

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKİYATRİ YATAKLI SERVİSİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN İŞ STRESİ İLE DEPRESYON,
DUYGUSAL TÜKENME, İKİNCİL TRAVMATİK STRES
VE EŞDUYUM YORGUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yunus BAĞRIYANIK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKİYATRİ YATAKLI SERVİSİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN İŞ STRESİ İLE DEPRESYON,
DUYGUSAL TÜKENME, İKİNCİL TRAVMATİK STRES
VE EŞDUYUM YORGUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yunus BAĞRIYANIK

162038037

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

İSTANBUL, 2019

TEZ ONAY FORMU

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Yunus BAĞRIYANIK
Danışman : Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM

Tez Savunma Tarihi : 08.08.2019
Tez Savunma Saati :10.00

Tez Konusu : "Psikiyatri Yataklı Servisinde Çalışan Hemşirelerin İş Stresi İle Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres ve Eşduyum Yorgunluğu Arasındaki İlişki"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM (Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin iş stresi, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres, merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyini, sıklığını, etkileyen faktörleri belirlemek ve iş stresinin diğer psikolojik sonuçlarla ilişkisini incelemektir.

Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde psikiyatri servislerinde çalışan 210 hemşire oluşturmuştur. Örneklem, evren belli olduğu durumda örneklem hesaplama formülüne göre belirlenmiş ve çalışma 167 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, tanıtıcı bilgi formu, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Çalışma Yaşam Kalitesi Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdelik hesaplamaları, Kruskal-Wallis, ManWhitney U, One Way Anova ve Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları 20 ile 62 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş $35,50 \pm 9,4$ 'tür. Çoğu (%70,1) kadın, evli (%53,3) ve (%56,3) lisans mezunudur. Hemşirelerin %71,3'ünün mesleğini isteyerek seçtiği, ortalama $13,04 \pm 10,11$ (1-40) yıldır hemşire olarak çalıştıkları ve psikiyatri alanındaki hizmet sürelerinin $9,13 \pm 8,56$ (1-36) yıl olduğu saptanmıştır. Çoğunun (%67,7) hemşire olmaktan ve daha fazlasının (%84,4) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olduğu belirlenmiştir. Hemşireler son bir ayda iş stresi düzeyi puan ortalamasının $6,67 \pm 2,01$ (1-10) olduğunu ve %56,9'u etkili problem çözme yöntemleri kullandığını bildirmiştir. Yine de %26,3'ünün işinden ayrılmayı sıklıkla düşündüğü ama ayrılma niyetinin olmadığı, %7,8'inin yakın zamanda muhtemelen işinden ayrılacağı bulunmuştur.

Katılımcıların İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği toplam puanı ortalaması $39,49 \pm 5,02$ olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ortalaması $8,04 \pm 6,41$ olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilen Duygusal Tükenme Alt Boyut toplam puanı ortalaması $13,56 \pm 7,82$ olarak saptanmıştır. İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puanı ortalaması $31,59 \pm 10,22$ saptanmıştır. Çalışanlar için Yaşam

Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilen Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği toplam puanı ortalaması $14,15 \pm 9,26$ olarak bulunmuştur. Ayrıca, %10'unun depresyon puanının 17 ve üzerinde olduğu, %56'sının orta-yüksek düzeyde duygusal tükenme ve %35'inin yüksek düzeyde merhamet/eşduyum yorgunluğu yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların son bir ayda iş stresi, işe bağlı gerginlik, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Mesleği isteyerek seçen, hemşire ve psikiyatri servisinde çalışmaktan memnun olan, etkili başetme yöntemi kullanan katılımcıların son bir ayda iş stresi ve depresyon düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). İşe bağlı gerginlik düzeyini bu değişkenlere ek olarak meslekte sorun yaşanan alanların da etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Duygusal tükenme ve ikincil travmatik stres düzeyinin kadınlarda, mesleğini istemeyerek seçenlerde, hemşire olmaktan ve psikiyatride çalışmaktan memnun olmayanlarda, yöneticiler ve tedavi ekibiyle sorun yaşayanlarda, etkisiz başetme yöntemlerini kullananlarda yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyinin de kadınlarda, hemşire olmaktan memnun olmayanlarda, yöneticiler ve hemşire meslektaşlarla sorun yaşayanlarda, psikiyatrik tedavi gören ve yardım almayı düşünenlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların psikolojik durumunda diğer demografik ve mesleki özelliklerinin ise istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Psikiyatri yataklı servislerde çalışan, araştırmaya katılan hemşirelerin ortanın üzerinde iş stresi, ikincil travmatik stres ve yüksek düzeyde işe bağlı gerginlik yaşadığı anlaşılmıştır. On hemşirenin birinde müdahale edilmesi gereken depresyon varlığı, yarıdan çoğunda orta-yüksek düzeyde duygusal tükenme ve üçte birinde yüksek düzeyde merhamet/eşduyum yorgunluğu görüldüğü ortaya çıkmıştır. Tüm bu psikolojik sonuçların iş stresiyle ilişkili olduğu ve kadınların, mesleğini istemeyerek seçenlerin, hemşire olmaktan ve psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnun olmayanların, etkisiz başetme yöntemlerini kullananların riskli grupta olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Psikiyatri kliniği, Hemşire, İş stresi, Depresyon, Duygusal tükenme, İkincil travmatik stres, Merhamet/Eşduyum yorgunluğu.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN WORK STRESS AND DEPRESSION, EMOTIONAL EXPLOSION, SECONDARY TRAUMATIC STRESS AND ESSENTIAL FATIGENCE OF NURSES WORKING IN PSYCHIATRIC SERVICE

The aim of this study is to determine the level of work stress, depression, emotional exhaustion, secondary traumatic stress, compassion fatigue level, frequency, affecting factors and the relationship between job stress and other psychological outcomes.

Descriptive, cross-sectional and relationship-seeking research universe, Bakirkoy Prof. Dr. Mazhar Osman, serving on the European side of Istanbul, has composed 210 nurses working in psychiatric wards at the Psychiatric Hospital. The sample was determined according to the sample calculation formula when the universe was determined and the study was conducted with 167 participants. The research data were obtained by semi-structured interview form, Work-Related Strain Inventory, Beck Depression Inventory, Maslach Burnout Inventory, Secondary Traumatic Stress Scale, and Professional Quality of Life Scale. Number-percentage calculations, Kruskal-Wallis, ManWhitney U, One Way Anova and Correlation analyzes were used to evaluate the data.

The ages of the nurses participating in the study ranged from 20 to 62 years, with an average age of 35.50 ± 9.4 . Most (%70.1) women were married, (%53.3) and (%56.3) were graduate. It was found that %71.3 of the nurses willingly chose their profession, and they worked as a nurse for 13.04 ± 10.11 (1-40) years, and their service period in the psychiatry field was 9.13 ± 8.56 (1-36) years. Most of them (%67.7) were satisfied to be nurses and more (%84.4) were satisfied to work in the field of psychiatry. Nurses reported that the mean score of job stress level in the last month was 6.67 ± 2.01 (1-10) and %56.9 reported using effective problem solving methods. Nevertheless, it was found that %26.3 often thought of quitting, but had no intention of quitting, and %7.8 would likely quit soon.

The average score of the participants Work-Related Strain Inventory was 39.49 ± 5.02 . The mean score of Beck Depression Inventory was 8.04 ± 6.41 . The mean total score of Emotional Exhaustion sub-dimension assessed by Maslach Burnout Inventory was 13.56 ± 7.82 . Secondary Traumatic Stress Scale total score average was 31.59 ± 10.22 . The average total score of Compassion Fatigue sub-scale evaluated by Professional Quality of Life Scale 14.15 ± 9.26 . Furthermore, 10% had a depression score of 17 or higher, 56% had moderate to high level of emotional exhaustion and 35% had high compassion fatigue.

A statistically significant correlation was found between the participants' work stress, commitment to work strain, depression, emotional exhaustion, secondary traumatic stress and compassion fatigue in the last month ($p < 0.001$). It was found that participants who willingly chose the profession, who were pleased to work in the nursing and psychiatric wards and who used effective coping methods had lower levels of job stress and depression in the last month ($p < 0.05$). In addition to these variables, it was determined that work-related strain level was affected by occupational problems ($p < 0.05$). The level of emotional exhaustion and secondary traumatic stress was found to be higher in women, inadvertently choosing their profession, not satisfied with being a nurse and working in psychiatry, having problems with managers and treatment team, and using ineffective coping methods ($p < 0.05$). The level of compassion fatigue was found to be higher in women, those who were not satisfied with being a nurse, who had problems with managers and nursing colleagues, and who were receiving psychiatric treatment and who were thinking of getting help ($p < 0.05$). The other demographic and occupational characteristics of the participants were not statistically significant ($p > 0.05$).

It was understood that nurses working in psychiatric inpatient services experienced little bit high work stress, secondary traumatic stress and high work-related strain. One out of ten nurses had depression that required intervention, moderate-high emotional exhaustion in more than half, and high level of compassion fatigue in one third. It was determined that all these psychological results were related to work stress and women, those who unwillingly chose their profession, who were not satisfied with being a nurse and working in a psychiatric clinic, and those using ineffective coping methods were in the risk group.

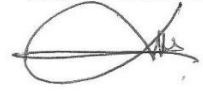
Key words:Psychiatry clinic, Nurse, Work stress, Depression, Emotional exhaustion, Secondary traumatic stress, Compassion fatigue.



BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Yunus BAĞRIYANIK



ÖNSÖZ

Çalışmamın gerçekleşmesinde bana her konuda destek olan değerli bilgilerini, zamanını ve yardımlarını esirgemeyen ve bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM' a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli vakitlerini ayıran tüm meslektaşlarıma, Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimi sayın Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tüm hayatım boyunca her zaman yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, sevgili annem, babam ve tüm sabır ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Ruhsar'a sonsuz teşekkürlerimle.

Yunus BAĞRIYANIK

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAY FORMU	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
BEYAN.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xvi
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Psikiyatri Hemşireliği	5
2.1.1Psikiyatri Hemşireliğinin Tarihçesi:	5
2.1.2.Psikiyatri Hemşireliğinin Türkiye’deki Durumu	7
2.2.İş Stresi.....	9
2.2.1.İş Stresi Kaynakları	10
2.2.2.İş Stresinin Sonuçları.....	10
2.2.3. Hemşirelik ve İş Stresi	13
2.3. Depresyon.....	14
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	14
2.3.2.Depresyonun Etiyolojisi.....	14
2.3.3.Depresyon Belirtileri	15
2.3.4.Depresyonun Risk Faktörleri.....	16
2.3.5.Depresyon Türleri.....	16
2.4. Tükenmişlik.....	17

2.4.1.Tükenmişliğin Tanımı.....	17
2.4.2.Tükenmişlik Belirtileri.....	17
2.4.3.Tükenmişlik Boyutları.....	18
2.4.4.Etkileyen Faktörler.....	19
2.5.İkincil Travmatik Stres.....	21
2.5.1. İkincil Travmatik Stres Belirtileri.....	22
2.5.2. İkincil Travmatik Stres Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	22
2.6.Merhamet ve Merhamet Yorgunluğu.....	23
2.6.1.Merhamet Kavramı.....	23
2.6.2 Merhamet Yorgunluğu.....	23
2.6.3.Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri.....	25
2.6.4.Merhamet Yorgunluğunda Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5.Araştırmanın Değişkenleri	30
3.6.Verilerin Analizi	30
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	98
KAYNAKLAR	103

EKLER.....	136
ÖZGEÇMİŞ.....	148



TABLÖLER LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri.....	33
Tablo 3. Meslekte Karşılaşılan Sorunlar.....	34
Tablo 4. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunlarla Baş etme Davranışları.....	35
Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Durumları.....	36
Tablo 6. Katılımcıların Gerginlik, Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres ve Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Düzeyleri.....	37
Tablo 7. Katılımcıların Depresyon, Duygusal Tükenme ve Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Oranları.....	37
Tablo 8. Son Bir Ayda İş Stresi, İşe Bağlı Gerginlik, Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres, Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu İlişkisi.....	38
Tablo 9.Son Bir Ayda İş Stresi Düzeyi İle Sürekli Değişkenlerin İlişkisi.....	39
Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyetine ve Çocuğunun Olup Olmamasına Göre Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyleri.....	39
Tablo 11. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun, Mevcut Çalışma Şeklinin Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi.....	40
Tablo 12. Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerine, Hemşire Olmaktan Memnuniyetine ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamlarına Göre Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyleri.....	41
Tablo 13. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyine Etkisi.....	42
Tablo 14. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyine Etkisi.....	43

Tablo 15. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi.....	44
Tablo 16. Katılımcıların Sağlık Durumlarının Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi.....	44
Tablo 17. İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki....	45
Tablo 18. Cinsiyetin ve Çocuk Sahibi Olup Olmamanın İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi.....	45
Tablo 19. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi	46
Tablo 20. Mesleği İsteyerek Seçip Seçmemenin, Hemşire Olmaktan Memnuniyet Duyup Duymamanın ve Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet Duyup Duymamanın İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi.....	47
Tablo 21. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi.....	48
Tablo 22. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların İşe Bağlı Gerginlik Düzeyine Etkisi.....	48
Tablo 23. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi.....	49
Tablo 24. Katılımcıların Sağlık Durumlarının İşe Bağlı Gerginlikleri Üzerine Etkisi	50
Tablo 25. Depresyon Düzeyi ile Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki	50
Tablo 26. Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Depresyon Düzeyi Üzerine Etkisi	51
Tablo 27. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Depresyon Düzeyine Etkisi.....	52
Tablo 28. Katılımcıların Meslek Seçiminin Depresyon Düzeyine Etkisi	53
Tablo 29. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Depresyon Düzeyine Etkisi	53
Tablo 30. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Depresyon Düzeyine Etkisi...54	

Tablo 31. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Başetme Davranışının Depresyon Düzeyine Etkisi	55
Tablo 32. Katılımcıların Sağlık Durumlarının Depresyon Düzeyine Etkisi	56
Tablo 33. Duygusal Tükenme Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 34. Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Duygusal Tükenme Düzeyi Üzerine Etkisi	57
Tablo 35. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi.....	58
Tablo 36. Katılımcıların Meslek Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetinin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamalarının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi.....	59
Tablo 37. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi.....	59
Tablo 38. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi.....	60
Tablo 39. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Başetme Davranışının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi	61
Tablo 40. Katılımcıların Sağlık Durumlarının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi.....	62
Tablo 41. İkincil Travmatik Stres Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki.....	62
Tablo 42. Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Üzerine Etkisi	63
Tablo 43. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi	63
Tablo 44. Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamalarının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi	64
Tablo 45. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi.....	65

Tablo 46. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi	65
Tablo 47. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Başetme Davranışının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi	66
Tablo 48. Katılımcıların Sağlık Durumlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi.....	67
Tablo 49. Merhamet Yorgunluğu Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki.....	67
Tablo 50. Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Merhamet Yorgunluğu Düzeyi Üzerine Etkisi	68
Tablo 51. Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi	68
Tablo 52. Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetinin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamlarının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi.....	69
Tablo 53. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi.....	70
Tablo 54. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi	70
Tablo 55. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Başetme Davranışının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi	71
Tablo 56. Katılımcıların Sağlık Durumlarının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi.....	72

KISALTMALAR LİSTESİ

% : Yüzde

ark. : Arkadaşları

DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

n : Sayı

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TDK : Türk Dil Kurumu

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli görevleri olan hemşireler iş yükü fazlalığı, rol belirsizliği, yükselme, gelişme ve ödüllendirme olanaklarının sınırlı olması, mesleğin imajı, özgüven eksikliği, otonomi azlığı, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan yetersizlikler, düşük ücret gibi etmenler nedeniyle yoğun baskı altında kalmakta ve büyük ölçüde iş stresi yaşamaktadırlar (1). Psikiyatri hizmeti için de geçerli olan bu faktörlere, çalışma ortamı ve hasta profili özellikleri de ilave edilebilir. Psikiyatri hemşireliği, hemşirelik uygulamasının stresli ve riskli alanlarından biri olarak kabul edilir (2-4). Bir çalışmada psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin %20'sinin işleri ile ilgili yüksek düzeyde stres yaşadığı bildirilmiştir (5). Sürekli fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak acı çeken hasta ve aileleri ile uğraşmak duygusal olarak yıpratıcıdır. Bu etkileniş, hastalara yardım etme isteğinin kaybına, tek tip davranmaya, düşünmede katılığa, iş doyumunda azalmaya, mesleki tükenmişliğe, ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olarak, hemşirenin verdiği hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açabilmektedir (6).

Hemşirelerin verimli olarak çalışmalarını etkileyen etmenlerin başında depresyon gelmektedir (7). Sağlık alanında çalışanlarda depresyonla ilgili yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (8). Akyüz (2015) bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon sıklığını ($BDÖ \geq 17$) %21.9, Taycan ve ark. (2006) bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada depresyon sıklığını ($BDÖ \geq 17$) %11.4 olarak saptamıştır(9,10). ABD’de 1171 hemşire ile yapılan benzer bir çalışmada depresyon oranının %18 olduğu ve bu oranın genel nüfustan yüksek olduğu bildirilmiştir (11). Literatürde psikiyatri hemşirelerinin iş stresinin depresyon düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (2). Ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerde depresyon sıklığını belirlemeye ve iş stresiyle ilişkisini incelemeye yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Dünyada 1970’li, ülkemizde 1990’lı yıllardan bu yana sağlık çalışanlarında sıklıkla araştırılan psikolojik risklerden biri tükenmişliktir. Sağlık meslek grupları (uzman ve pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler) arasında tükenmişlik oranının hemşirelerde en yüksek olduğu belirlenmiştir (12). İşte aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumu olarak tanımlanan duygusal tükenme, tükenmişliğin

en temel boyutu ve tükenmişlik sendromunun en önemli belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (13-15). Tükenmişlik, hemşirelerde hala yüksek düzeyde saptanan, önemli bir problem olmaya devam etmektedir (16,17). Mangoulia ve arkadaşlarına (2015) göre psikiyatri hemşireleri tükenmişlik açısından %49.4'ü yüksek, %36.8'i orta, %13.8'i düşük risk taşımaktadırlar (18). Toplum ruh sağlığı hemşireleri ile yapılan bir çalışmanın sonuçları da %36'sının duygusal tükenme yaşadığını ortaya koymuştur (19). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde yapılan bazı çalışmalarda ise tükenmişlik düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir (20,21). Özelleşmiş bir alan olan ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerde yapılan çalışmaların çelişkili sonuçlar bildirdiği ve ülkemizde ise çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür.

Sağlık profesyonellerinin yaşadığı zorlanmalardan biri de travmaya maruz kalmış kişilere yardım etmeye çalışmalarıdır. Literatürde ikincil (sekonder) travmatik stres olarak adlandırılan bu sonuç da psikiyatri alanında çalışanlarda tespit edilebilmektedir. İkincil travmatik stres, bireyin ciddi biçimde strese yol açan bir duruma ya da trajik bir olaya tanık olması, bu olaya ilişkin bilgiye sahip olması ya da işi nedeniyle dolaylı olarak maruz kalması sonucunda yaşadığı duygu durumu ve stres tepkisidir (22). Literatürde sağlık durumu kötü olan, intihar girişiminde bulunan, şiddet yaşayan, yangın, patlama veya zehirli kimyasal maddeye maruz kalan, ölümü trajik olan hastalara bakım veren ve üzgün, travmatik deneyimleri olan hasta yakınları ile iletişim kuran kişilerde ikincil travmatik stres riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (23). Uluslararası çalışmalarda ruh sağlığı çalışanlarının %2 ila %15,2 arasında değişen seviyede ikincil travma yaşadığı saptanmıştır (24-26). Ülkemizde ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda yapılan bir araştırmada katılımcıların %44,9'unun ortalamanın üzerinde, %25,4'ünün yüksek seviyede ikincil travmatik stres yaşadığı belirlenmiştir (27). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler için ikincil travmatik stresin sıklığı, iş stresiyle ilişkisi ve etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmaların eksikliği dikkati çekmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylere, hiçbir zaman tam olarak iyileşemeyeceklerini fark ederek bakım vermenin bakım vericiler açısından maliyetlerinden biri de merhamet/eşduyum/şefkat yorgunluğudur (28). Figley (1995) eşduyum yorgunluğunu, birey için önemli bir diğer kişinin yaşadığı travmatize edici olayları bilmekten kaynaklanan doğal davranış ve duygu, travmaya uğramış birine yardım etme ya da

yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlamaktadır (29). Jourdain ve Chenevert (2010), eşduyum yorgunluğu yaşayan hemşirelerin işi bırakmayı düşündüklerini saptamıştır (30). Eşduyum yorgunluğunun hemşirelerde unutkanlığa, dikkat eksikliğine, yorgunluğa, fiziksel hastalıklara, apatiye ve öfkeye yol açtığı (31), hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği (32,33) göz önünde bulundurulduğunda, konunun önemi anlaşılmaktadır. Tüm sağlık bakım sağlayıcıları eşduyum yorgunluğu riski altındadır. Mangoulia ve ark. (2015)'nın çalışmasına göre psikiyatri hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu açısından %44,8'inin puanı yüksek, %43,7'sinin orta, %11,5'inin düşük olduğu bulunmuştur (18). Hemşirelerde eşduyum yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, sıklığının, düzeyinin ve etkilerinin incelendiği az sayıda çalışmanın olduğu, ülkemizde ise psikiyatri hemşirelerinde yapılan bir çalışmanın olmadığı tespit edilmiştir.

Psikiyatri hemşireliğinde eşduyum/şefkat yorgunluğu konusunda yapılan çalışmaları inceleyen bir sistematik derlemede de, dört kaynağa ulaşıldığı, tamamının yurtdışı kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Bu az sayıdaki çalışmada psikiyatri hemşirelerinin şefkat doyumunun düşük, şefkat/eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğu, yanı sıra post-travmatik stres belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca yazarlar da ülkemizde örneklemi psikiyatri hemşirelerinin oluşturduğu ilgili bir makaleye ulaşılamadığını vurgulamıştır (34). Ruh sağlığında çalışan hemşirelerin psikolojik durumlarına ilişkin literatürde az sayıda çalışma olması nedeniyle bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eşduyum yorgunluğunun birlikte yaşanabileceği veya birbirleriyle örtüşen belirtilere sahip olduğu da dikkati çekmektedir. Literatürde depresyon ve tükenmişliğin birlikte görüldüğü (35), aralarında korelasyon olduğu (10), zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu (36) çeşitli çalışmalarda bildirilmiş ve mesleki depresyon ile duygusal tükenmenin benzer fenomenler olduğu ileri sürülmüştür (37). İkincil travmatik stresin tükenmişlik şeklinde tek bir kavram altında açıklanabileceğini öne süren araştırmalar da vardır (38). Öte yandan, bu kavramlardan birinin diğerine indirgenemeyeceği; bunların birbirlerinden farklı olguları temsil ettiği yönünde bulgular da söz konusudur (39). Eşduyum yorgunluğu da tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin birlikteliğinde ortaya çıktığı biçiminde açıklamalar mevcuttur (40). Tümünün iş stresinin sonucu olarak

açıklanması dışında ortak ve farklı özellikleri hakkında henüz bir konsensüs oluşmadığı görülmektedir. Bu sorunların beraber aynı popülasyonda değerlendirildiği, aralarındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya da ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı, iş stresinin psikiyatri hemşirelerindeki olumsuz psikolojik sonuçların (depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres, eşduyum yorgunluğu) düzeyini, sıklığını, etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmada aşağıda yer verilen sorulara yanıt aranması planlanmıştır:

1. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde iş stresi, işe bağlı gerginlik, depresyon, tükenmişlik düzeyleri, eşduyum yorgunluğu, ikincil travmatik stres düzeyleri veya sıklığı nedir?
2. İş stresi, işe bağlı gerginlik, depresyon, tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu, ikincil travmatik stres düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde iş stresi, işe bağlı gerginlik, depresyon, duygusal tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu ve ikincil travmatik stres arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelerin rollerinde eski yıllara oranla oldukça büyük değişiklikler ve gelişmeler söz konusudur. Eğitim ve uygulama alanındaki gelişmeler, yaşanan sosyal olaylar ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu uzmanlık alanlarından birisi de ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği/psikiyatri hemşireliğidir.

Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı hedefleyen, hastayla olduğu kadar kişinin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir (41). Psikiyatri hemşireliği birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişilerarası bir süreçtir (42,43). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre "Psikiyatri hemşireliği; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir (44,45).

Lisans eğitiminden sonra ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans/bilim uzmanlığını tamamlayan hemşireler psikiyatri hemşiresi olarak adlandırılmaktadır (42). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, kendi benliğini terapötik kullanma sanatını birleştiren bir disiplindir. Ruh sağlığı ve psikiyatri terimi hemşireliğin iki alanını içerir. Psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakımına ve tedavisine, ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır (46).

2.1.1. Psikiyatri Hemşireliğinin Tarihçesi

Psikiyatri hemşireliğinin tarihi toplumsal, ekonomik, hukuki ve kültürel değişimlerden ve teknolojik gelişmelerden etkilenmiştir. 19. yüzyıla kadar ruh sağlığı mesleği olarak benimsenmemiştir. Günümüzde ise kanıta dayalı girişimlere yönelik bilimsel çalışmalar, toplumsal normlar, kültürel faktörler ve bunların insan davranışına etkileri ile ilgilenmektedir (47). İlk Çağlar'da ruh hastasının, işlediği günahlar sonucu şeytan tarafından bedeni ele geçirilen kişi olduğuna inanılmıştır. Hastanın bakımı aile üyeleri, komşular, hizmetçiler, dini gruplar hatta iyileşmekte olan hastalar ve mahkumlar tarafından yerine getirilmiştir (41). Orta Çağ'da ruh hastalarına işkenceler uygulanmış, kilit altında tutulmuş, aileleri tarafından dışlanmışlardır. İlk psikiyatri

hastanesi Londra'daki Hospital of St. Mary of Bethlehem'dir. Bethlehem'in yoksullar ve sıkıntı veren kişiler için sığınak veya tapınak olarak düşünüldüğü, bakımlarının iyileşmiş eski hastalar tarafından yapıldığı belirtilmektedir (47).

Modern psikiyatrik tedavi ve bakım Fransa'da Philippe Pinel ve İngiltere'de William Tuke ile başlamıştır. Pinel 1793 yılında hastaların zincirden kurtulmasını ve moral tedavi yaklaşımının uygulanmasını sağlamıştır. Tuke ise, ruhsal hastalıkların tedavisinde insancıl yaklaşımın önemini savunmuş ve 1796 yılında dokuma ve tarım gibi bazı uğraşların gerçekleştirildiği, insancıl bakımı temel alan York Retreat Hastanesini kurmuştur (48). Amerika'da Benjamin Franklin'in çabaları sonucu genel hastanelere de ruh hastaları kabul edilmeye başlanmış ve 1751 yılında Philadelphia'daki Pennsylvania Hospital ruh hastalarına tedavi uygulayan ve bakım veren ilk genel hastane olmuştur (49).

Psikiyatri hemşireliğinin gelişimi, 1773 yılında Amerika'da Virginia-Williamsburg'da ilk psikiyatri hastanesinin açılması ile olmuştur. Linda Richards Amerika'daki ilk üniversite mezunu hemşire ve aynı zamanda ilk psikiyatri hemşiresidir. Richards 1873 yılında "New England Hospital for Women and Children"dan mezun olmuş, 1882 yılında doktor Edward Cowles ile Massachuttes'deki McLean Asylum'da ruhsal hastalıklara yönelik ilk formal hemşirelik okulununun eğitimini başlatmıştır. Bu okul psikiyatri hemşireliğinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (47,49,50,51). 1913 yılında Jane Taylor, Johns Hopkins Hastanesi'nde hemşirelik eğitimi programına psikiyatri hemşireliği dersinin eklenmesini sağlamıştır. Taylor 1926 yılında dünyadaki ilk profesör psikiyatri hemşiresi ünvanını almıştır (49). 1920 yılında psikiyatri hemşireliği öncüsü ve hemşire eğitimci olan Harriet Bailey "Nursing Mental Disease" adlı ilk psikiyatri hemşireliği ders kitabını yazmıştır. Bu kitap 20 yıl boyunca psikiyatri hemşireliğinde standart bir kitap olarak kullanılmıştır (50,52). 1930'ların sonlarına doğru hipoglisemik şok, elektroşok ve psikoşirurji gibi somatik terapiler ortaya çıkmış, bu tedavi yöntemleri fiziksel bakım ve gözlem gerektirdiği için psikiyatri hemşireliğinde devrim yaratmıştır (47,53).

Psikiyatri hemşireliği uygulamalarına yönelik ilk teorik yaklaşım Hildegard Peplau tarafından geliştirilmiştir. Hildegard Peplau'nun 1952 yılında yayınlanan "Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Framework for Psychodynamic Nursing" adlı kitabı, psikiyatri hemşireliği uygulamalarında kişilerarası ilişkiler kavramını ve terapötik hemşire-hasta ilişkisinin önemini ilk kez ortaya çıkarmış ve psikiyatri hemşireleri için ilk kuramsal çatıyı oluşturmuştur. Peplau hemşire hasta

etkileşiminde oryantasyon, tanılama, araştırma ve çözümleme olmak üzere dört süreç belirlemiştir. Peplau 1962 yılında “Interpersonal Techniques: The Crux of Psychiatric Nursing” adlı ikinci kitabını yayınlamıştır (47,51,53,54). June Mellow 1968 yılında “Nursing Therapy” adlı, psikiyatri hemşireliğine yönelik ikinci teorik yaklaşımı ortaya çıkarmıştır. 1970’li yıllarda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği yardımcı meslek olmaktan çıkıp, akademik bir meslek olarak kabul edilmeye başlanmış ve psikiyatri hemşirelerinin profesyonel rolleri gelişme göstermiştir. Kaplan’ın krize müdahale kavramı hemşirelik uygulamalarına entegre edilmiş, hemşireler krize müdahale, destekleyici terapi ve psikoterapi uygulamaya başlamışlardır (47,52).

2.1.2.Psikiyatri Hemşireliğinin Türkiye’deki Durumu

Türkiye’de 1950’li yıllara kadar genel hemşire sayısının yeterli olmaması ve psikiyatri hastalarına yönelik önyargılar nedeniyle birçok psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları iyileşmekte olan hastalar ve hemşirelik okulunu bitirmeyen, meslekle ilgisi olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. 1964 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde yardımcı hemşire kursları açılmış, bu kurstan mezun olan yardımcı hemşirelerin bir kısmı aynı hastanede görev almıştır (55).

İlerleyen yıllarda hemşire okullarının ve mezun hemşire sayısının artmasıyla birlikte psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelik mesleği mensubu olmayan kişilerin yerini eğitilmiş hemşireler almaya başlamış, fakat psikiyatri hemşireliği eğitimi almış hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde yer alması daha sonraki yıllarda gerçekleşmiştir. Başlangıçta sağlık kolejleri ders programlarında psikiyatri hemşireliği derslerine yer verilmemiş, 1963 yılında yapılan düzenlemelerle, psikiyatri hemşireliği sağlık koleji ders programlarına girmiştir (41). 1955 yılı itibariyle Hemşirelik Yüksekokulları’nın açılması ile psikiyatri hemşireliği dersi bu okulların ders programlarında yer almış, ancak uzun yıllar tıbbi psikiyatrik bilgi ağırlıklı işlenmiştir. Psikiyatri hemşireliği bilgi ve becerisi yönünden ağırlıklı olan dersler, hemşirelikte akademikleşmenin başlaması ile gerçekleşmiş ve akademik kadroların çoğalması ile daha iyiye doğru gitmiştir (56).

Ülkemizde Psikiyatri Hemşireliği dersleri İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1969’da Perihan Velioğlu, İkbâl Aksoy ve Çaylan Pektekin tarafından ilk psikiyatri hemşireliği ders notları geliştirilerek verilmeye başlanmış, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1964’te Nebahat Kum, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda ise Aysel Kumral tarafından verilmiştir (41). Psikiyatri hemşireliği ile ilgili ilk kitap 1981 yılında Aysel Kumral tarafından Türkçeye çevrilen “Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar” isimli kitaptır. Psikiyatri

hemşireliği alanında ilk doktoralı hemşire Nebahat Kum'dur. Bunun yanı sıra 15 Mayıs 2000 yılında Psikiyatri Hemşireleri Derneği kurulmuş ve hala aktif faaliyetini sürdürmektedir. Psikiyatri hemşireliği alanında ilk bilimsel etkinlik olan I. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri Nisan 2007'de Ankara'da gerçekleştirilmiştir.

25 Nisan 2007 tarihinde revize edilen "Hemşirelik Kanunu" nda yer alan değişiklikler Madde 8 — (Değişik: 25/4/2007-5634/ 4. md.) Lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar ibaresi yer almıştır (57). Bu gelişmenin devamında Sağlık Bakanlığı hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek üzere üniversite ve derneklerle işbirliğine geçmiştir. Psikiyatri Hemşireleri Derneği Psikiyatri Kliniği Sorumlu Hemşiresi, Psikiyatri Kliniği Servis Hemşiresi, Psikiyatri Kliniği Poliklinik Hemşiresi, Acil Psikiyatri Hemşiresi, Adli Psikiyatri Hemşiresi, Alkol-Madde Bağımlılığı Hemşiresi, Geropsikiyatri Hemşiresi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi, Psikiyatrik Rehabilitasyon Hemşiresi, Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Psikiyatrisi Hemşiresi olmak üzere psikiyatri hemşireliği alanındaki uzman hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını çalışarak, yönetmelik taslağının ilgili bölümüyle ilgili görüşlerini Sağlık Bakanlığı'na bildirmiştir. Sonuçta, 8 Mart 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne 19 Nisan 2011 tarihinde Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içerisinde; Psikiyatri Klinik Hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde yer almış(58) ve diğer psikiyatri hemşireliği alanındaki uzman hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları yönetmelikte yer almamıştır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere yönelik ilk sertifika programı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi işbirliği ile 15 Eylül-7 Kasım 2008 tarihleri arasında "Akut Psikiyatri Kliniklerinde Hemşirelik Temel Eğitimi Sertifika Programı" olarak düzenlenmiştir. Bu sertifikalı eğitim programının amacı; psikiyatri birimlerinde görev yapan/yapacak olan hemşirelere görevlerinin gerektirdiği yeterliliklerin kazandırılmasıdır. Eğitim programı, teorik ve uygulamalı olarak, tamamı yüz yüze

eğitim şeklinde yürütülmüştür. Uygulama eğitiminin yedi günü TRSM'lerde ve 13 günü yataklı psikiyatri servislerinde yapılmıştır. Katılımcılar uygulamaları TRSM ve psikiyatri kliniğinde birebir veya küçük gruplar halinde hasta başında klinik rehber hemşirenin gözetiminde; “izleme”, “gözlem altında bağımsız düzeyde yapma” aşamalarını uygulayarak yeterlilik kazandırılmıştır. Bu program beş defa tekrarlanmıştır. Daha sonra Psikiyatri Hemşireliği Derneği ile Sağlık Bakanlığı işbirliğinde klinik psikiyatri hemşireliğine yönelik bir sertifika programı hazırlanmıştır. “Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik Hizmetleri Sertifikalı Eğitim Programı” adı ile 04 Şubat 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş, Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş ve Bakanlık Makamının 11 Nisan 2017 tarihli ve 343 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir (59).

2.2.İş Stresi

Bilim dünyasında stres sözcüğü ilk kez Robert Hook tarafından “elastike nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişki” anlamında kullanılmıştır (60). Hans Selye stresi, bedenin korku, kavg, yalıtılmışlık, sıcak, soğuk, beden ısısı ve kan basıncı gibi yaşamsal işlevlerinin dengesine zarar veren uyarıcılara ve “organizmanın her türlü değişmeye verdiği nonspesifik (özel olmayan) tepki” olarak tanımlamıştır. Selye’nin çok yaygın olarak benimsenen bu tanımına göre stres, her türlü isteme bedenin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepki olarak anlaşılmaktadır. Selye, bu yaygın tepkiyi “Genel Adaptasyon Teorisi” ile açıklamıştır (61).

Stres, insanı yakın duygusal ilişkilerden uzaklaştıran, verimliliği düşüren ve en önemlisi hayattan aldığı zevki azaltan bir gölge gibidir (62). Her insanın stresle başetme kapasitesi, kullandığı etkili ya da etkisiz çeşitli yöntemleri vardır. Folkman ve Lazarus (1980)’a göre, birey stres kaynağını değerlendirdikten sonra, başa çıkma stratejilerini uygulamaktadır. Stresle başa çıkmada iki tür başa çıkma mekanizması vardır. Bunlar problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkmadır. Problem odaklı başa çıkma, bireyin yaşadığı stres karşısında yılgınlığa düşmeden aktif bir şekilde stres yaratan durumu tespit edip, stresin temel nedenine yönelerek stresi ortadan kaldırmaya yönelik bilgi, deneyim, yetenek ve mantıksal analizi gibi kişisel kaynaklarını etkin kullanmasını içermektedir. Duygu odaklı başa çıkmada ise stresin ana nedenlerini anlamak ve kalıcı çözümler üretmek yerine önemli olan bireyin stres yaratan durumla ilgili duygusunu ortadan kaldıracak kaçınma, inkâr gibi teknikleri kullanması söz konusudur. Bu kısa süreli iyilik hali yaratır sonra eğer kişinin değiştirebileceği, çözebileceği bir sorun ise

problem odaklı başatme yöntemlerinin devreye girmesi uzun süreli iyilik haline ulaşmayı sağlar (63-66).

İş stresi, birey ile çalışma ortamı arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Çalışan birey üzerinde gerilim yaratan durum olarak ifade edilmektedir (67). Stres her meslek grubu için önem teşkil etmektedir. Çalışanlar strese maruz kaldıkları gibi sonuçlarını da yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Polislik, öğretmenlik ve hemşirelik gibi bazı meslek gruplarının iş stresini daha yoğun yaşadığı bildirilmektedir (68).

2.2.1.İş Stresi Kaynakları

Her işin sınırları çerçevesinde bireylere sorumluluk yüklemesi ve belirli riskleri beraberinde getirmesi onu doğal olarak stres faktörü haline getirmektedir. Bir işin stres faktörü olarak görülmesi hem bireysel, hem de örgütsel (işle ilgili) nedenlerden kaynaklanmaktadır (69). Stres bireysel şekilde deneyimlenen bir olgudur. Dolayısı ile her bireyin stres kaynağı farklı olabileceği gibi, stres kaynaklarından etkilenme dereceleri de farklılık göstermektedir (70).

Bireysel Kaynaklar

Bireysel faktörler çalışanlar için potansiyel stres kaynaklarıdır. Çalışanın işi ile ilgili beklentilerini, çalışma kapasitesini ve kişiliğini, iş durumunu nasıl algıladığını ve nasıl tepki verdiğini etkilemektedir (71). Çalışanın kişilik yapısı, yaşı, cinsiyeti, eğitimi, iş deneyimi ve yaşam tarzı bireysel stres kaynakları arasında yer almaktadır (72).

Örgütsel Kaynaklar

İş yaşamında stres kaynakları çeşitli araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ortaya konulmuş ve ele alınmıştır. Bu kapsamda McGrath (1976) örgütsel stres kaynakları arasında aşırı iş yükü veya az iş yükü, rol çatışması ve rol belirsizliği, fazla mesai ve vardiyalı çalışma, hiyerarşik yapıdaki bozukluklar, kararlara katılma düzeyindeki yetersizlik, yıldırma (mobbing), iş ortamındaki fiziksel sorunlar olarak sıralamıştır (73). Ivancevich ve Matteson (1996) ve Cartwright ve diğerleri (1995), stres kaynaklarını işin özellikleri kapsamında ele almışlar ve bunları; fiziksel çevre koşulları, aşırı veya yetersiz işyükü, vardiyalı çalışma düzeni, otomasyon ve işte tehlike unsurunun varlığı olarak sıralamışlardır. Bumin ve Şengül ise (2000) stres kaynaklarını örgütteki rol davranışları kapsamında ele almışlardır (74).

2.2.2. İş Stresinin Sonuçları

Strese yol açan stres faktörleri birey ve örgüt üzerinde çeşitli etkileri mevcuttur. Düşük seviyede stres bireysel ve örgütsel başarıyı artırırken; yüksek

seviyedeki stres çalışan bireye ve örgüte ait başarıyı azaltmaktadır (75). Bu yüzden iş yaşamında stresin sonuçlarını bireysel ve örgütsel olarak incelemek mümkündür.

Bireysel Sonuçları

Stresin birey üzerindeki sonuçları fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak ele alınabilir.

Fiziksel Sonuçları:Stres öncelikli olarak psikolojik bir etkiye sahipken yaşanan süreçte bedensel birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir (76). Stresin neden olduğu fiziksel sorunlardan bazıları; tansiyon yükselmesi, sindirim bozukluğu, terleme, nefes darlığı, baş ve boyun ağrısı, yorgunluk, alerji, mide bulantısı depresyon, uyku bozuklukları, koroner kalp hastalığı, immun sistemde düşme vb. (77).

Davranışsal Sonuçları:Bireyin dikkat ve uyanıklığını etkileyerek kazalara neden olmakta ve saldırganlık duygusunu ortaya çıkarmaktadır (78). Stresin neden olduğu davranışsal sorunlardan bazıları; duygusal karar verme eğiliminde artma, duygusal patlamalar yaşama, aşırı yemek yeme veya iştah kaybı, aşırı heyecanlanma, ani ve çabuk karar verme, konuşma bozuklukları yaşama, verilen kararlar doğrultusunda yanlış emir ve talimatlar verme, işi aksatma, gelişmelere ilgisiz kalma sonucunda karar verme için gerekli bilgi gereksiniminde yetersizliktir (79).

Psikolojik Sonuçları:Stresin ilk etkileri ruhsal boyutta yaşandığı için zor fark edilmekte fakat ortaya çıkan sonuçları ile daha sık karşılaşılmaktadır (76). Stresin neden olduğu psikolojik sorunlardan bazıları; dikkat azalması, zihni bir konu üzerinde toplama güçlüğü, çeşitli konular arasında ilişki kurma güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif (takıntılı) düşünceler gibi zihinsel düzeydeki problemler, geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku, endişe ve depresyondur (80).

Örgütsel Sonuçları

Stres çalışan bireylerin sağlığını etkileyen bir sorun olmakla birlikte örgütün işleyişinde de aksamalara neden olan bir sorundur (81). Stresin yol açtığı örgütsel sonuçları işe geç gitme, işe devamsızlık, verimsizlik, isabetsiz kararlar verme, işten ayrılma davranışları olarak incelemek mümkündür.

İşe Geç Gitme: İşe geç gitme, bireysel stres sonuçlarından biri olan davranışsal sonuçlar arasında yer almakta ve kişi bu durumu doğrudan örgüte yansıtmaktadır. İşe geç gitme kişiden kişiye, işten işe değişiklik göstermektedir. Kişinin işe geç gitme sebebinin stresten uzak kalmaya çalışmasından mı yoksa evinin işyerine uzak olması gibi çeşitli durumlardan mı kaynaklandığının belirlenmesi gerekmektedir (82). İşe geç gitme davranışı, örgütsel stresle ilgili olabileceğinden nedenleri araştırılmalıdır.

İşe Devamsızlık:Devamsızlık, iş görenin çalışma programı veya planına göre çalışması gereken zaman dilimi içerisinde işe gelmemesi olarak ifade edilmektedir (83). Çalışan, işini tamamen terk etmeden izin günleri veya yıllık tatilleri dışında işyerine gelmeyerek işlerini aksatmaktadır (84). Devamsızlık, örgütsel stresten uzaklaşmak amacıyla yapılan bir davranış olarak görülmektedir (85).

Yapılan bazı araştırmalara göre işe bağlılığın, yaşlılara göre gençlerde ve kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğu görülmüş, evli olanların bekar olanlara oranla daha çok devamsızlık yaptığı gözlemlenmiştir. Diğer yandan eğitim düzeyi düşük olan çalışanların yüksek olanlara oranla daha fazla devamsızlık yaptığı belirtilmiş, nedeni olarak da basit, rutin ve ağır işlerde çalıştırılarak bıkkınlık yaşayıp strese girmeleri gösterilmiştir (86).

Verimsizlik:Çalışanların ne kadar etkin olduğu verimlilik ve stres düzeyleri ile ilgilidir. Aşırı yüksek düzeyde stres yaşanması sonucunda çalışanların fiziksel ve zihinsel sistemi bozulabilmekte, örgütün ekonomisi açısından da olumsuz sonuçlar doğabilmektedir. Hastalıkların çoğalması, iş kazalarının artması, işgücü kayıpları, sağlık giderlerinin çoğalması, kalifiye eleman kayıpları, ödenen tazminatlar örgüte ağır bir mali külfet yüklemektedir (85,87).

Stresin verimlilik ile olan bu ilişkisi tersine dönmüş bir U harfine benzetilmektedir. Stresin az ya da yoğun yaşanması verimliliğin düşmesine neden olurken, stresin orta düzeyde yaşanması ise verimlilik açısından en uygun seviyedir (88,89).

İsabetsiz kararlar verme:Sorunların çözümü için en uygun kararın verilmemesi durumunda bireyler stres yaşayabilmektedir. Bireyin bu süreçte doğru kararları verebilmesi için sağlıklı düşünmesi gerekmektedir. Stres yaşayıp sağlıklı düşünemeyen bireyler, sorunu tam algılayamadıkları için karar verme sürecini etkin ve doğru bir şekilde yönetememektedirler (90).

İşten Ayrılma:Sürekli stres altında çalışan bireylerin örgüte olan bağlılığı ve iş tatmini düşmektedir. Otokratik örgütlerde stres daha fazla yaşanmakta, bu yüzden çalışanların kendini geliştirme ve yeteneklerini sergilemelerine olanak verilmemektedir. Böyle bir ortamda çalışmak istemeyen bireyler işten ayrılma ya da mesleği bırakmaktadırlar. Örgüt, deneyimli elemanını kaybetmekte, yerine aldığı elemanın deneyim kazanması uzun sürdüğünden verimlilik düşmektedir (85,87).

2.2.3.Hemşirelik ve İş Stresi

Sağlık hizmetinin sunulduğu ortamlar stresin yoğun bir şekilde yaşandığı yerlerdir (91). Bu ortamlarda işi gereği insanlarla yüz yüze çalışan hekim, hemşire ve psikolog gibi sağlık çalışanları genellikle stresin yıkıcı etkileri ile yüz yüze kalmaktadırlar. Bu durum da sağlık bakım ortamlarında çalışma yaşamını olumsuz etkilemektedir. Belirli düzeyde yaşanan stres hemşirelerin görevlerini yerine getirmede onları motive ederken, sürekli ve aşırı yaşanan stres çalışanları olumsuz yönde etkilemektedir (92).

Sağlık hizmetinin bir parçası olan ve sayıca en kalabalık grubu oluşturan hemşireler, hasta bakımında, sağlığın korunmasında ve rehabilitasyon hizmetinin sunulmasında görev almaktadırlar (93). Çalışma ortamından kaynaklı pek çok olumsuz faktörün etkisiyle hemşirelik yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek grubu olarak görülmektedir (94). Yapılan araştırmalarda hemşirelerin çalışma ortamındaki stres kaynakları; yoğun iş temposu, görevlerinin yükümlülüğü, fazla sorumluluk alma, fazla mesai, hasta yakınları ile iletişim kurma, vardiya/nöbet sistemi ile çalışma, ölümcül ve ağır yaralı hastalar ile ilgilenme, toplu ölümleri görme gibi durumlar olarak sıralanmıştır (95,96).

Stres kaynakları kurum ya da birimlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde ölümcül hastaya bakım verme ve ölüm olgusu ile başa çıkmaya çalışma en önemli stres nedeni iken, cerrahi ve dahili birim gibi servislerde çalışan hemşirelerde çalışan yetersizliği ve aşırı iş yükü en önemli stres nedeni olarak görülmüştür (97,98).

Uzun dönemli yaşanan iş stresi çalışanların kişisel ilişkilerini de etkilemekte, hastalıktan ötürü işe devamsızlıklarını arttırmakta, çatışmalar yaşanmasına neden olmakta, iş tatminsizliğine yol açmakta, iş bırakma oranını ve verimsizliği artırmaktadır. Böyle durumlarda daha olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması birey ve örgüt açısından önemlidir (99). Hasta bakımı sunan hemşirelerin, en uygun hizmeti sunabilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlıklı olmaları ve çalışma ortamında yaşadıkları stresin kontrol altında tutulması gerekmektedir (100).

Gelişmiş ve karmaşıklaşmış örgütleriyle günümüz modern toplumları, insanların iş ve toplum hayatında daha çok stres yaşamasına neden olabilecek pek çok faktör içermektedir. Böyle bir ortamda yaşamlarını devam ettiren insanların, çağın gerçeği olan stresle karşılaşması kaçınılmaz olmuştur. Stres, çalışanların fiziksel ve

ruhsal sağlıklarında büyük sorunlara yol açmakla kalmamakta, aynı zamanda örgütsel etkinlik ve verimlilikte azalma, yüksek i  gücü devri, i e devamsızlık, verilen hizmetin sayı ve kalitesinde d  me gibi örgütsel açıdan pek çok soruna yol açmaktadır (101,102).

2.3.Depresyon

2.3.1.Depresyonun Tanımı

Kelime olarak “  k  ” anlamındadır. Depresyon; üzüntü duygusuna bireyin etkinliğini ve günlük hayatını etkileyen, duygusal, zihinsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği bir ruh halidir. İnsanın yaşama arzusunun ve zevkinin kaybolduğu, insanın kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin k t ms r, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar/özkıyım girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların yaşandığı, ciddi bir ruhsal sorundur (103,104).

2.3.2.Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Beyindeki nörotransmitter sisteminde, serotonerjik ve noradrenerjik sistemlerde meydana gelen bazı işlevsel bozulmaların rol oynadığı düşünülmektedir(105). Depresyon oluşumunda etkili olan faktörlerden biri de kalıttır. Ailesinde ve birinci derece akrabalarında depresyon  yk  s  bulunan kişilerin hayat boyu depresyonla kar ıla ma oranlarının 2-3 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (106,107).

Psikolojik ve sosyal faktörler açısından ele alındığında ekonomik sorunlar, aile içi çatışmalar, i  yaşamında karşılaşılan sorunlar ve doyumsuzluklar, emeklilik, i  yitimi, sevgi nesnesinin kaybı, beden sağlığının bozulması, benliği inciten onur kırıcı davranışlarla kar ıla mak ve daha birçok fiziksel ya da psikososyal olay depresyon ve diğer duygu durum bozuklarının gelişiminde ve kronikle mesinde önemli rol oynamaktadır. Kişiler arası ilişkilerde karşılaşılan sorunlar da depresyon yol açabileceği gibi, depresyon kişiler arası sorunların oluşumuna neden olabilir (108). Ki ide genetik, biyolojik ya da psi ik bir yatkınlık bulunması durumunda olumsuz yaşam olaylarının depresyon meydana getirme riski artar. Birçok insan olumsuz yaşam olayları ile kar ıla tığı halde depresif belirtiler göstermemektedir. Kişi için olayların kendisinden çok, olayın nasıl algılandığı ve kişilik özellikleri de önem kazanmaktadır. (109,110). Çökkünlük geçirmeye yatkın olan kişilerde belirli kişilik özelliklerinin belirgin olduğu

görülmektedir. Genellikle kimseyi incitmeyen, herkesi hoşnut etmeye çalışan, iyiliksever olmaya eğilimli, duyarlı, titiz ve güçlü sorumluluk duygusu taşıyan, mükemmeliyetçi, öfkesini dışı vuramayan, çabuk etkilenen ve üzülen kişilerdir. Ancak kişilik yapısı nasıl olursa olsun, depresyon belirgin bir psikososyal etken olmadan başlayabilir ve yineleyebilir (111).

2.3.3. Depresyon Belirtileri

Depresyon, duygusal alanda disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete, bilişsel alanda değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, varsanılar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri, sosyal alanda ise; toplumdan uzaklaşma, sosyal ve mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (112).

Depresyonda ortaya çıkan belirtiler şu şekilde sıralanmaktadır.

Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlarla İlgili Belirtiler: Hareketlerde yavaşlama, durağanlık gözlenmektedir. Hasta kendi bakımını yapabilecek güçte hissetmemektedir. Postürü omuzlar çökmüş ve baş öne eğik vaziyettedir. Üzgün, tedirgin, sıkıntılı, endişeli bir yüz ifadesi vardır. Depresif bir kişide genel olarak yüz çizgileri belirgindir; katatoni, stupor ve psikomotor ajitasyon gözlemlenmektedir.

Konuşma ve İlişki Kurma ile İlgili Belirtiler: Kısık ses tonu ile yavaş konuşmaktadır. İç döndüktür. Konuşmak istemez, sorulara kısa, kaçamak yanıtlar verir ya da hiç cevap vermemektedir. Ancak hafif ve orta derecelerdeki hastalar ile iletişim kurmak o kadar zor değildir. Çok ağır durumlardaki hastalarla ilişki kurmak zorlaşmaktadır.

Duygular ile İlgili Belirtiler: Duygulara genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan artma vardır. Sık ağlama görülmekte, bazı hastalarda üzüntü ile birlikte bunalı (anksiyete), tedirginlik ve öfke olabilmektedir. Kişide genel bir isteksizlik görülmekte, kişiler eskiden istekle ve zevkle yaptıkları şeylere karşı isteksiz olduklarını, yaptıkları işten zevk almadıklarını belirtmektedirler.

Bilişsel Yetiler ile İlgili Belirtiler: Kişiler sıklıkla unutkanlıktan yakınmaktadırlar. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu bulunmamaktadır. Zaman

algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişebilmektedir. Ayrıca bu durumdaki kişiler karar vermede güçlük çektiklerini, sıradan kararları bile vermekte zorlandıklarını ifade etmektedirler.

Düşünce Akımı ve İçeriği ile İlgili Belirtiler: Düşüncelerde yavaşlama, düşünce içeriğinde geçmiş pişmanlıklar, acı veren olumsuz anılar, gelecek korkusu hakimdir. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri kişinin ruhsal yaşamına egemendir. Kendini suçlama eğilimleri vardır. Ayrıca bu kişilerin öz saygıları azalmıştır. Kendilerini işe yaramaz, değersiz ve küçük görmektedirler. İntihar düşüncesi de nadir değildir.

Psikomotor Belirtiler: Hareketlerde yavaşlama belirginleşmektedir. Kişinin konuşması, yürümesi, iş yapması güçlüklerle olmaktadır. Bazen de yerinde duramama, ellerini ovuşturarak sürekli dolaşma ve aşırı tedirgin hareketler görülebilmektedir.

Fizyolojik Belirtiler: Kişilerin çoğunda yemek yeme isteği azalmaktadır. Bu nedenle, kısa sürede zayıflama görülmekte ve kişiler genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınmaktadır. Ayrıca uyku bozuklukları, uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi ya da erken uyanma ve sonra uykuya dalamama gibi belirtiler görülebilmektedir. Cinsel istekte ve işlevselsellikte de azalma depresyonda olan kişilerde görülen diğer bir belirtidir (113).

2.3.4. Depresyon Risk Faktörleri

Depresyonun etiyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda risk etkenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapı, çevreyle olumsuz etkileşim ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri olarak görülmektedir. 18–44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (114).

2.3.5. Depresyon Düzeyleri ve Türleri

Bireyin fizyolojik, ruhsal ve sosyal durumunda değişikliklere yol açan depresyon, çok çeşitli klinik rahatsızlıkları tek bir başlık altında toplayan genel bir terimdir. Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi depresyonun da düzeyleri ve türleri vardır (115). Minör depresyon, majör depresyon, distimi, manik-depresif bozukluk, atipik depresyon, maskeli depresyon, reaktif depresyon, yas dönümü depresyonu, doğum sonrası depresyonu, çocuk ve ergen depresyonu, geriatrik depresyon gibi tanımlamalar

kullanılmaktadır. Özel bir takım belirtilerin öne çıkmasına, belirtilerin sayısına, devam etme süresine ve bu belirtilerin kişilerin günlük yaşamını ve işlevselliğini ne derece olumsuz etkilediğine göre özgül tanı belirlenir (106).

2.4.Tükenmişlik

2.4.1.Tükenmişliğin Tanımı

1970’li yıllarında ortaya çıkan tükenmişlik kavramı, ilk olarak 1974 yılında Freudenberger’in yazdığı ilk makale ile ele alınmıştır. Freudenberger tükenmişliği “ başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması, veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak tanımlamıştır (116-118). Günümüzde en yaygın kabul gören tanım, Maslach Tükenmişlik Ölçeğini geliştiren Maslach’a aittir. Maslach tükenmişliği “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (119). 2001 yılında Maslach ve arkadaşları tarafından tükenmişlik, iş yerinde kronik stresöre verilen tepkinin sonucunda ortaya çıkan psikolojik sendrom olarak ifade edilmiştir (15).

Tükenmişlik ile ilgili çalışmalar, daha çok insanlara doğrudan hizmet veren meslek gruplarında yoğunlaşmıştır. Hemşirelik, doktorluk, öğretmenlik, polislik gibi mesleklerde görev yapan insanlar idealist, heyecanlı, enerjik, kendini adanmış ve fedakar olmalarıyla ilişkilendirilmiştir (15). Tükenmişlik kavramının ilk olarak Freudenberger tarafından sağlık alanında gönüllü çalışanlarda gözlemlendiği bilinmektedir (120). Daha sonraları Maslach ve Jackson tükenmişliği fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, mesleğe, genel olarak yaşama ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen, fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenme sendromu olarak tanımlamışlardır (120).

2.4.2.Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik sendromunun fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtileri olabilir. *Fiziksel tükenmişlik belirtileri* kronik yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha hassas olma, sık baş ağrıları, bulantı, kas krampları, bel ağrısı ve uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları kapsar. *Duygusal tükenmişlik belirtileri* depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışmaların artışı, kızgınlık, sabırsızlık ile huzursuzluk gibi negatif duygularda artış,

nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygularda azalmadan oluşmaktadır. *Zihinsel tükenmişlik belirtileri* ise doyumsuzluk ile kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumları içerebilir. Sonuçta işi bırakma, ciddiye almama, ihmal etme gibi davranışlar görülebilir. Tükenmişlik sendromunun uzun dönemli etkileri de vardır. İş yaşamının erken dönemlerinde oluşan tükenmişlik sendromu, uzun dönemde sorun yaratmıyor gibi görünmekte ve sağlık bakım personeli bu sendromdan kurtulabilmektedir. Sağlık bakım personelinin görev ve sorumluluklarının açıkça belirtilmemiş olması, çalışanların farklı öğrenim düzeylerine sahip olmaları, bazı meslek gruplarının vardiya sistemiyle çalışması, sağlık sektöründe altyapı ve yönetimle ilgili yetersizlikler, özlük hakları sorunları, uzun çalışma saatleri ve olumsuz çalışma koşulları, tükenmeye katkı yapan faktörler olarak dikkat çekmektedir (121-123).

2.4.3. Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişlik bir sendrom olarak ele alınır ve üç boyutta incelenir. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır.

Duygusal tükenme: Maslach'a göre "çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmeleri" (124) şeklinde tanımlanabilen duygusal tükenme; çalışanların kendilerini işlerine verememeleri ve kendilerini hizmet sundukları bireylere karşı eskisi kadar sorumlu hissetmemeleri gibi sonuçlara yol açabilir (125). Duygusal tükenme, kişinin kendisini duygusal yönden, aşırı yıpranmış, tükenmiş, hissetmesidir (126).

İşte aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumu (13) şeklinde de ifade edilebilen duygusal tükenme boyutu, tükenmişliğin en temel boyutu olarak kabul edilmektedir (14,15). Bu anlamda duygusal tükenme, işin gerektirdiği taleplerin ve değişikliklerin yarattığı strese verilen tepkidir (14). Bireyler, tükenmişlik sendromunu yaşayan diğer insanları veya kendilerini tanımlarken, daha çok "duygusal tükenme" hissi yaşadıklarını belirtmektedirler. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok rapor edilen ve en çok analiz edilen boyut, duygusal tükenme boyutudur (15,127).

Duygusal tükenme, tükenmişliğin en kritik ve belirleyici boyutu olarak ifade edilmektedir. Bu boyut tükenmişliğin içsel boyutudur. Duygusal tükenme, bireyin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenmesi ve tükenmiş olma duyguları olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada bireyde yorgunluk, enerji eksikliği, duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme gözlemlenmektedir. Bunların yanı sıra bireyin özgüveni, mesleğe karşı ilgisi ve coşkusu azalmış ya da kaybolmuştur. Duygusal tükenmişliği

yaşayan bireyin hizmet sunduğu kişilere karşı davranışları, performansı önemli ölçüde etkilenir (15,117,119,128,129).

Duyarsızlaşma:Duyarsızlaşma, bireyin hizmet verdiği kişilere karşı, onların birer birey olduklarını göz ardı ederek duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemesi ile kendini gösterir. Duygusal tükenmişliğe karşı bir baş etme stratejisi olarak birey diğerleri ile olan ilişkilerinde duyarsızlaşmaya ve onlarla arasına mesafe koymaya başlar. Birey insancılıktan uzaklaşmış, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisine girmiştir. Duyarsızlaşma aşamasında kişi işini teknik anlamda sürdürür ve bu durum kişinin işe ilişkin performansına yansır (15,117,119,128,129). Duyarsızlaşma, başkalarına olumsuz tutumlar içerir. Kişinin hizmet verdiği kişilere bir insan değil de nesne gibi davranmasıyla kendini gösterir (126).

Düşük Kişisel başarı:Kişisel başarı yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar ve kişinin kendini olumlu değerlendirmesiyle ilgilidir (126). Maslach'ın tükenmişlik modelinin üçüncü boyutu olan düşük kişisel başarıboyutu ise; “kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasını” ifade etmektedir (15). Kişisel başarı eksikliği, sorunların başarı ile üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarıda düşme hisseden birey, yetkin olmadığını düşünür ve motivasyonunda düşme yaşar. Bu aşamada birey, kendisine yönelik değerlendirmede olumsuzluk hisseder, işinde ilerleme kaydetmediğini, harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve işiyle ilgili farklılık yaratmadığını düşünür (130).

2.4.4.Etkileyen Faktörler

İş stresinin kaynağını oluşturan bazı kurumsal faktörler tükenmişliğin yaşanmasına da neden olabilir. Bunlar şu şekilde belirtilebilir (131):

- İşin Yapısından Kaynaklanan Faktörler
- Örgütsel Rolden Kaynaklanan Faktörler
- Kariyer Gelişiminden Kaynaklanan Faktörler
- İşteki İnsani İlişkilerden Kaynaklanan Faktörler
- Örgütsel Yapı ve İklimden Kaynaklanan Faktörler
- Örgüt Dışı Faktörler

Girgin (1995) doktor ve hemşirelerde tükenmişliğe neden olan faktörleri, çevresel ve kişisel faktörler olarak iki ana başlık altında toplamıştır. Bu faktörlerin kısaca incelenmesinde yarar bulunmaktadır (124):

Çevresel Etkenler

İş ortamı, iş yükü, iş ilişkileri ile rol karmaşası, mesleki kıdem, sosyal desteklerin azlığı, meslek tanımının açık bir biçimde yapılmamış olması, yönetimle ilgili sorunlar, ekonomik sorunlar, işyerinin fiziksel koşulları, ailesel ve toplumsal nedenler tükenmişliğin çevresel nedenleri olarak belirlenmiştir (124). Diğer bütün meslek mensupları gibi, doktor ve hemşireler de mezun olduklarında ideallerine uygun iş ortamı beklentisi içindedir. Doktorlar ve hemşireler için bu, iyi düzenlenmiş bir hastane, sağlıklı fiziki çevre, kullanıma uygun yeterli araç-gereç, aynı dili konuşan bir ekip ile ekiple iyi iletişim içinde olma ve insan fizyolojisini zorlamayan çalışma saatleri gibi koşullar demektir. Doktorların ve hemşirelerin bu düzendeki bir ortamda işlerini sürdürebilmeleri, mesleği sevmeye, iş verimini yükseltme ve hizmeti beklenen düzeyde vermeye de beraberinde getirebilir. Ancak uygulamada bu koşulların genellikle istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Bu tür yetersiz çevresel faktörler ve çalışma koşulları, doktorlar ve hemşirelerde farkında olunan ya da olunmayan bazı olumsuzluklar yaratmaktadır (124).

Kişisel Etkenler

Medeni durum, çocuk sayısı, yaş, çalışma yılı, motivasyon düzeyi, benlik saygısı, güç, engellemeye dayanıklılık düzeyi, işe aşırı düşkün olma, kişisel beklenti düzeyi ve tolerans düzeyi tükenmişliğin kişisel nedenleridir. Doktorların ve hemşirelerin evlilik durumları (çocuk sayısının fazla olması, aile içi ilişkilerin bozuk nitelikte olması, bireyin eşinin çalışması, boşanmış ya da ayrılmış olması) tükenmişliğe yatkınlığı artırabilir (124).

İnsanlara hizmet verilen mesleklerde kurulan etkileşimler çoğunlukla hizmet bekleyen kişinin psikolojik, sosyal veya fiziksel problemleri üzerine kuruludur ve bu nedenle öfke, utanç, korku, üzüntü, çaresizlik gibi duygularla yüklüdür. Bu tür problemlerin çözümü her zaman kolayca bulunamaz, dolayısıyla çalışanın içinde bulunduğu belirsizlik ve engellenme durumu daha da artabilir. Sürekli olarak böylesi koşullar altında çalışanların yaşadığı kronik stres, duygusal anlamda zayıflatıcı olabilir ve tükenmişliğe yol açabilir (119).

Tükenmişlik hem bireyin kendisi hem de bağlı olduğu kurum için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Çeşitli sağlık sorunlarına ve kaygı, depresyon, benlik saygısında düşüş gibi zihinsel işlev kayıplarına neden olabilir. Bireyin yorgunluk, uykusuzluk, alkol veya ilaç kullanımı ve aile problemleri gibi sıkıntılar yaşamasının yanı sıra, iş doyumunu kaybetmesi, verdiği hizmet kalitesini düşürmesi ya da işten ayrılması gibi

sorunlara da yol açabilir. Ayrıca, bireyin işyerindeki çalışma arkadaşlarıyla uyumunu bozabilir (15,119).

2.5.İkincil Travmatik Stres

İkincil travmatik stres kavramına ilk kez 1985 yılında Rosenheck ve Nathan'ın makalelerinde rastlanmıştır ve travmanın bulaşabilirliğini vurgulamak için kullanılmıştır. İkincil travmatik stres, bireyin ciddi biçimde strese yol açan bir duruma ya da trajik bir olaya tanık olması, bu olaya ilişkin bilgiye sahip olması ya da işi nedeniyle dolaylı olarak maruz kalması sonucunda yaşadığı duygu durumu ve stres tepkisidir. Travmatik bir olayı dinleyen kişi, olaya doğrudan maruz kalan kişiye karşı gösterdiği empati sonucu mağdurla aynı duyguları yaşayabilir, benzer klinik belirtiler ortaya çıkabilir, tutum ve davranışlarında değişiklikler görülebilir (132,133).

İkincil travmatik stres, travmaya uğramış insanlara birincil derecede hizmet verenlerde bir mesleki tehlike olarak görünür hale gelmektedir ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha belirgin olarak ruhsal zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir (134,135). Literatür incelendiğinde; kronik hastalığı olan bireylerle çalışan hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog gibi profesyonel meslek üyelerinde ikincil travmatik stresin daha çok yaşandığı görülmektedir (135-137).

Zara ve İçöz ruh sağlığı çalışanları ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %44,9'unun ortalamanın üzerinde ikincil travmatik stres, %25,4'ünün yüksek seviyede ikincil travmatik stres yaşadığı belirlenmiştir (27). Ayrıca bireylerin özellikle başkasına saygı ve öz güven alanlarında daha fazla bozulma yaşadıkları ve Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda çalışan profesyonellerde ikincil travmatik stres yaşama riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (27).

İkincil travmatik stres ile tükenmişlik arasındaki farklara bakıldığında; ikincil travmatik stresin gelişiminde travmaya uğramış bir mağdur ile iletişim gerekliken, tükenmişlikte travmatik bir olay gerekli değildir. Başka bir deyişle; ikincil travmatik stres özellikle travma yaşayan kişilere müdahale eden meslek gruplarına özgü bir durum iken, tükenmişlik kişilerarası ilişkilerin ve iş yeri koşullarının stres yarattığı her türlü işte görülebilmektedir. Diğer bir farklılık; prognozları ile ilgilidir. İkincil travmatik stres semptomları profesyonel destek ile hızlı şekilde azalırken, tükenmişlikte iyileşmeye karşı direnç vardır (138). Tükenmişlik daha çok iş koşulları ile ilgiliyken, ikincil travmatik stres hastalarla ilgilidir (40).

Adams ve ark. (2008)'nın çalışmasında, 11 Eylül saldırısına uğramış kişileri takip eden sosyal çalışmacıların tükenmişlik düzeyleri etkilenmezken, ikincil travmatik stres düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır (139). Ekundayo ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışma, travma yaşayanlar ile çalışan terapistlerin çoğu tükenmişlik için ortalama aralıkta puan alırlarken, puanların %70'i terapistlerin ikincil travmatik stres için yüksek risk altında olduklarını göstermiştir (140).

2.5.1.İkincil Travmatik Stres Belirtileri

İkincil travmatik stres belirtilerinin başlangıcı genellikle hızlıdır ve belirli bir olay ile ilgilidir. İkincil travmatik stresin etki alanları mesleki, fiziksel ve emosyonel olmak üzere üçe ayrılır: *Mesleki belirtiler*; bazı hastalarla çalışmadan kaçınma, hastalara ya da yakınlarına karşı empati yeteneğinde azalma, işe gelmeme ve isteksizliktir. *Fiziksel belirtiler*; baş ağrısı, sindirim sorunları, kas gerginliği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve kardiyak semptomlardır. *Emosyonel belirtiler*; huzursuzluk, suçluluk, korku, sürekli danışanın travmasını düşünme, anksiyete, madde kullanımı, depresyon, öfke, güvensizlik, şüphecilik, stresle başa çıkamama, kişilik özelliklerinde zayıflama, nesnelliğin kaybı, yalnızlaşma, kaçınma, şiddete karşı duyarlılık, hissizlik, yetersizlik, algı değişiklikleri ve bellek sorunlarıdır (40, 141,142).

2.5.2.İkincil Travmatik Stres Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalarda, ikincil travmatik stres oluşumunu etkileyen faktörler; yaş, mesleki deneyim, maruziyet düzeyi, önceki travma öyküsü, psikiyatrik öykü, kişisel stres düzeyi, sosyal destek, eğitim, sosyoekonomik düzey, başa çıkma yöntemleri, başvuranların aşırı travmatik deneyimleri, ekip ve yönetim ile ilgili çatışmalar ve başvuranların tedavisinde tatmin edici başarının sağlanamaması olarak saptanmıştır (141,143-145).

Kahil (2016)'in travmatik yaşantıları olan bireylerle, travma anında veya sonrasında müdahalede bulunan profesyonel ve gönüllü yardım çalışanları ile yaptığı çalışma sonucunda, profesyonel yardım çalışanlarının, gönüllü yardım çalışanlarına göre daha fazla ikincil travmatik stres belirtileri deneyimledikleri saptanmıştır. Bunun yanı sıra, mesleğinde 11-15 yıldır çalışan katılımcıların, mesleğini 1-5 yıldır sürdürmekte olan katılımcılardan daha fazla ve travmatik yaşam olayı olan katılımcıların travmatik yaşam olayı olmayan katılımcılardan daha fazla travmatik stres belirtilerinin olduğu bulunmuştur (145). Hemşireler ile yapılan bir çalışma da ise; sağlık durumu kötü olan, intihar girişiminde bulunan, şiddet yaşayan, yangın, patlama veya zehirli kimyasal maddeye maruz kalan hastalara bakım verme ve üzgün hasta yakınları

ile iletişim kurma ikincil travmatik strese en çok neden olan durumlar olarak tanımlanmıştır (23).

2.6.Merhamet ve Merhamet Yorgunluğu

2.6.1. Merhamet Kavramı

Merhamet kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde (TDK, 2019); "bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma" hissi olarak tanımlanmıştır. Dini kaynaklara bakıldığında ise merhamet kelimesi, hayrın yaratılanlara ulaştırılması isteği olarak ifade edilen rahmet kavramıyla da açıklanmaktadır (146). Merhamet, yaratılanların iyiliklerle karşılaşmasını isteyip ve onlara yardım edilmesi gerektiği arzusunun bireylerde olduğu hissiyattır (147). Merhamet, bireylerin kendilerinde bulunduğu imkânların başkalarında bulunmaması sonucunda oluşan acıma, hoşgörülü davranma, kalp kırmamaya çalışma, samimi davranma ve üzülmeye hissi olarak da açıklanmaktadır (148).

Merhamet, başka bireylerin dertleri, zayıflıkları, acıları ve üzüntüleri ile ilgilenme, yaşamış oldukları sıkıntılı durumlara yardım etme arzusunun bulunmasıdır (149). Başka bir tanımda ise merhamet, bir bireyin kendisini başka bir bireyin yerine koyması sonucu oluşan ve empati hissinin eksik olduğu ilişkilerde nadir görülen his olarak açıklanmaktadır (150,151). Yapılan bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere merhamet, bir kimsenin başka bir bireyin yaşamış olduğu olaydan üzüntü ve acıma hissi duyması, empati kurarak yardım etme hissinin ortaya çıkmasıdır.

Hastalarla en uzun süre birlikte olan ve yüz yüze iletişimi daha fazla kuran hemşireler, hastaların ve yakınlarının yaşamış oldukları her türlü sorunda ilk başvurduğu meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelerin tedavi hizmetleri verdikleri esnada acıya maruz kalan hastalara ve onların yakınlarına karşı duyarlı ve merhametli davranış göstermesi önemlidir. Buradan hareketle merhamet hissinin, yardıma muhtaç olan ve bakım hizmeti alan hastalar açısından çok daha önemli olduğu düşünülmektedir.

2.6.2. Merhamet Yorgunluğu

Yorgunluk, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne (TDK, 2019) göre; "çalışma ve benzeri nedenlerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması ve bitap olması" olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanıma göre ise, bireyin tükenmişliği sonucunda meydana gelen fiziksel ve zihinsel performans durumundaki azalmadır (152). Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere yorgunluk bireyin göstermiş olduğu performans sonucunda bireyde meydana gelen halsizlik durumudur.

Merhamet (eş duyum) yorgunluğu, 1992 yılında Joinson tarafından acil serviste çalışan hemşirelerin yaşamış oldukları tükenmişliğin araştırılması sonucunda ortaya çıkan bir terimdir (153). Figley (1995) bunun uzamış biçimde ikincil travmaya maruz kalmanın sonucu oluştuğunu ifade etmektedir. Eşduyum yorgunluğunu, birey için önemli bir diğer kişinin yaşadığı travmatize edici olayları bilmekten kaynaklanan doğal davranış ve duygu, travmaya uğramış birine yardım etme ya da yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlamaktadır (29).

Mcholm'a (2006) göre merhamet yorgunluğu, hekim ve hemşirelerin yaşamış oldukları tükenmişlik düzeyini tanımlamak için kullanılan kavramsal bir ifadedir (154). Bireylerde travma sonrası oluşan stres bozukluğu, kliniklerdeki hastaların bakımı ve yıpranmışlık merhamet yorgunluğunun oluşmasına neden olmaktadır. Merhamet yorgunluğu bir tür tükenmişlik şeklidir. Fakat merhamet yorgunluğu diğer tükenmişlik şekillerinden farklı olarak hastalardan kaynaklanmakta ve bakım hizmeti veren bireylerde meydana gelen ruhsal, fiziksel, sosyal ve duygusal tükenmişlik olarak açıklanmaktadır. Aycock ve Boyle'ye (2009) göre ise merhamet yorgunluğu, bakım hizmeti veren bireylerde hastaların yaşamış oldukları acıya dayanma güçlerinin olmaması ve bu durum sonucunda da hastaya olan ilgide azalmanın oluşması olarak tanımlanmıştır (155).

Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere merhamet yorgunluğu, bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının, hastalarının yaşamış olduğu olaylara acıma ve üzüntü hissi duyarken, süreç içinde merhamet hissini azalmış olması durumudur. Merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti veren uzman bireylerin travma sonrası stres yaşayan bireylere göstermiş oldukları müdahaleler ya da bu bireylerle yaşamış oldukları terapötik (tedaviye ait, tedavi edici) karşılaşmaların ortaya çıkarmış olduğu etkilerdir. Merhamet yorgunluğu, sağlık çalışanlarının bakım hizmeti vermiş olduğu hastalarının yaşamış oldukları travmatik deneyimleri ile uğraşması sonucunda meydana gelen negatif bir sendromdur (156).

Merhamet yorgunluğu, bakım hizmeti veren özellikle onkoloji, yoğun bakım, acil servis gibi alanlarda çalışan hemşirelerde daha sık görülmektedir. Merhamet yorgunluğu, hemşirelerin travma yaşayan hastalara hizmet verirken maruz kaldığı çaresizlik gibi hisleri tanımlamak için de kullanılmaktadır (153). Fiziksel, davranışsal, bilişsel, psikolojik ve spiritüel değişimlere neden olan ve kaçınma, girici yaşantılar ve negatif uyarılma gibi posttravmatik stres bozukluğu belirtilerine yol açan merhamet yorgunluğu; zaman içinde üyelerin diğerlerinin acılarına katlanma kapasitesini ya da

ilgisini azaltabilmektedir (28). Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin bakım hizmeti verirken daha isteksiz olduğu gözlenmektedir. Bu durum ise çalışan bireylerin ruhsal olarak kendilerini iyi hissetmemesine ve artık hizmet vermiş oldukları hastalara karşı duyarsız davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır (152). Sonuç olarak merhamet yorgunluğu yaşayan hemşireler, hem hasta için hem de kurum için olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

2.6.3.Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkardığı belirtilerin bilinmesi ve erken tanınması yardım edici meslek üyelerinin korunmasında oldukça önemlidir. Yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, gastrointestinal yakınmalar ve artmış hastalık yatkınlığı eş duyum yorgunluğunun fiziksel belirtileri arasındadır. Davranışsal belirtiler artmış madde kullanımı, öfke, iritabilite ve işe devamsızlığı kapsayabilir. Psikolojik açıdan ise, birey duygusal olarak kendisini ailesinden, hastalardan ve iş arkadaşlarından uzak tutmak isteyebilir ya da yaşamı için geriye hiç şefkati kalmadığını hissedebilir. Eş duyum yorgunluğunun yaygın olan bir göstergesi duygusal hissizliktir (157,158). Kriz yaşayan bireylerle çalışmak, yardım edenlerin kendi duygularını yalanlamasını ve hizmet verirken kendi tepkilerini kapatmasını gerektirebilir. Pek çok profesyonel duygularını kapatma konusunda giderek daha etkili hale gelir. Zaman içinde, bu durum meslek üyesinin kendi duygusal alanından dissosiyasyonu ya da duygusal alanı ile bağlantısının kopması ile sonuçlanabilir. Depresyon, empati hissetme becerisinde azalma ve güçlü duyguları tolere etmede zorlanma görülebilir (157).

Merhamet yorgunluğunun neden olduğu belirtilerin tanınmasının yanı sıra oluşumunu önleyen koruyucu faktörlerin ve kolaylaştıran risk faktörlerinin bilinmesi de sağlığın korunması açısından önemlidir.

2.6.4.Merhamet Yorgunluğunda Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri

Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasını önleyen faktörler arasında işinde amaç ve anlam bulma, yaptığı işin pozitif yönlerini tanıma ve değer verme yer almaktadır. Bununla birlikte, işinde fark yaratma hissi, profesyonel kimlik duygusunu ve işinde yeterlilik duygusunu hissedebilme, kendini tanıma ve iç gözlem yapma, spiritüallite ve mizahın kullanımı eş duyum yorgunluğundan koruyucu diğer faktörler olarak sıralanabilir. Yardım eden profesyoneli koruyan bu faktörlerin yanında, risk altına sokan bazı unsurlar da bulunmaktadır. Bunlar arasında yardım edenin kişisel travma öyküsünün olması öncelikli risk faktörüdür. Bir diğer risk faktörü ise bireyin yardım edici mesleğe net bir amacı olmaksızın girmesi ya da işin doğasını

kavrayamamış olmasıdır. Yaşam stresörleri, geçiş dönemleri, kayıplar, çatışmalar ya da diğer kişilerarası durumlar yardım eden bireyi zorlayabilmektedir. Ayrıca alanda yeni olmak, travmatize ya da acı çeken çocuklarla çalışmak da diğer risk faktörleri arasındadır (28,157).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle, 14 Ocak-14 Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa yakasında hizmet veren Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde psikiyatri servislerinde çalışan 210 hemşire planlanmıştır. Evreni temsil edebilecek minimum örneklem büyüklüğü de, evrenin bilindiği durumlarda örneklem hesabı formülü ($n = Nt^2pq / d^2(N-1) + t^2pq$) kullanılarak hesaplandığında, %5 örnekleme hatası için %99 güven aralığında minimum 160 katılımcı olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen/raporlu-izinli ve tayin durumuyla giden hemşirelerin olması nedeniyle 210 hemşireden 167(%79.5) hemşire örneklemi oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılacak hemşirelerden veriler;Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde akut veya kronik psikiyatri yataklı servislerinde çalışmakta olan hemşireler ile anket formu ve ölçekler uygulanarak toplanacaktır. Çalışmaya katılacak hemşirelerden veriler; demografik, mesleki özellikleri ve mevcut sağlık durumunu içeren tanıtıcı bilgi formu (**EK-1**), İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (**EK-2**), Beck Depresyon Ölçeği (**EK-3**), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (**EK-4**), İkincil Travmatik Stres Ölçeği (**EK-5**), Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (**EK-6**) ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu formda katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, mesleğini isteyerek mi seçtiği, çalışma süresi, mesleki memnuniyeti, çalışma biçimi, haftalık çalışma süresi, bakım verdiği hasta sayısı, genel

olarak mesleklerinde en fazla sorun yaşadıkları alanlar, çalışma yaşamlarında yaşadıkları problemlerle başetme biçimleri, mevcut hastalığı olup olmadığı, psikiyatrik tedavi alıp almadıkları ile ilgili bilgiler yer almıştır. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ): Revicki ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (159). Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmasını Aslan ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (160). Ölçek, sağlık alanında çalışanlarda işe bağlı gerginlik ve stresi belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 18 madde içeren 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlaması; 4:tamamıyla bana uygun, 3:büyük ölçüde bana uygun, 2:kısmen bana uygun, 1:bana hiç uygun değil biçiminde ve 4-1 puan arasında değerlendirilmektedir. 2, 3, 8, 9, 11 ve 15.maddeler tersine puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 72'dir. Yüksek puanlar işe bağlı stresin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri 0,643 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck (1961) tarafından geliştirilmiş (161), Türkiye'de Hisli (1988) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, çalışmalarda sıklıkla kullanılan bir depresyon tarama ölçeğidir (162). Klinik gözlemler sistematik olarak 21 semptom altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. BDÖ'den alınacak en yüksek puan 63, en düşük puan ise 0'dır. Ölçek toplam puanı 1-10 arası normal, 11-16 arası hafif derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan 17 ve üzeri puanlar depresif belirtili olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri 0,857 olarak bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş (119), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır (163). Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı anlaşılarak, 5basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman,4=Her zaman). Duygusal tükenmişlik (DT, 9 madde), kişisel başarı (KB, 8 madde) ve depersonalizasyon (D, 5madde) alt ölçekleriyle ölçek toplam 22 maddeden

oluşmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin duygusal tükenme boyutunu değerlendiren 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16. ve 20. maddeleri kullanılmıştır. Bu puanların toplanması ile DT için alınabilecek puan aralığı 0-36 arasındadır ve yüksek puan DT'nin yüksek düzeyine işaret eder. Buna göre DT puanı <16 ise düşük, 17-26 ise orta, >27 ise yüksek olduğunu göstermektedir (12). Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayıları sırasıyla, DT için α 90, D için α 79, KB için α 71 olarak bulunmuştur. Ergin (1992) tarafından yapılan çalışmada Cronbach Alpha katsayıları, DT için α 83, D için α 65, KB için α 72 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Duygusal Tükenme Alt Boyutu için Cronbach's Alpha değeri 0,929 olarak bulunmuştur (163).

İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ): Bride ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiş (164), Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kahil (2016) tarafından yapılmıştır (145). İTSÖ 17 maddelik, beşli likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, travmatize olmuş bireylerle çalışan meslek elemanlarının, ikincil olarak geliştirdikleri travma sonrası stres belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir ve bireyin yaşamındaki son yedi günde deneyimlediği tepkileri değerlendirir. Ölçekte bulunan 17 maddenin her biri, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'de Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının B ölçütü (yeniden yaşama), C ölçütü (kaçınma) ve D ölçütü (aşırı uyarılmışlık) temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçeğin istemsiz etkilenmeler (intrusion), kaçınma (avoidance) ve uyarılmışlık (arousal) olarak adlandırılmış üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin 2, 3, 6, 10 ve 13. maddeleri istemsiz etkilenmeler (intrusion), 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeleri kaçınma (avoidance), 4, 8, 11, 15 ve 16. maddeleri uyarılmışlık (arousal) belirtilerini ölçmektedir. Her bir maddeden alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 17 ile 85 arasındadır ve yüksek puan yüksek etkilenme düzeyine işaret eder. Çalışmamızda İkincil Travmatik Stres Ölçeği'nin Cronbach's Alpha değeri 0,921 olarak bulunmuştur.

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği: Stamm (2005) tarafından geliştirilen, ülkemizde Yeşil ve ark. (2010) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, 30 maddeli, 6 likert tipinde ve mesleki tatmin, tükenmişlik, merhamet/eş duyum yorgunluğu olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır (40,165). Bu çalışmada kullanılacak olan merhamet/eş duyum yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres

verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Bu maddelerden yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Çalışmamızda Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu alt ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,890 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Katılımcıların iş stresi, işe bağlı gerginlik, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres vemerhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyi.

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri, sağlık durumları, stres kaynakları ve baş etme biçimleri.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Simirnov test ile ölçülmüş, verilerin normal dağılıp dağılmamaları dikkate alınarak nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis, ManWhitney U, T-testi, One Way Anova ve Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, çalışmanın yapıldığı hastanenin psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Diğer bir sınırlılık ise verilerin anket formuyla toplanmasıdır. Sonuçlar, hemşirelerin anket formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul'undan gerekli izin yazılı olarak alınmış olup **(EK-7)**, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli kurum izni alınarak **(EK-8)** çalışmaya başlanmıştır. Etik kurul onayı ve kurum onayı sonrasında, araştırma

kapsamına alınan hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır.



4.BULGULAR

HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=167)

Değişkenler	n	Min	Maks	Medyan	Ort	S.Sapma
Yaş	167	20,0	62,0	36	35,50	9,4
Çocuk Sayısı	167	0	4	1	0,8922	1,00619
Değişkenler	Gruplar			n	%	
Cinsiyet	Kadın			117	70,1	
	Erkek			50	29,9	
Medeni Durum	Bekar			66	39,5	
	Evli			89	53,3	
	Boşanmış			12	7,2	
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi			21	12,6	
	Ön lisans			33	19,8	
	Lisans			94	56,3	
	Lisansüstü			19	11,4	
Çocuk Varlığı	Var			84	50,3	
	Yok			83	49,7	
Çocuk Sayısı	0			83	49,7	
	1			29	17,4	
	2			46	27,5	
	3 ve üzeri			9	5,4	
Toplam				167	100,0	

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 20 ile 62 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş $35,50 \pm 9,4$ ’tür. Bireylerin %70,1’i (n=117) kadın, %29,9’u (n=50) erkek olup %39,5’i (n=66) bekar, %53,3’ü (n=89) evli, %7,2’si (n=12) ise boşanmıştır. Katılımcıların %12,6’sı (n=21) sağlık meslek lisesi, %19,8’i (n=33) ön lisans, %56,3’ü (n=94) lisans ve %11,4’ü (n=19) ise yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %50,3’ünün (n=84) çocuğu olup %49,7’sinin (n=83) ise çocuğu yoktur. Katılımcıların %17,4’ünün (n=29) bir çocuğu, %27,5’inin (n=46) iki çocuğu, %5,4’ünün (n=9) üç ve üzeri çocuğu vardır.

Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri (N=167)

Değişkenler	N	Min	Max	Ort	S.Sapma
Meslekteki toplam hizmet süreniz	167	1,0	40,0	13,04	10,11
Psikiyatri alanındaki toplam hizmet süreniz	167	1,0	36,0	9,13	8,56
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	167	30,0	60,0	48,21	6,13
Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı	167	6,0	58,0	28,72	10,95
Son 1 Ayda İşte Yaşanılan Stres Düzeyi (0-10)	167	1,0	10,0	6,67	2,01
Değişkenler	Gruplar			n	%
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek			119	71,3
	İstemeyerek			48	28,7
Hemşire Olmaktan Memnuniyeti	Memnun			113	67,7
	Memnun değil			54	32,3
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyeti	Memnun			141	84,4
	Memnun değil			26	15,6
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece gündüz			27	16,2
	Sadece nöbet			11	6,6
	Nöbet ve gündüz			129	77,2
İşten Ayrılma Niyeti	Hiçbir zaman düşünmedim			35	21,0
	Bazen düşünüyorum ama ayrılma niyetim yok			75	44,9
	Sıklıkla düşünüyorum ama ayrılma niyetim yok			44	26,3
	Yakın zamanda muhtemelen işimden ayrılacağım			13	7,8
Toplam				167	100

Tablo 2’de katılımcıların mesleki özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların meslekteki toplam hizmet süreleri 1 ile 40 yıl arasında değişmekte olup ortalama hizmet süresi 13,04±10,11 yıl ve psikiyatri alanında ki hizmet süreleri 1 ile 36 yıl arasında değişmekte olup ortalama hizmet süresi 9,13±8,56 yıldır. Haftalık ortalama çalışma süresi 30 ile 60 saat arasında değişmekte olup ortalama çalışma süresi 48,21±6,13 saattir. Bakım verilen hasta sayısı ise 6 ile 58 arasında değişmektedir. Bireylerin son 1 ayda yaşadıkları iş stresi düzeyi puanları 1 ile 10 arasında değişmekte olup stres düzeyi

puanları ortalama $6,67 \pm 2,01$ 'dir. Mesleğini isteyerek seçenler katılımcıların %71,3'ünü (n=119) oluşturmakta, %28,7'si (n=48) ise mesleğini istemeden seçtiğini bildirmiştir. Hemşire olmaktan memnun olanlar katılımcıların %67,7'sini (n=113), hemşire olmaktan memnun olmayanlar ise katılımcıların %32,3'ünü (n=54) oluşturmakta olup çalışanların %84,4'ü (n=141) psikiyatri alanında çalışmaktan memnun, %15,6'sı (n=26) ise psikiyatri alanında çalışmaktan memnun değildir. Katılımcıların %16,2'si (n=27) sadece gündüz, %6,6'sı (n=11) sadece nöbet, %77,2'si (n=129) ise gündüz ve nöbet bir arada çalışmaktadır. Katılımcıların %21'i (n=35) işten ayrılmayı hiçbir zaman düşünmediğini, %44,9'u (n=75) bazen düşündüğü ama ayrılma niyetinin olmadığını, %26,3'ü (n=44) ayrılmayı sıklıkla düşündüğünü ama ayrılma niyeti olmadığını, %7,8'i (n=13) ise yakın zamanda muhtemelen işinden ayrılacağını bildirmiştir.

Tablo 3. Meslekte Karşılaşılan Sorunlar (N=167)

Sorunlar	Gruplar	n	%
Yöneticilerle Yaşanan Sorunlar	Var	42	25,1
	Yok	125	74,9
Psikolog vb Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Var	49	29,3
	Yok	118	70,7
Hemşire Meslektaşları ile Yaşanan sorunlar	Var	37	22,2
	Yok	130	77,8
Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Var	69	41,3
	Yok	98	58,7
Hasta Yakınlarıyla Yaşanan Sorunlar	Var	14	8,4
	Yok	153	91,6
Diğer Sorunlar	Yok	155	92,8
	Mesai Saatleri	6	3,6
	Personel	2	1,2
	İdari İşleyiş	2	1,2
	Diğer	2	1,2
Toplam		167	100

Tablo 3, katılımcıların meslekte yaşadığı sorunları göstermektedir. Katılımcıların %25,1'i (n=42) yöneticiler ile, %29,3'ü psikolog vb ekip arkadaşları ile, %22,2'si (n=37) hemşire meslektaşları ile, %41,3'ü (n=69) hastalar ile, %8,4'ü (n=14) ise hasta yakınları, %7,2'si (n=12) ise diğer konularda sorun yaşadığını bildirmiştir.

Tablo 4. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunlarla Baş etme Davranışları (N=167)

Başetme Davranışları	Gruplar	n	%
Hiçbir şey yapmam	Evet	7	4,2
	Hayır	160	95,8
Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	56,9
	Hayır	72	43,1
Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	11,4
	Hayır	148	88,6
Stresin bedenimde duygularımda etkisini azaltıcı yöntemler kullanırım	Evet	48	28,7
	Hayır	119	71,3
Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	4,2
	Hayır	160	95,8
Yakınır, şikâyet eder diğerlerini suçlar ve çözümsüz hissedirim	Evet	8	4,8
	Hayır	159	95,2
Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	0,6
	Hayır	166	99,4
Sakin Kalarak Halletmeye Çalışırım	Evet	1	0,6
	Hayır	166	99,4
Toplam		167	100

Tablo 4’te, katılımcıların çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlarla baş etme davranışları yer almaktadır. Hemşirelerin %4,2’si (n=7) sorunlar karşısında hiçbir şey yapmadığını, %56,9’u (n=95) etkili problem çözme yöntemlerini kullandığını, %11,4’ü (n=19) başka bir bölüme geçmeyi talep ettiğini, %28,7’si (n=48) stresin bedeninde ve duygularında etkisini azaltıcı yöntemler kullandığını, %4,2’si (n=7) psikiyatriden destek aldığını, %4,8’i (n=8) yakınıp, şikâyet ettiğini ve diğerlerini suçlayarak çözümsüz hissettiğini, %0,6’sı (n=1) sorunlarla yüzleşmekten kaçındığını, %0,6’sı (n=1) ise sakin kalarak halletmeye çalışacağını bildirmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Sağlık Durumları (N=167)

Sağlık Durumu	Gruplar	n	%
Mevcut Hastalık Varlığı	Var	26	15,6
	Yok	141	84,4
Mevcut Hastalık Var ise Tıbbi Tanısı	Anevrizma	1	,6
	Astım	4	2,4
	Bel fıtığı	1	,6
	Depresyon	1	,6
	Diyabet	1	,6
	Fibrimiyoloji	1	,6
	Gastrit	1	,6
	Guatr	2	1,2
	Kronik Bronşit	1	,6
	Meme CA	1	,6
	Migren	3	1,8
	Migren, Vertigo	1	,6
	Otosikleroz	1	,6
	Tansiyon	1	,6
	Tansiyon, Astım	1	,6
	Tansiyon, Diyabet	1	,6
	Tansiyon, Vertigo	1	,6
	Tinnitus	1	,6
	Tiroid	1	,6
	Tiroid, Epilepsi	1	,6
Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Evet	10	6,0
	Hayır	157	94,0
Toplam		167	100

Tablo 5’te katılımcıların mevcut sağlık durumları görülmektedir. Katılımcıların %16,8’inin (n=28) tanı konmuş fiziksel hastalığı olduğunu, %6’sı (n=10) ise psikiyatrik tedavi aldığını bildirmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Gerginlik, Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres ve Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Düzeyleri (N=167)

Ölçekler	N	Ort.	S.Sapma	Medyan	Min.	Maks.
İŞBGÖ Toplam Puanı	167	39,49	5,02	39	29	52
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	167	8,04	6,41	7	0	34
MTÖ Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı	167	13,56	7,82	14	0	36
İKİNCİLTÖ Toplam Puan	167	31,59	10,22	30	17	63
ÇYKÖ Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanı	167	14,15	9,26	12	0	40

Katılımcıların İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İŞBGÖ) toplam puanı ortalaması $39,49 \pm 5,02$, ortancası 39 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ortalaması $8,04 \pm 6,41$, ortancası 7 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilen Duygusal Tükenme Alt Boyut toplam puanı ortalaması $13,56 \pm 7,82$, ortancası 14 olarak saptanmıştır. İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puanı ortalaması $31,59 \pm 10,22$, ortancası 30 olarak saptanmıştır. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilen Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği toplam puanı ortalaması $14,15 \pm 9,26$, ortancası 12 olarak bulunmuştur. Araştırmada kullanılan ölçeklerin sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Depresyon, Duygusal Tükenme ve Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Oranları (N=167)

Ölçek	Gruplar	n	%
Depresyon (BDÖ)	Normal	118	71,0
	Orta Derecede Duygudurumu Boz.	33	20,0
	Klinik Depresyon	8	5,0
	Orta Düzeyde Depresyon	7	4,0
	Ciddi Düzeyde Depresyon	1	0,01
Duygusal Tükenme (MTÖ)	Düşük	108	65
	Orta	52	31
	Yüksek	7	4
Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu (ÇYKÖ)	Düşük	53	32

	Orta	56	34
	Yüksek	58	35
Toplam		167	100

Beck Depresyon Ölçeği için katılımcıların %71'i normal aralıkta (1-10 puan) yer alırken, %20'si orta derecede (11-16 puan) duygu durum bozukluğu, %5'i klinik depresyon (17-20 puan), %4'ü orta düzeyde (21-30 puan) depresyon, %1'inde ise ciddi düzeyde (31-40 puan) depresyon görülmektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilen Duygusal Tükenme Alt Boyut için katılımcıların %65'i düşük düzeyde (<16 puan), %52'si orta düzeyde (17-26 puan), %4'ü ise yüksek düzeyde (>27 puan) duygusal tükenme yaşadıklarını bildirmiştir. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilen Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği için katılımcıların %32'sinin düşük düzeyde (<8 puan), %34'ünün orta düzeyde (9-16 puan), %35'inde ise yüksek düzeyde (>17 puan) merhamet yorgunluğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Son Bir Ayda İş Stresi, İşe Bağlı Gerginlik, Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres, Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu İlişkisi

	Son Bir Ayda İş Stresi	İşe Bağlı Gerginlik	Depresyon	Duygusal Tükenme	İkincil Travmatik Stres	Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu
Son Bir Ayda İş Stresi		r=,349**	r=,314**	r=,510**	r=,265**	r=,268**
İşe Bağlı Gerginlik			r=,482**	r=,528**	r=,503**	r=,539**
Depresyon				r=,549**	r=,482**	r=,390**
Duygusal Tükenme					r=,572**	r=,555**
İkincil Travmatik Stres						r=,669**

**p<0,001

Katılımcıların son bir ayda yaşadıkları iş stresi ile işe bağlı gerginlik, depresyon, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde düşük, duygusal tükenme düzeyleriyle ise pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların işe bağlı gerginlikleri ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların depresyon düzeyleri ile duygusal tükenme ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde, merhamet/eşduyum yorgunlukları ile ise pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri ile ikincil travmatik stres ve

merhamet/eş duyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri ile merhamet/eş duyum yorgunluğu düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Son Bir Ayda İş Stresi Düzeyi İle Sürekli Değişkenlerin İlişkisi

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
Son Bir Ayda İş Stresi Düzeyi	r	,056	,071	,034	,037	-,113
	p	,474	,360	,665	,632	,145

Tablo 9’da son 1 ayda iş stresini etkileyen faktörler ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile son bir ayda iş stresi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyetine ve Çocuğunun Olup Olmamasına Göre Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyleri

Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi							
		n	Sıra Ort	Toplam Puan	U	z	p
Cinsiyet	Kadın	117	87,41	10227	2526	-1,414	0,157
	Erkek	50	76,02	3801			
Çocuğun Varlığı	Var	84	82,93	6966,50	3396,50	-0,291	0,771
	Yok	83	85,08	7061,50			

Tablo 10’da son bir ayda iş stresi düzeyinin katılımcıların cinsiyetine ve çocuğunun olup olmamasına göre değişip değişmediği gösterilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda katılımcıların cinsiyetine ve katılımcıların çocuk sahibi

olup olmamalarına göre iş stresi düzeylerinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Medeni Durumun, Eğitim Durumunun, Mevcut Çalışma Şeklinin Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi

Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi					
		n	%	χ^2_{KW}	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,5	,771	,680
	Evli	89	53,3		
	Boşanmış	12	7,2		
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	21	12,6	2,155	0,541
	Ön lisans	33	19,8		
	Lisans	94	56,3		
	Lisansüstü	19	11,4		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece gündüz	27	16,2	2,796	,247
	Sadece nöbet	11	6,6		
	Nöbet ve gündüz	129	77,2		

Tablo 11’da medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şeklinin son 1 aydaki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H Testi sonucunda katılımcıların son 1 ayda iş stresi düzeyleri medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve mevcut çalışma şekillerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerine, Hemşire Olmaktan Memnuniyetine ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamalarına Göre Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyleri

Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi							
		n	Sıra Ort	Toplam Puan	U	z	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	76,75	9133,5	1993,5	-3,093	0,002
	İstemeyerek	48	101,97	4894,5			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	72,41	8182,50	1741,50	-4,54	,000
	Memnun değil	54	108,25	5845,50			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	78,91	11126	1115	-3,214	,001
	Memnun değil	26	111,62	2902			

Tablo 12’de katılımcıların mesleğini seçme biçimlerinin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamalarının ve psikiyatride çalışmaktan memnun olup olmamalarının son bir aydaki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi sonucuna göre mesleklerini istemeyerek seçen katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 13. Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Sıra Ort	Toplam Puan	U	z	p
Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	94,71	3978	2175	-1,683	,092
		Hayır	125	80,40	10050			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	94,10	4611	2396	-1,764	,078
		Hayır	118	79,81	9417			
	Hemşire Meslektaşlar ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	77,89	2882	2179	-,883	,377
		Hayır	130	85,74	11146			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	80,93	5584,50	3169,50	-,697	,486
		Hayır	98	86,16	8443,50			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	68,54	959,50	854,50	-1,268	,205
		Hayır	153	85,42	13068,50			

Tablo 13'te meslekte sorun yaşanan alanların katılımcıların son bir aydaki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi analiz sonucunda katılımcıların meslekte sorun yaşadıkları alanlara göre son bir aydaki iş stresi düzeylerinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14. Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının Son Bir Aydaki İş Stresi Düzeyine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Sıra Ort	Toplam Puan	U	z	p
Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	97,86	685	463	-,786	,432
		Hayır	160	83,39	13343			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	73,66	6997,50	2437,50	-3,220	,001
		Hayır	72	97,65	7030,50			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	99,16	1884	1118	-1,472	,141
		Hayır	148	82,05	12144			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	98,34	4720,50	2167,50	-2,469	,014
		Hayır	119	78,21	9307,50			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	123	861	287	-2,211	,027
		Hayır	160	82,29	13167			
	Yakınır Şikayet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözumsuz Hissederim	Evet	8	86,50	692	616	-,152	,879
		Hayır	159	83,87	13336			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	86	86	81	-,042	,966
		Hayır	166	83,99	13942			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	86	86	81	-,042	,966
		Hayır	166	83,99	13942			

Tablo 14’te çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlarla baş etme davranışının son bir aydaki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi analiz sonucuna göre etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan ve psikiyatriden destek alan katılımcıların bu baş etme davranışlarını kullanmayan katılımcılara göre iş stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlar karşısında hiçbir şey yapmayan, başka bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden ve diğer baş etme davranışlarını kullanan katılımcılara göre son bir aydaki iş stresi düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	χ^2_{kw}	p
Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi	Yok	155	92,8	4,120	,390
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		
	Diğer	2	1,2		

Tablo 15’te katılımcıların meslekte yaşadıkları diğer sorunların son 1 aydaki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H Testi sonucunda katılımcıların meslekte yaşadıkları diğer sorunlara göre son 1 ayda yaşadıkları iş stres düzeyinde anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 16. Katılımcıların Sağlık Durumlarının Son Bir Ayda Yaşanan İş Stresi Düzeyine Etkisi

			n	Sıra Ort	Toplam Puan	U	z	p
Son 1 Ayda İş Stresi Düzeyi	Tanı Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	94,59	2648,50	1649,50	-1,288	,198
		Hayır	139	81,87	11379,50			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	98,95	989,50	635,50	-1,023	,306
		Hayır	157	83,05	13038,50			

Tablo 16’da sağlık durumlarının son bir ayda ki iş stresi düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi analiz sonucunda katılımcıların fiziksel ve ruhsal

hastalığa sahip olup olmamalarına göre son bir aydaki iş stresi düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puan	r	,056	,092	,029	,142	-,009
	p	,471	,237	,707	,067	,908
	N	167	167	167	167	167

Tablo 17’de işe bağlı gerginlik puanları ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile işe bağlı gerginlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Cinsiyetin ve Çocuk Sahibi Olup Olmamanın İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Ort.	S. Sapma	t	df	p
Cinsiyet	Kadın	117	39,69	4,92	,768	165	,444
	Erkek	50	39,04	5,26			
Çocuğun Varlığı	Var	84	39,57	4,80	,192	165	,848
	Yok	83	39,42	5,25			

Tablo 18’de cinsiyetin ve çocuk sahibi olup olmamanın işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. Yapılan Bağımsız Gruplar t-testi sonucunda katılımcıların işe bağlı gerginlik puanları cinsiyet değişkenine göre ve katılımcıların çocuklarının olup olmamasına göre işe bağlı gerginlik düzeyi anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi

İşe Bağlı Gerginlik ölçeği Toplam Puanı						
		n	Ort.	S. Sapma	F	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,26	5,71	,150	,861
	Evli	89	39,70	4,55		
	Boşanmış	12	39,33	4,64		
Eğitim Durumu	Lise (sağlık meslek lisesi)	21	38,38	5,45	,614	,607
	Ön lisans	33	39,12	4,62		
	Lisans	94	39,72	4,96		
	Lisansüstü	19	40,26	5,65		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece Gündüz	27	40,04	4,73	2,680	,072
	Sadece Nöbet	11	36,18	4,19		
	Nöbet Ve Gündüz	129	39,67	5,08		

Tablo 19’da medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şeklinin işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. One-Way Anova Testi sonucuna göre katılımcıların işe bağlı gerginlik düzeylerinin medeni duruma, eğitim durumlarına ve mevcut çalışma şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Mesleği İsteyerek Seçip Seçmemenin, Hemşire Olmaktan Memnuniyet Duyup Duymamanın ve Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet Duyup Duymamanın İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi

İşe Bağlı Gerginlik ölçeği Toplam Puanı							
		n	Ort.	S. Sapma	t	df	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	38,76	5	-3,040	165	,003
	İstemeyerek	48	41,31	4,65			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	38,61	4,91	-3,403	165	,001
	Memnun değil	54	41,35	4,77			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	39,15	4,90	-2,108	165	,037
	Memnun değil	26	41,38	5,37			

Tablo 20’de mesleği isteyerek seçip seçmemenin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamanın ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duyup duymamanın işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. Bağımsız Gruplar t-testi sonucuna göre mesleğini isteyerek seçmeyenlerin işe bağlı gerginlik puanının yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 21: Meslekte Sorun Yaşanan Alanların İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Ort.	S. Sapma	t	df	p
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puanı	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	41,36	5,51	-2,833	165	,005
		Hayır	125	38,87	4,71			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	41,53	4,38	-3,484	165	,001
		Hayır	118	38,65	5,04			
	Hemşire Meslektaşlar ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	41,49	5,15	-2,787	165	,006
		Hayır	130	38,93	4,86			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	38,15	4,75	2,989	165	,003
		Hayır	98	40,45	5,01			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	40,86	4,79	-1,059	165	,291
		Hayır	153	39,37	5,04			

Tablo 21’de meslekte sorun yaşanan alanların işe bağlı gerginlikleri üzerine etkisi gösterilmiştir. Bağımsız Gruplar t-testi sonucuna göre yöneticiler, ekip arkadaşları, meslektaşları ve hastalarla sorun yaşayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta yakınları ile sorun yaşayan katılımcıların işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22: Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların İşe Bağlı Gerginlik Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	F	p
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puanı	Yok	155	92,8	,544	,703
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		
	Diğer	2	1,2		

Tablo 22’de meslekte yaşanan diğer sorunların işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. One Way Anova Testi Sonucunda meslekte yaşanan diğer sorunlara göre katılımcıların işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23: Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının İşe Bağlı Gerginlik Üzerine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Ort.	S. Sapma	t	df	p
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puan	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	39,29	4,61	,113	165	,910
		Hayır	160	39,51	5,05			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	38,95	5,11	1,633	165	,104
		Hayır	72	40,22	4,84			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	39,32	4,19	,167	168	,868
		Hayır	148	39,52	5,13			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	40,65	5,57	-1,892	165	,060
		Hayır	119	39,03	4,73			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	44,57	2,64	-2,787	165	,006
		Hayır	160	39,28	4,99			
	Yakınır Şikayet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözumsuz Hissederim	Evet	8	41	2,73	-,867	165	,387
		Hayır	159	39,42	5,10			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	44	.	-,899	165	,370
		Hayır	166	39,47	5,02			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	45		-1,10	165	,273
		Hayır	166	39,46	5,02			

Tablo 23’te çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlarla baş etme davranışının işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. Bağımsız Gruplar t-testi sonucuna göre çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar karşısında hiçbir şey yapmayan, etkili

problem çözme yöntemlerini kullanan, başka bölüme geçmeyi talep eden, stresin bedende ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, yakınıp şikayet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden, sorunlarla yüzleşmekten kaçınan ve diğer yöntemleri kullanan katılımcıların işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Psikiyatriden destek alan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24: Katılımcıların Sağlık Durumlarının İşe Bağlı Gerginlikleri Üzerine Etkisi

			n	Ort.	S. Sapma	t	df	p
İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği Toplam Puan	Tanı Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	40	4,32	,580	165	,563
		Hayır	139	39,40	5,16			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	41,60	5,56	1,369	165	,173
		Hayır	157	39,36	4,98			

Tablo 24’te sağlık durumunun işe bağlı gerginlik üzerine etkisi gösterilmiştir. Katılımcıların fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olup olmamalarına göre işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25: Depresyon Düzeyi ile Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	r	-,012	-,015	-,004	,021	-,044
	p	,880	,848	,961	,785	,570
	N	167	167	167	167	167

Tablo 25’te depresyon puanları ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık

ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26: Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Depresyon Düzeyi Üzerine Etkisi

Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	117	88,47	10350,50	2402,50	-1,829	,067
	Erkek	50	73,55	3677,50			
Çocuğun Varlığı	Var	84	80,86	6792,50	3222,50	-,845	,398
	Yok	83	87,17	7235,50			

Tablo 26’da depresyon düzeyinin cinsiyete ve çocuk sahibi olup olmamaya göre değişip değişmediği gösterilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre katılımcıların depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine ve çocuk sahibi olup olmamalarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 27: Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Depresyon Düzeyine Etkisi

Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı					
		n	%	χ^2_{KW}	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,5	1,801	,406
	Evli	89	53,3		
	Boşanmış	12	7,2		
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	21	12,6	5,771	,123
	Ön lisans	33	19,8		
	Lisans	94	56,3		
	Lisansüstü	19	11,4		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece gündüz	27	16,2	1,341	,512
	Sadece nöbet	11	6,6		
	Nöbet ve gündüz	129	77,2		

Tablo 27’de medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şeklinin depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H Testi sonucunda katılımcıların medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve mevcut çalışma şekillerine göre depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28: Katılımcıların Meslek Seçiminin Depresyon Düzeyine Etkisi

Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	78,21	9307	2167	-2,441	,015
	İstemeyerek	48	98,35	4721			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	76,88	8687	2246	-2,76	,006
	Memnun değil	54	98,91	5341			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	79,88	11263,50	1252,50	-2,568	,010
	Memnun değil	26	106,33	2764,50			

Tablo 28’de mesleği isteyerek seçip seçmemenin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamanın ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duyup duymamanın depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi sonucuna göre mesleğini isteyerek seçmeyenlerin, hemşire olmaktan memnuniyet duymayan ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin depresyon puanının yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 29: Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Depresyon Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	92,85	3899,50	2253,50	-1,373	,170
		Hayır	125	81,03	10128,50			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	91,20	4469	2538	-1,243	,214
		Hayır	118	81,01	9559			
	Hemşire Meslektaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	96,19	3559	1954	-1,741	,082
		Hayır	130	80,53	10469			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	78,39	5409	2994	-1,260	,208
		Hayır	98	87,95	8619			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	81,36	1139	1034	-,214	,830
		Hayır	153	84,24	12889			

Tablo 29’da meslekte sorun yaşadıkları alanların depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi Analiz sonuçlarında katılımcıların depresyon

düzeyleri meslekte sorun yaşanan alanlara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)

Tablo 30: Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Depresyon Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	χ^2_{KW}	P
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Yok	155	92,8	4,759	,313
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		
	Diğer	2	1,2		

Tablo 30’da meslekte yaşanan diğer sorunların depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H testi sonucunda katılımcıların meslekte yaşadıkları diğer sorunlara göre depresyon düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31: Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının Depresyon Düzeyine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	102,43	717	431	-1,032	,302
		Hayır	160	83,19	13311			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	68,81	6537	1977	-4,673	,000
		Hayır	72	104,04	7491			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	99,53	1891	1111	-1,490	,136
		Hayır	148	82,01	12137			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	99,06	4755	2133	-2,562	,010
		Hayır	119	77,92	9273			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	134,93	944,50	203,50	-2,853	,004
		Hayır	160	81,77	13083,50			
	Yakınır Şikâyet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözumsuz Hissederim	Evet	8	118	944	364	-2,042	,041
		Hayır	159	82,29	13084			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	130,50	130,50	36,50	-,967	,334
		Hayır	166	83,72	13897,50			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	143	143	24	-1,226	,220
		Hayır	166	83,64	13885			

Tablo 31’de çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlarla baş etme davranışının depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Yapılan Mann Whitney U Testi analiz sonuçlarına göre etkili problem çözme yöntemini kullanmayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, psikiyatriden destek alan, yakınır şikâyet edip diğerlerini suçlayıp ve çözümsüz hisseden katılımcıların depresyon

düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hiçbir şey yapmayan, başka bölüme geçmeyi talep eden, sorunlarla yüzleşmekten kaçınan ve diğer baş etme davranışlarını kullanan katılımcıların depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32: Katılımcıların Sağlık Durumlarının Depresyon Düzeyine Etkisi

			n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan	Tanı Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	101,88	2852,50	1445,50	-2,148	,032
		Hayır	139	80,40	11175,50			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	126,25	1262,50	362,50	-2,856	,004
		Hayır	157	81,31	12765,50			

Tablo 32’de sağlık durumlarının depresyon üzerine etkisi gösterilmiştir. Fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip katılımcıların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 33: Duygusal Tükenme Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanları	r	-,060	-,076	,005	,119	-,089
	p	,444	,332	,949	,127	,250

Tablo 33’te duygusal tükenme puanları ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Duygusal Tükenme Düzeyi Üzerine Etkisi

Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanları							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	117	89,27	10444,50	2308,50	-2,156	,031
	Erkek	50	71,67	3583,50			
Çocuğun Varlığı	Var	84	80,27	6743	3173	-1,003	,316
	Yok	83	87,77	7285			

Tablo 34’te cinsiyete göre duygusal tükenme düzeyinin değişip değişmediği ve katılımcıların çocuk sahibi olup olmamalarının duygusal tükenme düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann-Whitney U testi sonucuna göre kadın katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre ise duygusal tükenme düzeylerinde anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 35: Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı					
		n	%	χ^2_{KW}	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,5	1,405	,495
	Evli	89	53,3		
	Boşanmış	12	7,2		
Eğitim Durumu	Lise (sağlık meslek lisesi)	21	12,6	7,683	,053
	Ön lisans	33	19,8		
	Lisans	94	56,3		
	Lisansüstü	19	11,4		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece Gündüz	27	16,2	3,319	,190
	Sadece Nöbet	11	6,6		
	Nöbet ve Gündüz	129	77,2		

Tablo 35’te medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şekillerinin duygusal tükenme üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskall Wallis H testi sonucunda katılımcıların medeni durumu, eğitim durumuna ve mevcut çalışma şekline göre duygusal tükenme düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36: Katılımcıların Meslek Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetinin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamlarının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	73,79	8781,50	1641,50	-4,299	,000
	İstemeyerek	48	109,30	5246,50			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	67,54	7631,50	1190,50	-6,372	,000
	Memnun değil	54	118,45	6396,50			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	78,92	11128	1117	-3,164	,002
	Memnun değil	26	111,54	2900			

Tablo 36’da mesleği isteyerek seçip seçmemenin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamanın ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duyup duymamanın duygusal tükenme üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi sonucunda mesleğini isteyerek seçmeyenlerin, hemşire olmaktan memnun olmayan ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duymayan katılımcılarının duygusal tükenme puanının daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 37: Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	104,05	4370	1783	-3,109	,002
		Hayır	125	77,26	9658			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	99,42	4871,50	2135,50	-2,658	,008
		Hayır	118	77,60	9156,50			
	Hemşire Meslektaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	89,70	3319	2194	-,814	,416
		Hayır	130	82,38	10709			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	79,57	5490	3075	-,996	,319
		Hayır	98	87,12	8538			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	84,14	1178	1069	-,012	,991
		Hayır	153	83,99	12850			

Tablo 37’de meslekte sorun yaşanan alanların duygusal tükenme üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi Analiz sonuçlarına göre yöneticiler ve ekip arkadaşları sorun yaşayan katılımcıların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) Meslektaşlar, hastalar ve hasta yakınları ile yaşanan sorunlara göre duygusal tükenme düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38: Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	χ^2_{KW}	p
Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı	Yok	155	92,8	2,991	,559
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		
	Diğer	2	1,2		

Tablo 38’de meslekte yaşanan diğer sorunların duygusal tükenme üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H testi sonucuna göre meslekte yaşanan diğer sorunlara göre duygusal tükenme düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 39: Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	107,93	755,50	392,50	-1,339	,181
		Hayır	160	82,95	13272,50			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	73,07	6941,50	2381,50	-3,359	,001
		Hayır	72	98,42	7086,50			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	108,61	2063,50	938,50	-2,359	,018
		Hayır	148	80,84	11964,50			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	86,31	4143	2745	-,393	,694
		Hayır	119	83,07	9885			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	115,79	810,50	337,50	-1,779	,075
		Hayır	160	82,61	13217,50			
	Yakınır Şikâyet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözümsüz Hissederim	Evet	8	137,56	1100,50	207,50	-3,214	,001
		Hayır	159	81,31	12927,50			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	72,50	72,50	71,50	-,239	,811
		Hayır	166	84,07	13955,50			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	87,50	87,50	79,50	-,073	,942
		Hayır	166	83,98	13940,50			

Tablo 39’da çalışma yaşamında karşılaşılan sorunlarla baş etme davranışının duygusal tükenme üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi analiz sonucuna göre etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bir bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hiçbir şey yapmayan, stresin bedende duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, psikiyatriden destek alan, sorunlarla yüzleşmekten kaçınan ve diğer baş etme davranışlarını kullananlarda duygusal tükenme düzeyinin anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 40: Katılımcıların Sağlık Durumlarının Duygusal Tükenme Düzeyine Etkisi

			n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Duygusal Tükenme Alt Ölçeği Toplam Puanı	Tanı Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	81,32	2277	1871	-,322	,748
		Hayır	139	84,54	11751			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	99,50	995	630	-1,047	,295
		Hayır	157	83,01	13033			

Tablo 40’ta sağlık durumlarının duygusal tükenme düzeyine etkisi gösterilmiştir. Katılımcıların fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olup olmamalarına göre duygusal tükenme düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41: İkincil Travmatik Stres Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı	r	,124	,097	,129	,090	-,111
	p	,110	,213	,095	,246	,154
	N	167	167	167	167	167

Tablo 41’de ikincil travmatik stres puanları ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 42: Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Üzerine Etkisi

İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	117	89,27	10444,50	2308,50	-2,156	,031
	Erkek	50	71,67	3583,50			
Çocuğun Varlığı	Var	84	80,27	6743	3173	-1,003	,316
	Yok	83	87,77	7285			

Tablo 42’de İkincil Travmatik Stres düzeyinin cinsiyet ve katılımcıların çocuk sahibi olup olmamalarına göre değişip değişmediği gösterilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda katılımcıların cinsiyetlerine göre ikincil travmatik stres düzeyleri anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre ikincil travmatik stres düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 43: Medeni Durumun, Eğitim Durumununve Mevcut Çalışma Şeklinin İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puan					
		n	%	χ^2_{KW}	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,5	1,405	,495
	Evli	89	53,3		
	Boşanmış	12	7,2		
Eğitim Durumu	Sağlık meslek lisesi	21	12,6	7,683	,053
	Ön lisans	33	19,8		
	Lisans	94	56,3		
	Lisansüstü	19	11,4		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece gündüz	27	16,2	3,319	,190
	Sadece nöbet	11	6,6		
	Nöbet ve gündüz	129	77,2		

Tablo 43'te medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şeklinin ikincil travmatik stres üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H testi ile değerlendirildiğinde katılımcıların medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve mevcut çalışma şekline göre ikincil travmatik stres düzeylerinde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 44: Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	73,79	8781,50	1641,50	-4,299	,000
	İstemeyerek	48	109,30	5246,50			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	67,54	7631,50	1190,50	-6,372	,000
	Memnun değil	54	118,45	6396,50			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	78,92	11128	1117	-3,164	,002
	Memnun değil	26	111,54	2900			

Tablo 44'te mesleği isteyerek seçip seçmemenin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamanın ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duyup duymamanın ikincil travmatik stres düzeyine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi sonucuna göre mesleğini istemeyerek seçen katılımcıların, hemşire olmaktan memnun olmayankatılımcıların ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 45: Meslekte Sorun Yaşanan Alanların İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	104,05	4370	1783	-3,109	,002
		Hayır	125	77,26	9658			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	99,42	4871,50	2135,50	-2,658	,008
		Hayır	118	77,60	9156,50			
	Hemşire Meslektaşlar ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	89,70	3319	2194	-,814	,416
		Hayır	130	82,38	10709			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	79,57	5490	3075	-,996	,319
		Hayır	98	87,12	8538			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	84,14	1178	1069	-,012	,991
		Hayır	153	83,99	12850			

Tablo 45’te meslekte sorun yaşanan alanların ikincil travmatik stres üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi analiz sonucuna göre yöneticiler ve ekip arkadaşları ile sorun yaşayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların meslektaşları, hastalar ve hasta yakınları ile yaşadıkları sorunlara göre ikincil travmatik stres düzeyi anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 46: Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	χ^2_{KW}	p
İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puan	Yok	155	92,8	2,991	,559
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		
	Diğer	2	1,2		

Tablo 46’da meslekte yaşanan diğer sorunların ikincil travmatik stres üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H testi ile değerlendirildiğinde meslekte yaşanan

diğer sorunlara göre ikincil travmatik stres düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 47: Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puanı	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	107,93	755,50	392,50	-1,339	,181
		Hayır	160	82,95	13272,50			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	73,07	6941,50	2381,50	-3,359	,001
		Hayır	72	98,42	7086,50			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	108,61	2063,50	938,50	-2,359	,018
		Hayır	148	80,84	11964,50			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	86,31	4143	2745	-,393	,694
		Hayır	119	83,07	9885			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	115,79	810,50	337,50	-1,779	,075
		Hayır	160	82,61	13217,50			
	Yakınır Şikayet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözümsüz Hissederim	Evet	8	137,56	1100,50	207,50	-3,214	,001
		Hayır	159	81,31	12927,50			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	72,50	72,50	71,50	-,239	,811
		Hayır	166	84,07	13955,50			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	87,50	87,50	79,50	-,073	,942
		Hayır	166	83,98	13940,50			

Tablo 47’de çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlarla baş etme davranışının ikincil travmatik stres üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi analiz sonucuna göre ikincil travmatik stres düzeyi ile etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bölüme geçmeyi talep eden, yakınır şikayet edip diğerlerini suçlayıp çözümsüz hisseden katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hiçbir şey yapmayan, stresin bedende ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler

kullanan, psikiyatriden destek alan, sorunlarla yüzleşmekten kaçınan ve diğer baş etme davranışlarını kullananlarda ikincil travmatik stres düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 48: Katılımcıların Sağlık Durumlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyine Etkisi

			n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
İkincil Travmatik Stres Ölçeği Toplam Puan	Tanı Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	81,32	2277	1871	-,322	,748
		Hayır	139	84,54	11751			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	99,50	995	630	-1,047	,295
		Hayır	157	83,01	13033			

Tablo 48’de sağlık durumlarının ikincil travmatik stres üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi ile değerlendirildiğinde, fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olup olmamaya göre ikincil travmatik stres düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 49: Merhamet Yorgunluğu Düzeyi İle Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişki

		Yaş	Meslekteki Toplam Hizmet Süresi	Psikiyatri Alanındaki Toplam Hizmet Süresi	Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	Mesai Sürecinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı
ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanı	r	,032	,044	,123	,132	-,143
	p	,685	,572	,114	,088	,066

Tablo 49’da merhamet yorgunluğu puanlarını ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile merhamet yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 50: Cinsiyetin ve Çocuğunun Olup Olmamasının Merhamet Yorgunluğu Düzeyi Üzerine Etkisi

ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanları							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	Z	p
Cinsiyet	Kadın	117	89,68	10492	2261	-2,322	,020
	Erkek	50	70,72	3536			
Çocuğun Varlığı	Var	84	83,26	6994	3424	-,199	,843
	Yok	83	84,75	7034			

Tablo 50’de Merhamet Yorgunluğu düzeyinin cinsiyete ve çocuk sahibi olup olmamaya göre değişip değişmediği gösterilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre kadın katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre merhamet yorgunluğu düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 51: Medeni Durumun, Eğitim Durumunun ve Mevcut Çalışma Şeklinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puan					
		n	%	χ^2_{kw}	p
Medeni Durum	Bekar	66	39,5	,848	,654
	Evli	89	53,3		
	Boşanmış	12	7,2		
Eğitim Durumu	Lise (sağlık meslek lisesi)	21	12,6	5,733	,125
	Ön lisans	33	19,8		
	Lisans	94	56,3		
	Lisansüstü	19	11,4		
Mevcut Çalışma Şekli	Sadece gündüz	27	16,2	5,573	,062
	Sadece nöbet	11	6,6		
	Nöbet ve gündüz	129	77,2		

Tablo 51’de medeni durumun, eğitim durumunun ve mevcut çalışma şeklinin merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskal Wallis H testi ile değerlendirildiğinde, medeni duruma, eğitim durumuna ve mevcut çalışma şekline göre merhamet yorgunluğu düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 52: Katılımcıların Mesleğini Seçme Biçimlerinin, Hemşire Olmaktan Memnuniyetinin ve Psikiyatride Çalışmaktan Memnun Olup Olmamlarının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanı							
		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
Mesleğini Seçme Biçimi	İsteyerek	119	80,29	9555	2415	-1,561	,119
	İstemeyerek	48	93,19	4473			
Hemşire Olmaktan Memnuniyet	Memnun	113	78,50	8870	2429	-2,130	,033
	Memnun değil	54	95,52	5158			
Psikiyatri Alanında Çalışmaktan Memnuniyet	Memnun	141	84,22	11874,50	1802,50	-,135	,893
	Memnun değil	26	82,83	2153,50			

Tablo 52’de mesleği isteyerek seçip seçmemenin, hemşire olmaktan memnuniyet duyup duymamanın ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duyup duymamanın merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi sonucunda katılımcıların mesleklerini isteyerek seçip seçmemelerine ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyetine göre merhamet yorgunluğu düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 53: Meslekte Sorun Yaşanan Alanların Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanı	Yöneticiler ile Yaşanan Sorunlar	Evet	42	103,17	4333	1820	-2,972	,003
		Hayır	125	77,56	9695			
	Hekim Psikolog gibi Ekip Arkadaşları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	49	94,05	4608,50	2398,50	-1,733	,083
		Hayır	118	79,83	9419,50			
	Hemşire Meslektaşlar ile Yaşanan Sorunlar	Evet	37	99,62	3686	1827	-2,230	,026
		Hayır	130	79,55	10342			
	Hastalarla Yaşanan Sorunlar	Evet	69	77,28	5332,50	2917,50	-1,508	,132
		Hayır	98	88,73	8695,50			
	Hasta Yakınları ile Yaşanan Sorunlar	Evet	14	92,93	1301	946	-,723	,47
		Hayır	153	83,18	12727			

Tablo 53'te meslekte sorun yaşanan alanların merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U testi analiz sonucuna göre yöneticiler ve meslektaşlar ile sorun yaşayan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Ekip arkadaşları, hastalar ve hasta yakınları ile yaşanan sorunlara göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 54: Meslekte Sorun Yaşanan Diğer Alanların Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

	Meslekte Sorun Yaşanan Alanlar – Diğer Sorunlar	n	%	χ^2_{KW}	P
ÇİYKO Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam	Yok	155	92,8	8,218	,084
	Mesai Saatleri	6	3,6		
	Personel	2	1,2		
	İdari İşleyiş	2	1,2		

Puan	Diğer	2	1,2		
------	-------	---	-----	--	--

Tablo 54’te meslekte yaşanan diğer sorunların merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Kruskall Wallis H testi sonucunda meslekte yaşanan diğer sorunlara göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 55: Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Başetme Davranışının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

	Çalışma Yaşamında Karşılaşılan Sorunla Baş etme Davranışında Kullanılan Yöntemler		n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puanı	Hiçbir Şey Yapmam	Evet	7	85,36	597,50	550,50	-,076	,939
		Hayır	160	83,94	13430,50			
	Etkili Problem Çözme Yöntemini Kullanırım	Evet	95	78,19	7428,50	2868,50	-1,784	,074
		Hayır	72	91,66	6599,50			
	Başka Bir Bölüme Geçmeyi Talep Ederim	Evet	19	85,21	1619	1383	-,116	,908
		Hayır	148	83,84	12409			
	Stresin Bedenimde Duygularımda Etkisini Azaltıcı Yöntemler Kullanırım	Evet	48	91,18	4376,50	2511,50	-1,219	,223
		Hayır	119	81,11	9651,50			
	Psikiyatriden Destek Alırım	Evet	7	130,29	912	236	-2,590	,010
		Hayır	160	81,98	13116			
	Yakınır Şikayet Eder Diğerlerini Suçlar ve Çözumsuz Hissederim	Evet	8	101,63	813	495	-1,058	,290
		Hayır	159	83,11	13215			
	Sorunlarla Yüzleşmekten Kaçınırım	Evet	1	134,50	134,50	32,50	-1,049	,294
		Hayır	166	83,70	13893,50			
	Diğer Yöntemler	Evet	1	125	125	42	-,851	,395
		Hayır	166	83,75	13903			

Tablo 55’te çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlarla baş etmede davranışının merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Mann Whitney U Testi sonucuna göre psikiyatriden destek alan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hiçbir şey yapmayan, etkili problem çözme yöntemlerini kullanan, başka bölüme geçmeyi talep eden, stresin bedende ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, yakınıp şikâyet edip, diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden, sorunlarla yüzleşmekten kaçınan ve kullanılan diğer yöntemlere göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 56: Katılımcıların Sağlık Durumlarının Merhamet Yorgunluğu Düzeyine Etkisi

			n	Sıra Ort.	Toplam Puan	U	z	p
ÇİYKO Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçeği Toplam Puan	Tam Konmuş Hastalığı var mı	Evet	28	82,16	2300,50	1894,50	-,221	,825
		Hayır	139	84,37	11727,50			
	Psikiyatrik tedavi alıyor mu	Evet	10	125,85	1258,50	366,50	-2,826	,005
		Hayır	157	81,33	12769,50			

Tablo 56’da sağlık durumlarının merhamet yorgunluğu üzerine etkisi gösterilmiştir. Katılımcıların fiziksel hastalıklarının olup olmamasına göre merhamet yorgunluğu düzeyleri anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, psikiyatri yataklı servisinde çalışan, araştırmaya katılan hemşirelerin iş stresi, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyi ve/veya sıklığı, etkileyen faktörler ve psikolojik sonuçlar arasındaki ilişki literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

İş Stresi

Bu çalışmada katılımcıların son bir ayda iş stresi düzeyi puan ortalamasının $6,67 \pm 2,01$ (1-10) olduğu bulunmuştur. Bu oran hemşirelerin ortanın üstü düzeyde iş stresi yaşadığını göstermektedir. Denizsever tarafından 2017 yılında hemşirelerle yapılan bir çalışmada İş Stresi Ölçeği puan ortalaması $31,11 \pm 6,16$ (10-50) olarak bulunmuştur (166). Ergün ve Çelik (2015)'in hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptığı çalışmada iş stresi düzeyinin kısmen yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (167). Tanşu'nun 2009'da yaptığı "Örgütsel Stres Kaynakları ve İş Tatmini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama" isimli çalışmasında sağlık çalışanlarının ortalamanın üzerinde bir stres düzeyi yaşadığı bulunmuştur (169). Ülkemizde yapılan bu araştırmaların sonuçları ile çalışmamızın bulgusu benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin ya da sağlık çalışanlarının yaşadığı stres düzeyi ile psikiyatri hemşirelerinin yaşadığı stres düzeyinin de benzer olduğu anlaşılmaktadır. Ruh sağlığı hemşireleri diğer hemşirelerle aynı stresörleri paylaşırlar ama ruh sağlığı hemşireliğinin doğası hasta ve yakınlarıyla güçlü kişilerarası ilişkileri gerektirir. Nitekim diğer ülkelerde psikiyatri hemşireleriyle yapılan çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamıza göre iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Leka ve ark. tarafından 2012 yılında 6 psikiyatri hastanesinde 489 psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde yapılan Japonya'daki psikiyatri hemşirelerinde psiko-sosyal riskler ve iş stresi konulu çalışmada araştırmacılar hemşirelerin yüksek seviyede iş stresine maruz kaldıklarını tespit etmişlerdir (5). Edwards ve Burnards'ın (2000) ruh sağlığı hemşireleri üzerinde yaptığı stres çalışmasında, işyeri stresinin aşırı olmasının nedeni olarak hemşirelerin hastalarıyla gerektiğinden fazla zamanda hassas ve yakın ilişki kurması gösterilmiştir (169). Mann ve Cowburn'un (2005) çalışmasında belirttiği gibi Carson ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da psikiyatri hemşirelerinde yaşanan stresin aşırı derecede ve özellikle yüksek olduğu belirtilmiştir (49). Bu iş stresi de duygusal

tükenmeye götürmektedir. Bu nedenle hemşirelerin iş stresi düzeyini etkileyen faktörlerin anlaşılması önemlidir.

Bu araştırmaya katılanların hemşirelik mesleğini istemeyerek seçen, hemşire olmaktan ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelik bölümü öğrencisi olan ve bir kısmı da sağlık kurumlarında çalışan öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşirelik mesleğini kendi isteği ile seçen öğrencilerin mesleği kendi isteği ile seçmeyen öğrencilere göre hem eğitim ortamlarından daha mutlu oldukları hem de daha düşük stres düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (170). Farklı iş kollarında çalışan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, mesleğini kendi isteği ile seçen çalışanların iş stresi düzeylerinin mesleğini kendisi seçmeyen çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (171). Bu durum, mesleğini kendi isteği ile seçen çalışanların işlerini daha fazla severek yaptıklarını, mesleklerini yaparken daha fazla doyum aldıklarını düşündürmektedir. Bu sonucun aksine hemşirelerde mesleği isteyerek seçip seçememe durumuna göre algılanan iş stresinin farklılaşmadığını gösteren araştırma bulguları da mevcuttur (172,173). Çalışmamızda olduğu gibi bazı çalışmalar mesleğini isteyerek seçmenin ve memnun olmanın iş stresiyile bağlantılı olduğunu gösterse de iş stresini etkileyen tek değişken olduğu söylenemez.

Çalışmamızda katılımcıların meslekte sorun yaşadıkları alanlara göre iş stresi düzeyinde anlamlı farklılık olmadığı, başetme yöntemine göre iş stresi düzeyinin değiştiği belirlenmiştir. Şöyle ki; etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan ve profesyonel psikiyatrik destek alan katılımcıların bu baş etme davranışlarını kullanmayan katılımcılara göre iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma ve sosyal yaşamında birçok stresörle karşı karşıya kalan hemşireler stresörlerle baş edebilmek için çeşitli baş etme yöntemleri kullanmaktadırlar. Hemşirelerin stresörler karşısında sıklıkla başvurdukları baş etme yöntemleri arasında; kaçma davranışı gösterme, çatışma gibi etkisiz başetme yöntemleri ile problem çözme yöntemini kullanma gibi etkili baş etme yöntemleri yer almaktadır (174-176). Simoni ve Paterson (1997), etkin başa çıkma yöntemlerini kullanan hemşirelerin en düşük stres düzeyine sahipken, etkin olmayan yöntemleri kullananların

stres düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir (177). Çalışmamıza katılan, duygu odaklı başetme yöntemini kullanan, etkili problem çözme yöntemini kullanmayan hemşirelerin iş stresinin yüksek olması beklenir bir sonuçtur. Bu yöntemler kısa süreli rahatlama sağlasa da sorunların çözümünde yeterli olamamakta, stres düzeyi yüksek hatta tükenme veya depresyon belirtileri yaşayan hemşireler de profesyonel psikiyatrik yardım alma ihtiyacı hissedebilmektedir. Yapılan bir çalışmada davranış teknikleri konusundaki psikiyatri hemşirelerine verilen eğitimin gerginliği azalttığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada kişisel stres yönetimi rahatlama teknikleri, psikiyatri hemşirelerinin endişe ve stresle başa çıkma yöntemlerini belirgin derecede geliştirmiştir. Stres yönetimi çalışmaları, psikiyatri hemşirelerinde görülen moral çöküntüsü seviyelerini düşürme konusunda oldukça verimli olmuştur (178). Bu tür eğitimlerin ülkemizde de psikiyatri hemşirelerine sunulması, hemşirelerin başetme becerilerinin güçlendirilmesi açısından yararlı olabilir.

Bu çalışmada incelenen demografik ve mesleki özelliklerin ise iş stresi düzeyinde anlamlı bir fark yaratmadığı ortaya çıkmıştır. Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile son bir ayda iş stresi düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Literatürde bu değişkenlerin etkisiyle ilgili sonuçlar çelişkilidir. Ülkemizde, araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaş gruplarına göre algılanan stres düzeylerinin anlamlı farklılıklar göstermediği tespit edilmiştir. Aynı araştırmada mesleki kıdem düzeyinin de hemşirelerin stres düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (173). Araştırma bulgularını destekleyen diğer bir çalışmada ise acil servis personelinin algıladığı iş stresinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (35,179). Acil servis personeli üzerinde yapılan başka bir araştırmada, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin algıladıkları iş stresi düzeyinin mesleki kıdeme göre farklılık göstermediği saptanmıştır (85,180). Bu sonuçları destekleyen bir araştırma da onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin iş stresi düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediğinin tespit edilmiş olmasıdır (59,172). Bu araştırma bulgularına karşılık, hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, farklı yaş gruplarında bulunan hemşirelerin algıladıkları iş stresi düzeylerinin farklılık gösterdiği, mesleki kıdemi düşük olan hemşirelerin iş stresi düzeylerinin mesleki kıdemi yüksek olan hemşirelerden daha fazla olduğu saptanmıştır (181). Erdoğan ve ark. (2009)

tarafından yapılan araştırmada, yaş ile iş stresi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışanların yaşları arttıka işin yapısından kaynaklanan stres vericilerin etkisini kaybettiği, diğer bir ifadeyle işin yapısından kaynaklanan stres düzeyinin yaş arttıka azaldığı tespit edilmiştir (182). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, hemşirelerin özellikle küçük yaşlarda yoğun klinik servislerde çalışmalarının iş stresi düzeylerini etkileyen bir unsur olduğu, bu nedenle hemşirelerde yaş ve yapılan iş arasındaki oranın mesleki stres oluşumuna katkı sağlayabileceği belirtilmiştir. Aynı araştırmada, mesleki kıdem açısından görevinin ilk yıllarındaki hemşirelerin işe bağlı gerginliklerinden dolayı yüksek kıdeme sahip hemşirelere göre daha fazla iş stresi yaşadıkları belirtilmiştir (183). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yapılan benzer bir araştırmada da hemşire ve sağlık çalışanlarının meslek hayatının ilk 5 yılı içerisinde en yüksek stres düzeyine sahip oldukları, 6-10 yıllık iş hayatı döneminde ise stres düzeylerinde azalma meydana geldiği belirtilmiştir (184). Yaş ve bununla beraber iş deneyiminin artması bazı stres unsurlarının en aza inmesinde faydalı olabilir. Diğer taraftan yaş grubu ve meslekteki toplam hizmet süresi ne olursa olsun hemşirelerin diğer özellikleri iş stresini etkiliyor olabilir.

Bu araştırmaya katılan kadın, erkek, evli veya bekâr hemşirelerin benzer düzeyde iş stresi yaşadıkları tespit edilmiştir. Bunun yanında evli hemşirelerin ocuk sayılarına göre de iş stresi düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Psikiyatri alanında çalışanlarla ülkemizde yapılan bir araştırma da, çalışmamızın bulgularını desteklemekte, iş stresi düzeyinin katılımcıların medeni durumuna ve sahip olunan ocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiştir (185). Bu bulguları destekleyen diğer bir çalışma da acil servis biriminde çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin sahip oldukları ocuk sayısının iş stresi üzerinde herhangi bir etki oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır (83,180). Araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin medeni durumlarına göre algıladıkları stres düzeyinin farklılık göstermediği bulunmuştur (173). Tokmak ve ark. (2011) da medeni durumun stres düzeyini etkilemeyen bir unsur olduğunu belirlemiştir (186). Ayrıca ocuk sayısının fazla olması hemşire annelerin bedensel ve psikolojik olarak daha fazla yorulmalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla yoğun bir iş temposuna sahip olan hemşirelerin ocuk sayısı arttıka stres düzeyinin de artması beklenebilir. Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, özellikle evli olan hemşirelerin yoğun bir tempoda çalışmalarından dolayı iş dışında ev

hayatındaki sorumluluklarını yerine getiremedikleri, bu nedenle yoğun iş stresi yaşayabilecekleri ifade edilmiştir (183). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle aile yaşantılarında sorun yaşadıkları, bu sorunların zamanla hem aile içerisinde hem de iş ortamında stres oluşumuna neden olduğu belirlenmiştir (187). Diğer bir araştırmada bekâr çalışanlar ile kıyaslandığı zaman evli çalışanların sosyal faktörlerden kaynaklanan stres öğelerine karşı daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (182). Evli ve çocuk sahibi olmak iş dışı doyurucu, destekleyici bir faktör de olabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin iş stresi düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Taş (2013) araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları iş stresi düzeylerinin eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediğini bildirmiştir (173). Araştırma bulgularımızı destekleyen bu çalışmanın aksine hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, üniversite ve lise eğitiminin üzerine uzmanlık eğitimi almış olan hemşire ve sağlık çalışanlarının iş stresi düzeylerinin sadece lise ve üniversite eğitimi almış çalışanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (184). Eğitim düzeyi arttıkça iş stresinin azalması beklenirken artması veya etkisiz olması derinlemesine araştırılması gereken, hemşirelik eğitiminin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündüren bir sonuçtur.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin sürekli gündüz, sürekli gece, gündüz ve bazen nöbet, vardiya değişimli çalışma durumlarına göre iş stresi düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin genellikle vardiyalı sistemde çalıştıkları ve sık sık nöbete kaldıkları bilinmektedir (187). Psikiyatri alanında çalışan personel üzerinde yapılan benzer bir çalışmada da yarı zamanlı veya tam zamanlı çalışma sisteminin iş stresi düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (185). Araştırma bulgularını destekleyen benzer bir çalışmada, sürekli gündüz, sürekli gece veya sürekli gece/gündüz nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin iş stres düzeylerinin benzer seviyede olduğu belirtilmiştir (181). Diğer taraftan Sarıçam (2012) tarafından yapılan araştırmada, özellikle gündüz çalışan hemşirelerin gece nöbetlerinin olmaması, düzenli uyku ve iş alışkanlıklarının bulunması, bunun yanında düzenli bir aile yaşantısına sahip oldukları için diğer hemşirelere göre daha az stres yaşadıkları belirtilmiştir (187). Hemşirelerin çalışma şekillerinin iş stresi düzeylerini etkilememesi psikiyatri gibi özel ve iş stresinin yoğun olarak yaşandığı bir klinikte gece ve gündüz

çalışma arasında bir fark olmadığı anlaşılmaktadır. Vardiya değişimli çalışma sisteminin de bazı kişiler için istendik sonuçları olabileceğini düşündürebilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin haftalık çalışma saati sürelerine göre iş stresi düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda fazla mesai yapmak, çalışma saatlerinin yüksek olduğu işlerde çalışmak veya zaman baskısı yaşayarak çalışmanın iş stresini arttıran bir unsur olduğu bilinmektedir (85). Buna karşılık sağlık personeli üzerinde yapılan bir araştırmada çalışma saatlerinin iş stresi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (185). Araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada da haftalık çalışma saati 40'ın üstünde ve altında olan hemşirelerin benzer stres düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (173). Bunun temel nedeni, çalışma saatleri yüksek olan hemşireler ile çalışma saatleri düşük olan hemşirelerin benzer iş yoğunluğunda veya benzer fiziksel koşullarda çalışması olabilir.

İşe Bağlı Gerginlik

Bu çalışmada katılımcıların İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği toplam puanı ortalaması $39,49 \pm 5,02$, ortancası 39 olarak bulunmuştur. Erçevik (2010)'in 378 hemşire ile sekiz ayrı hastanede işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerine yaptığı çalışmasında hemşirelerin işe bağlı gerginlik puanı $40,77 \pm 6,82$ olarak belirtilmiştir (188). Arıkan ve Karabulut'un (2004) işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı araştırmalarında da hemşirelerin işe bağlı gerginlik puan ortalaması $39,20 \pm 7,28$ olarak saptanmıştır (189). Çalışmamız ile diğer çalışma sonuçlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeyinin diğer servislerde çalışan hemşirelerle de benzer olduğu söylenebilir. Yine de bu konuda karşılaştırılmalı çalışmaların yapılması gerekir.

Çalışmamızda mesleğini isteyerek seçmeyenlerin, hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bulgu mesleğini seven kişilerin işe bağlı gerginliği daha az yaşadıklarını göstermektedir. Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda da aynı doğrultuda sonuçlara ulaşılmıştır (160,189-191). Bu sonuç isteyerek çalışan hemşirelerde, iş doyumunun yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak işe

bağlı gerginliklerinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hemşirelik eğitimine başlayacak kişilerin de kendi istekleriyle seçtikleri mesleği uygulamalarının önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda hasta yakınları dışında hem yöneticiler, ekip arkadaşları, meslektaşları hem de hastalarla sorun yaşayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlığın sürdürülmesi ve geri kazanılması sürecinde hemşirelerin meslektaşları, ekip arkadaşlarıyla uyum içinde ve birlikte çalışmaları gerekmektedir. Sağlık hizmeti bir ekip işidir ve insan yaşamının önemli bir bölümü işte geçmektedir. Tedavi ekibinin birbirleri, yöneticiler ve hastalarla ilişkisinin niteliği hizmetin kalitesinde belirleyici etkenler arasındadır. İletişim becerilerini geliştirmek hemşirelerin temel yetkinliklerinden biridir. Psikiyatri servisinde çalışan profesyoneller için çekirdek bir beceridir ancak çalışmamız hemşirelerin bu konuda sorun yaşadığını ve bunun da işe bağlı gerginliği önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. İletişim becerileri gibi temel becerilerden diğeri etkili başetme yöntemlerini kullanabilmektir.

Çalışmamızda karşılaştıkları sorunlar karşısında hiçbir şey yapmadığını, etkili problem çözme yöntemlerini kullandığını, başka bir bölüme geçmeyi talep ettiğini, stresin bedende ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullandığını, yakınıp şikayet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden davranışlar sergilediğini, sorunlarla yüzleşmekten kaçındığını vb. bildiren katılımcıların işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sadece psikiyatriden destek alırım diyenlerin işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,006$). Kullanılan başetme yönteminin kişinin işe bağlı gerginlik düzeyini etkilememesi beklenen bir sonuç değildir. Bu çalışmada bir başetme ölçeği kullanılmamıştır. Yapılacak çalışmalarda hemşirelerin baş etme yöntemlerinin ölçek, gözlem vb.. farklı yollarla değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların işe bağlı gerginlik puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olarak, Tel ve arkadaşları (2012), hemşirelerle yaptıkları çalışmada cinsiyetin işe bağlı gerginlik puanlarında anlamlı farklılığa sebep olmadığını saptamışlardır (192). Çalışmamızda cinsiyet gibi diğer demografik özelliklerin de işe başlı gerginlik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Erçevik (2010) ve Kopuz'un (2013) çalışmalarında da işe bağlı

gerginliğin medeni durumdan etkilenmediği bildirilmiştir (189). Tunalıgil (2013) yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin işe bağlı gerginliğe etkisi olmadığını saptamıştır (193). Literatürde yer alan diğer çalışma sonuçları da benzer sonuçları tutarlı olarak ortaya koymuştur (160,189,190). Sonuçta, hemşirelerin yaşadığı işe bağlı gerginlik düzeyinin eğitim durumları, medeni durumları, çocuk sahibi olma gibi değişkenlerden bağımsız olduğu, yaşanan gerginliği bu demografik özelliklerin etkilemediği anlaşılmıştır.

Çalışmamızda yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olup olmamalarına, mevcut çalışma şekillerine göre işe bağlı gerginlik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aslan ve arkadaşlarının hemşireler (190) ve sağlık çalışanları (160) ve Arıkan ve Karabulut'un (189) hemşireler üzerinde yapmış oldukları araştırmalarda yaş ile işe bağlı gerginlik arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Erçevik'in (2010) çalışmada hasta sayısı arttıkça, hemşirelerde işe bağlı gerginliğin arttığı belirtilmektedir (188). Hemşirelerin demografik özellikleri gibi mesleki özelliklerinin de işe bağlı gerginlik düzeyini belirlemede önemli bir etken olmadığı görülmektedir.

Depresyon

Çalışmamızda katılımcıların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiş olup, ölçekten yüksek puanlar depresyon varlığını göstermektedir. Depresyon toplam puanı ortalaması $8,04 \pm 6,41$, ortancası 7 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %10'unun depresyon puanının 17 ve üzerinde yani profesyonel yardım alınması gereken düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kapalı ortamlarda çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada BDÖ toplam puanı ortalaması $7,24 \pm 2,83$ olarak bulunmuştur (194). Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada BDÖ puan ortalaması $9,86 \pm 7,42$ olarak saptanmıştır (195). Psikiyatri hemşirelerinin depresyon düzeyinin diğer hemşirelerle benzer olduğu görüşmüştür.

Çalışmamızda mesleğini isteyerek seçmeyenlerin, hemşire olmaktan ve psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duymayan hemşirelerin depresyon puanının daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızla benzer biçimde iş yaşamından memnun olamayanlarda, mesleğini kendine uygun bulmayanlarda, depresyon puanlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (196,197). Taycan ve ark. (2006) yapmış oldukları çalışmada, hemşireliği ve çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçenlerde, mesleği kendine uygun bulanlarda ve genel olarak meslek hayatından memnun olanlarda depresyon ve tükenmişlik oranlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (10). Sever'in (1997) çalışmasında memnuniyetin iş doyumu ve duygusal tükenmeyi etkilediği saptanmıştır. Bu durumda literatür bulguları çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Sevmeden ve istemeden yapılan işlerin bireyler üzerinde yarattığı olumsuz baskıların umutsuzluk, karamsarlık, yorgunluk gibi duygular oluşturabildiği, bu durumun hemşirelerin ruhsal durumlarını etkilediği, memnuniyetsizliğin oluşmasının nedenlerinden biri olan beklentilerin gerçekleşmemesinin de depresyona eğilimi arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip katılımcıların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızla benzer biçimde sağlık sorunu yaşayanlarda, iş yaşamından memnun olmayanlarda depresyon puanlarının yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (10,196,197).

Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile depresyon arasında bir ilişki bulunmadığı (198-201), başka bir çalışmada ise yaş azaldıkça depresyonun arttığı belirtilmiştir (202). Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da meslekte toplam çalışma yılının (200,202-204) ve haftalık çalışma süresinin (203) depresyon düzeyini etkilemediği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise 10 yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (198). Literatür bulguları karşılaştırıldığında yaş ve meslekteki deneyimin depresyon düzeyleri arasındaki ilişkide çelişkili sonuçların olduğu görülmüştür.

Katılımcıların depresyon düzeyleri cinsiyet değişkenine, medeni durumlarına ve çocuk sahibi olup olmamalarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Benzer şekilde yapılan diğer araştırmalarda da cinsiyete göre depresyon düzeylerinde bir fark olmadığı ileri sürülmüştür (198,199,200,202,205). Çalışmamıza ait bu sonuçlar,

hemşirelerle yapılan diğer araştırma bulgularıyla uyumludur (206,207). Altıntoprak ve arkadaşlarının (208) çalışmalarında ise, bekar/dul olan hemşirelerin depresyon ve anksiyete geliştirmeye eğilimli oldukları bildirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalar da çalışmamızı destekler nitelikte medeni durumun depresyon düzeyinde bir fark yaratmadığı belirtilmiştir (198,200,201,202,205). Bu çalışmalardan farklı olarak yapılan bir çalışmada bekar/dul olan hemşirelerin depresyon geliştirmeye daha eğilimli oldukları (208), başka bir çalışmada ise evli olan hemşirelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (209).

Çalışmamızda katılımcıların depresyon düzeyleri meslekte sorun yaşanan alanlara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Çalışmamızın aksine Özgür ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada yöneticilerle ilişkilerinde sorun yaşayan hemşirelerin ruhsal hastalık geliştirmeye daha eğilimli oldukları bulunmuştur (203). Gül ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada ise, çalıştığı birimde isteklerin ve problemlerin yönetime iletme durumunun depresyon düzeyini etkilemediği saptanmıştır (205). Çalışmamızda hemşireler için her sorun alanının aynı değerde olduğu veya başatma biçiminin daha önemli olduğu söylenebilir. Etkili problem çözme yöntemini kullanmayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, psikiyatriden destek alan, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayıp, çözümsüz hisseden katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalıştığı birimde sorunları çözmek için yeterli destek almayan, etkili başatma yöntemlerini kullanmayan hemşirelerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumlarına göre depresyon düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, hemşirelerin mezun oldukları bölümün ve aldıkları eğitim şeklinin iş yaşamındaki becerilerini etkilemediğini düşündürmektedir. Buna karşın yapılan bir çalışmada lisansüstü eğitim görenlerin depresyon düzeyinin ön lisans ve lise mezunlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (200). Daha fazla eğitim alan kişilerin hayatta yapmak istedikleri ve beklentileri, idealleri ve amaçları daha fazla olabilir. Bununla birlikte işteki rolleri için hazır olmayabilirler veya çalışma ortamı beklentilerini gerçekleştirilmede fırsatlar sunmayabilir. Gerçekler ve idealler arasındaki bu çatışma, depresyona katkıda bulunabilir.

Duygusal Tükenme

Çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilen Duygusal Tükenme Alt Boyut toplam puanı ortalaması $13,56 \pm 7,82$, ortancası 14 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %52'sinin orta düzeyde (17-26 puan), %4'ünün yüksek düzeyde (>27 puan) duygusal tükenme yaşadıkları belirlenmiştir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilen Duygusal Tükenme Alt Boyut toplam puanı ortalaması $18,46 \pm 6,97$ olarak bulunmuştur (210). Psikiyatri hemşireleriyle yapılan başka bir çalışmada da duygusal tükenme alt boyutu toplam puanı ortalaması $18,73 \pm 4,23$ olarak saptanmıştır (211). Franza ve arkadaşlarının (2015) ulaştığı sonuçlarına göre duygusal tükenme sağlık personeli arasında en yüksek oranla psikiyatri hemşirelerinde görülmüştür (%39,28) (212). Hannigan ve ark. (2000) toplum ruh sağlığı hemşirelerinin yarısının yoğun duygusal tükenme yaşadığını bildirmiştir (213). Onyett ve ark. (2009)'ın toplum ruh sağlığı ekiplerinden oluşan 445 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada hemşireler arasında yüksek duygusal tükenme olduğu saptanmıştır (214). İngiltere'de Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak 614 ruh sağlığı hemşiresinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yarısının duygusal açıdan ileri derecede etkilendiğini ve işlerinin onlarda duygusal tükenme geliştirdiğini göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin %25'inin, hasta ve hasta yakınlarına negatif davranışlar sergilediği belirlenmiştir. Yaklaşık her yedi kişiden birinde işinden memnuniyetsizlik tespit edilmiştir (215-217). Sinat ve Kutlu'nun (2009) çalışmasında psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal tükenme düşük bulunmuştur (20). Pinikahana ve Happell (2004)'in Avustralya'da 136 kırsal psikiyatri hemşiresi üzerinde yaptıkları çalışmada; hemşirelerin çoğunluğunda duygusal tükenmenin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (21). Çalışmamızda tükenmişlik puan ortalaması bildirilen diğer düzeylere göre düşük, yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşayan hemşirelerin oranı da Sinat ve Kutlu'nun on yıl önce aynı hastanede yaptığı çalışmada saptadığı gibi düşük görünse de hemşirelerin yarısından çoğunda tükenmişliğin orta düzeyde olması dikkate alınması gereken bir bulgudur. Tükenmişlik düzeyini azaltmaya ve tükenmişliği önlemeye yönelik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (20). Poghosyan ve ark.'nın altı ülkede, 616 hastanede ve 52.709 hemşire ile yaptıkları araştırmada; hemşirelerde görülen duygusal tükenmenin hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların kronik ve uzun süreli olması, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda yoğun stres yaşamalarına sebep

olmakta, stres ve sonuçları ruh sağlığı çalışanları için önemli sorun teşkil etmektedir (218).

Çalışmamızda mesleğini isteyerek seçen ve hemşire olmaktan memnun olanların duygusal tükenme puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sinat ve Kutlu (2009) da psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme düzeyi ile mesleği kendine uygun bulma ve mesleği isteyerek seçme arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Hemşirelik mesleğini kendine uygun bulanlarda ve mesleği isteyerek seçenlerde duygusal tükenme yaşanmadığını belirtmişlerdir (20). Literatürde mesleğini istekli olarak seçen kişilerin tükenmişliği çok daha az yoğunlukta yaşadığı belirtilmektedir (219-221). Mesleğini bilerek, isteyerek ve severek seçen hemşirelerde ve diğer çalışanlarda duygusal tükenme düzeylerinin düşük olduğu birçok çalışmada tutarlı olarak tespit edilmiştir (222-226). Kılıç ve Seyme'nin (2011) çalışmasında mesleğini kendi isteğiyle seçmeyenlerde duygusal tükenmişlik düzeyi anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur(227). Şahin ve ark., (2008) ve Taycan ve ark. (2006) da yaptıkları çalışmalarında mesleği istemeyerek seçenlerde ve mesleği kendine uygun bulmadığını ifade edenlerde duygusal tükenmenin daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir (10,221). Mesleğini isteyerek ve bilinçli olarak seçenlerin mesleklerinden daha fazla doyum aldıkları ve daha az düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadıkları düşünülmektedir. Benzer şekilde çalışmamızda katılımcıların psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duymayan katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Psikiyatri alanında istemeyerek çalışmanın ayrı bir psikolojik stres kaynağı oluşturacağı öngörülmektedir. Bunun sonucunda istenmeyen ortamda çalışmanın duygusal tükenme puanlarının artmasına katkıda bulunabileceği ifade edilebilir. Sinat ve Kutlu (2009) psikiyatri hemşirelerinde yaptıkları çalışmada çalışma ortamından memnun olanların duygusal tükenme yaşamadığını belirtmişlerdir(20). Bu araştırma sonuçları daha önce yapılan araştırmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir (10,222,228). Bu sonuçlar hemşirelerin istedikleri alanda çalışmalarının önemini göstermektedir. Hemşirelerin mümkün olduğunca istedikleri, ilgi duydukları, yetenekli oldukları, kurslar ve sertifika programları yoluyla eğitim aldıkları alanlarda çalıştırılmasının olumlu bir çalışma ortamı yaratacağı ve duygusal tükenme düzeylerinin azalacağı kişilerin isteyerek seçtikleri mesleklerde başarılı ve daha doyumlu olacağı, bu durumun yapılan işin kalitesini arttıracacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguya benzer olarak, Coşkun ve ark. (2015) psikiyatri hemşireleri ile yürüttüğü çalışmada kadınlarda duygusal tükenme düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır (229). Birçok çalışmada da kadın hemşirelerin duygusal tükenmişliği erkeklerden daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (227,230-232). Ayrıca, Günüşen ve Üstün (2010) Türkiye’de hekim ve hemşirelerin tükenmişlikleri üzerine yaptıkları literatür incelenmesinde kadınların daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları belirtilmiştir (17). Ushiro ve Nakayama (2010) çalışmalarında cinsiyet rol tutumlarının hemşirelerin duygusal tükenme düzeyleri üzerine önemli etkiye sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Onlar kadınların çoğunlukla anne, eş, arkadaş, aile ve ev işleri ile ilgilenen kişi olmak, aynı zamanda profesyonel olmak gibi çoklu rolleri nedeniyle daha fazla zorluğa sahip olabileceklerini ileri sürmüşlerdir (233). Ayrıca, kadınlar iş yerinde stresi ve diğer personelle olan sorunları daha çok duyumsuyor olabilir. Bu durum kadınların duygusal tükenmeyi daha yoğun yaşamalarına katkıda bulunabilir. Ayrıca erkeklerin aksine, kadınlar stresli çalışma durumlarına daha duygusal yanıt verme eğiliminde olabilmektedirler (234). Yeşil ve ark. (2010) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların duygusal tükenme oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır (165). Bu bilgilere dayalı olarak kadınların, duygusal tükenme konusunda hassas ve riskli grup olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda yöneticiler ve ekip arkadaşları ile sorun yaşayan katılımcıların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Meslektaşlar, hastalar ve hasta yakınları ile yaşanan sorunlara göre duygusal tükenme düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Psikiyatri hastanesinde yapılan bir çalışmada meslektaşlarla veya arkadaşlarıyla problem yaşamak diğer bir duygusal stres kaynağı olabildiğinden ve duygusal tükenme ile baş edebilecek kaynaklardan mahrum bıraktığından tükenmişliğin gelişmesine katkı sağladığı belirtilmiştir (130). Çalışmamızda etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bir bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Payne’nin (2001) çalışmasında huzurevinde çalışan hemşirelerin baş etmede etkin bir yöntem olan planlı problem çözme yöntemini sıklıkla kullandıkları ve

dolayısıyla bu yaklaşımın da duygusal tükenmeyi önlemede etkili olabileceği sonucu bulunmuştur (235). Simoni (1997), 440 kişilik bir hemşire gurubunda zorlanma, stresle baş etme yöntemleri, tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Etkin baş etme yöntemlerini kullananların tükenme düzeyleri düşükken etkin olmayan baş etme yöntemlerini kullananların tükenme düzeylerinde daha yüksek bulunmuştur (177). Yakınma, şikayet etme vb. yöntemler kişiyi daha da çözümsüzlük ve öğrenilmiş çaresizlik yaratır. Nitekim öğrenilmiş güçlülük düzeyi ile duygusal tükenme düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu, stres ve sorunlarla başa çıkabilmede başarılı olanlarda duygusal tükenmenin daha az olacağı belirtilmektedir (236). Öğrenilmiş güçlülük kavramı; stresli yaşam olayları ve sorunlarla başa çıkmada bireye yardımcı olan belirli tutumları içeren kişisel özelliklerden biri olarak tanımlanmaktadır. Bireyin stresle başa çıkması geçmiş yaşantıları, deneyimleri ve öğrendikleri ile ilişkilendirilmektedir. Öğrenilmiş güçlülük teorisine göre; güçlülük düzeyi yüksek olan bireyler azimli ve hedefe yöneliktir, stresle daha aktif başa çıkarlar ve problem çözmede daha başarılıdır, negatif duygularını kontrol etmede ve pozitif düşünmede daha iyidirler, kendi eylemlerinin sonuçlarını kabullenirler ve dolayısı ile iş ortamından kaynaklanan olumsuzluklardan daha az etkilenirler (237-240). Duygusal tükenmenin önlenmesi için hemşirelerin bireysel baş etme ve sorun çözme becerilerini kazanmaları önemlidir.

Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş ile duygusal tükenme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmaların bazılarında duygusal tükenme ile yaş arasında ilişki saptanırken, bazı çalışmalarda da böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. Öztürk ve ark. (2008), Ergin ve ark. (2009), yaptıkları çalışmalarda duygusal tükenme ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (243,253). Araştırmalarda meslekteki çalışma süresinin de tükenmişlik boyutlarını etkilemediği de bulunmuştur (241,242). Çalışkan (2010)'ın çalışmasında meslekteki deneyim süresi duygusal tükenme boyutunu etkilememiştir (228). Ergin ve ark., (2009) ise çalışmasında mesleki deneyim arttıkça duygusal tükenmenin de arttığını bildirmiştir (243). Şahin ve ark., (2008) yaptıkları çalışmalarında meslekteki görev süresi ile duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (221). Kurumdaki görev süreleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, Barutçu ve Serinkan (2008) kurumdaki görev süresi arttıkça

duygusal tükenmenin daha az yaşandığını bildirmiştir (244). Aras (2006)'da ebe ve hemşireler üzerine yaptığı çalışmada, kurumda 1 yıldan az çalışanlarda duygusal tükenme puanları, çalışma süresi 11- 15 yıl arasında olan ebe ve hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksek bulunmuştur (245).

Çalışmamızda katılımcıların çocuğunun olup olmamasına göre duygusal tükenme düzeylerinde anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Çocuk sahibi olma ile duygusal tükenme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Erol ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda çocuğu olanlarda, çocuğu olmayanlara göre duygusal tükenmişliğin daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır(246). Ancak çocuk sahibi olma ile duygusal tükenme arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Bektaş ve İlhan'ın (2008), Çimen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda duygusal tükenme ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (247,248) . Karahüseyin (2010) hemşireler üzerinde yaptığı tükenmişlik çalışmasında, hemşirelerin çocuk sahibi olup olmamaları ile duygusal tükenme alt boyutunda anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (249). Bazı çalışmalarda ise çocuğu olanların daha az duygusal tükenme yaşadığı bildirilmiştir. Memiş ve ark. (2013) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları tükenmişlik çalışmasında, çocuk sahibi olup olmama ile duygusal tükenme alt boyutunda anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (250). Çocuk sahibi olmayanlarda duygusal tükenmenin çocuk sahibi olanlara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bektaş ve İlhan'ın (2008), Çimen ve ark. (2012) Karahüseyin (2010) çalışmaları çalışmamızı desteklerken (247-249), Memiş ve ark. (2013)'ün çalışmasıyla çelişmektedir (250).

Çalışmamızda katılımcıların medeni duruma, eğitim durumuna, fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip olup olmamalarına, meslekte yaşanan diğer sorunlara göre duygusal tükenme düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Genel sağlık durumu ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, Sayıl ve ark. (1997) doktor ve hemşireler üzerine yaptıkları çalışmalarında sağlık sorunu yaşayanlarda duygusal tükenmişlik düzeyi anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Aras (2006) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların duygusal tükenme puanı, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (245). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada psikiyatriye çalışan hemşirelerin duygusal tükenme puanları ile medeni durum, eğitim durumu ve psikiyatrik hastalık durumu

karşılaştırıldığında duygusal tükenme ile bu özellikler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (210). Çalışma bulgusuyla benzer şekilde, Sinat ve Kutlu (2009)'nın psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ile ilgili çalışmalarında duygusal tükenme ile medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamışlardır (20). Şentürk (2014)'ün yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik ve medeni durum, eğitim durumu ile duygusal tükenme arasında anlamlı fark saptamamış ve bu çalışmayı destekleyen sonuçlar bulmuştur. Duygusal tükenme ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (9,251,252). Medeni durum ile duygusal tükenme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Öztürk ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada da evli olanların duygusal tükenmişlik puanı bekar olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (253). Ancak medeni durum ile duygusal tükenme arasında anlamlı ilişki saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Kaya ve ark. (2007), Ergin ve ark. (2009), Kaya ve ark. (2010) Çimen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarda duygusal tükenme ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (243,248,254,255). Bekarların evlilere göre daha az sorumluluk sahibi olması, evlilerin de aile yaşantısından sosyal destek alması düşünülecek olursa duygusal tükenme açısından aynı şekilde etkilenmiş olabilirler. Benzer olarak Çam (1992) çalışmasında medeni durum ile duygusal tükenme arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (256). Eğitim durumu ile duygusal tükenme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları, eğitim durumunun hemşirelerin duygusal tükenme düzeyini etkilemediğini göstermektedir (10,219,221,224,248,256,257). Önceki yıllarda yapılan bu çalışmaların sonuçları mevcut çalışmanın bulgularını desteklediği görülmektedir. Eğitim düzeyinin fark yaratması beklenmekte, bunun için hemşirelik eğitiminin iyileştirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların mevcut çalışma şekline göre duygusal tükenme düzeyinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma şekilleri ile duygusal tükenme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda Şahin ve ark. (2008), Bektaş ve İlhan'ın (2008), Fındık ve ark. (2011) çalışmalarında çalışma şekli ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (221,247,258). Sağlık hizmeti dolayısıyla hemşirelik 24 saat devam etmektedir. Hemşirelerin mevcut çalışma şeklini kabullendikleri düşünülebilir.

İkincil Travmatik Stres

Çalışmamızda İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puanı ortalaması $31,59 \pm 10,22$, ortancası 30 olarak saptanmıştır. Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım eden sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada İkincil Travmatik Stres Ölçeği toplam puanı ortalaması $36,46 \pm 13,42$ bulunmuştur (145). Zara ve İçöz ruh sağlığı çalışanları ile yaptığı çalışma da, katılımcıların %44,9'unun ortalamanın üzerinde ikincil travmatik stres, %25,4'ünün yüksek seviyede ikincil travmatik stres yaşadığı belirlenmiştir (27). Askeri sağlık profesyonellerinin örneklem olarak ele alındığı bir araştırmanın sonucunda özellikle hemşirelerin ikincil travmatik stres yönünden yüksek düzeyde risk altında oldukları ortaya konmuştur (259). Hemşireler ile yapılan bir çalışma da; sağlık durumu kötü olan, intihar girişiminde bulunan, şiddet yaşayan, yangın, patlama veya zehirli kimyasal maddeye maruz kalan, ölümü trajik olan hastalara bakım verme ve üzgün hasta yakınları ile iletişim kurma ikincil travmatik strese en çok neden olan durumlar olarak tanımlanmıştır (23).

İkincil travmatik stres düzeyinin kadınlarda, mesleğini istemeyerek seçenlerde, hemşire olmaktan ve psikiyatride çalışmaktan memnun olmayanlarda, yöneticiler ve tedavi ekibiyle sorun yaşayanlarda, yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). İkincil travmatik stres ile ilgili olarak literatürde yer alan çalışmalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde bir taraftan cinsiyetin ikincil travmatik stresin düzeyinde ve belirtilerinde farkları ortaya çıkarabileceğine ilişkin çalışmalar mevcutken (260-263) diğer taraftan cinsiyetin ikincil travmatik stres açısından belirgin bir farklılık yaratmadığına ilişkin bulgular da literatürde yer almaktadır (264-266). Acil servis ve poliklinik çalışanları ile yapılan iki çalışmada kadın katılımcıların travmatik stres belirtilerinin, erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür (263). Birçok çalışmada travma mağdurlarına hizmet veren kadın çalışanların erkeklere göre daha fazla travmatik stres belirtisi gösterdiği saptanmıştır (262,267-269). Cinsel istismar olgularını değerlendiren meslek elemanları ve travma mağdurlarına hizmet veren profesyoneller ile yapılan çalışmalarda katılımcıların cinsiyetlerinin travmatik stres düzeyini etkilemediği bulunmuştur (143). Literatür incelendiğinde, cinsiyetin etkisine ilişkin çalışmamıza benzer ve aksi olan bulgular olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ikincil travmatik stres düzeyi ile etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikayet edip

diğerlerini suçlayıp çözümsüz hisseden katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Görüldüğü gibi etkili başetme yöntemleri kullanamayan kişilerin ikincil travmatik stresi daha yüksektir. Bu bağlamda bazı insanlar aynı travmatik olay sonrasında derin sıkıntılara maruz kalırken diğerlerinin daha az etkilenmesi hatta olayın yaratmış olduğu ikincil travmadan büyüyerek, gelişerek çıkması mümkündür. Başetme yönteminin ve travmatik kişilerle çalışan hemşirelerin bu durumla nasıl başedeceklerini öğrenmelerin önemli olduğu anlaşılmıştır.

Yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde ikincil travmatik stres ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (139,164). Kassam ve Adams meslekte çalışma yılı ile ikincil travmatik stres arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir (270). Gürdil (2014) tarafından yapılan çalışmada yaş, meslekte deneyim süresi, mağdurlarla çalışma süresi ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (143). Bununla birlikte Kahil tarafından yapılan ikincil travmatik stres ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 1-5 yıl ile 11-15 yıl arasında mesleğini gerçekleştirenler arasında fark bulunmuş 11-15 yıl arasında mesleğini sürdürenlerin 1-5 yıl arasında çalışan katılımcılara göre daha fazla ikincil travmatik stres belirtileri sergiledikleri ancak diğer mesleki deneyim süresi sınıflandırmasında katılımcılar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (145). Baird ve Jenkins tarafından yapılan cinsel şiddet mağdurları ile çalışan profesyonellerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelendiği çalışmada genç yaşta olmanın ikincil travmatik stresin ortaya çıkma olasılığını arttıran bir faktör olma özelliği taşıdığı saptanmıştır (271). Dworkin (2016) tarafından yapılan çalışmada genç yaşta olmanın ikincil travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkması bakımından risk faktörü olduğu saptanmıştır (272). Bauwens ve Tosone tarafından yapılan 11 eylül terör olaylarının ardından sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyleri incelenmiş ve demografik değişkenlerden yaşın önemli bir faktör olduğu ileri yaştaki çalışanların ikincil travmatik stres düzeylerinin genç yaşta olanlara göre düşük bir düzeyde olduğu bulunmuştur (273). Yapılan başka çalışmalarda, mesleki deneyim süresi ile dolaylı travmatizasyonun negatif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (274,275). Robinson-Keiling (2014)

tarafından yapılan çalışmada da birkaç yıl deneyimi olan genç profesyonellerin deneyimli olan profesyonellere göre daha fazla ikincil travmatik stres belirtileri sergileyebilecekleri saptanmıştır (276). Rzeszutek (2016) tarafından yapılan çalışmada terapist ve psikiyatristlerin ikincil travmatik stres bozukluğu belirtileri incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; yaş, deneyim yılı ve destek sistemine göre terapist ve psikiyatristler arasında farklılığın olduğu saptanmıştır (277). Bu bağlamda literatürde yer alan çalışmaların meslekte çalışma yılı bakımından birbirleri ile örtüşmediği görülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumlarına, medeni durumlarına ya da çocuk sahibi olup olmamalarına göre ikincil travmatik stres düzeyinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p<0,05$). Zerach ve Shalev'in (2015) psikiyatri ve toplum/halk sağlığı hemşireleri ile yaptığı çalışmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, eğitim düzeyi ile ikincil travma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (278). Hemşirelerle yapılan bu çalışma sonucu bizim çalışmamızın sonucuyla örtüşmektedir. Ayrıca literatürde ikincil travmatik stres ve eğitim düzeyi arasında ilişkinin olmadığını gösteren çeşitli araştırma sonuçları yer almaktadır (145,164,264,275). Sosyal hizmet çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi ile ikincil travmatik stres belirtileri arasında bir ilişki bulunmamıştır (275). Ancak eğitim düzeyinin etkisine ilişkin farklı çalışma sonuçları da bildirilmiştir. Ewer (2014) tarafından yapılan çalışmada alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerle çalışan profesyonellerden eğitim düzeyi düşük olanların eğitim düzeyi daha yüksek olan katılımcılara oranla daha fazla ikincil travmatik stres bozukluğu belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (276). Çalışmaların bulguları demografik özelliklerin ikincil travmatik stres düzeyine etkisi hakkında bir sonuca varmayı güçleştirmektedir. İkincil travmatik stresin psikiyatri hemşirelerinde sıklıkla araştırılmadığı görülmektedir. Konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu

Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilen Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu alt ölçeği toplam puanı ortalaması $14,15\pm 9,26$, ortancası 12 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %34'ünün orta düzeyde (9-16 puan), %35'inde ise yüksek düzeyde (>17 puan) merhamet yorgunluğu yaşadığı belirlenmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu üzerine yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmakta olup bu çalışmalar çoğunlukla hemşireler üzerinde yapılmıştır (34,280, 281). Psikiyatri

hemşirelerinde yapılan bir çalışmada “eşduyum yorgunluğu” puan ortalaması $12,45 \pm 7,92$ olarak bulunmuştur (229). Berger ve ark. (2015)’nin yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma alanlarına göre merhamet yorgunluğu ortalamaları; pediatri yoğun bakım ünitesinde $51,6 \pm 9,0$, cerrahi ünitesinde $51,9 \pm 10,2$, onkoloji ünitesinde $50,3 \pm 13,0$, acil serviste $49,9 \pm 9,7$ ve psikiyatri servisinde $52,0 \pm 7,0$ olduğu saptanmıştır(282). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yoder (2010)’in çalışmasında kronik hastalığı olan hastalara bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğu ortalamasının $14,1 \pm 7,8$ olduğu bulunmuştur (33). Yeşil ve ark, tarafından yapılan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak doktor ve hemşirelerin örnekleme oluşturduğu çalışmada; Merhamet/Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği toplam puanı ortalaması ise $14,63 \pm 7,23$ olarak saptanmıştır (165). Bu çalışma sonuçlarında bildirilen merhamet yorgunluğu düzeylerinin çalışmamızın sonucuyla çok benzer düzeyde olduğu görülmektedir.

Merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyinin de kadınlarda, hemşire olmaktan memnun olmayanlarda, yöneticiler ve hemşire meslektaşlarla sorun yaşayanlarda, psikiyatrik tedavi gören ve yardım almayı düşünenlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Mangoulia ve ark. (2015) çalışma sonuçlarına göre kendi isteği ile psikiyatri servisinde çalışan, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerde şefkat yorgunluğu düşük olarak bildirilmiştir (18). Aynı çalışma sonucuna göre psikiyatri hemşirelerinin şefkat yorgunluğu açısından %44.8’inin puanı yüksek, %43.7’sinin orta, %11.5’inin düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca; cinsiyeti kadın olan, psikiyatri servisinde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerde şefkat yorgunluğu daha yüksek görülmüştür. Coşkun ve ark. (2015) psikiyatri hemşireleri ile yürüttüğü çalışmasında kadınlarda eşduyum yorgunluğu düzeyinin erkeklere göre yüksek olduğunu saptamıştır (229). Yeşil ve ark. (2010) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında, kadın katılımcıların eşduyum yorgunluğu oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır (165). Merhamet yorgunluğunun daha çok kadın hemşirelerde meydana geldiği tespit edilmiştir (283). Hooper ve ark. (2010)’nin yaptığı çalışmada tüm birimlerde çalışan kadın hemşirelerin erkeklere göre merhamet yorgunluğu anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (284). Denk ve Köçkar (2018)’in hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada merhamet yorgunluğunun kadınlarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (285). Bu bilgilere dayalı olarak kadınların eşduyum yorgunluğu konusunda riskli grup olduğu söylenebilir.

Başkale ve ark. (2016)'ın yaptıkları çalışmada hemşirelerin yardım gereksinimlerinin kadınlarda daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (286). Harlan'ın (2004) yaptığı çalışmada da erkek ve kadın çalışanların stresle başa çıkma tarzlarının farklı olduğu görülmüş ve iki cinsiyet karşılaştırıldığında merhamet yorgunluğunun daha çok kadınlarda yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (287). Çalışmamızda başatma biçimleri arasında psikiyatrik destek alan katılımcıların merhamet yorgunluğu yüksek bulunmuştur ($p=0.01$). Aynı zamanda fiziksel hastalıklarının olup olmamasına göre merhamet yorgunluğu düzeyleri anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Olumsuz psikolojik sonuçlarla karşı karşıya kalan hemşirelerin profesyonel yardım alması gerekebilmektedir. Önemli olan merhamet yorgunluğunu önlemek ve riskli grubu erken tespit etmektir. Yardım edici profesyoneller eşduyum yorgunluğundan kendilerini çeşitli kişisel ve profesyonel öz-bakım stratejileri ile koruyabilirler. Yassen (1995) eşduyum yorgunluğunun önlenmesinin üç düzeyde gerçekleştirilebileceğini öne sürmektedir. Bunlar birincil (eğitim, farkındalık çalışmaları ve öz-bakım planları aracılığıyla), ikincil (destek grupları, süpervizyon ve konsültasyon yoluyla) ve üçüncül (bilgilendirme, müdahaleler ve bireysel terapi yoluyla) korumadır (288). Meadors ve Lamson'un (2008) belirttiğine göre hemşireler bireysel ve profesyonel yaşamları arasındaki dengeyi sağlayamadığında ve kendilerini ihmal ettiklerinde merhamet yorgunluğu belirtilerini tanılamakta güçlük çekebilirler ve hastalarına bakım verme konusunda yetersizlik yaşayabilirler. Bu nedenle merhamet yorgunluğunu önleme ya da iyileştirmede uygulanabilecek bireysel, profesyonel ve örgütsel düzeyde stratejiler geliştirilmiştir (144). Hemşirelerin bu stratejiler konusunda eğitim alması ve bilgilerini kullanması merhamet yorgunluğu açısından koruyucu bir faktör olacaktır (289).

Çalışmamızda diğer psikolojik sonuçlarla mesleği kendi isteyerek seçme, psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olma ile ilişkili iken merhamet yorgunluğunu etkilemediği bulunmuştur. Sadece hemşire olmaktan memnun olmayanların merhamet yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.03$). Bu sonuç mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerin sonraki eğitim ve çalışma yaşamında hemşire olmaktan memnun olabildiğini ya da tam tersinin geçerli olabildiğini ve merhamet yorgunluğuna da özellikle “şu anda-şimdi hemşire olmaktan memnuniyetin” katkı sunduğunu göstermektedir. Kelly ve arkadaşları (2015) da acil

bakım hizmetlerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada merhamet yorgunluğunu etkileyen önemli değişkenlerin mesleğini severek yapma ve mesleğini yapmaktan memnun olma durumu olduğunu tespit etmişlerdir (290). Yeşil ve ark. (2010)'nın hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin işlerini sevmiyor olmalarının merhamet yorgunluğu puanını artırdığı bulunmuştur (165). Hemşire olmaktan memnun olmayan hemşirelerin mutsuz olması, mesleki tatminlerinin düşmesi yanı sıra merhamet yorgunluğu riskinin de arttığı görülmektedir. Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada işinden memnun olan, hemşireliği seven ve tekrar imkânı olsa hemşireliği seçebileceğini ifade eden hemşirelerin iş doyumunun yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bu durumu bireyin istediği, sevdiği, kişiliğine uygun olduğunu düşündüğü bir işte çalışıyor olmasının iş doyumunu olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlamıştır (288). Erçevik ve ark. yapmış olduğu çalışmada başarılı olmak ve meslekten tatmin olmak amacıyla bireylerin, gelecekte meslek yaşantılarında, mesleklerinden ne beklediklerine ilişkin fikirlerin araştırılmasının gerekli olduğu bildirilmektedir (191). Olumlu profesyonel kimlik oluşturma, yüksek nitelikli bir hemşirelik bakımı verilmesine ve bireyler için bakımda memnuniyetin artmasına neden olacaktır (292,293).

Merhamet yorgunluğuyla ilgili bilgiler daha çok hastayla ilişkiye odaklanmıştır. Ancak çalışmamızda yöneticiler ve hemşire meslektaşlarıyla hemşirelerin ilişkisinin ortaya çıkması dikkat çekici bir sonuçtur. Çalışma arkadaşları, yöneticiler de iş ortamında önemli stres kaynaklarıdır ve onlarla ilişkinin niteliğinin de önemli olduğu görülmüştür. Bu değişkenin tükenmişlikle ilişkisi bilinmektedir (294-297) ve merhamet yorgunluğuna etkisinin ise araştırılması gerektiği önerilmektedir.

Çalışmamızda yaş, meslekteki toplam hizmet süresi, psikiyatri alanındaki toplam hizmet süresi, haftalık ortalama çalışma süresi ve mesai sürecinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile merhamet yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak literatürde incelenen çalışmalarda elde edilen sonuçların çalışmamızı desteklemediği görülmektedir. Star'ın (2013) yaptığı araştırma sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (299). Watkins'in (2014) araştırma sonucunda sağlık profesyonellerinin kurumdaki toplam hizmet sürelerinin artması ile merhamet yorgunluğu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (300). Aynı şekilde Katula'nın (2015) yaptığı araştırma sonucuna

göre de hizmet süresi 11 yıldan fazla olan çalışanlarda merhamet yorgunluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır (301). Çalışmamızda hastanede psikiyatri servisinde gece nöbet tutma veya gündüz çalışma durumu, bir vardiyadaki çalışma saati, bakılan hasta sayısı, haftalık çalışma saatine göre merhamet yorgunluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yoder (2010)'ın çalışmasında, merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının gündüz vardiyasında $12,7\pm5,6$, akşam vardiyasında $11,3\pm5,5$ ve gece vardiyasında $12\pm5,8$ olduğu ve vardiya şekli ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (33).

Yaptığımız çalışmada medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu değişkenleri ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Son yıllarda Özan (2019) tarafından yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışma da medeni duruma, eğitim durumuna göre merhamet yorgunluğu düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir (302). Ülkemizde yapılan bu çalışmanın sonucu ile çalışmamızın sonucu benzer ise de bildirilen bazı çalışmalar da ise medeni durumun etkilediği görülmektedir. Sacco ve ark. (2015)'nın çalışmasında, hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt boyutu bekâr olan hemşirelerde daha yüksek düzeyde bulunmuştur (303). Chatterton (2014) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin boşanmış olan hemşirelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (304). Literatürde yer alan bu çalışmalara bakıldığında sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun özellikle psikiyatri hemşirelerinde araştırılmaya, etkileyen faktörlerin belirlenmesine duyulan ihtiyacın devam ettiği anlaşılmaktadır.

Psikolojik Sonuçların Birbiriyle İlişkisi

Çalışmamızda katılımcıların son bir ayda yaşadıkları iş stresi ile işe bağlı gerginlik, depresyon, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde düşük, duygusal tükenme düzeyleriyle ise pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların işe bağlı gerginlikleri ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların depresyon düzeyleri ile duygusal tükenme ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde, merhamet/eşduyum yorgunlukları ile ise pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri ile ikincil

travmatik stres ve merhamet/eş duyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri ile merhamet/eş duyum yorgunluğu düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur. Yaşanan iş stresinin sonuçlarının incelendiği çalışmalarda iş stresinin duygusal tükenmeyi arttırdığı (306); tükenmişliğe yol açtığı birçok çalışmada (298,305-307) bildirilmiştir. Kilfedder ve arkadaşlarının çalışmasında psikiyatri hemşirelerinde emosyonel tükenme görüldüğü ve stres puanlarının yüksek olduğu, bu durumun ise negatif affektiviteyi arttırdığı saptanmıştır (308). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada merhamet yorgunluğu artarken duygusal tükenmenin arttığı belirlenmiştir (18). Polat ve Erdem (2017) tarafından yapılan bir çalışmada da duygusal tükenme ve eşduyum yorgunluğu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (309). Smart ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada merhamet yorgunluğu ile duygusal tükenme arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0,580$; $p<0,001$) (310). Romeo-Ratliff, çalışmasında onkoloji biriminde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,60$; $p<0,001$) (283). Hinderer ve ark. (2014)'nin çalışmasında duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğu arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<,0001$) (311). Meyer ve ark. (2015) tarafından çocuk kliniği hemşireleri ile yapılan çalışmada, merhamet yorgunluğunun iş doyumunu etkilediğini, bunun yanında tükenmişlik ile merhamet yorgunluğunu arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermişlerdir (312). Dogbey (2008)'in çalışmasında merhamet yorgunluğu ve duygusal tükenme arasında da pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,78$; $p<,01$) (313). Cieslak ve ark. (2014)'nin 41 araştırma ile yaptığı meta-analiz, çalışmasında duygusal tükenme ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkilerin güçlü olduğunu gösterilmiştir ($r=0,69$) (314). Alkema ve ark. (2008) çalışmasında, düşük merhamet yorgunluğu ve duygusal tükenme düzeyleri ile arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (315). Hegney ve ark. (2014), hemşirelerde anksiyete, depresyon, tükenmişlik durumu ve merhamet yorgunluğu arasında anlamlı ilişkiler saptamışlardır (316). Hemşirelerde ortaya çıkabilecek bu psikolojik sonuçların birbirleriyle ilişkili olması bir taraftan beklenir bir sonuçken diğer taraftan bu kavramların tanımları ve özellikle ayırtilmesi konusunda sorunlar olabildiğini düşündürmektedir. Kişinin yaşadığı psikolojik sonuç bu sayılardan biri olabilmekteyken birbirlerinin yerine de kullanılabilme riski taşımaktadır. Stamm (2005)'in değerlendirmesine göre, duygusal tükenme, merhamet yorgunluğunun bir boyutu olarak önerilmekte olup aslında daha

sıklıkla merhamet yorgunluğunun bir sonucu ya da çıktısı olarak konumlandırılmaktadır (40). Abbaszadeh ve ark. (2017) ise 191 hemşire ile yaptığı çalışma sonucunda merhamet yorgunluğu ile duygusal tükenme arasında bir korelasyon görülmemiştir ($r=0,087$; $p=0,223$) (317). Bu durum merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin iki ayrı kavram olduğu olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Hemşireler; insanların sağlığını geliştirecek bilgi birikimleri olan eğitim ve deneyimleri nedeni ile hastalığın tedavisinden olduğu kadar toplumun sağlığının geliştirilmesinden de sorumlu olan kişilerdir. Başka insanlara sağlık hizmeti götüren hemşirelerin tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halinin sürekliliği büyük önem taşımaktadır (318).



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri yataklı servisinde çalışan hemşirelerin iş stresi, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres, merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyini, sıklığını, etkileyen faktörleri belirlemek ve iş stresinin diğer psikolojik sonuçlarla ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin son bir ayda yaşadıkları iş stresi ile işe bağlı gerginlik, depresyon, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde düşük, duygusal tükenme düzeyleriyle ise pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur.
- Katılımcıların işe bağlı gerginlikleri ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve merhamet/eşduyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmuştur.
- Katılımcıların depresyon düzeyleri ile duygusal tükenme ve ikincil travmatik stres düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde, merhamet/eşduyum yorgunlukları ile ise pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur.
- Katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri ile ikincil travmatik stres ve merhamet/eş duyum yorgunlukları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.
- Katılımcıların ikincil travmatik stres düzeyleri ile merhamet/eş duyum yorgunluğu düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmuştur.
- Mesleklerini istemeyerek seçen katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların iş stresi düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan ve psikiyatriden destek alan katılımcıların bu baş etme davranışlarını kullanmayan katılımcılara göre iş stresi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

- Mesleğini isteyerek seçmeyenlerin işe bağlı gerginlik puanının yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Yöneticiler, ekip arkadaşları, meslektaşları ve hastalarla sorun yaşayan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatriden destek alan katılımcıların işe bağlı gerginliklerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerin depresyon puanının yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşire olmaktan memnuniyet duymayan hemşirelerin depresyon puanının yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Etkili problem çözme yöntemini kullanmayan, stresin beden ve duygularda etkisini azaltıcı yöntemler kullanan, psikiyatriden destek alan, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayıp ve çözümsüz hisseden katılımcıların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Fiziksel ve ruhsal hastalığa sahip katılımcıların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Kadın katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Mesleğini isteyerek seçmeyenlerin duygusal tükenme puanının daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

- Katılımcıların psikiyatri alanında çalışmaktan memnuniyet duymayan katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Yöneticiler ve ekip arkadaşları sorun yaşayan katılımcıların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bir bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayan ve çözümsüz hisseden katılımcıların duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Mesleğini istemeyerek seçen katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun olmayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Yöneticiler ve ekip arkadaşları ile sorun yaşayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- İkincil travmatik stres düzeyi ile etkili problem çözme yöntemlerini kullanamayan, başka bölüme geçmeyi talep eden, yakınıp şikâyet edip diğerlerini suçlayıp çözümsüz hisseden katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Kadın katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Hemşire olmaktan memnun olmayan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Psikiyatriden destek alan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

- Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların merhamet yorgunluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Psikiyatri servisinde çalışan kadın hemşirelerin erkeklere göre daha riskli grupta olduğunun farkında olunması, erken tespitin, önleyici ve müdahale edici uygulamaların yapılmasının gerektiği,
- Hemşirelik mesleğini seçme biçimi ve hemşire olmaktan memnun olup olmamanın psikolojik sonuçlara etkisine yönelik metaanaliz çalışmalarının yapılması gerektiği,
- Psikiyatri servislerinde isteyerek çalışmanın iş stresi ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldüğünden, bu alanlarda psikiyatriye ilgisi olan veya bu alanlarda çalışmak isteyen kişilerin daha çok istihdam edilmesi,
- Hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilerek, genel olarak iş yaşamında memnun olmalarını ve bölümü isteyerek seçmelerini sağlayacak gerekli çalışmaların yapılması,
- İş stresi ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eşduyum yorgunluğu arasındaki farkların ortaya konmasına ihtiyaç olduğu,
- Psikolojik sonuçları önlemeye yönelik uygulanan müdahalelerin iş stresi, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eşduyum yorgunluğunu azaltmadaki etkisinin birlikte değerlendirilerek araştırılması gerektiği,
- Hasta ile ilişki kadar ekip, meslektaşlar ve yöneticilerle hemşirelerin ilişkisinin de psikolojik sonuçların gelişmesinde önemli olduğu görüldüğünden, psikiyatri servisinde çalışanların birbirleriyle ilişkilerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda müdahale uygulamalarına ihtiyaç olduğu,
- Hemşirelerin ruh sağlığını korumak ve sürdürebilmek amacı ile gerektiğinde ulaşabilmeleri için, çalıştıkları hastanede veya dışarıdan alınacak bir hizmetle psikolojik danışmanlık verilmesinin yararlı olabileceği,
- İş stresi bireyi çok yönlü etkilemesinin yanında kurumu da etkileyerek, kurumda deneyimli personel kaybına ve buna bağlı kurumsal sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştığı stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesine yönelik çalışmaların gerektiği,

- Kurumda eğitim hemşiresinin düzenli yürüteceği stresle etkili bir şekilde baş etme yöntemleri eğitimi ve tekrarlar pekiştireceği eğitimler yürütülmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerektiği,
- Psikiyatri hemşireleriyle diğer servislerde çalışan hemşirelerin yaşadığı psikolojik sonuçların karşılaştırılmasına ihtiyaç olduğu görülmüş ve öneriler sıralanmıştır.



KAYNAKLAR

1. Canbaz S, Sünter T, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. “Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu Ve İşe Bağlı Gerginlik”, *Hemşirelik Forumu*, 2005, 4: 30-34.
2. Wang SM, Lai CY, Chang YY, Huang CY, Zauszniewski JA, Yu CY. “The relationships among work stress, resourcefulness, and depression level in psychiatricnurses”, *Arch PsychiatrNurs*, 2015, 29(1): 64-70
3. Matos PS, Neushotz LA, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick J. An Exploratory Study of Resilience and Job Satisfaction Among Psychiatric Nurses Working in Inpatient Units. *International Journal of Mental Health Nursing* ,2010, 19: 307-312.
4. Muscroft C, Hicks C. A Comparison of Psychiatric Nurses’ and General Nurses’ Reported Stress and Counselling Needs: A Case Study Approach. *Journal of Advanced Nursing* ,1998, 27: 1327-1325.
5. Leka S, Hassard J, Yanagida A. Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *J PsychiatrMent Health Nurs*, 2012,19:123-131.
6. Tyler PA, Ellison RN. “Sources of stressandpsychologicalwellbeing in high-dependencynursing”, *J Adv Nursing*, 1994, 19: 469-476.
7. Abd El-aal, Hassan NI. “Relationships between staff nurses’ satisfactionwithquality of workandtheirlevels of depression, anxiety, andstress in criticalcareunits”, *Journal of Amerikan Science*, 2014,10(1s): 91-101.
8. Binbay T, Direk N ve ark. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014,25(4):264-81.
9. Akyüz İ. “Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi”, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 2015, 3(1), 21-34.

10. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2006,7(2):100-108.
11. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 2012,26(3):177–182.
12. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* ,1996, 4(1): 28–33.
13. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an Understanding of The Burnout Phenomenon. *J ApplPsychol*,1986, 71(4):630–640.
14. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Nobel YayınDağıtım, Ankara, 2006:17–93.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 52(1):397–422, 2001.
16. Kantek F, Kabukcuoğlu K. Hemşirelerde tükenmişlik: İlgili faktörlerin meta analizi. *Journal of Human Sciences*, 2017,14(2), 1242-1254. doi:10.14687/jhs.v14i2.4431.
17. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik YüksekokuluElektronik Dergisi*, 2010, 3(1), 40–51.
18. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G. Katostaras Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in greece. *Arch PsychiatrNurs*, 2015, 29:333–338.
19. Edwards D, Burnard P, Hannigan B, Cooper L, Adams J, Juggessur T etal.Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs*,2006,15:1007-1015.
20. Sinat Ö, Kutlu Y." Psikiyatri Kliniğinde çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik", *İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi*, 2009, 17(3);174-183.

21. Pinikahana J, Happell B. "Stress, burnout and job satisfaction in rural psychiatric nurses: A Victorian Study", *The Australian Journal of Rural Health*, 2004, 12: 120-125.
22. McCann L, Pearlman LA. "Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims". *Journal of Traumatic Stress*, 1990, 3 (1): 131-149.
23. Komachi M, Kamibeppu K, Nishi D, Matsuoka, Y. "Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses working in hospitals". *International Journal of Nursing Practice*, 2012, 18: 155–163.
24. Bride B. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work*, 2007, 52: 63-70.
25. Hyman O. Perceived social support and secondary traumatic stress symptoms in emergency responders. *J Trauma Stress*, 2004, 17: 149-156.
26. Ortlepp K, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *J Trauma Stress*, 2002, 15: 213-222.
27. Zara A, İçöz FJ. "Türkiye'de ruh sağlığı alanında travma mağdurlarıyla çalışanlarda ikincil travmatik stres". *Klinik Psikiyatri*, 2015, 18: 15-23.
28. Figley C. R. Compassion Fatigue: Psychotherapists Chronic Lack of Self Care, *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58(11).
29. Figley CR. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized. Brunner-Mazel, New York, 1995.
30. Jourdain G, Chenevert D. Job demands-resources burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010; 6: 709-722.
31. Ledoux K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *J Adv Nurs*, 2015, 71: 2041–2050.

32. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J AdvNurs*, 2010, 66:1819–1831.
33. Yoder EA. Compassion Fatigue in Nurses, *Applied Nursing Research*, 2010, 23: 191–197.
34. Uslu E, Buldukoğlu K. Psikiyatri Hemşireliğinde Şefkat Yorgunluğu: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2017; 9:421-30.
35. Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health*, 1997, 3:204-209.
36. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med*, 1999, 29:421-433.
37. Firth H, McKeown P, McIntee J. Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. *Int J Nurs Stud*, 1987, 24:227-237.
38. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burn out? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009, 43:373-385.
39. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma, 2002.
40. Stamm B. The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales. Institute of Rural Health. Sidan Press, 2005.
41. Tanış Y. *Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi; İstanbul, 1996.
42. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı*. İstanbul Tıp Kitapevi 1. Baskı 2014;5-19.

43. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Editör; Kum N. Vehbi Koç Vakfı Yayınları İstanbul 1996;1-3.
44. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(3):187-193.
45. Varcarolis EM, Halter MJ. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care. Saunders Elseiver, 2009.
46. Johnson, B. S. Psychiatric Mental Health Nursing “Adaptation and Growth”. 4th ed., Lippincott, Philadelphia, 1997, 10-17.
47. Otong DA. Psychiatric Nursing: Biological&Behavioral Concepts. Thomson, USA, 2003, 3-21.
48. Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE. Psychiatric Nursing. 5th ed., Mosby Elsevier, America , 2007,1-14.
49. Carson VB, Arnold EN. Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey. W.B. Saunders, USA, 1996, 11-29.
50. Varcarolis EM. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed., W.B. Saunders, USA, 1998, 10-25.
51. Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed., Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2004,3-15.
52. Adams IT. The Evaluation of Psychiatric/Mental Health Nursing. Birckhead, L. H. (Ed.). Psychiatric Mental Health Nursing: The Therapeutic Use of Self. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, 3-14.
53. Stuart GW, Sundeen SJ. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Mosby Year Book, USA, 1991, 4-35.
54. Boyd MA. Psychiayric Nursing Contemporary Practice. 4th ed., Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins,2008,46-55.

55. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2006). Oryantasyon Kitapçığı, İstanbul.
56. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Etam A.Ş., Eskişehir,1992, 2-10.
57. T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. 25.04.2007. Sayı:26510 Sayılı, Başbakanlık Basımevi, Ankara.Erişim Tarihi: 24.06.2019 Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2019.
58. T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 08.03.2010. 27515 Sayılı, Başbakanlık Basımevi, Ankara. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>, Erişim Tarihi: 24 Haziran 2019.
59. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği. 04.02.2014. 28903 Sayılı, Başbakanlık Basımevi, Ankara. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/02/20140204-2.htm> , Erişim Tarihi: 24 Haziran 2019.
60. Graham H. *Stresi Kendi Yararınıza Kullanın*, Çev: M. Sağlam- T. Tezcan. Al-fa Yayınları: İstanbul,1999.
61. Selye H. Stress Without Dissress. New York: J.B.Lippencott Comp,1974.
62. Baltaş A, Baltas Z . *Stres ve Başa çıkma Yolları* (21.Basım), İstanbul: Remzi Kitapevi,2002.
63. Folkman S, Lazarus S, Gruen R J, De-longis A. Appraisal, coping, healt status and psychological symp-toms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50/3, 571-579.
64. Lazarus R S, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer,1984.

65. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, 44, 1-21.
66. Özbay Y, Şahin B. Stresle Başa çıkma Tutumları Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. IV. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Ankara: 1997, 1-3 Eylül.
67. Clegg A. “Occupational Stres in Nursing: a Review of the Literature”, *Journal of Nursing Managemet*, 2001, 9(2):101–106.
68. Yavuz M, Demir F, Dramalı A. “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Stres”, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 2000: 78-79.
69. Dinçer Ö, Fidan Y. *İşletme Yönetimi*, Beta Yayınları, İstanbul, 1996.
70. Arat M. *Kriz ve Stres Yönetimi*, 1. Baskı, Lisans Yayıncılık, İstanbul, 2010.
71. Schermerhorn JR. *Management*, 5th Edition, John Wiley & Sons Inc., USA, 1996.
72. Gökgöz H. *Stresin Çalışanların Performansı Üzerine Etkisi: Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma (Tez)*. Trakya Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Edirne, 2013.
73. Ertekin Y. Stres ve Yönetimi. TODAİE, Ankara, 1993.
74. Ekinci H, EKİCİ. “Yöneticiler Üzerindeki Etkileri Açısından Stres Kaynakları ve Bir Uygulama”, *U. Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, C. 22, S. 2, 2003, ss.93-111
75. Özen HÖ. “Çalışanların Cinsiyetine Göre Örgütsel Stresten Etkilenme Düzeyleri: Zonguldak İlinde Görevli Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma”, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 2013, 4(8): 74-95.
76. Eğin A. *Çalışma Hayatında İş Stresi Ve Tükenmişlik (Tez)*. Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2015.

77. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 24. Baskı, Remzi Kitapevi, İstanbul, 2008.
78. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. *Örgütsel Psikoloji*, 3. Baskı, Alfa Yayınları, Bursa, 1998.
79. Özgüven İE. *Endüstri Psikolojisi*, 1. Baskı, Pdrem Yayınları, Ankara, 2003.
80. Gamsız Ş. *Öğretmenlerde Stres Kaynakları, Öz Yeterlik, A Tipi Kişilik Ve İş Doyumu* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Trabzon, 2013.
81. Yazıcı AS. “Stres Yönetimi”, Tatar Baykal, Ü., Ercan Türkmen, E. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*, Akademi Yayıncılık, İstanbul, 2014.
82. Sökmen A. “Konaklama İşletmelerinin Yöneticilerinin Stres Nedenlerinin Belirlenmesinde Cinsiyet Faktörü: Adana’da Ampirik Bir Araştırma”, *AİBÜ-İİBF Ekonomik Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2005, 1: 1-27.
83. Sökmen A. *Yönetim Ve Organizasyon*, 1. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2010.
84. Ertürk M. *İşletme Biliminin Temel İlkeleri*, 8. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011.
85. Aytaç S. *İş Stresi Yönetimi El Kitabı İş Stresi: Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları, Yönetimi*, Labour Ministry-CASGEM, Ankara, 2009.
86. Soysal A. “Farklı Sektörlerde Çalışan İşgörenlerde Örgütsel Stres Kaynakları: Kahramanmaraş Ve Gaziantep’te Bir Araştırma”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2009, 14(2): 333-359.
87. Soysal A. “İş Yaşamında Stres”, *Çimento İşveren Dergisi*, 2009, 23(3): 17-40.
88. Eren E. *Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi*, 15. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2015.

89. Eren Gümüştekin G, Öztemiz B. “Örgütlerde Stresin Verimlilik ve Performansla Etkileşimi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2005, 14(1): 271-288.
90. Bahar E. *İşletme Becerileri Grup Çalışması*, 1. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, 2006.
91. Uyer G. *Hemşirelik Ve Yönetim*, Hürbilek Mabaacılık, Ankara, 1993.
92. Healy S, Tyrell M. “Stress In Emergency Departments: Experiences Of Nurses And Doctors”. *Emergency Nurse*, 2011, 19(4): 31-37.
93. Tarhan M, Dalar R. “Hemşirelerin Ruh Sağlığı Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1(2): 25-3.
94. Balaban J. “Temel Eğitimde Öğretmenlerin Stres Kaynakları Ve Başa Çıkma Teknikleri”, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2000, 7(7): 188-195.
95. Mehta RK , Singh IK. “Stress Among Nurses Working In Critical Care Areas At A Tertiary Care Teaching Hospital Nepal”. *Journal Of Chitwan Medical College*, 2014, 4(10): 42-48.
96. Jones G, Hocine M, Salomon J, Dab W, Temime L.” Demographic And Occupational Predictors Of Stress And Fatigue In French Intensive-Care Registered Nurses And Nurses’ Aides: A Cross-Sectional Study”. *International Journal Of Nursing Studies*, 2015, 52(1): 250-259.
97. Pettigrew AC. “Self-Management: Stress and time”, Yoder-Wise PS. *Leading and Managing in Nursing*, 3. Edition, Mosby Elsevier, Missouri, 2003: 413-422.
98. Cox, KS, Lacey SR. “Managing time and stress”, Huber, D.L. *Leadership and nursing care management*, 4. Edition, Saunders Elsevier, Missouri, 2010: 130-143.

99. Yeşiltaş A, Gül İ. “Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler Ve Tercih Nedenleri”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 4(2): 74-87.
100. Simmons BL, Nelson DL. “Eustress At Work: The Relationship Between Hope And Health İn Hospital Nurses”, *Health Care Management Review*, 2001, 26(4): 7-18.
101. Gelsema TI, Van Der DM, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoe-ven C. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of Nursing Management* 2006, 14, 289–299.
102. AbuAlRub RF. Job Stress, Job Per-formance and Social Support Among Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*,2004, 36/1, 73-78.
103. Küllü Z. *Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi* (Tez). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Kayseri, 2008.
104. Alper Y. Depresyon Psikoterapisi. İstanbul, Alfa Yayınları, 2001.
105. Helvacı Çelik Ç, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*.2016, 6(1): 51-66.
106. Gezer E. *Stres Veren Yasam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi* (Tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi; Ankara, 2008.
107. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Bayt Yayınevi, 14. Baskı, 2016.
108. Sayıl I, Özgüven HD. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı s.235, Antıp AŞ,Ankara, 2000.
109. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003, s.20–32.

110. Sevinç Ş. *Astımlı Çocukların ve Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Tez). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Diyarbakır, 2009.
111. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
112. Tezcan AE. Depresyonun Ayırıcı Tanısı. *Duygudurum Dizisi* 1(2):77-98, 2000.
113. Öztürk MO. *Ruh sağlığı ve Bozuklukları* s.293-317, Feryal matbaası, Ankara,2004.
114. Ertuğrul E. *Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi* (Tez). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Zonguldak, 2010.
115. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*, 2009, 3, 346-353.
116. Freudenberger NJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974.; 30.159-165.
117. Arı GS, Bal EÇ. "Tükenmişlik Kavramı: Bireyler ve Örgütler Açısından Önemi, ." *Yönetim ve Ekonomi* , 2008, 15(1): 131-148.
118. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*,2005; 20(2) : 95-108.
119. Maslach C, Jackson ES. "The Measurement of Experienced Burnout." *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2 : 99-113.
120. Çam O. Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1998; 14(1): 81-93.

121. Buldukoğlu K, Doğan S. Stres ve hemşirelik. Sağlık Bakanlığı Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara, 1995.
122. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 2003; 40: 807- 27.
123. Fairbrother CA, Paice JA. Life's Final Journey: The Oncology Nurse's Role. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2005; 9 (5): 575-9.
124. Girgin G. *İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi Ve Bir Model Önerisi*(Tez).Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi; İzmir, 1995.
125. Cordes Cynthia L, Dougherty TW. A Review and in Integration of Research on Job Burnout. *Acad Manag Rev* 18(4):621–656, 1993.
126. Aslan H, Coşkun S, Alpaslan N ve ark. Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerde Tükenme, İşe Bağlı Gerginlik, A-Tipi Kişilik Ve Mükemmeliyetçilik. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2000, 25: 135-141.
127. Etzion D, Eden D, Lapidot Y. Relief From Job Stressors and Burnout. Reserve Service as a Respite. *J Appl Psychol* 83(4):577–585, 1998.
128. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,2004; 7(1) : 71-80.
129. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *J Ist Faculty Med* 2005; 68 : 29- 32.
130. Kaçmaz N.Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 2005, 8,67-77.

131. Gödelek E. *Üç Farklı İş Kolununun (Tekstil, Boya Ve Çimento) Psiko-Sosyal Stres Faktörleri Yönünden Karşılaştırılması*(Tez). Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yayınlanmamış Doktora Tezi; Ankara,1988.
132. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etiler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012, 13(1): 51-58.
133. Beck CT. “Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review”. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011, 25 (1): 1-10.
134. Yeşil A, Aker T,Sezgin U. “Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler”. *Düşünen Adam*, 2009, 22 (1-4): 9-17.
135. Brian, E. “Prevalence of secondary traumatic stress among social workers”. *Social Work*, 2007,52 (1): 63-70.
136. Hiçdurmaz D, İnci F. “Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi”. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*,2015, 7 (3): 295-303.
137. Maytum, JC. Heiman, MB. Garwick, AW. “Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families”. *Journal of Pediatric Health Care*, 2004,18 (4): 171–179.
138. Birinci GG. Erden G. “Yardım çalışanlarında üstlenilmiş travma, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin değerlendirilmesi”. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2016, 31 (77): 10-26.
139. Adams RE, Figley CR, Boscarino JA. The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster, *Research on Social Work Practice*, 2008, 18(3): 238-250.
140. Ekundayo A. Gregson S. Holtum S. Billings J. Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 2013,4 (10).
141. Pross C. Manual for good practice and management in trauma centres- structural aspects of work related stress-care for caregivers.2011, Denmark.

142. Lombardo B. Eyre C. “Compassion fatigue: A nurse’s primer”. ANA Periodicals OJIN Table of Contents, 2011, 16 (1): 2-7.
143. Gürdil G. *stlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup zerinde Geştalt Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi*(Tez).Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Doktora Tezi; Ankara, 2014.
144. Meadors P. Lamson A. “Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children”. *Journal of Pediatric Health Care*, 2008, 22 (1): 24–34.
145. Kahil A. *Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi*(Tez).Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
146. Cürcani S ř. Arapça- Türkçe Terimler Sözlüğü, (Çev. A. Erkan), 1997,1. Baskı, İstanbul: Bahar Yayınları.
147. Kandemir MY. *rneklerle İşlam Ahlâkı*, 6. Baskı, 1993,İstanbul: Nesil Yayınları.
148. Avcı S. *Yaratılana şefkat ve Merhamet*, 2007, İstanbul: Erkam Yayınları.
149. Gr F. *İlköğretim Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi ğretim Programında Merhamet Değeri*(Tez).Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2013.
150. Burkhardt M. A, Nathaniel, A K. *Çağdaş Hemşirelikte Etik*, (Çev. Ed. ř.E. Alpar, N. Bahçecik, . Karabacak), 2013, 1.Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık.
151. Huggard P. *Compassion Fatigue: How Much Can I Give?*, Medical Education, 2003,37(2): 163–164.

152. Jenkins B. Warren NA. Conceptanalysis: Compassion Fatigue and Effects Upon Critical Care Nurses, *Critical Care Nursing Quarterly*, 2012,35: 388-395.
153. Joinson C. Coping With Compassion Fatigue, *Nursing*, 1992, 22(4): 116-121.
154. Mcholm F. Rx For Compassion Fatigue, *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 2006, 23(4): 12-19.
155. Aycock N. and Boyle D. Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2009, 13 (2): 183-191.
156. Slatten LA, Carson KD, Carson PP. Compassion Fatigue and Burnout, *The Health Care Manager*, 2011, 30(4): 325–333.
157. Hamilton M. Compasssion fatigue: what school counsellors should know about secondary traumatic stres. *The Alberta Counsellor*, 2008, 30(1):9-21.
158. Young Hee Y, Jong Kyung K.A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean J Adult Nurs*, 2012, 24:38-51.
159. Revicki DA, May HJ, Whitley TW: Reliabilityandvalidity of thework related straininventory amonghealthprofessionals. *Behav Med*,1991,17:11-120.
160. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam*, 1998, 11, 2: 4-8.
161. Beck AT, Ward CH, MendelsonM.Aninventoryformeasuringdepression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961,4: 561-571.
162. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*,1988, 6(22):118-127.
163. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 1992:143-154.

164. Bride BE, Robinson M, Yegidis B, Figley CR. Development & validation of the secondary traumatic stress scale, *Research on Social Work Practice*, 2004, 14(1): 27-35.
165. Yeşil A, Ergun Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *NoropsikiyatrArs*, 2010;47:111-117.
166. Denizsever S. *Hemşirelerde Karar Verme İle İş Stresi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Tez). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2017.
167. Ergün E, Çelik S. “Yöneticilerin Görev ve Çalışan Odaklı Liderlik Davranışları ve Hemşirelerin İş Tatmini, Örgütsel Bağlılığı ve İş Stresi Arasındaki İlişki”, *F.N. Hemşireliği Dergisi*, 2015, 23(3):203-214.
168. Tanşu M. *Örgütsel Stres Kaynakları ve İş Tatmini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama* (Tez). Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2009.
169. Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B. *Stres and Burnout In Community Mental Health Nursing: A Review Of The Literature, Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 2000, 7, 7-14.
170. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. “Öğrenci Hemşirelerin Stresle Başetme Tarzları ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi” *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, c. 2, S. 5, c. 107-118.
171. Canpolat Ö. *Çalışanların Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler ve İş Sağlığı Hemşiresinin Stres İle Baş Etmede Etkinliği* (Tez). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); Kocaeli, 2006.
172. Tuna R. *Onkoloji Hemşirelerinin İş Stresi ve Tükenme Düzeyleri İle Bunlar Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul, 2010.

173. Taş S. *Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelerinde Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon ve Algılanan Stresin Değerlendirilmesi* (Tez). Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); Düzce, 2013.
174. Coffey M, Coleman M. The relationship between support and stress in forensic community health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34(3): 397-407.
175. Lee JKL. Job stress, coping and health perceptions of hong kong primary care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2002,9, 86-91.
176. Tully A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11, 43-47.
177. Simoni PS. Hardiness, coping and burnout in the nursing workplace. *J. Prof Nurs*, 1997, 13:3.
178. Yürür Ş. Öğrenilmiş Güçlülük, Kıdem ve Medeni Durumun Duygusal Tükenmedeki Rolü: Kaynakların Korunması Teorisi Kapsamında Bir Analiz. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2011, 25(1): 107-127.
179. Engindeniz F. *İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Hizmetler Şubesi ve 112 Ambulans Servisinde Çalışan Personelin İş Stresinin Belirlenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); İzmir, 2010.
180. Koç ŞR. *Sağlık Çalışanlarında İş Stresi (Acil Servis Örneği)*(Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); İstanbul, 2009.
181. Şahin Z. *‘‘Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşireler İle Vakıf Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Stres ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi(Tez)’’*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); İstanbul, 2011.

182. Erdoğan T, Ünsar AS, Süt N. ‘‘Stresin Çalışanlar Üzerinde Etkileri: Bir Araştırma’’ , *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 14, S. 2, s. 447-461.
183. Karahan A, Koray G, Pakize Ö. ‘‘Hizmet Sektöründeki İşletmelerin Örgüt İçi Stres Kaynakları: Afyon İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Cerrahi Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi’’, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2007, 3(1), 27-44.
184. Özkaya MO, Yakın V, Ekinci T. ‘‘Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi: Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma’’, *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, c.15, S. 1, s. 163-179.
185. Alkaya SF. ‘‘İş Stresi: Türkiye’deki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde Çalışan Uzman Psikiyatrist Hekimlerin İş Stres Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Uygulama’’(Tez). Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); Manisa, 2009.
186. Tokmak C, Kaplan Ç, Türkmen F. ‘‘İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas’ta Bir Araştırma’’, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2011, c. 3, S. 1, 49-68.
187. Sarıçam H. *İş sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Hemşirelerin Karşılaştığı Risk ve Tehlikelerin İş Stresi Düzeyleri Üzerine Etkisi*(Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi); İzmir, 2012.
188. Erçevik R. *Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler*(Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2010.
189. Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 7, 1:20-26, 2004.

190. Aslan SH, Alpaslan N, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde Tükenme, İş doyum ve ruhsal belirtiler. *NöroPsikiyatri Arşivi*, 33, 4: 192-199, 1996.
191. Aslan SH, Gürkan SB, Girginer HU, Ünal M. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Bir Hemşire Örnekleminde Geçerlik Ve Güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996, 4, 4: 276-283.
192. Tel H, Aydın TH, Karabey G, Vergi İ, Akay D. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik Ve Stresle Başetme Durumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, 2, 47-52.
193. Tunalıgil V. *Kamu Ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik Ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması*(Tez). İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi; İstanbul, 2013.
194. Demir B. *Kapalı Ortamda Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Ve Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi*(Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2013.
195. Kızılırmak M. *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi*(Tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2014.
196. Buğdaycı R, Kurt Öner A, Şaşmaz T, Seva Ö. Mersin İli'nde Pratisyen ve Uzman ekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 26:1:32–36, 2007.
197. Demir A. *Hemşirelerin Tükenmişlik (Burnout) Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi* (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi; Sivas, 1995.
198. Gökçen C, Zengin S, Oktay M M, Alpak G, Al B, Yıldırım C. Acil serviste çalışan sağlık personelinde tükenmişlik, iş doyum ve depresyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 28;122-128.

199. Yavuzer Y, Çivilidağ A. Sağlık çalışanlarında iş yerinde mobbing ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide depresyonun aracı rolü. *Anadolu Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2014, 27 (2), 115-125.
200. Cihan BY. Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2011, 28, 17-22.
201. Özgür G, Gümüş B A, Gürdağ Ş. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24 (4), 296-305.
202. Aylaer A, Yavuz G B, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu. *Journal of Academic Research in Medicine*, 2011,1, 52-56.
203. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12 (2), 21-30.
204. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S (2000). Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi*, 8 (1), 27-38.
205. Gül KŞ, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A, Bıçakçı CB. Radyasyon onkolojisi çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2012;1 11-17.
206. Gönül Ö, Yıldırım S, Aktaş N. Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12:21-30.
207. Çavuş E. *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*(Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2006.

208. Altıntoprak AE, Karabilgin S, Çetin Ö, Kitapçioğlu G, Çelikkol A. Hemşirelerin iş ortamlarındaki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri: Yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir arşılaştırma çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri* 2008; 10:9-17.
209. Chiang MY, Chang Y. Stress, depression, and intention to leave among urses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing ractice. *Health Policies Abstract*, 2012.
210. Karakaya HK. *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu, Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi* (Tez). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2017.
211. Karakaş A S, Polat H, Ay E, Küçükoğlu S. Türkiye’de Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Karşı Tutumları İle Tükenmişliklikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, *Bozok Tıp Dergisi* 2017;7(1):40-8.
212. Franza F, Buono GD, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatr Danub*, 2015, 27:321–327.
213. Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. “Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study”, *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000, Apr;7(2): 127-34.
214. Onyett S, Pilinger T, Muijen M. “Job Satisfaction And Burnout Among Members Of Community Mental Health Teams”,*Journal of Mental Health*, 2009, 55-66.
215. Happell B, Martin T, Pinikahana J. Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study Of Psychiatric Nurses From Forensic and A Mainstream Mental Health Service, *Journal of Mental Health Nursing*, 2003, 12, 39-47.
216. Barling J. Drowning Not Waving: Burnout and Mental Health Nursing, *Contemp Nurse*, 2001,11, 247-259.

217. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does Trainin In Psychological Interventions Reduce Burnout rates In Forensic Nurses?, *Journal OfAdvanced Nursing*, 2002, 37, 470-476.
218. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse Burnout And Quality Of Care: Cross-National Investigation İn Six Countries. *Res Nurs Health*, 2010;33 (4), 288.
219. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, S. 7(2), ss. 101-108.
220. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008,12:1-2:1-11.
221. Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2008, 45:116-121.
222. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, Cilt:11, Sayı:2, 2011, 61-66.
223. Eroğlu E. *Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi*(Tez).Atılım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2011.
224. Tunç T. *Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki* (Tez). TC Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Sakarya, 2008.
225. Tekin A. *Yönetici Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü* (Tez).Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2009.

226. Altan B, Gönener D, Demirkıran C. “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi”, *Fırat Tıp Dergisi*, 2010; 15(1): 10-16.
227. Kılıç T, Seymen Aytemiz O. “Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma”, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2011; 16: 47-67.
228. Çalışkan A. *Yeni Mezun Hemşirelerde İş Doyumu Tükenmişlik ve Gerçeklik Şokunun İncelenmesi*(Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2010.
229. Coşkun S, Şarlak K, Taştan H. Psikiyatri Hemşirelerinde Öğrenilmiş Güçlük Düzeyi ve İş Yaşamı Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 4(1), 84-101.
230. França F, Ferrari R. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. *Acta Paul Enferm*, 2012, 25(5), 743–748.
231. Kılıç M, İpekci N, Dokur M, Kaya S. Kilis Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*, 2015, 18(1), 1-8.
232. Niasar N, Kharam Z, Koohbor M, Aghaziarati M. Professional burnout and the affecting factors in operating room nurses in Qom teaching hospitals. *Jentashapir J Health Res*, 2013, 4(4), 305–314.
233. Ushiro R, Nakayama K. Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician-nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. *Japan Journal of Nursing Science*, 2010, 7(1), 55–64.
234. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.

235. Payne N. Occupational Stressors And Coping As Determinants Of Burnout İn Female Hospice Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3): 396-405, 2001.
236. Maraşlı M. Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Lise Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2005; Temmuz-Ağustos-Eylül: 27-33.
237. Aslan H. *Ortaöğretim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri ve Cinsiyetlerine Göre Mizah Tarzlarının İncelenmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; Adana, 2006.
238. Dönmez B, Genç G. Genel Liselerdeki Okul Yöneticisi ve Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine İlişkin Algıları. *Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 7 (12): 41-60.
239. Çakır Ö. Öğrenilmiş Güçlülük ve Çalışma Yaşamı, Çalışma Yaşamında Davranış. Ed: Keser A, Yılmaz G, Yürür S, Umuttepe Yayınları, İzmit, 2009.
240. Dağ İ. Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2 (4): 269-274.
241. Uzunkaya S. *Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerinin İş Yaşam Kaliteleriyle İlişkisi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2010.
242. Kemaloğlu B. *Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlikle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2009.
243. Ergin D, Şen C, Şükran A, Altan Ö, Bakırlıoğlu Ö, Bozkurt S. Dâhili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, Cilt: 4, Sayı: 11.

244. Barutçu E, Serinkan C. “Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma”, Ege Akademik Bakış,2008, 8(2): 541-561.
245. Aras Z. *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2006.
246. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu, *Klinik Psikiyatri* 2012; 15:103-110.
247. Bektaş G, İlhan N. “Huzurevinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 2008; 11(3): 128-135.
248. Çimen M, Şahin B, Akbolat M, Işık O. “Özel Bakım Merkezinde Çalışan Personelin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Çalışma”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 3 • Sayı: 1, Ocak 2012.
249. Karahüseyin A. Dinlenme ve Bakımevinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, DEÜ, SABE, YYLT, İzmir, 2010.
250. Memiş M, Durmuş S, Çırak K, Örnek M, Kaya M, Yavuz E ,Aslan A. Sağlık Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması, (Ed. M. Kaya), Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2013.
251. Şentürk S. “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Uyku Kalitesi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2014, 4(3): 48-56.
252. Güven S. “*Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması*” (Tez). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ve Sağlık Hizmetleri Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2013.

253. Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. “Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2008;30(2):92-99.
254. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (5).
255. Kaya N, Kaya H, Ayık S, Uygur E. “Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, Cilt:7, Sayı:1.
256. Çam O. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1992, s:456-461.
257. Şenturan L, Karabacak GB, Alper EŞ, Sabuncu N. “Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2) : 33-45.
258. Fındık Ü, Erol Ö, Süt N, Motör D. “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011, 27(3):55–65.
259. Akbayrak N, Oflaz F, Aslan O, Özcan C T. Post-traumatic stress disorder symptoms among military health professionals in Turkey. *Military medicine*, 2005; 170(2): 125.
260. Elman BD, Dowd ET. Correlates of burnout in inpatient substance abuse treatment therapists, *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 1997, 17(2): 56-65.
261. Garland B. The impact of administrative support on prison treatment staff burnout: An exploratory study, *The Prison Journal*, 2004, 84(4): 452-471.

262. Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life, *Journal of Loss and Trauma*, 2007, 12(3): 259-280.
263. Haksal P. *Acil Servis Personelinde Görülen İkincil Travmatik Stres Düzeyinin Disosiyasyon Düzeyi, Sosyal Destek Algısı Ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından İncelenmesi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü; Ankara, 2007.
264. Cieslak R, Benight CC, Rogala A, Smoktunowicz E, Kowalska M, Katarzyna Zukowska K, Yeager C, Luszczynska A. Effects of internet-based self-efficacy intervention on secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth among health and human services professionals exposed to indirect trauma, *Frontiers in Psychology*, 2016, 4(7): 1-13.
265. Bride BE, Kintzle S. Secondary Traumatic Stress, Job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors, *Traumatology*, 2011, 17(1): 22-28.
266. Ting L, Jacobson JM, Sanders S, Bride BE, Harrington, D. The secondary traumatic stress scale (STSS): Confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2005, 11(3-4): 177-194.
267. Ai A L, Plummer C, Kanno H, Heo G, Appel H B, Simon C E, Spigner C. Positive traits versus previous trauma: Racially different correlates with PTSD symptoms among Hurricane Katrina-Rita volunteers. *Journal of Community Psychology*, 2011, 39 (4), 402-420.
268. Horwitz MJ. Work-related trauma effects in child protection social workers. *Journal of Social Service Research*, 2006, 32 (3), 1-18.
269. Jaffe P G, Crooks C V, Dunford-Hackson B L, Town J M. Vicarious Trauma In Judges: The Personal Challenge Of Dispensing Justice. *Juvenile and Family Court Journal*, 2003, 54 (4), 1-9.

270. Kassam AN. The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: Stamm BH (ed). *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers and educators*, 2nd ed. Lutherville, MD: Sidran Press, 1999: 37-47.
271. Baird S, Jenkins SR. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff, *Violence and Victims*, 2003,18(1): 71-86.
272. Dworkin ER, Sorell NR, Allen NE. Individual and Setting Level Correlates of Secondary Traumatic Stress in Rape Crisis Center Staff, *Journal of Interpersonal Violence*, 2016, 31(4): 743-752.
273. Bauwens J, Tosone C. Professional Posttraumatic Growth After A Shared Traumatic Experience: Manhattan clinicians' perspective on post 9/11 practice, *Journal of Loss and Trauma*, 2010, 15(6): 498-517.
274. Altekin S. *Vicarious traumatization: An investigation of the effects of trauma work on mental health professionals in turkey*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Boğaziçi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü; İstanbul, 2014.
275. Schwartz R. Working Conditions and Secondary Traumatic Stress, Wurzweiler School of Social Work, Social Work, Doctoral Dissertation, New York:Yeshiva University, 2008.
276. Robinson-Keiling RA. Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists, *Journal of Interpersonal Violence*, 2014, 29(8): 1477-1496.
277. Rzeszutek M, Partyka M, Gołąb A. Secondary Traumatic Stress Disorder Symptoms in a Sample of Therapists and Psychiatrists Working With People after Traumatic Events, *Studia Psychologiczne*, 2016, 54(2): 35-41.
278. Zerach G, Shalev TBI. The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015; 29: 135-42.

279. Ewer PL, Teesson M, Sannibale C, Roche A, Mills KL. The prevalence and correlates of secondary traumatic stress among alcohol and other drug workers in australia, *Drug and Alcohol Review*, 2014, 34(3): 252-258.
280. Gök GA. Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2015;20:299- 313.
281. Çingöl N, Çelebi E, Zengin S, Karakaş M. Bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2018;21:61-67.
282. Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2015, 30: e11-e17.
283. Romeo-Ratliff A. *An Investigation into the Prevalence of and Relationships among Compassion Fatigue, Burnout, Compassion Satisfaction and 94 Selftranscendence in Oncology Nurses*. Submitted in partial fulfillment of the Requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing Seton Hall University, 2014.
284. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*, 2010;36(5):420-427.
285. Denk T, Köçkar Ç. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2018, 2: 237-245.
286. Başkale H, Günüşen PN, Serçekuş P. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi *PamTıp Dergi*,2016;9(2):125-133.
287. Harlan KB. Compassion Fatigue and Masters Level Social Workers in Direct Mental Health Service Delivery, A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy, Capella University, 2004.

288. Yassen J. Preventing secondary traumatic stress disorder. In *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (Ed CR Figley): 1995;178-208. New York, Brunner-Mazel.
289. Boyle DA. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs*, 2011;16(1):2.
290. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015, 47(6): 522–528.
291. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED*. 2015, 2(2):41-46
292. Siebens K, Casterlé DB, Abraham I, Dierckx K, Braes T, Darras E et al. The Professional Self-Image of Nurses in Belgian Hospitals: A Cross-Sectional Questionnaire *Palliative Medicine* Survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(1):71-82
293. Gregg MF ,Magilvy JK. Professional identity of japanese nurses: bonding into nursing. *Nursing&Health Sciences*;2001,3(1):47-55.
294. Dolu G. *Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması* (Tez). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Preventif Onkoloji ABD Psikososyal Onkoloji ve Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 1997.
295. Solmuş T. *İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler*, Tükenmişlik, Beta Basım yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul,2004, 101-111.
296. Akşahin H. *İstanbul İli Aile Hekimliği Uzmanlarında Burnout Sendromu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Devlet Hastanesi Aile HekimliğiKoordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi; İstanbul, 1998.

297. Anuk D. Tedavi Ekibinde Stres ve Tükenmişlik, *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Konsültasyon Psikiyatrisi Bilim Dalı 1998-1999 Kongre Kitapçığı*, İstanbul, 1999, 182-188.
298. Çam O. *Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi; İzmir, 1991.
299. Star KL. The Relationship Between Self-Care Practices, Burnout, Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among Professional Counselors and Counselors-in-Training, Health and Human Services in Partial Fulfillment for The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy, A Dissertation Submitted to The Kent State University College and Graduate School of Education , 2013.
300. Watkin TR. Factors Influencing Compassion Fatigue Risk among in-Home Clinicians, in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, A Dissertation Presented to the Faculty of the School of Psychology & Counseling Regent University, 2014.
301. Katula KR. Compassion Fatigue in Critical Care Nursing and Development of An Educational Module in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Master of Science, A Paper Submitted to The Graduate Faculty of The North Dakota State University of Agriculture and Applied Science, 2015.
302. Özcan A. *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin Ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi; Erzurum, 2019.
303. Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among. *Critical Care Nurses*. 2015, 35 (4).32-43 doi: 10.4037/ccn2015392.
304. Chatterton DLK. *Compassion Fatigue And Its Association With Workplace Empowerment In Acute Care Settings*. Yüksek Lisans Tezi .Trinity Western University; Canada, 2014.

305. Üstün B. *Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri* (Tez).Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi; Ankara, 1995.
306. Sever A. *Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi; İstanbul, 1997.
307. Gündüz B. *Hemşirelerde Stresle Başa çıkma Biçimleri ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Trabzon, 2000.
308. Kilfedder CJ, Power KG, Welles TJ. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*,2001, 34 (3): 383.
309. Polat FN, Erdem R. Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*2017; 26, 291-312.
310. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, Magera C. Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *USA Nursing and Health Sciences*: 2014; 16:3–10.
311. Hinderer KA, VonRueden K T, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, andsecondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*,2014,21(4):160–169.
312. Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric Novice Nurses: Examining Compassion Fatigue As A Mediator Between Stress Exposure And Compassion Satisfaction, Burnout, And Job Satisfaction. *J Pediatr Nurs* 2015;30:174-83.
313. Dogbey EA. *The Relationships Among Unit Culture, Work Stress,Compassion Fatigue And Sense Of Wellbeing In Operating Room Nurses In Level One Or Two Trauma Centers*. Yüksek Lisans Tezi. Widener University; Chester, 2008.

314. Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. A Meta-Analysis Of The Relationship Between Job Burnout And Secondary Traumatic Stress Among Workers With İndirect Exposure To Trauma. *Psychological Services*, 2014, 11(1):75-86. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033798>
315. Alkema K, Linton J M, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2008, 4(2):101–119.
316. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, et al. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Anxiety, Depression and Stress in Registered Nurses in Australia: Study 1 Results. *Journal of Nursing Management*, 2014;22:506-18.
317. Abbaszadeh A, Elmi A, Borhani F, Sefidkar R. The relationship between “compassion fatigue” and “burnout” among nurses. *Annual Trop Medical Public Health*, 2017,10:869-73
318. Ergüney ve ark. Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 4(1), 63- 73.
319. Mann S, Cowburn J. Emotional Labour and Stres Within Mental Health Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12, 154-162.
320. Kopuz E. *Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi Ve Stresle Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi* (Tez). Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi; İstanbul, 2013.

EKLER

EK-1

SAYIN KATILIMCI

Bu anket, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde akut ve kronik yataklı servisinde çalışan hemşirelerin iş stresi, depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres, merhamet/eşduyum yorgunluğu düzeyini, sıklığını, etkileyen faktörleri belirlemek ve iş stresinin diğer psikolojik sonuçlarla ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma için bilgi toplamak üzere hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllük esasına dayalıdır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve toplanan bilgiler yalnızca bilimsel amaç ile kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım'ın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Yunus Bağrıyanık tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı

Hemşire Yunus Bağrıyanık

TANITICI BİLGİ FORMU

ANKET NO:

1. Yaş :.....

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Durumunuz:
1.Bekar 2.Evli 3.Boşanmış 4.Dul 5.Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz nedir?
1.Lise (Sağlık Meslek Lisesi) 2.Önlisans 3.Lisans 4.Lisans üstü

5. Çocuğunuz var mı 1. Evet 2. Hayır
Cevabınız ‘evet’ ise çocuk sayınız?
6. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? 1. Evet 2. Hayır
7. Hemşire olmaktan memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır
8. Meslekteki toplam hizmet süreniz:..... Yıl
9. Psikiyatri alanındaki hizmet süreniz:.....Yıl
10. Psikiyatri alanında çalışmaktan memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır
11. Mevcut çalışma şekliniz:
1. Sadece Gündüz 2. Sadece Nöbet 3. Nöbet ve Gündüz
12. Bir haftada ortalama çalışma süreniz kaç saattir?..... saat
13. Mesai sürecinizde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı nedir?.....
hasta
14. Son bir ayda yaşadığınız iş stresini değerlendirdiğinizde, stres düzeyinize sıfır ile on (0-10) arasında kaç puan verirsiniz? Lütfen aşağıdaki cetvelde stres düzeyinizi işaretleyiniz.
- 0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
15. İşten ayrılma niyetiniz hakkında aşağıdaki hangi ifade sizin için geçerlidir?
1. Hiçbir zaman düşünmedim
2. Bazen düşünüyorum ama ayrılma niyetim yok
3. Sıklıkla düşünüyorum ama ayrılma niyetim yok
4. Aktif bir şekilde iş arıyorum
5. Yakın zamanda muhtemelen işimden ayrılacağım
16. Genel olarak mesleğinizde en fazla sorun yaşadığınız alanlar nelerdir?
1. Yöneticilerle yaşadığım sorunlar
2. Hekim, psikolog gibi ekip arkadaşlarımla yaşadığım sorunlar
3. Hemşire meslektaşlarımla yaşadığım sorunlar
4. Hastalarla yaşadığım sorunlar

5.Hasta yakınlarıyla yaşadığım sorunlar

6.Diğer (Belirtini.....)

17. Çalışma yaşamınızda yaşadığınız sorunlarla başetmede genelde nasıl davranırsınız?

1.Hiçbir şey yapmam

2.Etkili problem çözme yöntemini kullanırım

3.Başka bir bölüme geçmeyi talep ederim

4.Stresin bedenimde, duygularımda ve davranışlarımdaki etkisini azaltıcı yöntemler kullanırım

5.Psikiyatriden destek alırım

6.Yakınır, şikâyet eder, diğerlerini suçlar ve çözümsüz hissedirim

7.Sorunlarla yüzleşmekten kaçınırım

8.Diğer (Belirtiniz.....)

18. Şu anda tanı konmuş bir hastalığınız var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

.....

19. Şu anda psikiyatrik tedavi alıyor musunuz? 1.Evet () 2.Hayır ()

Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:

.....

EK-2

İŞE BAĞLI GERGINLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda belirtilen maddeler de yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğunu dikkate alarak maddenin yanındaki sayının üzerine (x) işareti koyunuz.

	Bana hiç uygun değil	Kısmen bana uygun	Büyük ölçüde bana uygun	Tamamıyla bana uygun
İşim aile yaşamını olumsuz yönde etkiler	1	2	3	4
İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor	1	2	3	4
İşimde eskisine göre daha gerginim	1	2	3	4
İşime hala eskisi gibi katkıd abulunmaktayım	1	2	3	4
İşyerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.	1	2	3	4
İşimde hakettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum	1	2	3	4
İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olmadığım zamanlar kendimi suçlu hissediyorum	1	2	3	4
İş arkadaşlarım kendilerine düşen görevleri yerine getirir.	1	2	3	4
İşimde üretkenliğim artmakta.	1	2	3	4
İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.	1	2	3	4
Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte	1	2	3	4
İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor	1	2	3	4
İşyerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim	1	2	3	4
Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı	1	2	3	4
İşte nadiren hayal kurarım	1	2	3	4
Daha çok çalışmamak arşın daha az iş yapabiliyorum	1	2	3	4
İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve /veya amirlerimin gerekli desteği gidere kazalmakta	1	2	3	4
İşe sıklıkla geç giderim	1	2	3	4

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde de o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. **SON BİR HAFTA İÇİNDEKİ** (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. 0)Üzgün ve sıkıntılı değilim.
1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3)O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. 0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1)Gelecek için karamsarım.
2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3)Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
1)Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
2)Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3)Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0)Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1)Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3)Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0)Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
1)Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2)Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3)Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0)Kendimden memnunum.
1)Kendimden pek memnun değilim.
2)Kendime kızgıyım.
3)Kendimden nefrete ediyorum.

7. 0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1)Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
2)Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
3)Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
8. 0)Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
1)Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
2)Kendimi öldürmek isterdim.
3)Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. 0)İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2)Çoğu zaman ağlıyorum.
3)Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. 0)Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
1)Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
2)Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
3)Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11. 0)Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
1)Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
2)Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
3)Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. 0)Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2)Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
3)Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. 0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
1)Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
2)Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
3)Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. 0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
1)Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
2)Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
3)Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15. 0) Uykum her zamanki gibi.
1)Eskisi gibi uyuyamıyorum.
2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
3)Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. 0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
1)Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
2)Her şey beni yoruyor.
3)Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. 0) İştahım her zamanki gibi.
1)Eskisinden daha iştahsızım.
2)İştahım çok azaldı.
3)Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. 0) Son zamanlarda zayıflamadım.
1)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
2)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
3)Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim
19. 0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
1)Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
2)Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
3)Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum
20. 0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
1)Eskisine oranla sekse ilgim az.
2)Cinsel isteğim çok azaldı.
3)Hiç cinsel istek duymuyorum
21. 0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
1)Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
2)Cezamı çekmeyi bekliyorum.
3)Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

EK-4**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ****(DUYGUSAL TÜKENME BOYUTU)**

Aşağıda, kişilerin işleri ile ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklediği durumu ne sıklıkla yaşadığınızı size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.

İFADELER	(0)Hiçbir Zaman	(1)Çok Nadir	(2)Bazen	(3)Çoğu Zaman	(4)Her Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
6.Bütün gün problemlili insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
8.Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
16.Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					

EK-5**İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki listede travmatize olmuş hastalarla çalışmaktan etkilenen bazı yardım gruplarının duygusal yaşantılarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve **SON YEDİ (7) GÜN** içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Çok Az	Bazen	Sık sık	Çok Sık
1. Kendimi duygusal olarak uyuşmuş hissettim.	1	2	3	4	5
2. Hastalarım ile olan görüşmelerimi düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başladı.	1	2	3	4	5
3. Hasta/Hastalarım tarafından yaşanmış travma(lar)ı sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
4. Uyumakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
5. Gelecek hakkında ümitsizliğe kapıldım.	1	2	3	4	5
6. Hastalarım ile olan görüşmelerimi aklıma getiren hatırlatıcılar beni üzdü	1	2	3	4	5
7. Başkalarıyla sosyal ortamlarda birlikte olma isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
8. Kendimi tedirgin hissettim.	1	2	3	4	5
9. Her zaman olduğumdan daha az aktiftim.	1	2	3	4	5
10. Amaçlamadığım halde hastalarım ile olan görüşmelerimi ister istemez düşündüm.	1	2	3	4	5
11. Odaklanmakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
12. Bana hastalarım ile yaptığım görüşmeleri hatırlatan kişi, yer veya şeylerden kaçındım.	1	2	3	4	5
13. Hastalarım ile olan görüşmelerim hakkında rahatsız edici rüyalar gördüm.	1	2	3	4	5
14. Bazı hastalarım ile çalışmaktan uzak durmak istedim.	1	2	3	4	5
15. Çabuk bunaldım.	1	2	3	4	5
16. Kötü bir şey olacaktı beklediğimdeydi.	1	2	3	4	5
17. Hastalarım ile olan görüşmelerim ile ilgili belleğimde boşluklar olduğunu fark ettim.	1	2	3	4	5

ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(EŞDUYUM YORGUNLUĞU BOYUTU)

Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, 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 0 ile 4 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

0= Hiçbir zaman 1= Nadiren 2= Bazı zamanlar 3= Sıkça 4= Sık sık 5= Çok sık

2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	0	1	2	3	4	5
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.	0	1	2	3	4	5
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	0	1	2	3	4	5
15. Bana güç veren inançlarım var.	0	1	2	3	4	5
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4	5
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	0	1	2	3	4	5
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	0	1	2	3	4	5

EK-7: Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 08.09.2017

Toplantı Sayısı: 87

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

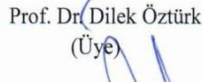
Okan Üniversitesi Etik Kurulu 08.09.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 9. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Yunus BAĞRIYANIK**'ın "Psikiyatri Yataklı Servisinde Çalışan Hemşirelerin İş Stresi ile Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres ve Eşduyum Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

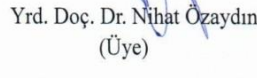

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)


Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)

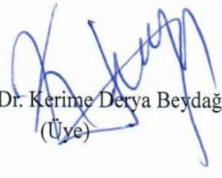

Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

EK-8: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BAKIRKÖY İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
20.11.2017 11:50 - 71211201 - 604.02 - E.20978



00036817820

Sayı : 71211201-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk. (Yunus
BAĞRIYANIK)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Avni Dilligil Sok. No:18 34394 Mecidiyeköy / İstanbul)

İlgi :12/09/2017 tarihli ve 93919723-770-E.2017.8.62949 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi Yunus BAĞRIYANIK'ın, "Psikiyatri Yataklı Servisinde Çalışan Hemşirelerin İş Stresi ile Depresyon, Duygusal Tükenme, İkincil Travmatik Stres ve Eşduyum Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasını, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçenin yapacağı çalışmanın bitiminde bir nüshasının Müdürlüğümüze teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Muhammed ATAK
Müdür a.
İL Sağlık Müdür Yardımcısı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy İSTANBUL 0212 409 16 00 /4162
Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi nilufer.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 890ff9b6-6cb8-4b40-918c-d7468056004c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı	YUNUS	Soyadı	BAĞRIYANIK
Doğum Yeri	Kurtalan/Siirt	Doğum Tarihi	09.01.1989
Uyruğu	T.C	Telefon	
e-mail	swan_yunus@hotmail.com		

	Mezun Olduğu Okul	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2012
Lise	Siirt Atatürk Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Psikiyatri Hemşireliği	Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	2014- HALEN

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puanı	Diğer Puan
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	-

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel