	14-36

Olguların profesyonel yaşam kalitesi durumlarının saptanmasında “Çalışanlar İçin Yaşam Kalite Ölçeği” (ÇYKÖ) kullanıldı. Olguların ölçek alt boyut toplam puan ortalamaları Tablo 6.3’te verildi (Tablo 6.3).

Tabloya göre, anket katılımcılarına ait Merhamet Memnuniyeti puan ortalamasının (38.12 \pm 7.45) Tükenmişlik (25.53 \pm 5.22) ve Merhamet Yorgunluğu (24.77 \pm 5.63) alt boyutlarına göre daha yüksek olduğu görülürken, diğer iki alt boyuta ait skorların ortalama değerlerinin birbirlerine yakın olduğu bulunmuştur.

6.2. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Bilgilerine Göre İncelenmesi

Varsayımların kontrolü sonrasında yapılması belirlenen testlerle birlikte çalışanların sosyodemografik özelliklerinin ve çalışma bilgilerinin mesleki yaşam kalitesi ölçeği bakımından anlamlı bir farklılığa sahip olup olmadığı test edilmiş ve bu doğrultuda Tablo 6.4 ve Tablo 6.5’deki değerlere ulaşılmıştır.

Tablo 6.4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Yaş				
20-24	30	38.77±6.92 40(26-49)	25.23±5.38 24(26-37)	23.37±5.25 24(14-36)
25-30	52	37.48±7.75 39(21-50)	26.00±4.92 24(26-43)	24.90±5.60 24(14-36)
31 Üzeri	9	39.67±7.83 40(24-50)	23.78±6.12 25(27-40)	24.22±7.17 25(14-34)
TEST****		F= 0.49 p=0.61	F= 0.33 p=0.71	F= 0.70 p=0.50
Eğitim Düzeyi				
Lise	13	38.54±7.92 26(24-49)	31.62±2.29 33(28-35)	25.54±4.65 41(18-34)
Önlisans	6	34.67±4.37 23(29-39)	31.00±4.05 31(27-37)	21.67±4.84 36(14-28)
Lisans	59	37.34±7.58 24(21-50)	32.75±3.29 32(26-43)	24.63±5.97 39(14-36)
Lisansüstü/Öğrenci	13	42.85±5.91 23(30-50)	34.77±3.61 34(30-43)	23.00±5.16 42(14-33)
TEST****		F= 2.52 p=0.06	F= 2.74 p=0.22	F= 0.94 p=0.42

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.4. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91) (Devam)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Cinsiyet				
Erkek	2	29.00±4.24 29(26-32)	31.00±2.83 31(29-33)	29.00±7.07 29(24-34)
Kadın	89	38.33±7.39 40(21-50)	32.80±3.38 32(26-43)	24.22±5.60 24(14-36)
TEST*		Z=24 p=0.08	Z=62.5 p=0.47	Z=129 p=0.28
Çocuk Durumu				
Var	13	38.15±7.17 40(26-50)	32.23±3.06 33(27-40)	25.46±6.86 26(14-36)
Yok	78	38.12±7,54 39(21-50)	32.85±3.42 32(26-43)	24.14±5.43 24(14-36)
TEST*		Z=490 p=0.85	Z=465 p=0.63	Z=590 p=0.34
Medeni Durum				
Evli	25	39.96±4.57 40(30-48)	33.48±3.24 33(27-40)	26.28±5.38 27(14-36)
Bekar	66	37.42±8.21 39(21-50)	32.48±3.39 32(26-43)	23.59±5.59 23(14-36)
TEST*/***		Z=694.5 p=0.24	T = -1.29 p=0.20	T = -2.10 p=0.04

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Ulaşılan sonuçlardan ilkinė göre çalışanların yaşam kalitesi yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bazında farklılaşmamaktadır.

ocuk sahibi olan hemşireler ile ocuk sahibi olmayan hemşirelerin yaşam kalitesi karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır.

Merhamet yorgunluğu, medeni duruma göre farklılık göstermektedir ($p=0.04$). Evli hemşirelerin merhamet yorgunluğu bekar hemşirelere göre daha yüksektir.



Tablo 6.5 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Klinikteki Pozisyon				
Hemşire	81	37,69±7,50 39 (21-49)	32,80±3,37 32 (26-43)	24,54±5,56 24 (14-36)
Ekip Lideri	3	39,33±9,50 39 (30-49)	33,33±1,15 34 (32-34)	21,00±2,65 20(19-24)
Sorumlu Hemşire	7	42,57±5,16 40 (38-50)	32,00±4,12 31(27-40)	23,29±7,34 25(14-34)
TEST **		KW=2.05 p=0.35	KW=2.57 p=0.18	KW=1.79 p=0.4
Aylık Çalışma Saati				
180-219 Saat	52	39.27±7.67 41(21-50)	32.67±3.52 32(26-43)	24.12±5.61 24(14-36)
220 Saat ve Üzeri	39	36.59±6.96 38(24-49)	32.87±3.19 33(26-40)	24.62±5.72 24(14-36)
TEST *		Z = 1270 p=0.04	Z= 894.5 p=0.03	Z= 989 p=0.84
Alınan Maaş				
2-3 Bin	31	39.90±6.01 41(26-49)	32.32±3.88 32(26-43)	22.94±5.49 22(14-36)
3-4 Bin	38	38.58±7.47 40(21-50)	32.74±3.18 32(26-43)	24.39±5.10 24(14-35)
4 Bin ve Üzeri	22	34.82±8.46 33(21-50)	33.41±2.92 33(30-40)	26.18±6.37 25(14-36)
TEST****		F= 3.27 p=0.04	F= 0.66 p=0.43	F = 2.2 p=0.12

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.5 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91) (Devam)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Mesleki Deneyim Yılı				
1 Yıldan Az	10	40.90±5.84 40(33-49)	33.60±5.02 34(26-43)	21.30±6.29 21(15-36)
1-5 Yıl	60	36.70±7.68 38(21-49)	32.85±3.17 32(26-43)	24.80±5.27 24(14-36)
5-10 Yıl	10	39.50±5.28 41(32-49)	32.00±2.71 32(28-37)	27.10±5.63 27(18-35)
10 Yıl ve Üzeri	11	42.09±7.58 41(24-50)	32.18±3.40 32(27-40)	22.00±5.80 20(14-34)
TEST****		F = 2.45 p=0.06	F = 0.49 p=0.68	F = 2.68 p=0.05
Pediatric Kliniği Deneyim Yılı				
1 Yıldan Az	19	39.26±7.50 41(26-49)	32.26±3.98 31(26-43)	23.53±6.68 22(15-36)
1-5 Yıl	57	36.96±7.42 38(21-48)	33.18±3.21 33(26-43)	24.79±5.22 24(14-36)
5-10 Yıl	9	42.67±5.74 41(32-50)	31.22±1.72 32(29-33)	23.56±5.85 24(15-34)
10 Yıl ve Üzeri	6	38.67±8.38 40(24-50)	32.67±4.37 33(27-40)	23.67±6.65 24(14-34)
TEST ****		F= 2.45 p= 0.06	F = 1.05 p= 0.37	F = 0.33 p= 0.80

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.5 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91) (Devam)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Çalışılan Klinik				
Bebek Bakım Odası	8	39.26±7.50 41(26-49)	34.00±5.35 34(27-43)	23.53±6.68 22(15-36)
Diğer (Pediatrik Yoğun Bakım, Çocuk Hasta Bakan Karma ve Acil Servisler)	19	36.96±7.42 38(21-48)	32.42±2.83 33(26-37)	24.79±5.22 24(14-36)
Pediyatri Servisi	10	38.67±8.38 40(24-50)	32.00±3.56 32(26-40)	23.67±6.65 24(14-34)
Pediyatrik Kit Servisi	11	42.67±5.74 41(32-50)	32.00±2.86 31(28-37)	23.56±5.85 24(15-34)
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	43	35.81±7.84 34(21-48)	33.05±3.27 32(26-43)	25.86±5.44 24(14-36)
TEST****		F= 11.79 p= 0.001	F= 5.05 p= 0.00	F= 1.90 p= 0.09
Çalışma Biçimi				
Sadece Gündüz	16	40.63±7.13 40(26-50)	31.94±3.17 32(27-40)	24.19±6.00 25(14-34)
Vardiyalı	75	37.59±7.46 39(21-49)	32.93±3.40 32(26-43)	24.36±5.59 24(14-36)
TEST*		Z=724.5 p=0.19	Z=487 p=0.23	Z=597.5 p=0.98

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Tablo 6.5 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri İle Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=91) (Devam)

DEĞİŞKENLER	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği			
	N	Merhamet Memnuniyeti Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Tükenmişlik Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)	Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu Ort± SS Med (Min-Max)
Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu				
Evet	80	38.68±7.03 40(24-50)	32.68±3.15 32(26-43)	24.30±5.54 24(14-36)
Hayır	11	34.09±9.43 37(21-48)	33.36±4.80 33(26-43)	24.55±6.58 25(14-34)
TEST *		Z = 573 P=0.10	Z = 408.5 P=0.70	Z = 412.5 P=0.74
Pediyatri Kliniği Tercih Etme İstekliliği				
Evet	72	38.36±7.37 40(21-49)	32.49±3.26 32(26-43)	24.40±5.72 24(14-36)
Hayır	19	37.21±7.90 37(24-50)	33.79±3.65 34(26-43)	24.05±5.42 23(15-35)
TEST*****		T = -0.82 P=0.55	T = -1.41 P=0.16	T = 0.24 P=0.81
Çalışma Hayatı Memnuniyet Bilgisi				
Kısmen Memnunum	51	39.20±6.31 41(24-49)	33.61±3.33 33(26-43)	24.53±5.53 24(14-36)
Memnun Değilim	13	30.85±6.72 30(21-42)	30.23±2.35 30(26-34)	22.08±5.62 21(14-34)
Memnunum	27	39.59±8.00 40(26-50)	32.37±3.25 32(27-40)	25.04±5.77 24(14-34)
TEST **/*****		F= 8.44 P=0.00	KW = 11.37 P=0.13	F= 1.29 P=0.27

* Mann-Whitney U (Z), **Kruskal-Wallis (KW), ***Bağımsız Grup T-Testi (T), ****Tek Yönlü Anova F-Testi (F) analizleri yapılmıştır.

Ankete katılan hemşirelerin mesleği tercih etme durumu, yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir farklılığa sahip değildir. Deneyim süresi 5-10 yıl olan hemşirelerin daha fazla ya da daha az deneyim sahibi meslektaşlarına göre daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadıkları gözlemlenmiştir ($p=0.05$).

Personelin çocuk kliniğinde çalışma tercihlerini kendi istekleriyle yapıp yapmadıkları bilgisi, çalışanlar için yaşam kalitesi alt ölçeklerinin hiçbirinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışma hayatı memnuniyeti, merhamet memnuniyeti bazında anlamlı bir farklılığa sahiptir ($p=0.00$). Çalışma hayatından memnun olanlar, kısmen memnun olanlar ve memnun olmayanlara göre daha yüksek merhamet memnuniyeti düzeyine sahiptir

Çalışılan Klinik ile Merhamet Memnuniyeti ve Tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.00$). Buna göre, Bebek Bakım Odasında görev alan hemşirelerin diğerlerine göre tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışılan kliniklere göre çalışanların Merhamet Memnuniyeti ortalamaları incelendiğinde Pediatri Kit Servisinde görev alan personelin diğer kliniklerde çalışan personele göre daha yüksek merhamet memnuniyeti düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Maaş bilgisi, Merhamet Memnuniyeti bakımından anlamlı bir farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0.04$). Buna göre, 2-3 bin TL alan grubun merhamet memnuniyet düzeyi diğer gruplara göre daha yüksektir.

Sadece gündüz çalışan hemşirelerle vardiyalı çalışan hemşirelerin çalışanlar için yaşam kalitesi anketinden aldığı skorlar incelendiğinde, her iki grup için anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Klinikteki pozisyon, hemşireliği isteyerek tercih etme durumu bilgisi ve cinsiyet değişkenleri, çalışanlar için mesleki yaşam kalitesine ait alt ölçekler bakımından hiçbiri ile anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anket katılımcılarının yaşam kalitesinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı gözlemlenmiştir.

Son olarak, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti alt boyutlarının personelin aylık çalışma saatine göre farklılaştığı gözlemlenmiştir (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.04$). Aylık 180-219 saat arası mesai yapan hemşirelerin tükenmişlik skoru ortalaması

daha düşük olmakla birlikte aynı grubun merhamet memnuniyeti skorunun ortalaması 220 ve üzeri mesai yapan hemşirelere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.



Tablo 6.6 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Merhamet Memnuniyeti
Tükenmişlik	1		
Merhamet Yorgunluğu	0.53 (p=0.00)	1	
Merhamet Memnuniyeti	-0.73 (p=0.00)	-0.25 (p=0.03)	1

*0.01
**0.05 düzeyinde

Ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon katsayısı sonuçlarından faydalanılmıştır. Korelasyon analizi sonuçları Tablo 6.6'da yer almaktadır.

Ulaşılan sonuçlara göre, Tükenmişlik ile Merhamet yorgunluğu arasında orta şiddette pozitif yönlü korelasyon ($r = 0.53$), Tükenmişlik ile Merhamet Memnuniyeti arasında ise yüksek şiddette negatif yönlü korelasyon ($r = -0.73$) bir korelasyon bulunmuştur. Merhamet yorgunluğu ile Merhamet Memnuniyeti arasındaki ilişkiye bakıldığında ise negatif yönlü zayıf bir korelasyon gözlemlenmiştir ($r = -0,25$).

7. TARTIŞMA

Çalışmada, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi alt boyutları incelenmiştir. Hemşirelerin yaşam kalitesi ile sosyodemografik ve mesleki özellikleri karşılaştırılmış, elde edilen veriler bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmaya alınan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalaması 38.12 (± 7.45), tükenmişlik puan ortalaması 25.53 (± 5.22) ve merhamet yorgunluğu puan ortalaması 24.77 (± 5.63) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada bu ortalamalar sırasıyla 30.99 (± 8.63), 25.41 (± 5.51) ve 16.43 (± 7.41) olarak bulunmuştur (118). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu puan ortalamaları sırasıyla; 30.51 (± 8.53), 20.56 (± 5.58), 18.36 (± 9.3) olarak belirlenmiştir (119). Mesleki yaşam kalitesi sağlık çalışanları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı kadrolar ve alanlarda değerlendirilmiştir (118, 119, 120, 121). Bununla birlikte, genel olarak yapılan çalışmalara benzer şekilde; orta-düşük seviyede memnuniyet düzeyi, orta düzeyde tükenmişlik düzeyi ve orta-yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu bulgusunun, hem çocuk hem de ailelerin bakımını üstlenmesi nedeniyle yoğun çalışma şartlarına sahip bu hemşirelik grubunda beklendiği düzeyde olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya gönüllü olarak katılan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%97.8) hemşirelerdir. Ancak yapılan analiz sonucunda cinsiyetin çalışan kişilerin mesleki yaşam kalitesini ölçmede belirleyici bir değişken olmadığına ulaşılmıştır. Ankete katılan sadece 2 erkek hemşirenin olması cinsiyet özelinde bu sonucun çıkmasında etkili olmuştur. İlgili literatüre bakıldığında cinsiyet bağlamında daha normal dağılım gösteren örneklerde kadınların erkeklere göre mesleki yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulgusu vardır (11, 84, 120). Ancak kimi araştırmalarda da bu çalışmanın sonuçlarındaki gibi cinsiyetin mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarından hiçbirinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı sonucu vardır (121, 122, 123).

Araştırmaya katılan hemşirelerden %57' si 25-30 yaş aralığında olup mesleki yaşam kalitesi ölçeğine göre yaş kriterinin farklılaşp farklılaşmadığı test edildiğinde anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Bu çalışma ile benzer şekilde yaşın mesleki

yaşam kalitesinde etkili olmadığı sonucu literatürde bir bulgu olarak yer almaktadır (119, 124, 125). Ancak literatürde bu ve benzer çalışmaların bulgusu ile örtüşmeyen sonuçlar olduğu da gözlemlenmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının mesleki yaşam kalitesinde yaşın belirleyici bir değişken olabileceği mevcuttur. Özellikle 30-39 yaş arasının mesleki yaşam kalitesinin daha iyi olduğu sonucu bu çalışmalarda yer almaktadır (123, 126).

Hemşirelerin eğitim düzeylerinin mesleki yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında farklılaşmadığı bu çalışmanın başka bir çıktısıdır. Çoğunluğunu lisans eğitim düzeyine sahip olduğu (%64.8) bu örnekleme yaşanan bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (119, 127). Ancak genel anlamda hemşirelik mesleğinin minimum düzeyde lise ve lisans eğitimini gerektirmesi ve çalışma temposu sebebiyle eğitim düzeyini yükseltebilecek motivasyonun olmaması bu değişken özelinde farklılaşmanın yaşanmamasının bir sebebi olarak gösterilebilir. Literatürde sağlık çalışanlarını geneline örneklem olarak alan (126) ve sadece hemşireler özelinde inceleme yapan (128) çalışmalarda da benzer sonuçlar yer almaktadır. Sağlık çalışanı evreninin tümünü örneklem olarak alan kimi çalışmalarda yüksek lisans düzeyinin mesleki yaşam kalitesinde arttırıcı bir etkisi olduğu sonucu bulunmaktadır (123, 129). Benzer şekilde lisansüstü eğitim düzeyinin mesleki yaşam kalitesini olumlu algılamadaki etkisinin olduğunu düşünen ve çalışma örneklemini bu çalışmadaki gibi hemşireler olarak belirleyen bulgular da yer almaktadır (122). Eğitim değişkeni özelinde literatürde merhamet yorgunluğu alt boyutunda sağlık meslek lisesi ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini düşük olduğu (130), tüm ölçek bazında ise lisans mezunlarının mesleki yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu (131) ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin diğer eğitim düzeylerine göre mesleki yaşam kalitesini daha düşük olduğu (125) gibi birbirinden farklı yönelimlerde sonuçlar vardır.

Çalışmada çoğunluğunun (%66) 1-5 yıl arası deneyime sahip olduğu çocuk kliniği hemşirelerinde mesleki deneyim ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği ilişkilendirildiğinde deneyimin mesleki yaşam kalitesinde merhamet yorgunluğu alt boyutunda farklılaştığı tespit edilmiştir. Buna göre deneyimi 5-10 yıl aralığından olan pediatri yatan hasta servisi hemşireleri diğer deneyimde olan hemşirelere göre merhamet yorgunluğunu daha yoğun yaşamaktadır. Hemşirelik mesleğinde deneyim

sahibi oldukça stres verici olayları içselleştirmek yaygınlaşmakta ancak meslekte ileri bir deneyime sahip olduğunda da bu his normalleşebilmektedir. Bu sebeple mesleki deneyimdeki bu ara dönemin yaşadığı stres algısı daha yüksek olabilmektedir. Literatürde genel olarak meslekte geçirilen sürenin fazla olmasının yaşam kalitesinde olumsuzluk yarattığı yaygın bir sonuçtur (121, 123, 127, 129). Bu sonuç farklı çalışmalarda farklı alt boyutlarda gerçekleşmektedir. Ancak bu yaygın sonuç göz önüne alındığında tüm sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının düzenlenmesi adına yasal adımların atılması vurgulanmaktadır. Literatürde alınan örneklemin farklı olması neticesinde ayrışan kimi çalışmalar da vardır. Bu çalışmalar çalışma süresinin yaşam kalitesinde belirleyici olmadığını öne sürmektedirler (124, 129, 132).

Alınan maaş değişkeninin mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarından merhamet memnuniyetinde farklılaştığı çalışmanın bir diğer bulgusudur. Buna göre aldığı maaş 2-3 bin TL arası olan çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyeti (mesleki tatmini) daha yüksektir.

Alınan maaşa aralık olarak değil de hemşirelerin aldığı ücretten memnun olup olmaması bağlamında yaklaşan başka bir çalışmada aldığı maaştan memnun olan hemşirelerde mesleki tatmin ve merhamet yorgunluğunun daha yüksek olduğu öne sürülmektedir (119). Sağlık çalışanlarının aldıkları maaşın mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olduğu sonucu bu çalışma ile benzeşen ama maddi durumdaki yetersizliğin mesleki yaşam kalitesinde olumsuz etki yarattığı sonucu ile bu çalışma ile ayrışan araştırma sonuçları da literatürde yer almaktadır (132, 133).

Araştırma kapsamında anket yapılan hemşirelerin çoğu (%73) bekarıdır. Mesleki yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından merhamet yorgunluğunun medeni durumla birlikte farklılaşabileceği bu çalışmanın bulguları arasındadır. Buna göre evli çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri bekar hemşirelere göre daha yüksektir. Örneklemin çoğunluğunu bekar hemşireler oluştursa da bu alt boyutunda karşılaşılan bu sonuç, bulguyu netleştirmektedir. İlgili literatür taraması yapıldığında medeni durumun mesleki yaşam kalitesinde belirleyici bir unsur olduğunu öne süren çalışmalar (123, 124) olduğu gibi medeni durumun mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarında etkili olmadığını vurgulayan çalışmalar da

(121, 122, 134) vardır. Literatürde medeni durumun mesleki yaşam kalitesinde belirleyici bir unsur olduğunu öne süren çalışmalarda da evli hemşirelerin bekarlara göre daha düşük mesleki yaşam kalitesi puanına sahip olduğu ortak bir sonuçtur. Evli hemşirelerin hastane dışında ailevi sorumluluklarının da olması onların stresli olmalarına neden olmaktadır (123, 124). Literatürdeki bu farklılık örneklemin sınırlılıkları ile ya da medeni durum dışında farklı etmenlerin de olması ile ilişkilendirilebilir.

Katılımcılardan %86'sının çocuğunun olmaması çocuk sahibi olmanın mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olup olmadığını da etkilemiştir. Buna göre çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki yaşam kalitesi çocuk sahibi olup olmamalarına göre farklılaşmaktadır. Çalışmanın bu sonucu katılımcıların çocuk sahibi olup olmama kriterine göre daha eşit dağılım gösterdiği bir örnekte farklılık gösterebilecek nitelikte olsa da literatürde bu bulgu ile benzerlik gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (84, 125). Kimi çalışmalarda ise çocuk sahibi olmanın mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarından olan tükenmişliği olumsuz etkilediği sonucu yer almaktadır (133, 135). Çocuğu ile yaşayan hemşirelerin mesleki yaşam kalitelerinin düşük olduğu sonucu da yine bu değişken için bu çalışmadan farklı sonuçlar içeren farklı bir araştırmaya aittir (136).

Hemşirelik mesleğindeki kişileri yıpratıcı etmenlerden biri olan çalışma saatleri ve çalışma şekli de literatürde sıkça araştırılmış bir değişkendir. Katılımcıların %82.4'ünün vardiyalı olarak çalıştığı bu örnekte vardiyalı çalışma ya da sadece gündüz çalışma düzeninin mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olmadığı sonucu vardır. Literatürde bu değişken için hemşireler özelinde sürekli gündüz çalışanların vardiyalı çalışanlara göre daha yüksek mesleki yaşam kalitesi seviyesi gösterdiği (136, 137) ve bunun özellikle merhamet memnuniyeti alt boyutunda farklılaştığı (119) sonucu da vardır. Ancak aylık çalışma saati mesleki yaşam kalitesinin tükenmişlik ve merhamet memnuniyet alt boyutlarında farklılaşan bir unsur olmuştur. Buna göre çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin aylık 180-219 saat aralığında çalışması merhamet memnuniyeti seviyelerini yükseltirken, 220 saatin üzerinde çalışmaları tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerini artırmaktadır. Literatürde çalışma saatlerinin artmasının mesleki tatmini arttırdığı sonucu ve haftalık 46 saat üzeri çalışanlarda bunun daha belirgin olduğunu öne süren çalışma

da yer almaktadır (119). Çalışmanın bu bulgusu aylık çalışma saatlerini mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olduğu ve çalışma saati kısaldıkça tükenmişliğin de azalacağı sonucunu içeren literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdir. Literatürde çalışma saatlerinin azlığının mesleki yaşam kalitesini azalttığı sonucu da yer almaktadır (125).

Katılımcıların %89'unun hemşire olarak çalıştığı bu örnekleme çalışma pozisyonu mesleki yaşam kalitesi ölçeğindeki alt boyutlarda farklılaşmamaktadır. Çalışmanın bu sonucu çalışma statüsünü mesleki yaşam kalitesi ölçeği ile ilişkilendiren farklı bir araştırma ile de aynı noktada buluşturmaktadır (119). Ancak katılımcılara yöneltilen anket neticesinde çocuk kliniğindeki hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%87.1) mesleğini isteyerek seçtiği gözlemlenmiştir. Bu değişkenin mesleki yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarında farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edildiğinde ise meslek tercihinin mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olmadığı bulgusuna erişilmiştir. Benzer şekilde %79.1'inin isteyerek çocuk kliniklerini seçmesi de mesleki yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarında farklılaşmaktadır. Literatürde mesleğini isteyerek tercih eden hemşirelerde mesleki tatmin düzeyinin yüksek, tükenmişliğin düşük olduğu sonucu (119) yer alsa da bu çalışma farklı örnekleme aynı sonucu vereceği düşünülmektedir. Bunun en büyük sebebi katılımcılara yöneltilen "çalışma hayatından memnun olup olmama" sorusuna göre çalışma hayatından memnun olan hemşirelerin daha yüksek merhamet memnuniyetine sahip olmasıdır.

Merhamet memnuniyeti yüksek olan çocuk kliniği hemşirelerinin merhamet yorgunluğu seviyelerinin de düşük olması bu çalışmanın önemli bir başka değişkeni olup literatürdeki bu sonuç ile de dolaylı olarak ilişkilendirilebilir. Yine bu çalışmanın bulguları arasında mesleğinden memnun olan hemşirelerin merhamet memnuniyetlerinin yüksek olmasının yanı sıra mesleğinden kısmen memnun olan hemşirelerin tükenmişliklerinin yüksek olduğu sonuçları da yer almaktadır. Bu bulgu mesleki tatmini yüksek olan hemşirelerin tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun orta ya da düşük seviyede olduğunu öne süren çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (118, 119).

Çalışılan klinik bağlamında mesleki yaşam kalitesi ölçeğinin uygulandığı analizde ise bu değişkenin ölçeğin merhamet memnuniyeti ve tükenmişlik alt boyutlarından farklılaştığı sonucu elde edilmiştir. Buna göre bebek bakım odasında görev yapan hemşirelerin tükenmişliği diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek iken; pediatrik kit ünitesinde çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyeti diğer birimlere göre daha yüksektir. Benzer şekilde cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerinin daha yüksek tükenmişliğe sahip olduğu literatürde ortaya çıkmış bir bulgudur (118, 119). Yoğun bakım ya da kemoterapi bölümünde çalışanların tükenmişliklerinin daha yüksek olduğu sebebinin ise daha fazla olumsuzluğa maruz kalınması olarak gösterilen başka bir araştırma bu çalışmanın bulgusundan ayrılmaktadır (133). Ancak literatür taramasında çalışılan bölümün mesleki yaşam kalitesinde belirleyici olmadığı sonucu da yer almaktadır (136, 137). Literatürdeki bu farklılaşma çocuk kliniği örneklemi dışından yapılan araştırmalarda her kliniğin kendi içerisinde olumsuzluğa en fazla maruz kalınan bölümünün farklı olması gösterilebilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Yapılan analiz neticesinde elde edilen veriler şunlardır.

- Cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, çocuk sahibi olma, vardiyalı ya da sadece gündüz çalışma, klinikteki pozisyon, çalışma biçimi, hemşireliği tercih etme istekliliğinin mesleki yaşam kalitesi alt boyutlarında belirleyiciliği yoktur. Çoğu literatürde sıkça işlenen değişkenlerden olan bu etmenlerin mesleki yaşam kalitesi bağlamında farklılaşması örneklem alınan grup ya da farklı etkenler ile ilişkilendirilebilir. Bunlar dışında çalışmanın literatüre katkı sağlayacak sonuçları da bulunmaktadır.
- Deneyim aralığı 5-10 yıl mesleki deneyime sahip çocuk kliniğinde çalışan hemşireler mesleki yaşam kalitesinin düşük olduğu sonuna ulaşılmıştır.
- Çocuk kliniğinin bölümlerine göre hemşirelerin mesleki yaşam kalitelerinin de farklı olduğu, bu çalışmanın önemli bulgularındandır. Bebek bakım odasında görev alan hemşirelerin yüksek tükenmişlik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Pediatrik kit ünitesinde çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyetlerinin oldukça yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde kemoterapi ve yoğun bakım hastalarına gösterilen ilgi ve alaka neticesinde alınan mesleki tatminin yüksek olması ile örtüşmektedir. Durumu kritik düzeyde olan pek çok çocuk hastanın en ufak bir iyileşme göstermesi bu bölümde çalışan hemşirelerin mesleklerinde tatmin duygusunu güçlendirmektedir.
- Evli hemşirelerin merhamet yorgunluğu seviyelerinin yüksek, mesleki yaşam kalitelerinin düşük olduğu bu çalışmanın bir diğer önemli çıktısıdır. Evli hemşirelerin işlerinin getirdiği stresin yanı sıra ailevi sorumluluklar da üstlenmesi pek çok sektördeki kişinin yaşadığı sonucu beraberinde getirmektedir. Hemşireler için iş-yaşam dengesini sağlayıcı düzenlemeler bu stresi azaltmakta ve hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini arttırmakta faydalı olabilecek bir öneridir.
- Sağlık sektörü mesleki tatminin yoğun yaşandığı bir sektör olsa da aylık çalışma saatleri 220 saatin altında olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi

azalmaktadır.

- Çalışmadaki bu bulgunun yanı sıra aylık çalışma saati 220 saatin üzerinde çalışan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşadığı bulgusu da yine bu araştırmanın önemli çıktıları arasındadır.
- Benzer şekilde bu çalışmada da test edildiği üzere çalışma hayatından memnun hemşireler her türlü olumsuzluğa rağmen daha fazla merhamet memnuniyeti yaşamaktadır.
- Mesleğinden memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin de yapılan analizler neticesinde mesleki yaşam kalitesi yüksek çıkmıştır. Ancak mesleğinden kısmen memnun olanlarda ise tükenmişliğin yüksek seyrettiği gözlemlenmiştir. Özverinin yüksek olduğu sağlık sektöründe her meslekte olduğu gibi mesleği, çalışma hayatını sevmek kişinin alacağı tatmini de etkilemektedir.
- Birbiriyle örtüşen bu sonuçları çalışmanın son çıktısı olan yüksek merhamet memnuniyeti olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu seviyelerinin düşük olduğu bulgusu da desteklemektedir.

Disiplinler arası bir kavram olan mesleki yaşam kalitesi, sağlık hizmetleri ve yönetiminde ve diğer birçok disiplinde bir araştırma konusu olarak bir önem kazanmıştır. Siyaset bilimi, psikoloji, sosyoloji, eğitim bilimleri, çevre bilimleri ve sağlıkla ilgili bilimler gibi birçok farklı bilimsel alanda incelenen belirsiz ve geniş bir kavramdır. Her disiplin, çalışma alanlarına göre farklı tanımlar ortaya koymaktadır.

Çok boyutlu bir kavram olan mesleki yaşam kalitesi kültürden, kişilerin konumlarından, amaçlarından, inançlarından, deneyimlerinden, beklentilerinden ve algılarından etkilenir. Mesleki yaşam kalitesi algıları zaman içinde bir değişiklik gösterebilir. Kişinin aile içi ve aile dışı fiziksel, zihinsel ve sosyal ilişkilerini, çevresel eylemleri de içerir. Maddi rahatlıklar, sağlık koşulları, eğlence fırsatları, sosyal etkileşim, öğrenme veya eğitim durumu, çalışma ortamı, mesleki gelişim, boş zaman etkinlikleri, güvenlik, barınma ve özgürlüğü de içerisinde barındırmaktadır.

Günümüzde tıp sadece hastalıkları ortadan kaldırmakla kalmayıp aynı zamanda insanların yaşam kalitelerinin de yükseltilmesini hedeflemektedir. Mesleki

nedenlerle gönüllü ve kendi kendini motive eden kişilerle dolu tıp, sağlık profesyonelleri için mesleki yaşam kalitesi geliştirmek hem yaratıcı ve yapıcı ancak kimi zaman da yıpratıcı bir süreçtir. Hastane ortamında hemşirelik uzmanları, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlara vurgu yaparak temel insan ihtiyaçlarını karşılayarak ağrı ve ıstırap ile doğrudan temas halindedir. Bu nedenle, fiziksel ve zihinsel bozuklukları olabilir, bu da işgücü kapasitesinin azalmasına neden olur ve yaşam kalitesine müdahale eder.

Son yıllarda sağlık çalışanlarının çalışma ortamının psikososyal yönlerini keşfetmek için birçok çalışma yapılmıştır. Hemşirelerde bu mesleki yaşam kalitesinin düşmesinin nedenleri arasında mali durumdaki yetersizlik, gece vardiyalarında çalışma ve ayrıca büyük fiziksel ve zihinsel yük ile kötü çalışma koşulları gösterilmektedir. Kapsamlı görev performansı, tekrarlayan ve parçalanmış görevler, düşük sosyal destek, tanıma ve ödül eksikliği, yüksek duygusal talepler gibi psikososyal stres faktörleri tarafından belirlenen farklı fiziksel yüklerle maruz kalmaktadırlar.

Bu çalışma özelinde yoğunlaşılacak çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler ise sürekli olarak insan ihtiyaçları, problemler ve hastalıklarla uğraşmanın yanı sıra özellikle çocuk hastaların aileleri ile de sürekli bir etkileşim içerisindedir. Belirli bir yaşa kadar çocukların çektiği ağrıları ifade edememesi ya da tanımlayamaması ve ebeveynlerinin baskılayıcı tavrı da özellikle çocuk kliniğinde çalışan hemşirelere ekstra bir yük getirmektedir.

Mesleki yaşam kalitesi ölçeğini sağlık çalışanları genelinde ya da hemşireler özelinde uygulayan çalışmalarla benzer ve ayrışan bulgular sunan bu çalışma farklı değişkenlerle ya da aynı değişkenleri farklı örneklem gruplara uygulamak isteyen gelecekteki çalışmalara kaynak olabilecek sonuçlar içermektedir.

8.2. Öneriler

Çocuk kliniklerinde çalışan evli hemşirelerin merhamet yorgunluklarının yüksek, mesleki yaşam kalitelerinin düşük olması bu çalışmanın önemli bir çıktısıdır. Evli personellere yönelik kreş imkanının sağlanması, izin sürelerinin uzatılması ve maddi

olanakların artırılması, mesleki yaşam kalitelerinin yükselmesi için desteklenmeleri gerekmektedir.

Bu çalışma tek bir hastanede yapılmış olup özel ve devlet hastanelerindeki çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde bu çalışmanın tekrarlanması farklı bir çalışma konusu olabilecektir. Ayrıca hemşirelerin mesleki yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik özelliklerin genişletilerek farklı etmenler ile çalışmanın tekrarlanması da yine literatürde farklı bir çalışma konusu olabilir.



9. KAYNAKLAR

1. Koyuncu O. Çocuk Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Yaşam Kalitesini Etkileyen Bireysel ve Çevresel Faktörler, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
2. Özcan H. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri: Gümüşhane Örneği, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012.
3. Esen A, Ergün Şenuzun F, Akyol Durmaz A. 2000 Yılına Yaklaşırken Hemşirelerin Yaşam Kalitesine Bir Bakışı, 2.Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 2003.
4. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007.
5. Kandasamy I, Sreekumar A. Wrklqual. A Tool For Measuring Quality Of Work Life. Research And Practice In Human Resource Management, 17(1): 59-70, 2009.
6. Martel JP, Dupuis G. Quality Of Work Life. Theoretical And Methodological Problems And Presentation Of A New Model And Measuring Instrument. Soc Indic Res, 77: 333-368, 2006.
7. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, McGuire W, Sicotte C, Champagne F. Quality Of Working Life Indicators In Canadian Health Care Organizations: A Tool For Healthy, Healty Care Workplace Occupational Medicine, 55: 54-59, 2005.
8. Rose RC, Beh L, Uli, J, Idris K. An Analysis Of Quality Of Work Life (QWL) And Career-Related Variables. Am J Applied Sci, 3(12): 2151-2159, 2006.
9. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Türk Hemşireler Derneği Yayınları, Ankara, 2008.
10. Özbaşaran F, Çakmakçı A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3): 43-55, 2004.
11. Yavuzylmaz A, Topbaş A, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki

- Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1): 41-50, 2007.
12. Uğur E, Abaan S. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28: 297-310, 2008.
 13. Figley Cr. Compassion Fatigue As Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: Figley Cr, Editor. Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, 1995.
 14. Stamm BH. The Concise Proqol Manual. 2nd Ed. Proqol; 2010.
 15. Vagharseyyeddin SA, Vanaki Z, Mohammadi E. The Nature Nursing Quality Of Work Life: An Integrative Review Of Literature. West J Nurs Res, 18:1-19, 2010.
 16. Dindar İ, İşsever H, Özen M. Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş ile İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar, Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(1): 59-63, 2004.
 17. Bilir N, Yıldız AN. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.
 18. Alan H, Yıldırım A. Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Çanakkale, 2016.
 19. Polat N. Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
 20. Yılmaz G, Üstün B. Hemşirelerde Profesyonel Yaşam Kalitesi: Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Yorgunluğu, J Psychiatric Nurs; 9(3):205-211, Derleme, 2018.
 21. Abendroth M, Flannery J. Predicting The Risk Of Compassion Fatigue: A Study Of Hospice Nurses. Journal Of Hospice And Palliative Nursing; 8:346-56, 2006.
 22. Frank DI, Adkinson LF. A Developmental Perspective On Risk For Compassion Fatigue In Middle-Aged Nurses Caring For Hurricane Victims In Florida. Holist Nurs Pract; 21:55-62, 2007.
 23. Neville K, Cole DA. The Relationships Among Health Promotion Behaviors, Compassion Fatigue, Burnout, And Compassion Satisfaction In Nurses

- Practicing In A Community Medical Center. *J Nurs Adm*; 43:348–54, 2013.
24. Aycock N, Boyle D. Interventions To Manage Compassion Fa-Tigue In Oncology Nursing. *Clin J Oncol Nurs*; 13:183–91, 2008.
 25. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, et al. Compassion Fatigue And Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clin J Oncol Nurs*; 14: E56–62, 2010.
 26. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, et al. Compassion Satisfaction, Burnout, And Compassion Fatigue Among Emer-Gency Nurses Compared With Nurses In Other Selected Inpa-Tient Specialties. *J Emerg Nurs*; 36:420–7, 2010.
 27. Young JL, Derr MR, Cicchillo VJ, Bressler S. Compassion Satis-Faction, Burnout, And Secondary Traumatic Stress In Heart And Vascular Nurses. *Crit Care Nurs Q*; 34:227–34, 2011.
 28. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue, And Perceptions About Medication Errors In Certified Critical Care Nurses. *Dimens Crit Care Nurs*; 30:339–45, 2011.
 29. Circenis K, Millere I. Compassion Fatigue, Burnout And Contrib-Utory Factors Among Nurses In Latvia. *Procedia - Social And Be-Havioral Sciences*; 30:2042–2046, 2011.
 30. Sung K, Seo Y, Kim JH. Relationships Between Compassion Fatigue, Burnout, And Turnover İntention In Korean Hospital Nurses. *J Korean Acad Nurs*; 42:1087–1094, 2012.
 31. Austin W, Goble E, Leier B, Byrne P. Compassion Fatigue: The Ex-Perience Of Nurses. *Ethics And Social Welfare*; 3:195–214, 2009.
 32. Li A, Early SF, Mahrer NE, Klaristenfeld JL, et al. Group Cohesion And Organizational Commitment: Protective Factors For Nurse Residents' Job Satisfaction, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, And Burnout. *J Prof Nurs*; 30:89–99, 2014.
 33. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 10 Ekim 2019)
 34. Gör F. İlköğretim Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi Öğretim Programında Merhamet Değeri. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum, 2013.
 35. Jenkins B, Warren NA. Concept Analysis: Compassionfatigue And Effects Upon

- Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*; 35(4):388-395, 2012.
36. Scott P. Emotion, Moral Perception And Nursing Practice. *Nursing Philosophy*; 1(2):123-133, 2000.
37. Uslu Y, Korkmaz FD. Hemşirenin Hissi Tarafı: Şefkat Yorgunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 33(1):103-113, 2017.
38. Van Der Cingel M. Compassion And Professional Care: Exploring The Domain. *Nursing Philosophy*; 10(2):124-136, 2009.
39. Goleman D. Sosyal Zeka İnsan İlişkilerinin Yeni Bilimi, 2. Baskı, İstanbul: Varlık, 2007.
40. Sprecher S, Fehr B. Compassionate Love For Close Others And Humanity. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 22(5): 629-651, 2005.
41. Gilbert P. Compassion: Conceptualisations, Research And Use İn Psychotherapy: New York, By Routledge, 2005.
42. Erdem R. Ve Polat F. Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 26 : 291-312, 2017.
43. Gök G. Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2: 299-313, 2015.
44. Ay AF. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık, 35-38, 2007.
45. Özcan A. Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Sti, 112, 2006.
46. Egan G. The Skilled Helper: A Problem Management And Opportunity Development Approach To Helping. Seventh Ed., USA: Brooks/Cole, 2002.
47. Şahin Z, Özdemir F. Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 1(1):1-7, 2015.
48. Ergin D ve Ark. Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4:49-64, 2009.
49. Ançel G. Developing Empathy İn Nurses: An İnservice Training Program.

- Archives Of Psychiatric Nursing, 20 (6): 249-257, 2006.
50. Smitherman C. Nursing Actions For Health Promotion. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1981.
 51. Stuart GW, Sundeen SJ. Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. Sixth Ed., St Louise, Missouri: Elsevier Mosby Inc., 1998.
 52. Kutlu M, Çolakoğlu N, Özgüvenç Z.P. Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1:127-43, 2010.
 53. Hemmerdinger J M, Stoddart S, Lilford R. A Systematic Review Of Tests Of Emphy In Medicine. BMC Medical Education, 7: 14-20, 2007.
 54. Akgöz S, Karavuş M, Çanakkale İli Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Ebelerin Empatik İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri, 13:14-9. 2005.
 55. Cevahir R, Çınar N, Sözeri C, Şahin S, Kuşuoğlu S. Ebelik Öğrencilerinin Devam Ettikleri Sınıflara Göre Empatik Becerilerinin Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3:3-14, 2008.
 56. Karadağ G, Sertbaş G, Güner İÇ, Taşdemir HS, Özdemir N. [An Investigation Job Satisfaction, Burnout And Some Related Factors Among Nurses]. Hemşire Forum, 5(5):8-15, 2002.
 57. Locke E A. Workers In Singapore. J Behav Med. 21(3):269-83, 1998.
 58. Saari LM, Judge TA. Employee Attitudes And Job Satisfaction. Human Resource Management, 43:395–407, 2004.
 59. Alan H. Merhamet Yorgunluğu ve Yönetici Hemşirenin Rolü, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(2):141-146, 2018.
 60. Joinson C. Coping With Compassion Fatigue. Nursing, 22:116,118–9,120, 1992.
 61. Sabo B. Compassion Fatigue And Nursing Work: Can We Accurately Capture The Consequences Of Caring Work? Int J Nurs Prac, 12:136–42, 2006.
 62. Stamm BH. The Proqol Manual: The Professional Quality Of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales. Sidran Press, 2005.
 63. Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious Traumatization: An Empirical Study Of The Effects Of Trauma Work On Trauma Therapists. Professional Psychology

- Research And Practice, 558–65, 1995.
64. Kahil A, Palabıyıkoglu NR. İkincil Travmatik Stres, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches In Psychiatry, 2018.
 65. Sabo B. Reflecting On The Concept Of Compassion Fatigue. Online J Issues Nurse, 16:1, 2011.
 66. Gentry JE, Baranowsky AB. Compassion Fatigue Treatment & Resiliency – Programs With Legs: The ARP, CFST & CF Resiliency Training, 2018.
 67. Wentzel D, Brysiewicz P. The Consequence Of Caring Too Much: Compassion Fatigue And The Trauma Nurse. J Emerg Nurs, 40: 95–7, 2014.
 68. Boyle D. Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. Online J Issues Nurs, 16:2, 2011.
 69. Figley CR. Treating Compassion Fatigue. New York: Brunnerrouledge; 2002.
 70. Ardahan M. Merhamet Yoğunluğu ve Hemşirelik, Derleme, Sağlık ve Toplum, 28(1), 2018.
 71. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion Fatigue Within Nursing Practice: A Concept Analysis. Nursing & Health Sciences, 12(2): 235-243, 2010.
 72. Showalter SE. Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing The Symptoms, Acknowledging The Impact, Developing The Tools To Prevent Compassion Fatigue, And Strengthen The Professional Already Suffering From The Effects. The American Journal Of Hospice & Palliative Care, 27(4):239-242, 2010.
 73. Mcholz F. Rx For Compassion Fatigue. Journal Of Christian Nursing: A Quarterly Publication Of Nurses Christian Fellowship, 23(4):12-19, 2006.
 74. Lynch SH, Lobo ML. Compassion Fatigue In Family Caregivers: A Wilsonian Concept Analysis. Journal Of Advanced Nursing, 68(9):2125-2134, 2012.
 75. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue, And Perceptions About Medication Errors In Certified Critical Care Nurses. Dimensions Of Critical Care Nursing:DCCN, 30(6):339-345, 2011.
 76. Romano J, Trotta R, Rich VL. Combating Compassion Fatigue: An Exemplar Of An Approach To Nursing Renewal Nursing Administration Quarterly, 37(4):333-336, 2013.
 77. Gentry JE, Baggerly J, Baranowsky A. Training-As- Treatment: Effectiveness Of

- The Certified Compassion Fatigue Specialist Training. *International Journal Of Emergency Mental Health And Human Resilience*, 6(3):147-155, 2004.
78. Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P. Compassion Fatigue: A Study Of Critical Care Nurses İn Turkey. *Journal Of Human Sciences*, 13(2):2879-2884, 2016.
79. Koca F, Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2018.
80. Yoder E A, Compassion Fatigue İn Nurses, *Applied Nursing Research*, 23:191-197, 2010
81. Abendroth M, Flannery J. Predicting The Risk Of Compassion Fatigue A Study Of Hospice Nurses, *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 8(6):346-356, 2006.
82. Huggard P. Compassion Fatigue: How Much Can I Give? *Medical Education*, 37:163-164, 2003.
83. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Shapiro S. The Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction On Nurse Stress And Burnout A Quantitative And Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 18(6):302–308, 2004.
84. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47: 111-7, 2010.
85. Akdeniz S., Deniz ME.; Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması; *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 50-61, 2016.
86. Freudenberger, Herbert J. "Staff Burn-Out", *Journal Of Social Issues*, Vol.30, Number 1, 159-165, 1974.
87. Arı G, Bal E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi, *Yönetim ve Ekonomi*, 15/1; 131-148, 2008.
88. Maslach, Christina. "Job Burnout: New Directions İn Research And Intervention" *Current Directions İn Psychological Science*, Vol.12, 5, 189-192, 2003.
89. Pines, Ayala Malasch. "Occupational Burnout: A Cross Cultural Israeli Jewish-

- Arab Perspective And Its Implications For Career Counselling”, Career Development International, 8/2, 97-106, 2003.
90. Friesen D, Sarros, James C. “Sources Of Burnout Among Educators”, Journal Of Organizational Behavior, 10 (2), April, 179-188, 1989.
91. Torun A. “Stres ve Tükenmişlik”, Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi İçinde, Ed.Suna Tevrüz, 2.Baskı, Türk Psikologlar Derneği Ve Kalite Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 43-53, 1997.
92. Kaçmaz N. “Tükenmişlik (Burnout) Sendromu”, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt.68, Sayı:1,29-32, 2005.
93. Tepeci M, Birdir K. “Otel Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu”, 11.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 22 Mayıs, Afyon, 958–972, 2005.
94. Algül R, Yılmaz D, Özer Ü, Kaya B. Cerrahi ve Dahili Branş Hekimlerinde Tükenmişlik Düzeyini Etkileyen Değişkenler ve Tükenmişliğin İşe Bağlılık ve Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi, Klinik Psikiyatri, 19:176-184, 2019.
95. Maslach C, Jackson SE. The Measurement Of Experienced Burnout. J Occup Behav, 2:99-113, 1981.
96. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory, 2nd Edition, Palo Alto, Consulting Psychologists Press. 1986.
97. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş ve Ark. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi, 16:9-14, 2006.
98. Sayıl I, Haran S, Ölmez P ve Ark. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi, 5:71-77, 1997.
99. Arıca SG, Özer C, Arı M, Karakuş A, Mansuroğlu YE, Eraslan S. Cerrahi ve Dahili Bölüm Asistanlarında Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Smyrna Tıp Dergisi, 1(1): 6-9, 2011.
100. Öngel K. Kronik Yorgunluk Sendromu. Karayolları Bülteni, 551:28-31, 2005.
101. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş: Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8:241–7, 2007.
102. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. Hemşire ve Teknisyenlerde Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi. Kriz Dergisi, 8(1): 27–38, 2000.

103. Kara İH. Aile Hekimliğinde Kronik Yorgunluk Sendromunun Değerlendirilmesi. *Aktüel Tıp Dergisi*, 9:51–9, 2004.
104. Çam M O, Engin E. Hemşirelerde Tükenmişlik, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 10, Sayı 51, Ağustos 2017.
105. Lewandowska A, Litwin B. “Burnout As An Occupational Risk Fornurses”, *Ann Acad Med Stetin*, 55(3), 86-89, 2009.
106. Ebrinç, S, Açıkkel, C, Başoğlu, C, Çetin M, Çeliköz B. “Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 162-168, 2002.
107. Özensel E, Koçak A. Hekimler ve Hekimlik: Hekimlerin Mesleki Görüş ve Tutumları-İş Doyumları ve Tükenmişlik Düzeyler, Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları, 2004.
108. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue İn Healthcare Providers: A Review Of Current Literature. *J Nurs Scholarsh*, 48:456–65, 2016.
109. El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion Fatigue, Burnout And Compassion Satisfaction Among Family Physicians İn The Negev Area- A Cross-Sectional Study. *Isr J Health Policy Res*, 2:31, 2013.
110. Back AL, Deignan PF, Potter PA. Compassion, Compassion Fatigue, And Burnout: Key İnsights For Oncology Professionals. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, E454–9, 2014.
111. Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney Doebbeling C. Compassion Fatigue: A Review Of The Research To Date And Relevance To Cancer-Care Providers. *J Health Psychol*, 14:267–77, 2009.
112. Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu. *Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu*, 8:123–30, 2015.
113. Kahil A. Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Ankara, 2016.
114. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing Occupational Stress İn Healthcare Workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015.

115. Melvin CS. Historical Review İn Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, And Secondary Traumatic Stress Disorder From A Hospice And Palliative Nursing Perspective. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*; 17:66–72, 2015.
116. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, et al. Compassion Fatigue: A Meta-Narrative Review Of The Healthcare Literature. *Int J Nurs Stud*; 69:9–24, 2017.
117. Denk T, Köçkar Ç. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu, Yüksek lisans tezi, 2018
118. Başkale H, Parlak Günüşen N, Serçekuş P. Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Çalışan Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9 (2), 125-133, 2016.
119. Köse E. Hemşirelerde Yaşam Kalitesi ve İşe Yabancılaşma Düzeyi., Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2019.
120. Kaya M, Üner S, Karanfil E. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6:357-63, 2007.
121. Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies*, 3/2, 2014.
122. İnce M, Gül H, Oktay E, Candan H. İşkolik Davranışlarının İş Yaşam Kalitesine Etkileri Üzerine Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3/13, 40-59, 2015.
123. Saygılı M, Avcı K, Sönmez S. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesine İlişkin Bir Değerlendirme: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*. Number: 52, 2016.
124. Türk YZ, Çetin M, Fedai T. Genç Hekimlerde Çalışma Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(3), 172-181, 2012.
125. Şen AF. İç Hastalıkları Klinik ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Uyku ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, 2013.
126. Dikmetaş, E. Hastane Personelinin Çalışma/İş Yaşam Kalitesine Yönelik Bir Araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15/2, 169-182, 2006.

127. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68, 2011.
128. Ayaz S, Beydağ KD. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmenler: Balıkesir Örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2/1, 60-69, 2014.
129. Çatak T, Bahçecik N. Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5/2, 85-95, 2015.
130. Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara, 2009.
131. Argentero P, Miglioretti, M, Angilletta C. Quality of work life in a cohort of Italian health workers. *G Ital Med Lav Ergon*, 29/1 Suppl A, A50-54, 2007.
132. Oflaz F, Varol H. Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Sakarya Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-7, 2010.
133. Öztoprak S. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2015.
134. Kürklü S. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi, Türk Hava K Urumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
135. Aytaş Ö, Kartalıcı Ş, Ünal S. Bir Grup Hemşirenin Sosyodemografik Verileri ve Tükenmişlik Düzeyleri Bağlamında Organ Bağışına Bakış Açılıarı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 26-32, 2011.
136. Kızılırmak M. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2014.
137. Ergen A, Tanrıverdi Ö, Kumbasar A, Arslan E, Atmaca D. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma, *Haseki Tıp Bülteni*, 2011.

10.EKLER

10.1. EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sevgili meslektaşım, bu araştırma tanımlayıcı bir bilimsel çalışmadır. Araştırma, sizlerin merhamet yorgunluğu, mesleki tatmin ve merhamet memnuniyet derecelerinizin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Anket sorularına içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmada gizlilik esasına uygun olarak isim bilgisi istenmemektedir. Alınan cevaplar sadece bu araştırmanın amaçları doğrultusunda kullanılacak, başka bir makama ya da kişiye verilmeyecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Feyzanur CERİT POLAT

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz :

Kadın (...) Erkek (...)

2. Yaşınız :

3. Eğitim düzeyiniz :

Lise (...) Ön Lisans (...) Lisans (...) Yüksek Lisans/Öğrenci (...)

Doktora/Öğrenci (...)

4. Mesleki deneyim yılınız :

1 Yıldan Az (...) 1-5 Yıl (...) 5 Yıl-10 Yıl (...) 10 Yıl Ve Üzeri (...)

5. Pediatri kliniğinde deneyim yılınız :

1 Yıldan Az (...) 1-5 Yıl (...) 5 Yıl-10 Yıl (...) 10 Yıl Ve Üzeri (...)

6. Çalıştığınız klinik :

Pediyatrik Kit Servisi(...) Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesi (...)
Diğer (...) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (...) Pediyatri Servisi (...)
Bebek Bakım Odası (...)

7. Klinikteki pozisyonunuz :

Staff Hemşire (...) Ekip Lideri (...) Sorumlu Hemşire (...)

8. Maaşınız :

2 Bin-3 Bin (...) 3 Bin-4 Bin (...) 4 Bin Ve Üzeri (...)

9. Aylık çalışma saatiniz : ...

10. Çalışma biçiminiz :

Sadece Gündüz (...) Sadece Gece (...) Vardiyalı (...)

11. Medeni durum :

Evli (...) Bekar (...)

12. Çocuğunuz var mı? :

Var (...) Yok (...)

13. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi tercih ettiniz? :

Evet (...) Hayır (...)

14. Pediyatri kliniğini isteyerek mi tercih ettiniz? :

Evet (...) Hayır (...)

15. Çalışma hayatınızdan memnun olma durumunuz :

Memnunum (...) Kısmen Memnun (...) Memnun Değilim (...)

10.2. EK 2

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından/durumundan etkilenecektir. Bu ölçekte mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sorulmaktadır.

Her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede belirtilen 1 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

1 = Hiçbir zaman 2 = Nadiren 3 = Bazen 4 = Sıkça 5 = Çok Sık

- ___ 1. Kendimi mutlu hissediyorum.
- ___ 2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.
- ___ 3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.
- ___ 4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.
- ___ 5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.
- ___ 6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum
- ___ 7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.
- ___ 8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.
- ___ 9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.
- ___ 10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- ___ 11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.
- ___ 12. İşimi seviyorum.
- ___ 13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.

- ___14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.
- ___15. Bana güç veren inançlarım var.
- ___16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.
- ___17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.
- ___18. İşim beni tatmin ediyor.
- ___19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.
- ___20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.
- ___21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.
- ___22. İşimde yaptıklarımın bir fark yaratabileceğime inanıyorum.
- ___23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.
- ___24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.
- ___25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.
- ___26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.
- ___27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.
- ___28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.
- ___29. Çok hassas bir insanım.
- ___30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.

10.3. EK 3



Feyzanur Cerit <feyzanurcerit@medipol.com.tr>

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği hakkında

3 ileti

Feyzanur Cerit <feyzanurcerit@medipol.com.tr>
Alınan: feyzanurcerit@medipol.com.tr

18 Ağustos 2020 03:04

Merhabalar Aslı Hanım, Feyza hemşire ben. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Pediatri Hemşireliği ABD'de yüksek lisans yapmaktayım. Tez aşamasındayım. Aynı zamanda Memorial Ataşehir Hastanesince çocuk- anne- bebek hemşiresi olarak çalışmaktayım. 2 ay önce doğum yaptığım için şimdilik izindeyim.
5 yıl önce henüz öğrenciyken, hastanemizle düzenlenen hemşirelik haftası etkinliğinde ilk kez duymuştum: merhamet yorgunluğu kavramını. İlgili söyleşiden sonra 'Eğer yüksek lisans yaparsam tez konum 'merhamet yorgunluğuyla ilgili olmalı' demiştim. Buralara kadar geldim.
Tez konusu olarak, "Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" olarak belirledim. Araştırmalarım sonucu çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin türkçe geçerliliğini siz ve arkadaşlarınız araştırmış. İzininizle tezimde bu ölçeği kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar dilerim..

Tez Konusu: Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Profesyonel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
Ölçek Grubu: Medipol Mega Üniversite Hastanesi Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşireler
Ad Soyad: Feyzanur Cerit Polat
Üniversite: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pediatri Hemşireliği ABD
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem A/CI

[calisanlar-icin-yasam-kalitesi-oleegi-toad\(1\).pdf](#)
85K

Aslı Yeşil <aslyesil@bteknik.edu.tr>
Alınan: Feyzanur Cerit <feyzanurcerit@medipol.com.tr>

18 Ağustos 2020 12:08

Merhaba

Hayırlı olsun :) Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Maile ölçeğin maddelerini ve makalesini ekliyorum

Kolaylıklar dilerim

Aslı YEŞİL
Dr. Öğretim Üyesi Bursa Teknik Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Assist. Prof. Aslı YEŞİL
Eursa Technical University Psychology Department:
[Alınılan metin gizlendi]

2 eklenti

[ÇYK ölçeği.pdf](#)
85K

[ÇYK ölçeği.doc](#)
80K

11. ETİK KURUL ONAYI

EK 4



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.8210
Konu : Etik Kurulu Kararı

27/02/2019

Sayın Dr. Öğr. Üye Özlem AVCI

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 27.02.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://cbys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 995811AEX2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üye Özlem AVCI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı :31034136-302.08.01-E.12057
Konu :Feyzanur CERİT

25/03/2019

ÖZEL MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Feyzanur CERİT'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan, "**Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**" isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını, Şubat 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında hastanenizin Çocuk Kliniklerindeki çalışan hemşireler ile yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ
Müdür

EK :

- Tez Çalışması Uygulama İzin Formu (1 Sayfa)
- Etik Kurul Kararı (3 Sayfa)
- Anket Çalışması (5 Sayfa)

uygun
Özel Medipol Mega Hastaneler Kompleksi
Medikal Direktör
Prof. Dr. Orhan Gazi YIGİTBASI

GELEN EVRAKIN	
Kayıt Tarihi	27.03.2019
Kayıt No	393
İşlem Tarihi	
İşlem Yeri	

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanunu'na göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 25.03.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. E-yazınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 48855048XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Feyzanur	Soyadı	Cerit Polat
Doğum Yeri	Sakarya	Doğum Tarihi	16.11.1994
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	
E-mail		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2021
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lise	Tes-İş Adapazarı Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi	Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Hastanesi	2020-
Vip Karma Yatan Hasta/ Anne, Bebek, Çocuk Hemşiresi	İstanbul Memorial Ataşehir Hastanesi	2019 - 2020
Kadın Hastalıkları ve Doğum/ Vip Karma Servis Hemşiresi	İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2014 - 2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

Sınav Puanları	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	63,55928	62,00592	58,72743

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Program	İyi
SPSS	Orta
MATLAB	Zayıf
EEGLAB	Zayıf
Brain Vision Analyzer	Zayıf