



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**MERHAMET YORGUNLUĞU DÜZEYİNİN
KARAR VERME BECERİLERİNE ETKİSİ:
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Hatice Kübra KÖKÜTES

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ
ŞUBAT-2025



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**MERHAMET YORGUNLUĞU DÜZEYİNİN
KARAR VERME BECERİLERİNE ETKİSİ:
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM
ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR**

DANIŞMAN : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
JÜRİ : Doç. Dr. Erhan KILINÇ
JÜRİ : Dr. Öğr. Üyesi Hacı Hayrettin TIRAŞ

Hatice Kübra KÖKÜTES

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAHRAMANMARAŞ
ŞUBAT-2025

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MERHAMET YORGUNLUĞU DÜZEYİNİN KARAR VERME
BECERİLERİNE ETKİSİ: KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ
İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Hatice Kübra KÖKÜTES

Danışman : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

Yıl : 2025, Sayfa XI+82

Jüri : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Başkan)
: Doç. Dr. Erhan KILINÇ (Üye)
: Dr. Öğr. Üyesi Hacı Hayrettin TIRAŞ (Üye)

Bu çalışmanın amacı merhamet yorgunluğu düzeyinin karar verme becerisiyle arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan 150 hemşire üzerinde yapılmıştır. Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Veriler toplanırken rastgele örnekleme yöntemi kullanılması tercih edilmiştir. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, merhamet yorgunluğu ölçeği ve hemşirelerde karar verme ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler analizlere uygunluğu açısından değerlendirilip SPSS 27 programına verilerin girişi yapıldıktan sonra verilerin normal dağılımına bakabilmek için normallik testi yapılmıştır. İkili gruplarda bağımsız örneklem t- testi, üçlü veya daha fazla olan gruplarda anova testi kullanılmıştır. Parametrik testlerde varyanslar homojen dağılmadığı zaman Welch testi sonuçları cevap olarak alınmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalar yapıldığı zamanda varyans homojenliğine göre Tukey testi uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişki bakılırken pearson korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. İki ölçek arasında birbirlerine olan etkisini anlayabilmek için regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ve karar verme arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış ve iki ölçeğin birbirine olan etkisi anlamlı bulunamamıştır. Yapılan analizin sonucunda anlamlı ilişki bulunan değişkenler mevcuttur. Bu değişkenler şunlardır, Hemşirelerin cinsiyetlerine göre karar vermesinde, hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunlukları arasında, hemşirelerin medeni durumlarıyla karar verme becerileri arasında, hemşirelerin mesleklerini kendi isteklerine göre seçme durumlarına göre yaşadıkları merhamet yorgunlukları arasında, hemşirelerin mesleklerini kendi seçme durumlarına göre karar verme becerileriyle merhamet yorgunlukları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Merhamet yorgunluğunu yaşamamak için gerekli stratejiler yapılmalı önlemler alınmalıdır. Şu öneriler sıralanabilir, Hastanede mevcut olan sorunlar hızlıca tespit edilip, çözüme odaklanmalıdır. Merhamet yorgunluğu yaşayan kişinin daha rahat çalışabileceği çalışma düzeni oluşturulmalıdır. Merhamet yorgunluğunu iyileştirmek hem sağlık personeli hem de kurum için yarar sağlayacaktır. Her kişinin ve her hastanenin yaşadığı duygu durumu farklı olduğu için çalışma da uygulanan ölçeklerin farklı hastanelerde farklı kişilere uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, merhamet, merhamet yorgunluğu, karar verme, karar verme becerisi

**DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

ABSTRACT

MA THESIS

**THE EFFECT OF COMPASSION FATIGUE LEVEL ON
DECISION MAKING SKILLS: A STUDY ON NURSES
WORKING IN KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM
UNIVERSITY HEALTH APPLICATION AND RESEARCH**

Hatice Kübra KÖKÜTES

Supervisor : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL

Year :2025, Pages XI+82

Jury : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Chairperson)
: Assoc. Prof. Dr. Erhan KILINÇ (Member)
: Assist. Prof. Dr. Hacı Hayrettin TIRAŞ (Member)

The aim of this study is to investigate the relationship between the level of compassion fatigue and decision-making skills. The study was conducted on 150 nurses working at Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Application and Research Hospital. The data was collected by the survey method. It was preferred to use random sampling method while collecting data. Personal information form, compassion fatigue scale and decision-making scale in nurses were used as data collection tools. The collected data were evaluated in terms of suitability for the analyzes, and after the data was entered into the SPSS 27 program, a normality test was performed to look at the normal distribution of the data. Independent sample t-test was used in binary groups, anova test was used in groups with triples or more. When the variances were not uniformly distributed in parametric tests, the Welch test results were received as a response. Tukey test was applied according to the homogeneity of variance at the time of multiple comparisons of the groups found significant as a result of the Anova test. Pearson correlation tests were used while looking at the relationship between the variables. Regression analysis was performed between the two scales to understand the effect on

each other. As a result of the analysis, no statistically significant relationship was found between compassion fatigue and decision making, and the effect of the two scales on each other could not be found to be significant. As a result of the analysis, there are variables with a significant relationship. These variables are as follows, There is a significant relationship between the decision-making of nurses according to their gender, between the marital status and the mercy fatigue of nurses, between the marital status and the decision-making skills of nurses, the mercy fatigue experienced by the situation of nurses to choose their profession according to their own wishes, there is a significant relationship between the decision-making skills of nurses according to their own choice of professions and compassion fatigue. Necessary strategies should be made in order not to experience compassion fatigue, precautions should be taken. The following suggestions can be listed, The problems present in the hospital should be detected quickly and focused on the solution. A working order should be created where the person experiencing compassion fatigue can work more comfortably. Improving compassion fatigue will benefit both health personnel and the institution. Since the emotional state experienced by each person and every hospital is different, it is recommended that the scales applied in the study be applied to different people in different hospitals.

Keywords: Nurse, ompassion, compassion fatigue, decision making, decision making

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans hayatım boyunca bana danışmanlık yapıp yakından ilgilenen Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'a

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her soruma ilgili cevap veren, yol gösteren ve beni destekleyen akademiye karşı umutlarımı yeşerten Dr. Öğr. üyesi Ramazan KIRAÇ'a

Jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Hacı Hayrettin TIRAŞ ve Doç. Dr. Erhan KILINÇ'a

Hayatım boyunca beni asla yalnız bırakamayan maddi ve manevi her zaman destekleri esirgemeyen ve bu hayattaki en büyük şansım olan canım ailem babam Hasan KÖKÜTES annem Mesude KÖKÜTES anneannem Hatice AŞLAMACI ve kardeşlerim Hafsa KÖKÜTES ile Azem KÖKÜTES'e

Yüksek lisans tezimin yazım sürecinde hem psikolojik anlamda hem profesyonel anlamda her zaman destek olan ve büyük yardımları dokunan Kadir AKBAY'a sorularımı yanıtsız bırakmayan ve yardımlarını esirgemeyen Hülya BİRİCİK'e veri toplarken bana sabırla yardım eden Sinem AKSOY'a ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zorluğu beraber aştığımız yol arkadaşım olan Gamze DÖNDER'e

Tez yazım sürecinde bedenen kaybettiğim canım dedem Mehmet AŞLAMACI ve dostum Gamze YAKUT'a

Son olarak ise bu vatanı bize emanet eden ve kadınların özgürlüklerinin bu derecede çok olmasını sağlayan MUSTAFA KEMAL ATATÜRK'e

Saygı, sevgi ve teşekkürü borç bilirim.

Hatice Kübra KÖKÜTES
KAHRAMANMARAŞ-OCAK-2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT.....	III
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ	1
2. KOnu İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR	4
2.1. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Önceki Araştırmalar	4
2.2. Karar Verme ile İlgili Önceki Araştırmalar	8
3. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	11
3.1. Merhamet Kavramı	11
3.2. Yorgunluk Kavramı	12
3.3. Merhamet Yorgunluğu ve İlişkili Kavramlar.....	13
3.3.1. Hemşireler Açısından Merhamet Yorgunluğu	15
3.3.2. Şefkat.....	16
3.3.3. Tükenmişlik.....	17
3.3.4. Sekonder(ikincil) Travmatik Stres.....	21
3.3.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB).....	23
3.3.6. Merhamet Memnuniyeti	23
3.4. Merhamet Yorgunluğu Süreci (Oluşumu)	24
3.4.1. Figley’ in Merhamet Yorgunluğu Şeması	24
3.4.2. Coetzee ve Klopper’ın Merhamet Yorgunluğunun Aşamaları	25
3.4.3. Stamm’ ın Merhamet Yorgunluğu Modeli, ...	27
3.5. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri	27
3.6. Merhamet Yorgunluğunun Sonuçları.....	29
3.7. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etme ve Önleme	29
3.8. Merhamet Yorgunluğuna Karşı Stratejiler.....	30
3.8.1. Hızlandırılmış İyileştirme Programları	31
3.8.2. Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma Programı	31
3.9. Karar Verme Becerisi	32
3.9.1. Karar	32
3.9.2. Karar Verme Sürecindeki Aşamalar	33
3.9.3. Karar Verme Durumları.....	34
3.9.3.1. Belirli Durumda Karar Verme.....	34

3.9.3.2. Belirsiz Durumda Karar Verme	34
3.9.3.3. Risk Durumunda Karar Verme	34
3.9.4. Karar Verme Kuramları ve Modelleri	34
3.9.4.1. Hilton'un Karar Verme Kuramı	35
3.9.4.2. Gelatt'ın Karar Verme Kuramı.....	35
3.9.4.3. Analitik Yaklaşım	35
3.9.4.4. Karar Analiz Modeli.....	35
3.9.4.5. Bilgi İşlem Modeli	36
3.9.4.6. Sezgisel Yaklaşım.....	36
3.9.4.6.1 Örüntü Tanıma Modeli.....	36
3.9.5 Hemşirelikte Karar Vermenin Önemi.....	36
3.9.6. Hemşirelikte Karar Verme Süreci	37
3.9.7. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler	40
3.9.8. Karar Verme Becerisinin Geliştirilmesi	41
4. GEREKÇE VE YÖNTEM	43
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	43
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	43
4.3. Veri Toplama Araçları ve Araştırmada Kullanılan Ölçekler	44
4.4. Araştırmanın Sınırlıkları ve Varsayımları.....	45
4.5. Araştırmanın Etik boyutu.....	46
4.6. Araştırmanın Modeli	46
4.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	46
4.8 Verilerin Değerlendirilmesi	48
4.9 Araştırmanın Ölçek Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik Analizi	49
4.10 Araştırmanın Güvenirlik Analizi	50
5. BULGULAR.....	51
6. SONUÇ VE TARTIŞMA.....	64
6.1. Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinin Sonuç ve Tartışması	64
6.2. Hemşirelerde Karar Verme Ölçeğinin Sonuç ve Tartışması.....	67
6.3. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ile Hemşire Karar Verme Becerisi Ölçeğinin İlişkisi	68
6.4. Merhamet Yorgunluğunun Karar Vermeye Etkisi.....	69
6.5. Mesleki Tükenmişliğin Karar Vermeye Etkisi	69
6.6. İkincil Travmanın Karar Vermeye Etkisi.....	69
7. ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Tükenmişlik Sendromu ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki Farklar (Uslu ve Korkmaz, 2017,126)	20
Tablo 3.2. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri (Lombardo ve Eyre,2011,2).....	28
Tablo 4.1. Ölçek Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik Analizi.....	49
Tablo 4.2. Araştırmanın Güvenirlik Analizi.....	50
Tablo 5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu	51
Tablo 5.2. Ölçek Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması	52
Tablo 5.3. Ölçek Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması	53
Tablo 5.4. Ölçek Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Farklılaşması.....	54
Tablo 5.5. Ölçek Düzeylerinin Medeni Durumlara Göre Farklılaşması.....	55
Tablo 5.6. Ölçek Düzeylerinin Çocuk Sahiplik Durumlarına Göre Farklılaşması.....	55
Tablo 5.7. Ölçek Düzeylerinin Mesleği İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Farklılaşması	56
Tablo 5.8. Ölçek Düzeylerinin Meslek Toplam Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşması. 57	
Tablo 5.9. Ölçek Düzeylerinin Bağımsız Karar Verme Durumlarına Göre Farklılaşması	58
Tablo 5.10. Ölçek Düzeyleri Arası İlişki.....	59
Tablo 5.11. Merhamet Yorgunluğun Karar Vermeye Etkisi	60
Tablo 5.12. Mesleki Tükenmişliğin Karar Vermeye Etkisi.....	60
Tablo 5.13. İkincil Travmanın Karar Vermeye Etkisi.....	60
Tablo 5.14. Hipotezlerin Kabul Durumu.....	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Merhamet Stresi ve Yorgunluğu Modeli (Figley,1997, 21-23).....	25
Şekil 3.2. Merhamet Yorgunluğun Aşamaları (Coetzee ve Klopper, 2010,240).....	26
Şekil 3.3. Merhamet Memnuniyet ve Merhamet Yorgunluğun İkili Modeli (Stamm, 2010,8)	27
Şekil 3.3. Hemşirelerin Karar Verirken Uyguladığı Aşamalar (Yıldırım ve Özkahraman, 2011, 169-171).....	38
Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli.....	46



EKLER LİSTESİ

EK 1: Anket formu

EK 2: Hastane izni ve ölçek kullanma izni



KISALTMALAR LİSTESİ

TDK	: Türk Dil Kurumu
APA	: American Psychology Association
Vd.	: Ve diğerleri
COVID-19	: Koronavirüs hastalığı
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu



1. GİRİŞ

Duyguların bireylerin yaşam ömrü boyunca hayatlarını şekillendiren, anlamlar kazandıran ve renklendiren etkenler olduğu bilinmektedir. Her bireyin duyguyu anlaması, yönetmesi farklı da olsa herkes yoğun veya az bir şekilde maruz kaldığı duyguyu yaşar. Bireyler hayatlarının her anında yaşadıkları duygulardan etkilenip yaşamlarına o şekilde devam eder. Bireyler iş hayatlarında da duygularından etkilenerek iş hayatlarına yön verirler. İş hayatında yeni mevki kazanınca sevinç, olumsuz olaylar işten ayrılma mevki kaybı gibi olaylar da ise mutsuzluk yaşarlar. Sağlık sektörünü diğer çalışma alanlarından ayıran en büyük duygu ise merhamet duygusudur. Hemşirelerin insanların hayatlarına direk müdahale ettikleri için merhamet duygusuna en çok maruz kalan meslek gruplarından. Sağlık sektörü risklerin belirsiz olduğu, ikamesinin olmadığı yoğun stresin var olduğu çalışma ortamlarıdır. Merhamet sağlık talebinde bulunan hasta ve sağlık hizmeti veren kişi arasında oluşan önemli bir duygudur (Özpulat ve Günaydın, 2019).

Hemşireler sağlık hizmetlerinin önemli bir payını meydana getirmektedir. Hemşirelik mesleği hasta ve diğer sağlık çalışanlarıyla en çok iletişim kuran meslek dalıdır. Bu sebepten dolayı hemşirelerin olumsuz duygular yaşaması, çatışmaların meydana gelmesi doğal bir durumdur (Cevizci,2019,1). İş hayatlarında sürekli olarak stres ve olumsuz olaylara maruz kalan hemşireler fiziksel veya ruhsal sorunlar yaşamaktadır. Yaşadığı sorunlar yalnızca kendini değil sosyal tüm çevresini etkilemektedir. Hemşire iş ortamında sorunlar yaşadığı zaman performansın da düşme, yanlış kararlar alma, işe olan bağlılıkta azalma ve tıbbi hatalara daha yatkın hale gelmektedir (Sevin ve Partlak Güneşen, 2021,380).

Merhamet kavramı acı yaşayan kişiye karşı duyulan empati ve üzüntü duygusunun yanında olumsuz yaşanan durumu ortadan kaldırma isteği olarak tanımlanmaktadır. Merhamet başkasının yaşadığı olumsuz durumdan memnun olan acımasızlığın ve bu olumsuz durumu dert etmeyen bencilliğin karşıtı bir kavramdır (Dalgacı ve Gürses, 2018,184-185). Hastaların savunmasız hali ve hemşireler olan mecburiyetleri karşısında hemşireler hastalara sağlık hizmeti verme konusunda ahlaki bir yükümlülük yükler. Yükledikleri bu yükümlülük merhamet duygusunu açıklar (Hem ve Heggen,2004,19). Merhametli bakım sağlama hemşirelik hizmetlerinin ana temel yapısı olarak görülmektedir. Hemşireler hasta bireylere karşı merhametli bir şekilde sağlık hizmeti verirken hastaların yaşadığı acı ve travmatik olaylarla birebir ilgilenirler. Hemşirelerin sürekli olarak maruz kaldıkları acı ve travmalar ise merhamet yorgunluğuna sebep olmaktadır (Cavanagh vd.,2020,640). Merhamet yorgunluğu acı çeken ve travmaya uğramış kişilerle çalışan bireyin sağlık hizmeti vermekten dolayı fiziksel ve duygusal tepkilerle meydana gelen tepkisi olarak tanımlanır. Merhamet yorgunluğu hemşirelik bakımının olumsuz bir sonucu olarak da bilinmektedir (Alharbi vd.,2020,554). Bireyin

çalıştığı kurumda yaptığı iş sonucunda duyduğu olumlu duygu merhamet memnuniyeti diye adlandırılırken, sunduğu hizmet koşulunda duyduğu olumsuz duygu ise merhamet yorgunluğudur (Smart vd.,2014,4).

Merhamet yorgunluğu kavramı her ne kadar travma yaşamış hastalarla iletişim halinde olmaktan meydana geliyor gibi bilinse de birçok zaman da iş ortamındaki stresten dolayı da meydana geldiği bilinmektedir. Merhamet yorgunluğu insanların travmayı tekrarlı bir şekilde maruz kalmasının sonucu olarak meydana gelen “İkincil Travmatik Stres (STS)” kavramıyla yakından ilişkilidir. İş ortamındaki gerginliklerden başka faktörlerde merhamet yorgunluğuna sebep olur. Bu faktörlere tükenmişlik, çalışma saatlerinin fazla olması ve olumsuz çalışma şekilleri bireyleri olumsuz etkileyerek merhamet yorgunluğuna sebep olur (Cavanagh vd.,2020,640).

Merhamet yorgunluğu duygusu merhamet yorgunluğunu yaşayan ve yaşanan kurum için oldukça zararlı bir durumdur. Sağlık yöneticileri merhamet yorgunluğu yaşamamak adına gereken önlemleri almalı, merhamet yorgunluğu yaşayan kişilerinde en az zararla bu durumdan çıkması için gereken stratejileri uygulamalıdır (Kırçı ve Kızıler, 2021,20). Uygulanan stratejilerde başarı olabilmek için merhamet yorgunluğunu azaltan, merhamet memnuniyetini arttıran stratejiler geliştirilmelidir (Pehlivan ve Güner,2017,132).

Uyandığımız andan uyuduğumuz zamana kadar günlük hayatımız hep seçenekler arasında aldığımız karar ile devam eder. Karar vermeyi seçeneklerin değerlendirilmesi, en iyi alternatife belirlenmesi olarak tanımlayabiliriz (Dessler, 2013). Karar alınan bir sonucu belirttiği için tek bir aşama olarak anlaşılırken, karar verme kümülatif bir aşamadır. Alınan karardan önce karar alınırken geçirilen aşamaları daha iyi anlaşılması gerekir. Karar verilirken geçirilen aşamalar şunlardır, problemi tanımlamak, amacı belirlemek, alternatifleri oluşturmak, seçenekleri değerlendirmek ve son aşama olan kararı belirleme aşamasıdır (Kıral,2015,75-76).

Günümüzde sağlık sektöründe sağlık hizmeti veren hastaneler en çok karmaşık ve idaresini yönetmek en zor olan örgütlerden biri olarak bilinmektedir. Verilen sağlık hizmetinin en büyük çokluğunu oluşturan hemşireler gelişen teknoloji ve insanların memnuniyetsizliğinden ötürü önemli kararları alırken zorlanmaktadır (Kuşaklı ve Bahçecik,2012,112).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve güvenilir olabilmesi için alınan kararların doğru ve güvenilirlik açısından net olması gerekmektedir. Sağlık alanında iş hatasına yer olmadığı için de alınan kararlar daha dikkatli ve özenli olmalıdır. Hastalarla en çok iletişim kuran hemşireler bu konuda büyük bir görev düşmektedir. Hemşirenin doğru zamanda ve en iyi verdiği karar, hasta için hayati önem taşımaktadır. Gelişen teknoloji sağlık sektörünü de etkilediği için sağlık hizmeti sunarken alınan kararlar da karmaşık bir hale gelmiştir. Karar verirken zorlanan hemşire karar vermeyi meydana getiren bilişsel süreçlerin ve kullanılan modelleri araştırarak en sağlıklı kararı vermesi gerekir (Sucu

vd.,2012,52).

Hemşireler karar verirken vermesi gereken kararı etkileyen faktörler vardır. Bu faktörler hemşirenin bilgi seviyesi, çalışma süresi, deneyim ve kazanımları, karar verilen ortamın şartları, toplumsal değerler ve kurum kültürleridir (Sucu vd.,2012,53-55).

Bu kapsamda çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluklarının karar verme becerilerine etkisi araştırılmıştır. Bir başka deyişle, merhamet yorgunluğuyla karar vermenin ilişkisini inceleyerek, hemşirenin yaşadığı merhamet yorgunluğunun karar vermesiyle ne kadar bağlantılı olduğunu göstermek amaçlanmaktadır. Ayrıca çalışmada demografik bilgilerin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahipliği, mesleği isteyerek seçme, hizmet süresi, bağımsız karar verme sıklığı) hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve karar verme becerileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır. Böylece hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve karar verme becerilerinin demografik değişkenler açısından bir fark oluşturup oluşturmadığına yönelik olarak da literatüre önemli bir katkı sunulmak amaçlanmıştır.

Yapılan araştırmada Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerden elde edilen veriler sayesinde konu detaylı bir şekilde araştırılmıştır. Hemşirelerin sağlık hizmeti verirken aynı zamanda hastalarla birebir iletişim kurarak onları sadece sağlıklarını iyileştirmek için yardımcı olmayıp ayrıyeten de manevi olaraktan yardım ettikleri için çalışmanın yapılmasın da bu durumun büyük bir etkisi vardır. Çalışma ile ilgili literatür incelendiği zaman merhamet yorgunluğu kavramı birçok değişkenle beraber incelenmiştir. Ama merhamet yorgunluğunun karar verme üzerindeki ilişkisini inceleyen yeterli çalışma yoktur. Bu eksikliği gidermek için çalışma yapılmış olup, sağlık yöneticilerine ve hemşirelere yol göstermesi ve yardımcı olunması için araştırmanın yapılmasına gerek duyulmuştur. Yapılan çalışma sağlık yönetimine ışık tutarak sağlık yönetiminin gelişmesi açısından yol göstericidir.

Çalışma yedi ana başlık üzerinden gerçekleşmiştir. Birinci bölümde merhamet yorgunluğu ve karar verme becerisi kavramlarıyla ilgili literatür bilgisi yer almaktadır. İkinci bölümde merhamet yorgunluğu ve karar verme becerisiyle ilgili daha önceki yerli ve yabancı çalışmalar yer almaktadır. Üçüncü bölümde araştırmanın kavramsal çerçevesi vardır. Dördüncü bölümde araştırmanın gerekçesi ve uygulama yöntemi yer almaktadır. Beşinci bölümde araştırmada yürütülen anketlerin analiz sonuçları vardır. Altıncı bölümde araştırmanın sonucu ve diğer tezlerle karşılaştırması vardır. Son bölüm olan yedinci bölümde araştırma sonucunda ortaya çıkan öneriler vardır.

2. KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde çalışmanın değişkenleri olan merhamet yorgunluğu kavramı ve karar verme becerileri kavramı ile ilgili ilişkin literatürde bulunan önceki çalışmalara ait benzer çalışmalara yer verilmiştir.

2.1. Merhamet Yorgunluğu ile İlgili Önceki Araştırmalar

Topçu (2020), “Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Tükenmişliğe Etkisinde Empatinin Aracı Rolü” adlı yapmış olduğu çalışmada merhamet yorgunluğunun tükenmişliğe etkisini yaşayan hemşirelerde empatinin ne kadar etkili olduğunu incelemiştir. Araştırmanın evrenini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenikent Devlet Hastanesi ve Toyotasa Acil Yardım Hastanesi’nde sağlık hizmeti sunan hemşirelerden oluşturmaktadır. 3 hastanede toplam hemşire sayısı 995 tir ama sadece 441 hemşireye ulaşılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ile empati ve tükenmişlik ile empati arasında pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişki görülmektedir. Buna göre, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik arasında doğru orantı vardır. Yani merhamet yorgunluğu seviyesi yükseldikçe tükenmişlik artmakta, tükenmişlik arttıkça empati düzeyi de artmaktadır.

Nimmo ve Huggard (2020), “A Systematic Review of the Measurement of Compassion fatigue, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress in Physicians” olarak adlandırdıkları ve beraber yürüttükleri araştırmalarında hekimlerde merhamet yorgunluğu dolaylı travma ve ikincil travmatik stres ölçümünün incelenmesini yapmışlardır. Yapılan makalede veriler literatür taranarak nitel bir şekilde meydana gelmiştir. Bu araştırma sonucunda hekimlerin merhamet yorgunluğunun negatif yönde etkilendiklerini söylediklerine rağmen yeterince üzerinde durmadığı literatürde yeterli bilgi olmadığı öngörülmüştür.

Emül (2021), “Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğunun İşten Ayrılma Niyetine Etkisi” başlıklı çalışmanı yapmıştır. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun işten ayrılma niyetine etkisinin var olup olmadığını incelenmek için yapılmıştır. Araştırma Elâzığ ilinde bulunan Fırat Üniversitesi Hastanesi’nde bulunan sağlık çalışanlarına yapılmıştır. Hemşire, doktor, sekreter, hasta bakıcı ve tekniklerden oluşan toplam 210 kişiye anket uygulanmıştır. Yapılan araştırma sonucunda merhamet yorgunluğu ile işten ayrılma niyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Elde edilen bulgulara göre merhamet yorgunluğu orta düzeyde yaşamalarına rağmen işten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu gözlenmiştir.

Kırıcı (2021), “Pediatri Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Klinik Karar Verme Becerilerine Etkisinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmada araştırmış olduğu

pediatri hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin klinik karar verme becerilerine etkisinin belirlenmesi amaçlamıştır. Araştırma Gülhane EAH ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH (Merkez Binası)’nde çocuk hastalara bakım veren toplam 237 pediatri hemşiresi üzerine yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda pediatri hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi arttıkça klinik karar verme becerileri azaldığı görülmüştür.

Maillet ve Read (2021), ‘Work Environment Characteristics and Emotional Intelligence as Correlates of Nurses’ Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue, A Cross- Sectional Survey Study’ adlı beraber yapmış oldukları çalışmada Kanadalı kayıtlı hemşireler ve lisanslı pratik hemşireler arasında merhamet yorgunluğunun iş yaşamı üzerine etkisini psikolojik sermaye ve duygusal zekâ alanları üzerinde etkilerini araştırmışlardır. 406 hemşire üzerinde yapılmıştır. Yapılan araştırmada Kanadalı kayıtlı hemşireler ve lisanslı pratik hemşirelerin iş yükü, ödüller ve iş yerinde adalet algılarında hem de merhamet yorgunluğunda önemli farklar olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Ertümer ve Kaya (2022), tarafından yürütülen “Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliğine Etkisi” araştırmada sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine ne tür etkisi olduğunu incelemişlerdir. Çalışmanın evrenini Isparta ili oluşturmaktadır. Isparta ilinde bulunan 2 hastanede çalışan 415 sağlık çalışanı üzerinde veriler toplanmıştır. Çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sayesinde çıkan sonuçta merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği alt boyutu olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğunun, hasta güvenliği tutumunu negatif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Özhan (2022), “Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Üzerinde Bir Araştırma” isimli bir çalışma yapmıştır. Araştırmanın amacı pandemi döneminde görev yapan yoğun bakım hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerini incelemektir. Araştırmanın evrenini Devlet Hastanesi (Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım ve Acil Yoğun Bakım) ve bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Genel Yoğun Bakım ve Acil Yoğun Bakım) Erişkin Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan toplam 197 hemşire oluşturdu. Bu araştırma sonucunda Covid-19 pandemisi yaşanırken yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyi orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Pandemi yaşanırken merhamet yorgunluğu düzeyinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin medeni hali ve cinsiyetleri Covid-19 merhamet yorgunluğu ölçeği ile arasında anlamlı bir ilişki çıktı. Hemşirelerin meslekte çalışma yılları ve mesai bitiminde fiziksel yorgunluk durumları ile Covid-19 pandemisinde merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki gözlemlendi.

Altay (2022), tarafından ele alınan “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğunun Tıbbi Hataya Eğilim Durumlarına Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı

çalışmasında, merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin tıbbi hata yapıp yapmadıklarını anlamak için bu çalışmayı yapmıştır. Özel bir sağlık kurumunun 8 şehirde bulunan 16 hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 466 hemşire araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırma sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir ve etkileyen tanımlayıcı özellikler mesleki çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlendi. Araştırma sonucunda hemşirelerin tıbbi hataya eğilim seviyelerinin düşük düzeyde etkileyen tanımlayıcı özelliklerin; eğitim durumu, mesleki çalışma süresi, yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi ve yoğun bakım hemşireliği sertifikasyonu olma durumu olarak belirlendi. Son olarak ise hemşirelerde merhamet yorgunluğunun artması ile tıbbi hataya eğilim de arttığı belirlenmiştir.

Aydın (2022), “Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki” adlı yapmış olduğu çalışmada merhamet yorgunluğu ile maneviyat kavramını incelemiştir. Araştırmanın evrenini Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde görev yapan ameliyathane, cerrahi klinikleri, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve acil servislerde çalışmakta olan toplam 206 hemşire oluşturmaktadır. Cerrahi hemşirelerin bulundukları yere göre merhamet yorgunluklarının değiştiği görülmüş ve genç yaştaki hemşirelerin daha çok bu yorgunluğu yaşadığı görülmüştür.

Barutçu (2023), araştırmış olduğu çalışmada acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma Ege Üniversitesi Yetişkin Acil Servis ve Çocuk Acil Servisinde görev yapan 120 hemşire üzerinde yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucu olarak acil servis hemşirelerinin orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığı saptanmıştır. 1-5 yıl mesleki deneyimi olanların 5-10 yıl deneyimi olanlara göre daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri memnun olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Acil servis hemşirelerinde çalışma durumları ve saatlerinin, haftalık çalışma sürelerinin tükenmişlik düzeyine anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. İş ortamını sevmeyen veya kararsız olan kişilerde tükenmişlik düzeyi daha fazla çıkmıştır. Son olarak ise acil servis hemşirelerinde merhamet yorgunluğu arttıkça tükenmişlik düzeyleri de doğru orantılı şekilde arttığına ulaşılmıştır.

Kurt (2023), yapmış olduğu “Covid-19 Döneminde Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişki, Bandırma Örneği” çalışmasını yapmıştır. Çalışmasının amacı merhamet yorgunluğu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Balıkesir ili Bandırma ilçesinde bulunan Eğitim Araştırma Hastanesi, Bir Özel Hastane, Aile sağlığı merkezleri, Toplum sağlığı merkezleri, 112 kontrol komuta merkezlerinde hizmet sunan ve Covid 19 salgını döneminde aktif olarak sahada doktor,

hemşire ve diğer sağlık çalışanları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Toplam 216 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada covid-19 döneminde ailesinden uzakta kalan sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri negatif bir etkiye sebep olmuş ve merhamet yorgunlukları da artmıştır. Hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre mesleki tükenmişlik düzeylerini daha düşük çıkmıştır.

Okurlu (2023), “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Alarm Yorgunluğu ile Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişki” adlı çalışmasında alarm yorgunluğu ve merhamet yorgunluğu arasındaki bağlantıyı anlayabilmek için bu araştırmayı yapmıştır. İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi’nde yoğun bakım ünitelerinde çalışan 125 hemşire çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma sonucu olarak alarm yorgunluğu ve merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Yani alarm yorgunluğu düzeyi arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır.

Çelik (2023), “Merhamet Yorgunluğunun İşten Ayrılma Niyetine Etkisi, Tarsus İlçesi Kamu Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelleri Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı çalışması merhamet yorgunluğunun işten ayrılmaya etkisini incelemiştir. Araştırmanın evrenini Tarsus Devlet Hastanesindeki 300 kişilik sağlık personelleri oluşturmuştur. Araştırmanın sonuçları olarak şunları söyleyebiliriz, Kadın sağlık çalışanları erkek sağlık çalışanlarına göre daha fazla merhamet yorgunluğu yaşamaktadır. Yaşın merhamet yorgunluğu ile pozitif bir ilişkisi medeni durumun ve eğitim durumunun ise negatif bir ilişkisi vardır. Cinsiyet ve medeni durumun işten ayrılmak ile bir ilişkisi yoktur. İşten ayrılma niyeti ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ve işten ayrılma arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Ağgöl (2023), tarafından yürütülen “Merhamet Yorgunluğu, İş Stresi ve İşten Ayrılma Niyeti Aralarındaki İlişki, Sağlık Personeli Üzerinde Bir Araştırma” başlıklı çalışmanın amacı merhamet yorgunluğu iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için bu çalışmayı yapmıştır. Araştırma Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ve Adıyaman Özel Gözde Hastanesinde yürütülmüştür. Bu hastanelerde çalışan 226 sağlık çalışanı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda iş stresi düzeyi ve merhamet yorgunluğunun cinsiyetle bir ilişkisi olmadığı görülmüştür. Medeni duruma göre ise pozitif bir ilişki bulunmuştur. Sağlık çalışanın meslek tanımına göre iş stres düzeyi ve merhamet yorgunluğu farklılık göstermektedir. En çok merhamet yorgunluğu yaşayan meslek grubu hemşireler ve tıbbi sekreterlerdir. Araştırmaya göre merhamet yorgunluğu ve iş stresi arasında pozitif yönlü orta derece bir ilişki olduğu saptanmıştır. Özetle merhamet yorgunluğu ve iş stresi arttıkça işten ayrılmalarda artacaktır.

Zorman (2024), tarafından gerçekleştirilen “Cerrahi Hemşirelerin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi” adlı yürütmüş olduğu çalışmada cerrahi hemşirelerin merhamet düzeylerini incelemiştir. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunan 144 cerrahi hemşireleri üzerinden araştırma yapıldı. Yapılan araştırma sonucunda cerrahi hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin ortalamanın üstünde olduğu tespit edilmiştir. Uygulanan merhamet ölçeğinin bilinçli farkındalık ve paylaşımların bilincinde olma alt boyutlarından yüksek puanlar alırken umursamazlık ve ilişki kesme alt boyutlarından düşük puanlar alınmıştır.

Eren (2024), tarafından yürütülen “Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerde Bakım Verme Yükünün Merhamet ve Empati Düzeyi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi” çalışmasının amacı palyatif hastalara bakım hizmeti sunan kişilerin merhamet ve empati düzeylerini değerlendirmektir. Yapılmış olan çalışma İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimindeki 386 kişiye yapılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda bakım verme yükü arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyinin azaldığını, bakım verme yükü arttıkça empati yeteneğinin azaldığı ve palyatif bakım sağlayanlarda merhamet yorgunluğu ile empati yetenekleri arasında doğru bir orantı olduğu görülmüştür.

2.2. Karar Verme ile İlgili Önceki Araştırmalar

Pirol (2018), yürüttüğü “Hekimlerin Karar Verme Algılarının Defansif Tıp Tutumları Üzerine Etkisinin Araştırılması” çalışmasını yapmıştır. Hekimlerin karar verme algılarının defansif tıp tutumları üzerine etkisini araştırmak amacıyla bu çalışmayı yapmıştır. Araştırma Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapmakta olan 165 hekime uygulanmıştır. Çıkan sonuçlara göre rasyonel karar verme, bağımlı karar verme ve kendiliğinden-anlık karar verme alt boyutları ile hekimlerin defansif tıp tutumları arasında negatif yönde, sezgisel karar verme ile kaçınma karar verme alt boyutları ile hekimlerin defansif tıp tutumları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aşır (2021), “Elektronik Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Sağlık Tüketicisinin Karar Verme Sürecine Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma” başlıklı çalışması Isparta'da yaşayan 18 yaş üstü 387 sağlık tüketicisine uygulanan bir çalışmadır. Çalışmanın sonucunda elektronik ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık tüketicisinin kararını etkilediği görülmüştür. Artık internet ağına birçok şeyi halledebildiğimiz şu günlerde sağlık hakkında da birçok bilgiye ulaşabiliriz. Sağlık hizmeti alanların yaptığı yorumlar şikayetler bizlerin tercihlerini etkileyebilmektedir.

Ayas (2021), yapmış olduğu ‘Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ, Karar Verme Stilleri ve Profesyonellik Düzeylerinin İncelenmesi’ başlıklı çalışmada duygusal zekâ, karar verme ve profesyonellik düzeylerini incelemiştir. Araştırmanın evrenini Ankara Şehir Hastanesinde çalışmakta olan 513 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın sonucunda sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeyi ile eğitim meslek ve çalışılan birim/dal değişkenleri, karar verme stilleri ile cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma şekli ve meslekte

profesyonel tutumu ile yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup-olmama durumu, meslekte çalışma süresi değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar olduğu, sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin orta seviyede olduğu ve sağlık çalışanlarının rasyonel bir şekilde karar verebildikleri görülmüştür. Duygusal zekâ, karar verme stilleri ve meslekte profesyonel tutum arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman duygusal zekanın alt boyutu olana iyimserlik ruh halinin rasyonel ve sezgisel pozitif yönde ilişkisi olduğu, meslekteki profesyonel tutum ve karar verme arasında pozitif bir ilişki olduğu gözükümüştür.

Sever (2022), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta-Hekim İletişiminin Karar Verme Sürecine Etkisi Gaziantep İli Örneği” çalışmasında nitel araştırma yöntemlerinde biri olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Gaziantep ilinin içinde bulunan özel ve kamu hastanelerinde çalışan 10 tane hekim oluşturmaktadır. Karar verme sürecinde hasta hekim iletişimini etkileyen birçok faktör olduğu anlaşılmaktadır. Hastanın iletişimi hastane olanakları anamnezin doğru alınmış olası gibi birçok faktörler mevcuttur. Bu faktörlerin sağlandığında alınan kararlar daha doğru ve tam kararlar olacaktır.

Rababa vd. (2022) tarafından “Sepsis Assessment and Management İn Critically Ill Adults, A Systematic Review” adlı çalışmada hemşirelerin sepsis değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgili bilgi, tutum, uygulama ve karar verme becerilerini incelemişlerdir. Araştırma Ürdün’ün kuzey bölgesinde bulunan bir hastanede 70 tane hemşirenin katılımıyla sağlandı. Çıkan sonuçlara göre deneyimli ve yüksek lisans derecesine sahip hemşireler diğer lisans derecesine sahip hemşirelere göre daha iyi sezgisel karar verme becerisi bildirdi.

Kaya (2023), “Ameliyathane Hemşirelerinin Klinik Karar Verme Düzeyleri ile Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişki” isimli çalışma Ankara Üniversitesi İbni Sina – Cebeci Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapmakta olan 94 ameliyathane hemşireleri üzerinden çalışma yürütülmüştür. Yapılan araştırmalar sonucunda ise ameliyathane hemşirelerinde klinik karar verme düzeyleri arttıkça öz yeterlilik inanç düzeyleri de artmaktadır.

Toker (2023), tarafından yürütülen “COVID 19 Salgını Süresince Sağlık Yöneticilerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin Karar Verme Becerisi Üzerine Etkisi, Çanakkale İli Örneği” çalışma covid-19 dönemi boyunca sağlık yöneticilerin karar verme becerilerini araştırmıştır. Araştırmanın evrenini Çanakkale ili içerisinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve 2 tane özel hastane oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilen kesim Başhekim, Başhemşire/ Sağlık Bakım Hizmet Müdürü, İdari Mali İşler Müdürü ile Servis Sorumlu Hemşireleridir. Toplam 202 sağlık yöneticisine ulaşabilmektedir. Çalışmanın sonucunda belirsizlik durumunda karar vermenin de zorlaştığı görülmüş ve belirsizlik arttıkça karar verme becerisinde zorlanmalar yaşandığı anlaşılmıştır.

Kaplan (2023), tarafından hazırlanan “Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşireler Arasındaki İş Birliğinin Klinik Karar Verme Düzeylerine Etkisi” araştırmanın amacı cerrahi birimlerde görev yapmakta olan hemşirelerin iş birliği yapmanın karar vermeye nasıl bir etkisi olduğunu araştırmaktır. Araştırma İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinin Nöroloji ve Ortopedi Hastanesine bağlı cerrahi birimlerinde çalışan 210 hemşire üzerinden yapıldı. Yapılan anket çalışması sonucunda cerrahi hemşirelerin %73,3’ü iş birliğinin klinik karar verme de etkili olduğu sonucuna varılmıştır.



3. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde merhamet yorgunluğu ve karar verme becerileri hakkında ayrıntılı bir açıklama yapılacaktır.

3.1. Merhamet Kavramı

Din ve topluluklarda erdemli bir birey olmanın gereksinimi olarak görülen merhamet kelimesi, yardıma ihtiyacı olan kişi veya bir topluluğa (insan ve insan dışı varlığa da duyulabilen) özgü geliştirilebilen bir duygu olarak belirtilmektedir (Akın, 2018,127). Merhamet kavramı farklı alanlarda uzmanlaşmış uzmanlar tarafından farklı şekillerde yorumlanmıştır. Bu tanımlamalar aşağıda belirtilmiştir.

Türk Dil Kurumunda (TDK, 2024) bakıldığında merhamet sözcüğü “bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” şeklinde ifade edilirken, Türk Diyanet Vakfı (TDV, 2004) merhamet sözcüğünü İslam Ansiklopedisi’nde “acımak, şefkat göstermek, acıma duygusu ve bu duygunun etkisiyle yapılan iyilik, lütf” olarak ifade etmiştir.

1828’de kurulan Merriam Webster çevrimiçi sözlüğünde ise merhamet terimi “acıya veya talihsizliğe maruz kalan kişiye karşı duyulan derin sempati ve üzüntü hissi ile çekilen acı ve acı sebeplerini ortadan kaldırma arzusu” olarak tanımlanmaktadır.

Merhamet teriminin var olma aşamalarına baktığımızda karşımıza 3 bölüm çıkmaktadır. Birinci kısımda bireyin başka bir kişi veya canlının acı çektiğini gözlemlemesi ve negatif bir halde olduğunu görmesidir. İkinci kısımda bireyin acı duyacağı durumu kasten olarak yapmamasını içerir. Son aşamaya baktığımız zaman ise bireyin negatif durum ile karşılaşınca kendi bilgileri ışığında karşısındaki kişiyle empati yapmasına olanak vermektir (Snyder ve Lopez,2001). Merhamet duygusunun ilk eğitimi aile ile başlar. Ama çocuğun büyüdüğü ortam ile merhamet duygusu farklılık gösterebilir. Çocuk eğer kötü şartlarda olan bir toplumda büyümemiş ise merhamet duygusu gelişmeyebilir (Kaymakcan ve Meydan, 2012,16)

Merhamet duygusu sadece insanlara karşı gösterilen bir duygu değil insan dışında olan diğer canlı varlıklara da merhamet duygusu sergilenebilir. Merhamet sergilemek insani duygularımızı sağlamlaştırır ve bizi daha iyi bir insan haline getirir. Toplumla olan iletişimimizi zenginleştirir. Merhamet duygusu insani özelliklerinin yanında ahlaki ilimlerin en üstünüdür (Hökelekli, 2011,13-17; Tasvir-i Ahlâk Sözlüğü, 1975,220).

Merhamet duygusu insani bir duygudur ve acı çeken ya da yardıma muhtaç kişilere yardım etmemizi teşvik eder. Yardım edeceğimiz kişi veya kişileri tanıyor olmamız gerekmez, hiç tanımadığımız insanlara da merhamet duyup yardım edebiliriz. Merhamet diğer duygu durumlarıyla karıştırılabilir. En fazla karıştırılan acıma kavramıdır. Ne kadar benzer kavramlar gibi de gözükse aralarındaki en büyük fark harekete geçme

durumudur.

Acıma da karşı tarafa herhangi bir şekilde yardımda bulunma işini kolaylaştırma gibi sonuçlar yoktur, sadece bir duygudan ibarettir. Merhamette ise aksine üzülmekle kalmayıp zor durumda olan kişiye karşı yardım etme işini kolaylaştırma çabaları vardır (Cingi ve Eroğlu, 2019,3)

Sağlık çalışanları için merhamet kavramını incelemek gerekirse çalıştıkları ortam gereği oldukça hayati bir kavramdır. Hastaya sadece hasta olarak değil de insan olarak bakıldığı zaman daha sağlıklı tedavi verilecektir. Merhamet sağlık çalışanının hastalarla empati kurarak daha kolay iletişim kurmasını kolaylaştırır ve ayrıca merhamet duygusunun artı olarak şifa veren yanı da vardır (Akın, 2018,128). Hasta merhamet duygusunu hissedince kendini daha güvende hissederek tedaviye daha olumlu tepkiler verir. Hastalara karşı herhangi bir güzel bakış güzel bir söz onları daha güvende hissettirir. Sadece hastaları değil hasta yakınları da gördükleri merhamet sayesinde kaygıları azalır. Yani sağlık çalışanı sadece hastaya değil hasta yanında duran hasta yakınlarıyla da bir ilişki oluşturur. Bu ilişkinin sonucu olarak sağlık çalışanı hizmetini sunarken hasta ve yakınına sunduğu çaba ve ilginin neticesinde oluşan duygusal bağ diğer dallardan ayrılmasına sebep olur (Özkaplan, 2009,17).

3.2. Yorgunluk Kavramı

Yorgunluk kavramına genel olarak düşünüldüğü zaman sadece bedenen yıpranmalarda kullanılan bir kelime olarak düşünülür. Aslında yorgunluk kelimesi hem fiziksel hem de ruhen yıpranma olarak yorgunluk kavramını genişletebiliriz. Yorgunluk ile başka bir tanımlamaya bakmamız gerekirse Türk Dil Kurumu (TDK,2020) “Çalışma vb. sebeplerle bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması, bitaplık” biçiminde tanımlamıştır. Yorgunluk kişinin günlük aktivitelerini devam etmesini engelleyen ve sınırlar koyan bitkinlik olarak da ifade edilen bir terimdir (Troxel vd., 2010). Yorgunluk halk içerisinde geniş ölçüde şikâyet edilen ve çok sık hastaneye başvuru sebepleri arasındadır (Öngel, 2005).

Merhamet yorgunluğuna dünya geneline bakıldığı zaman kadın çalışanlar erkek çalışanlara göre daha çok merhamet yorgunluğu yaşarlar. Bunun sebepleri arasında kadınların iş ortamındaki olumsuz çalışma ortamları (mobbing, yıldırma vb), aile arasında iş yükünün fazla oluşu ve görevlerinin daha çok oluşu sayılabilir. Yorgunluk yaşayan insanın hayat kalitesi düşer, ilgisi azalır ve kendisini sürekli olarak hasta gibi hisseder. Yapacağı hiçbir işi isteyerek yapmaz ve her şey onlara çok zor gelir (Mollaoğlu ve Üstün,2009,4)

Yorgunluk ve yorulma kavramları birbiriyle aynı kavramlar gibi düşünülse de birbirinden farklı kavramlardır. Yorulma kavramı düzensiz beslenme, uykusuzluk gibi durumlar yüzünden meydana gelip kısa sürede geçerken yorgunluk hissi uzun süreli

geçmeyen ve psikolojik olarak olumsuz etkileri olan bir süreçtir. Yorgunluğu iki ayrı şekilde inceleyebiliriz. Bunlar; akut yorgunluk ve kronik yorgunluktur. Akut yorgunluk, bilinçsel ya da fiziksel iş gücünün, duygusal stresin, az iyileşmenin gelip geçici bir hastalığın çıktısı olarak karşımıza çıkar (Techera vd., 2016). Genel olarak fazla çalışma saati, fazla mesai, uykusuzluk buna sebep olabilmektedir. Akut yorgunluğun birkaç belirtisi vardır. Bunlar; bulanık görme, harekette yavaşlama, olaylar karşısında yavaş tepki vermek, baş ağrısı veya baş dönmesi olarak sayılabilir. Çözüm olarak dinlenme yapılarak çözüm bulunur. Akut yorgunluğun tam tersi ise kronik yorgunluktur. Kronik yorgunluk, dinlenme haliyle geçmeyen süreç olarak daha uzun süren yorgunluktur. Kronik yorgunluk psikolojik bir rahatsızlıktır. Ve uzman kişi tarafından destek sağlanmalıdır. Kronik yorgunluk yaşayan bireylerde yaşadığı kötü durumu sonlandırmak daha yavaş ayrıyeten de kabiliyetlerin de yavaşlama ve dikkat kaybı gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (Çevik vd., 2003,21).

Diğer meslek grupları arasında en çok çalışma mesai saatinin olması, düzensiz çalışma saatleri, olumsuz çalışma ortamlarına sahip olan sağlık çalışanları da en çok mesleki yorgunluk yaşayan meslek gruplarından (Abdul Rahman vd., 2017,14)

3.3. Merhamet Yorgunluğu ve İlişkili Kavramlar

Merhamet yorgunluğu İngilizce literatürde “compassion fatigue” olarak bilinirken, Türk dilinde ise “şefkat yorgunluğu”, “merhamet yorgunluğu” ya da “eş duyum yorgunluğu” olarak bilinir. Merhamet yorgunluğu tanımı ilk kez 1992 yılında hastanenin acil servisinde görev yapan hemşirelerin maruz kaldıkları tükenmişlik sendromu fark edilince Carla Joinson tarafından ortaya çıkarılmıştır. Joinson’un acil serviste görev yapan sağlık çalışanların tükenmişlik düzeylerini belirleyecek çalışma sonrası ‘merhamet yorgunluğu’ terimi meydana gelmiştir. Yoğun şekilde acıya maruz kalan hastalarla ilgilenen hemşirelerde rastladığımız dolaylı travmadan sebep olan duygusal bir sonuç olarak meydana gelen tükenmişlik şekli olarak ifade edilmiştir (Joinson, 1992).

Joinson tarafından oluşturulan kavram sonrasında Dr. Charles Figley travma geçirmiş insanların bakımını gerçekleştirmiş ve sağlık çalışanlarının bu kavram sayesinde damgalanmasının azalacağını belirterek “sekonder travmatik stres bozukluğu” kavramı yerine “merhamet yorgunluğu” kavramının kullanılmasını sağlamıştır (Figley, 2002).

Gök (2015) merhamet yorgunluğunu yoğun duygusal acı ve fiziksel stres geçiren hastalara hizmet vererek yakından ilişki kuran kişilerde oluşan fiziksel duygusal ruhani tükenmişlik halidir diye tanımlamıştır. Dikmen ve Aydın (2016) ise merhamet yorgunluğunu “hemşirenin hastaya karşı empati kurma ve bakım verme isteği/becerisi/enerjisinde azalmaya neden olan fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal yönden tükenme” olarak tanımlamışlardır.

Merhamet yorgunluğu yaşayan kişi empati yeteneğini kaybeder ve durumlara karşı duyarsızlık yaşar (Dikmen ve Aydın, 2016,16)

Literatürde olan çalışmalar ışığında merhamet yorgunluğunun oluşma sebeplerini 3 aşamada inceleyebiliriz. Birinci aşamayı hastaya verilen bakım hizmeti, ikinci aşamayı sisteme ait konular ve son aşama olan üçüncü aşamayı ise kişiye ait olan konular olarak görebiliriz. Birinci aşama olan hastaya verilen bakım hizmeti hasta olan kişiye sunulan sağlık hizmetinin hasta için yararlı olabilecek mi düşüncesiyle oluşan stres ve endişe ile meydana gelen merhamet yorgunluğudur. İkinci aşama olan sisteme ait konulara baktığımız zaman ise işi verenin yarattığı baskı, fazla çalışma mesaisi, uygunsuz çalışma saatlerinin getirdiği stresle oluşan yorgunluktur. Son aşamaya geldiğimizde ise yetersiz bilgisiz çalışanların olması ve fazla enerji kaybı gibi faktörler içermektedir (Şirin ve Yurttaş, 2015,125). Bu aşamalar dışında daha farklı merhamet yorgunluğuna sebebiyet verecek durumlar da vardır.

Merhamet yorgunluğu birçok çalışma alanında kendini belli eder (Sağlık çalışanları, sosyal hizmetçiler, polis, avukat, öğretmen vb.). Çünkü birçok çalışma alanında insanlarla birebir iletişim hali vardır ve bu durumda merhamet yorgunluğu kavramını gün yüzüne çıkartır. Diğer sektörlere oranla sağlık sektöründe merhamet yorgunluğu kavramı kendini daha çok belli etmektedir. Sağlık sektörü hastayla doğrudan iletişim kurulduğu ve hasta olan kişiyle sürekli iletişim halinde olunması gereken bir sektördür. Sağlık çalışanları diğer sektördeki gibi insanlarla uğraşır ama sağlık çalışanlarının hizmet verdiği insanlar hasta ve bakıma muhtaç insanlar oldukları için onlar bu iletişimde daha çok yorgunluk yaşarlar. İşine başlayan her sağlık çalışanı belirli bir miktarda merhamet duygusuyla işe başlarken çalıştığı süreç boyunca yaşadığı olumsuz durumlar karşısında merhamet duygusu giderek azalır ve yerini merhamet yorgunluğu alır (Coetzee ve Klopper, 2010,237)

Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personellerinin görev yaptıkları yerlerde gün içerisinde maruz kaldıkları travmaları daha sonra da tekrardan yaşıyor gibi hissetmesine yani sürekli yaşanan kötü durumun tekrarlı olarak yaşamış gibi hissetmesi durumuna merhamet yorgunluğu denir (Boyle, 2015). Sağlık çalışanı içine düştüğü bu olumsuz durumu sürekli olarak yaşayacağını düşünerek daha çok stres yaşar ve yapacağı işi tam olarak yerine getiremez ve yaptığı işten asla memnun olmaz. Bu durum sadece sağlık çalışanları için değil bu duygusal boşluğu yaşayan her meslek grubu için geçerlidir. Merhamet yorgunluğu yaşayan kişi fiziksel sorunlar (karın ağrısı, baş dönmesi vb.) yaşayabileceği gibi birçok psikolojik sorunlar (aşırı düşünme, uyuyama vb.) da yaşar ve sadece kendisi bu durumdan etkilenmez çevresinde olan ailesi, iş arkadaşları ve hizmet sunduğu hastalar da bu olumsuz durumdan etkilenebilir. Çevresine karşı daha saldırgan veya daha sessiz, sürekli bir uyku halinde olmaya veya hiç uyuyamama gibi semptomlar gösterebilir. Hissedilen yoğun stres ve baskı çalışan kişiyi savunmasız hissettir ve kötü durumlar içerisine girebilir. Merhamet yorgunluğuna, personel eksikliği, yıldırma,

mobbing ya da fazla olumsuz şartlarda çalışmak sebep olabilir (Dikmen ve Aydın, 2016,16)

Merhamet yorgunluğunun oluşmasını engellemek ya da etkilerini azaltmak kuruma yarar sağlayacaktır. Merhamet yorgunluğunun oluşumunu engelleyerek kurum daha çok zarar yaşamadan gereken müdahaleler yapılmalıdır. Merhamet yorgunluğuna karşı müdahaleler 3 çeşittir. Bireysel müdahalede kişi yeterli düzeyde uykusunu almalı, düzenli bir beslenme programı oluşturmalı, kendisine iyi gelen şeylere yönelmeli ve inançlarını sağlamlaştırmalıdır bu müdahaleler kişisel başa çıkma stratejileri sayılabilir. Profesyonel müdahalelere de örnek olarak çalışma olanakları belirlenmeli iş yüklerinin çeşitlendirilmesi ve yeteneklere göre takım oluşturma verebiliriz. Son olarak örgütsel müdahaleler ise oluşan sorunu daha profesyonelce çözecek destek ekiplerini oluşturulur, devamlı olarak personelin gerekli eğitimleri yapılabilir. Bireysel güçlülüğün artması merhamet memnuniyetini motive eder ayrıca merhamet yorgunluğuna karşı önleyicidir (Sullivan vd., 2019,338)

3.3.1. Hemşireler Açısından Merhamet Yorgunluğu

Sağlık çalışanları özellikle de hemşirelerde yaşanan merhamet yorgunluğu birçok yerde araştırma konusu olmuştur. Sağlık çalışanları arasında merhamet yorgunluğuna daha çok maruz kalan hemşirelerdir. Hemşireler, sağlık hizmeti sunarken hastalara değer gösteren, merhamet sergileyen fiziksel, duygusal yahut ruhsal sorunlarla yüz yüze geldiklerinde onlara yardım eden, şifa dağıtma ve onları iyi hallerine dönmesi konusunda destekleyen profesyonel bir gruptur (Zhang vd., 2018,1). Hemşirelerde çalıştıkları kliniğe göre merhamet yorgunluklarına maruz kalma oranları değişebilir. Yoğun bakım, acil servisler veya ruh sağlığı hemşirelerinde merhamet yorgunluğu daha çok hissedilir. Bunların yanında adli ortamlarda görev yapmakta olan hemşirelerde de merhamet yorgunluğu seviyesi oldukça yüksektir (Dikmen ve Aydın, 2016,17). Yapılan araştırmalar ışığında söylenen bölümlerde görev yapan hemşireler merhamet yorgunluğu yaşayan veya yaşaması daha mümkün olan büyük tehdit altında olan gruptur (Cingi ve Eroğlu 2019,61).

Hemşireler görev yaptıkları kliniği kendi isteğiyle mi yoksa mecburi şartlardan dolayı mı orada çalıştığı da merhamet yorgunluğunu etkilemektedir. Merhamet yorgunluğunu etkileyen diğer faktörlerde yaş, cinsiyet, medeni durum, hizmet süresi ve ücret gibi faktörleri verebiliriz (Gökoğlan vd.,2023,284).

Hemşirelerin sunacakları hizmeti tam olarak bilmelerinin yanında hastalara karşı da merhametli olmaları gerekmektedir. Merhamet ve empati kavramları her ne kadar olumlu kelimeler olarak gözükse de sağlık çalışanları hastalara karşı gösterdikleri merhamet ve empati olumsuz olayları yaşadıkça büyük bir baskı haline gelmektedir (Potter vd., 2010,57).

Kötü durumda olan hastaların durumlarına yakından şahit olmak ve sürekli acı çektiklerine şahit olmak ayrıyeten de görevleri gereği sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin bilişsel şemalarında farklılıklar oluşur ve bunun sonucunda merhamet yorgunluğu yaşarlar (Yılmaz ve Üstün, 2018,208). Merhamet yorgunluğu empatinin sürekli olmasının önüne geçerek hemşirelerin ruhsal yönden, bedenen ve bilişsel yönden tükenmesine sebep olabilir (Ertümer ve Kaya,2022,142).

Merhamet yorgunluğunu minimuma indirmek ve hemşirelerin merhamet memnuniyetini maksimum hale getirmek için merhamet yorgunluğuna ve merhamet memnuniyetine sebep olan faktörleri iyice belirlemek ve gereken önlemlerin alınması gerekmektedir (Wang vd., 2023,5511).

3.3.2. Şefkat

Şefkat bir başka insanın yaşamış veya yaşıyor olduğu acı, kötü halin ve bu durumdan çıkmak isteme halinin diğer kişi tarafından derinden fark edilmesi ve durumu anlamasıdır (Cornwell ve Goodrich 2009). Latin kökenli olan şefkat terimi ‘Compassion’ kelimesinden dönüştürülmüş olan ‘Şefkat’ sözcüğü ‘Com (Birlikte)’ ve ‘Pati (Acı çekmek)’ ile harmanlanıp oluşmuştur (Straus vd., 2016,16). Şefkat Türk Dil Kurumu sözlüğünde “sevecenlik” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Olumsuz durumlar yaşayan insanlara karşı ilgili, sevgi dolu ve sabırlı şekilde anlayış sergileyerek ayrıca her insanın da yaşaması mümkün olan bir durum olabileceğini kavrama yeteneğine şefkat denir (Condon ve Feldman Barrett, 2013). Kötü durumda olan bir bireyin tam olarak ne yaşadığını anlayamasak bile şefkat duygumuz bize yardım ederek doğa üstü yollarla hissetmememizi sağlar (Scott, 2000,126).

Şefkat terimine sağlık hizmeti açısından bakmamız gerekirse şefkat hasta ile gerçekleşen hakiki bir iletişimdir hasta hemşire bağı yerine insan-insan ilişkisidir (Van der cingel,2009,134). Sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan hemşireler hasta olan kişilerle en fazla iletişimde olan meslek grubu olduğu için hastalara karşı çok nezaketli ve yardımsever olmaya onların sadece fiziksel sorunlarıyla değil duygusal veya içsel sorunlarıyla da baş etmeye çalışırlar. Bu yardımsever hallerinin altında şefkat duyguları yatar. Hemşireler bakmakla hükümlü oldukları acı çeken veya yaralı hastalara şefkatli hizmet verme vazifesine sahiptirler (Coetzee ve Klopper, 2010,241). Şefkat duyguları gün geçtikçe olumsuz durumlarla karşılaştıkça azalabilir ve olaylara karşı duyarsızlaşmalar yaşarlar. Azalan şefkat duygusu merhamet yorgunluğuna sebep olabilir. (Uslu ve Korkmaz,2017,127)

3.3.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik terimini ilk defa 1974 yılında Freudenberg öncülüğünde “enerji, güç ya da kaynaklara aşırı gereksinim duyulması sonucunda yaşanan başarısızlık, yıpranma ve bitkinlik” tanımlaması yapılmıştır. Fazla çalışma saatleri sonucunda bireyin tükenmişlik hissettiğini ve görev yaptığı işin gerektirdiği sorumlulukları yerine getiremez hale geldiğini anlatmıştır (Burke vd., 2000). Literatürde tükenmişlik kavramı ile ilgili birçok tanımlamalar mevcuttur ama en genel şekilde Maslach’ın geliştirmiş olduğu tanım karşımıza çıkmaktadır. Tükenmişlik 3 ayrı bileşenden oluşmaktadır bu bileşenler duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğidir (Maslach ve Jackson, 1981,99).

Tükenme aşamasının ilk evresi olan duygusal tükenme bir bireyin duygusunda eksilme, enerjisizlik, yorulma ve yıpranma olarak tanımlanmaktadır. Bu evrede bireyin enerjisi oldukça azalır ve kendisini sürekli yorgun hissetme haline girer. 2. Aşama olan duyarsızlaşma da kişilerarası ilişki aşamasını gösterir (Budak ve Sürgevil,2005,96). Duyarsızlaşma yaşayan kişi çalışma ortamına hizmet verdiği kişilere yöneticilerine sert sorumsuz tavırlar sergileyebilir. Sergiledikleri durum karşısında hiç rahatsızlık yaşamazlar (Çimen,2000,6). Aşağılayıcı şekilde tavırlar sergilemek çalışanlar arasında sürekli bir sorun yaratmak ve endişe hali duyarsızlaşmanın belirtileridir (Torun,1997,47). Sonuncu aşama olan kişisel başarı eksikliği ise kişi yaptığı işi veya hizmeti beğenmez ve oluşan memnuniyetin etkisiyle işi sevmemeye başlar. Kişi kendini değerlendirme yaparken sürekli olumsuz olan duygularla kendini değerlendirme içerisine girer (Maslach,2003,190). Sonuç olarak insan gerek çalıştığı iş ortamında gerekte insan ilişkilerinde kendini yetersiz birçok konuda eksik hisseder (Cordes ve Dougherty,1993,623-624).

Tükenmişlik kavramı yorgunluk kavramı gibi belirli bir süre dinlenme haliyle geçmez, iş hayatının farklı dönemlerinde meydana gelebilir (Çimen,2000,6). Tükenmişlik hissiyatı kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Tükenmişliği tetikleyen 2 tane faktör vardır. Bunlar bireysel faktörler ve örgütsel faktörlerdir. İlk faktör olan bireysel faktörü incelersek eğer tükenmişlik her ne kadar örgütle ilişkili gibi görülse de bireysel faktörlerde bu konuda etkilidir. Her insanın stres yönetimi farklıdır. Aynı şartlar altında bazı çalışanların tükenmişlik yaşayabileceği başka bir çalışanında durumdan etkilenmeyip tükenmişlik yaşamayacağı belirtilmiştir (Lee vd., 2003,535). Bireysel faktörler şunlardır,

-Yaş, Bireysel faktörler araştırıldığında yaş faktörü ile arasında bir bağ vardır (Maslach, 1982). Yaş olarak büyük olan insanlar meslekte daha uzun süre kaldıkları için tecrübeleri artarak tükenmişlik yaşamaları daha az hale gelir. Literatürdeki araştırmalar incelendiği zaman genç çalışanlarda tükenmişlik yaşama oranı daha yüksektir (Boyar, 2011,61).

-Cinsiyet, Erkek ve kadın her ne kadar aynı işi aynı saat diliminde yapıyor olsalar da tükenme olarak farklılık gösterirler. Genel olarak erkekler verilen görevin sonucunda başarısızlık yaşamaktan korkarken, kadın çalışanlar toplum tarafından yaptıkları işin beğenilmemesi korkusunu yaşarlar. Kadınların aile hayatlarında toplumun bakışıyla erkeklere oranla daha fazla role sahip oldukları için kadınlar tükenmişliğe daha çabuk yakalanabilirler (Karadağ, 2013,53).

-Medeni Durum, Yapılan araştırmalar ışığında bekar ve boşanmış bireylerle evli ama çocuksuz bireylerin daha fazla tükenmişlik duygusunu daha yoğun hissetmektedir (Maslach ve Jackson,1981,111).

-Eğitim, Bu konu hakkında verilere bakıldığı zaman büyük çoğunluğun eğitim seviyesi ne kadar yüksekse tükenmişliğe düşme ihtimalide o kadar düşüktür. Eğitim seviyesi ile tükenmişlik arasında ters bir ilişki vardır. (Basım ve Şeşen, 2006,18).

Bireysel faktörlerin dışında örgütsel faktörlere de vardır,

-İş Yüğü, Örgütlerdeki tükenmişlik sorununun merkezi olan iş yüğü, yetersiz kaynak ve kısıtlı sürede fazla kişinin isteklerini yerine getirme durumuna maruz kalmasıdır (Karadağ, 2013,24).

-Aidiyet, Aynı iş ortamında çalışan iş arkadaşlarının birbirini desteklemesi birlik içerisinde olarak hep beraber ortak amaçları olmalıdır. Kendisini oraya ait hissedemeyen çalışan oradan uzaklaşmak ister ve yapması gereken işleri tam olarak yapamayıp tükenme haline girer (Budak ve Sürgevil, 2005,97).

-Adalet, Örgüt içerisinde her çalışan eşit olmalıdır. Eşitlik yoksa tükenmeler başlar (Arı ve Bal,2008,139).

-Rol Belirsizliği, Örgüt içerisinde tanımları açık bir şekilde yapılmamışsa çalışan tam olarak görevini bilmiyorsa kendini yetersiz hisseder. Birey rollerin belirsizliğinden kaynaklanan stresini iyi yönetebilirse belirli bir seviyeye kadar yaratıcılığını artırır. Ama çalışan bu stresle baş edemez ise tükenme başlar (Singh ve diğ.,1994,560).

Bunlar dışında yönetici çalışan arasındaki iletişim, değerler ve çalışma saatlerinin düzeni de tükenmeyi etkileyen örgütsel faktörlerdir (Arı ve Bal,2008,139)

Tükenmişlik 3 başlık altında fark edilebilir bu başlıklardan birincisi fiziksel belirtiler, ikincisi davranışsal belirtiler ve sonuncusu psikolojik belirtilerdir. Fiziksel belirtiler aşırı kilo alma veya verme, halsizlik geçmeyen baş ağrısı, halsizlik gibi belirtileri vardır. Davranışsal belirtilerde, Ani ve fazla tepkiler, işten sürekli şikâyet hali, kolay ve aniden ağlama, öfke krizleri görevini tam yerine getirmeme gibi tepkiler vardır. Son olarak psikolojik belirtiler ise, durumlar karşısında duyarsızlaşma, eleştiriye kapalı olma, değersiz hissetme kapana girmiş gibi hissetme olabilir (Arı ve Bal,2008,142)

Tükenmişlik her ne kadar kısa sürede geçen veya hiç yaşanmamış gibi görünse de tükenmişlik yaşayan bireyin hayatının geri kalanında ona zorluklar yaşatmaktadır. Tükenmişlik yaşayan çalışanın hem fiziksel hem de ruhsal sağlığında ve hareketlerinde

negatif etkiler oluşturabilir (Kaya, 2009,12). Tükenme hissine kapılmış çalışanların olumsuz duygulara ve davranışlara kapılıp bedensel ruhsal ve bunun yanı sıra insanlarla olan ilişkilerinin bozulduğu görülmüştür. Bu olumsuz durumlar sadece bireyi değil çalıştığı örgütü de etkiler (Metin ve Özer, 2007,59). Tükenmişliğin meydana getirdiği sonuçları inceleyelim.

Bireysel Sonuçlar Olarak Aşağıdaki Unsurlar Sıralanabilir:

Tükenmişliğin bedensel ve ruhsal açıdan zararları vardır. Tükenme durumunu yaşayan bireyin karmakarışık durumlar yaşadığını bu yüzden de davranışlarından bozukluklar meydana geldiği gözlemlenmiştir (Dilsiz, 2006,22). Uyku sorunları aşırı gerginlik veya sakinlik gibi durumlar oluşabilir. Tükenmişliği yaşayan kişi yaşadığı psikolojik ağırlık yüzünden bedensel de ağrılar çekmektedir. Süreç ilerledikçe sırt ağrısı veya ülser gibi hastalılar ciddi boyutlara gelebilir (Örmen, 1993,29). Sağlık açısından bir diğer sorun ise beslenme şeklidir. Yanlış beslenme yapabilir, öğün atlayabilir. Bu durumdaki kişilerle sağlıklı iletişim kurulmaz. Kişi zamanla işi önemsemez hasta hissettiği için kendini işte aksamalar oluşur ve işten ayrılma niyetinde olur. Kendini zararlı alışkanlıklara (içki, sigara, uyuşturucu gibi) bağımlı hale getirebilir (Örmen, 1993,29-30).

Örgütsel Sonuçlar Olarak Aşağıdaki Unsurlar Sıralanabilir:

Tükenmişlik yaşayan kişiler üzerine yapılan araştırmada yaptıkları işe karşı artık daha hevesiz oldukları ortaya çıkmıştır. Bunun sonucu olarak işten ayrılmak isteyebilirler veya işten ayrılmayıp iş konusunda gelişmeye kapalı olup sadece emeklilik beklediklerini görülmüştür. Bu tükenmenin sonucu olarak çalıştıkları kuruma hiçbir fayda göstermedikleri belirtilmiştir. Örgüt ya eleman kaybeder ve yeni eleman bulana kadar işleri aksar ya da hiçbir verim alamadığı elemanla devam etmek zorunda kalır. (Sönmez, 2006,18).

Örgütler tükenmişlik yaşamamak adına gereken önlemleri almalı yaşanan durumları da en sağlıklı biçimde ortadan kaldırmalıdır. Yöneticilerin insanla beraber çalıştığını unutmaması çalışanlarında bir duygusunun olduğunu fark etmesi gerekir. Çalışanlardan insanüstü isteklerde bulunmaması gerekir. Çalışanlar sadece bireysel çabalarla tükenmişlikle baş edemezler (Maslach ve Leiter,1999,50). Örgütlerin uygun önlemlerin alması tükenmişliğin getireceği olumsuzluklara karşı bir savunma olacak ve daha az zararla sonuçlanacaktır. Tükenmişliği önlemek veya daha az hissettirmek için 2 çeşit önlem vardır. Bireysel önlemler olarak girilecek işin girmeden önce zorluklarını araştırmak, iş tanımını tam olarak fark etmek, gerektiği zaman yardım almayı bilmek, mesai saati bitince işi sosyal hayata taşımamak gerekir. (Arı ve Bal,2008,143). Örgütsel önlemler ise uzun mesai saatlerini düzenlemek, personellerin istek ve ihtiyaçlarını görmek sürekli iletişim halinde olmak, devamlı kurumu geliştirecek eğitimler vermek, iş arkadaşlarını kaynaştıracak mesai dışında organizasyonlar düzenlemek, kariyer yükseltebilecek olanaklar sağlamak, ödül sistemi kullanmak, tükenmişlik yaşayan kişiyi

fark edince onu geri kazanmak için politikalar geliştirmek yapılabilecek önlemlerdir (Arı ve Bal,2008,145).

Tükenmişlik kavramı her çeşit kurum açısından büyük bir önemi varken sağlık kurumları açısından önemi oldukça önemlidir. Çünkü sağlık sektörü insanların hayatları ile ilgili bir sektördür. Sağlık sektörünün ikamesi olmadığı ve sağlık sektöründeki hatanın sonucu insan canı olduğu için en çok da bu sektördeki personellerin duygusal ruh hallerine dikkat etmeliyiz. Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti görevi yapan sağlık personelleri giderek çoğalan iş yükü ve yaptıkları işten dolayı doğrudan insanlarla iletişim kurup duygusal bir bağ oluşturdıkları için tükenmişlik için risk gruplarındandır (Arı ve Tunçay, 2010,128). Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanı artık işinde verimsiz olur ve başarısızlıklar yaşar. Ve bu durumdan dolayı sunulan hizmetin kalitesini kötü etkiler hastanın memnuniyetinin düşmesini neden olur (Özlü vd., 2017,239). Tükenmişlik durumu dahada ilerleyerek olası bir hatalı tedavide hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (Çankaya, 2017,4).

Tükenmişlik duygusunun en sık karşılaşılan ayrıyeten çok sayıda araştırmaya konu olmuş sağlık personellerinden olan hemşireler hastalara direk sağlık hizmeti sunan meslek grubudur (Taycan vd., 2006,101). Hemşirelerde tükenmişliğe yol açan faktörler yoğun çalışma saatleri, rol belirsizliği, ekipman eksikliği, yetersiz eleman gibi faktörler olabilir. Bunların yanı sıra hemşirenin nerede görev yaptığı uyguladığı tedavinin süreci hizmet verdikleri hastanın profili tükenmişliğe sebep olan diğer faktörlerdir (Gómez-Urquiza vd., 2020,2). Yaşanan olumsuzlukların getirdiği sonuçlar ise sinirlilik, işten ayrılma, oraya ait hissedememe, işte yeterli kadar durmama, hastalık hali, ekip arkadaşlarıyla çatışma, verilen hizmette yetersizlik, hizmetin kalitesizliği gibi sonuçlar doğurur (Kebapçı ve Akyolcu, 2011,65). Bu olumsuz durumlardan dolayı bireylerin sağlık taleplerini yerine getirmek için görev alan hemşireler her şeyden önce kendi sağlıklarına öncelik vermelidirler. Hemşirelerin kendileri iyi bir psikolojide olmalıdır ki sağlık hizmeti verdikleri kişilere de daha iyi hizmet verebilsinler (Karahaliloğlu, 2013,24).

Tükenmişlik sendromu ve merhamet yorgunluğu aynı kavramlar değildir. İki terim arasındaki farklar tabloda verilmiştir.

Tablo 3.1. Tükenmişlik Sendromu ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki Farklar (Uslu ve Korkmaz, 2017,126)

Tükenmişlik Sendromu	Merhamet Yorgunluğu
Kişinin iş hayatında karşılaştığı ve büyük Açıklaması oranda umutsuzluk, huzursuzluk ve çaresizlik duygularının artmasıyla meydana gelen duygusal, fiziksel ayrıyeten entelektüel tükenme çeşididir.	Acı çeken hastaya sağlık hizmeti verdiği sırada hemşirenin acı halinde olan hastanın durumuna maruz kaldıkça duygusal yönden zayıflaması, çaresiz kalması öfke gibi olumsuz duyguları hissetmesidir.
İş ortamında iletişim halinde olunan iş Oluşumunun arkadaşı veya yönetici karşısında kırgınlık Sebebi	Acı çeken birey veya hastalarla sürekli yakından ilgilenmekten kaynaklı oluşan

yaşayabilmektedir. Bu kırgınlıkların sebebi olduğundan daha fazla iş yükü çalışma saatlerinin belirsiz ve düzensiz oluşu adaletsizlik grup içerisinde çatışma kaynaklı olabilir.	bir sendromdur. Yaşanılan durum çalışma ortamı koşullarına değil travmatik tecrübeler ve acı içinde olan hastalarla ilişkilidir.
Günümüzde neredeyse bütün meslek gruplarıYaşayan yaşamaktadır. En çok bilinen meslek gruplarıGrupları asker, polis, akademisyen, sağlık çalışanlarıdır.	MeslekManevi yönü ağır olan meslek gruplarında görülür örnek olarak ise hemşireler sağlık çalışanları örnek verilebilir.
Stresin giderek artarak tükenmişlikMeydana sendromunu oluşturur. Ani olarak gelişen birSüresi durum değil, aşamalı bir durumdur.	GelmeAcı çeken bireyle ilk karşılaşma anında bile oluşabilen bir sendromdur. Birikim gerektirmez ilk karşılaşıldı anda varlığını gösterebilir.

3.3.4. Sekonder(ikincil) Travmatik Stres

İkincil travmatik stres kavramını 1985 yılında ilk kez Rosenhack ve Nathan'ın çalışmalarında karşılaşılmış ve travmanın önemi fark edilip daha sonradan kullanılmıştır (Aydın,2010). Travmatik duruma doğrudan yakalanan kişinin hissettikleri ve yaşadıkları duygu halleri birinci travmatik stres olarak bilinirken travmatik olaya dolaylı şekilde maruz kalanların yaşadığı duygu durumuna sekonder (ikincil) travmatik stres olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995,1).

İkincil travmatik stres bireyin strese olanak sağlayan bir durumla karşılaşması ya da olaya şahit olması yaşanan olumsuz durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması bunun sonucu olarak kendini savunmasız hissetmesi, maruz kalınan duruma işi nedeniyle devam etmesi durumundan kaynaklanan stres ve olumsuz duygu durumlarıdır (Lerias ve Byrne,2003,130). Yaşanan travmanın mağdurıyla konuşan birey empati yaparak travmaya uğrayan kişinin gösterdiği semptomları olayı kendi yaşamış gibi aynı semptomları gösterebilir (Çolak vd.,2012,52). Travmaya birinci derece tepki gösterme ile ikincil derecede tepki gösterme durumlarına karşı verilen tepkilerde benzerlik oranı fazla olabilir (Kahil ve Palabıyıkoglu, 2018,59).

Merhamet yorgunluğu kavramı ile ikincil travmatik stres kavramı aynı şey gibi görülsede aynı kavramlar değildir. İkincil travmatik stres mağduriyet yaşayan bireyin durumundan etkilenip ortaya çıkarken merhamet yorgunluğu bakımı sağlayan kişinin hastanın maruz kaldığı olumsuz duruma tepki olarak meydana gelmektedir (Najjar vd.,2009,271). Sosyal kurumlarda çalışan kişilerde sağlık çalışanlarında arama kurtarma ekiplerinde terapistlerde sekonder (ikincil) travmatik stres meydana gelmesi daha çok rastlanılmıştır. İkincil travmatik stresi yaşayan bireylerin sosyal çevresiyle de sorunlar yaşaması mümkündür, meslekte yapması gereken görevleri yapmama, işi boş vermek, iş giriş saatlerine uyum sağlamama bulunduğu ortamdan memnuniyetsizlik gibi iş hayatını etkileyen hareketlerde bulunabilir ve bunların sonucu olarak yeni bir iş arayışına girebilirler (Büyükbodur Çetinkaya, 2018,2).

Birey travmaya maruz kalmış kişiye empati yaparak kendini yerine koyarak olayı tekrar yaşıyormuş gibi hissettirebilir. Bu durum bireyin olayı tekrar tekrar yaşamasına

sebebiyet verebilir. Birinci travmatik stres yaşayan kişilerle yoğun bir iletişim halinde olan çalışanlar durumdan daha da etkilenmemek isteyebilirler kendilerini o travma durumuna sokmaktan kaçınırlar ve içlerine kapanabilirler (Kaya, 2015,34). Travma yaşamış kişilerle sürekli iş gereği iletişim halinde olan çalışanlar ani öfkelenme problemleri, kendini toplumdan soyutlama, çok uyuma veya hiç uyuyamama, umutsuzluk, tükenmişlik, geleceğe karşı isteksizlik ve umutsuzluk gibi değişken duygu halleri içerisinde olabilirler (Salston ve Figley, 2003,167). Değişken duygu hallerinin yanı sıra tansiyonlarında inişler çıkışlar, şiddetli baş ağrıları, halsizlik gibi somatik belirtilerde yaşayabilirler (Kaya, 2015,34).

İkincil travmatik stresin meydana gelmesini sağlayan 2 temel etken vardır:

Bunlardan ilki bireysel faktörlerdir. Her bireyin maruz kaldığı travmaya karşı sergilediği tavır, etkilenme oranı, travmayı yorumlaması ve travmaya karşı mücadelesi birbirinden farklıdır. Yaşanan travmanın derecesinde ziyade bireyin travma karşısında sergilediği tutum daha önemlidir (Erdener, 2019,22). İkincil travmatik stresin meydana gelmesinde bireysel faktörler bu yüzden çok önemlidir. Bireysel faktörler yaş cinsiyet medeni durum insanlarla arasındaki sosyal iletişim mevcut aile yapısı daha önce travmaya uğrayıp uğramadığı gibi değişkenlerdir (Gökçe ve Yılmaz, 2017,198). Diğer etken ise mesleki faktörlerdir. Bireyin mevcut bulunduğu işte çalışma süresi, deneyimleri, aldığı eğitimler sertifikalar, iş hakkında bilgi birikimi gibi faktörler vardır. Yapılan araştırmalar incelendiği zaman yaş olarak genç ve iş hayatına yeni başlamış kişiler daha çok travmaya maruz kalmaktadırlar (Gürdil, 2014,173). İş hayatında çalışma arkadaşları ve yöneticileri tarafından desteklenen kendini güvende hisseden çalışanların travmaya uğrama oranları daha azdır (Büyükbodur, 2018,2).

İkincil travmatik strese sağlık çalışanları üzerinde bakmamız gerekirse sağlık çalışanları özellikle hemşireler bu çeşit travmaya maruz kalan meslek gruplarının başında gelmektedir (Öztoprak ve Bekar 2023,404). Hasta halinde olan, kronik hastalık yaşayan acı çekip travma içerisinde olan insanlarla birebir iletişim içinde olan uzun çalışma saatleri işlerinin doğası gereği yardım halinde olan hemşireler bu travma için oldukça müsait bir meslek gruplarıdır (Mottaghi vd., 2020,495).

Sorunlu bir gruplarla sürekli iletişim halinde olan hemşireler daha bu sendrom için daha yatkın haldedirler (Gürkan ve Yalçın 2017,92). Bu hasta gruplarına hizmet eden sağlık çalışanları gerekli önlemleri almazlarsa bu travmayla karşılaşılır. İkincil travmatik strese yakalanan hemşireler iş hayatında özel hayatlarında sorunlar yaşamaktadır ve iş hayatlarında düşüşler beden ve ruhani sorunlar yaşayabilmektedirler (Tendir,2024,23). Hizmetin kalitesi ve başarısı için gereken önlemlerle bu durumdan kaçınılmalıdır. (Gürkan ve Yalçın,2017,93-94).

3.3.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Post travmatik stres ilk olarak 1982 de Amerikan Psikiyatri Birliği önderliğinde Diagnosticand Statistical Manual of Mantal Disorders öncülüğünde tanınmış bir kavramdır (Şuer,2005,20). Travma sonrası stres bozukluğu bireyin kendisini veya çevresindeki birinin fiziksel veya ruhen olarak rahatsız eden yüksek oranda korku ve çaresizlik gibi kötü duyguların hâkim olduğu mental bir bozukluktur (Pitman vd.,2012,770). Yaşanılan ağır travmaların sonucu olarak meydana gelir (Özgen ve Aydın,1999,34). Ağır travmalara örnek olarak aşırı mobbinge uğrama, doğal afetler, ölüm, tehditte maruz kalmak ağır yaralanma gibi örnekler verebiliriz (Yılmaz ve Ersun, 2010,45).

Mental sorunları araştıran DSM-V' e (Amerika'da yazılan psikolojik bir kitap) göre bireye post travmatik stres tanısı koyabilmek için unutkanlık, aşırı öfke hali, sosyal ilişkilerden kaçınma, normalden daha fazla korku hali, eskiyle ilgili konuşmama, tedirginlik, aşırı uyuma ya da hiç uyuyama gibi semptomların en az birini bir yıldan fazla süreyle yaşaması gerekir (Kring ve Johnson,2017,215).

İnsanların duygu durumu, kişilik özellikleri, ekonomik durumları, hayat şartları gibi özellikleri farklı olduğu için travmaya karşıda verecekleri tepkiler farklıdır (Bolu vd., 2014,99). Psikolojik olarak daha sağlam insan ilişkileri sağlıklı olan insanların travma yaşama oranları oldukça düşüktür (Sakarya ve Güneş, 2013,26).

Post travmatik stres bozukluğunun ana kaynağı olarak bir duruma tekrarlı bir biçimde maruz kalma olarak söyleyebiliriz. Birey kendini sürekli o travma içerisinde bulur ve o anı tekrarlı biçimde sürekli yaşar. Her yaşadığında acıları tazelenir ve tekrardan korkularıyla yüzleşir.

Travma yaşadıktan sonraki süreci 3 grupta incelenir. Kısa süreli (akut) başlayan post travmatik stres 3 aydan daha kısa sürede sonlanır, sürekli devam eden (kronik) post travmatik stres en az 6 ay sürmekte ve sonuncu olan gecikmeli başlayan post travmatik stres travma sonrasında en az 6 ay içerisinde ortaya çıkmaktadır (Yılmaz ve Ersun, 2010,46). Bireylerde travma uzun sürerse bazı semptomlar meydana gelebilir. Kalp ve dolaşım hastalıkları gibi hastalıklar yaşayabilir (Aykut ve Aykut, 2020,62).

3.3.6. Merhamet Memnuniyeti

Stamm tarafından ortaya çıkarılan merhamet memnuniyeti kavramı bireyin sunduğu hizmetten zevk alarak mutlu bir şekilde işine devam etmesidir (Stamm,2002,107). Merhamet memnuniyeti kavramı merhamet yorgunluğu riskini engelleyen bir faktör ve “insan ruhunun dayanıklılığı” olarak tanımlanmıştır (Denk,2018,9).

Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti arasında benzer bir yön vardır. İki kavramda da sağlık bakımı sunan ve sağlık hizmeti alan kişilerin o an ki duygu durumlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Bu iki kavram arasında benzerliğin yanında aralarındaki fark daha belirgin bir haldedir. Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti terimleri arasında ters bir ilişki vardır. Yani merhamet yorgunluğu arttıkça merhamet memnuniyeti azalmaktadır (Yılmaz ve Üstün, 2018,206). Merhamet memnuniyetinde sağlık çalışanlarıyla hasta bireyler arasında pozitif bir ilişki varken, merhamet yorgunluğunda sağlık çalışanları ve hastalar arasında negatif bir ilişki vardır. Kısaca merhamet yorgunluğu merhamet memnuniyetinin tam tersi bir duygu durumudur (Coetzee ve Klopper, 2010,239).

Sağlık kurumları hasta ve yakınlarının zor bir süreçten geçtikleri bir yerdir. Bundan dolayı hasta ve yakınları sağlık çalışanlarının kendilerine merhametle yaklaşmalarını isterler. Merhamet memnuniyeti de tam bu arada devreye girer. Merhamet memnuniyeti sunulan sağlık hizmetin olumlu bir sonucu olarak yani verilen sağlık hizmetinin ödülü olarak sayılır. Sağlık çalışanları sundukları sağlık hizmetleri karşısında hasta ve yakınlarından pozitif tepkiler aldıkları zaman merhamet memnuniyetleri artar (Denk ve Koçar, 2018, 238).

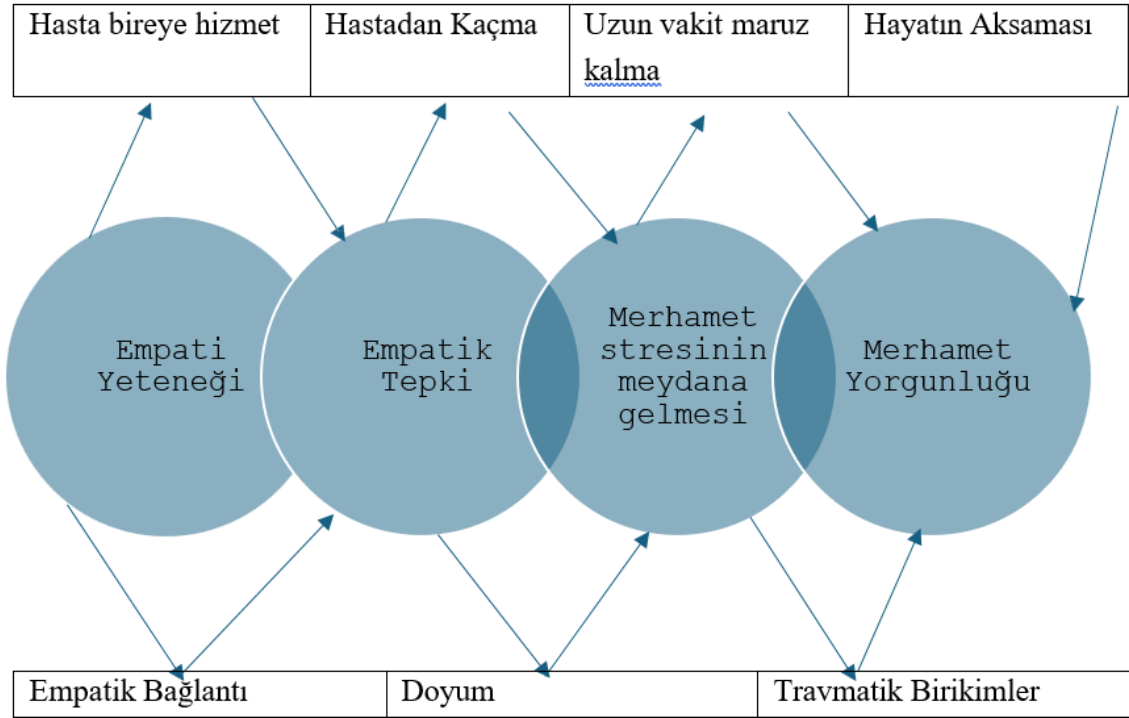
Merhamet memnuniyeti yardıma muhtaç hastalara yardım etmekten dolayı oluşan haz ve memnuniyeti kapsar (Kelly vd.,2015, 523). Sağlık bakımın kalitesini arttırdığı için merhamet memnuniyeti kavramı oldukça önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanlarının hastalara karşı olan ilgisini arttırmaya veya geliştirmeye destek olan faktörler sayesinde merhamet memnuniyeti kazanabilirler (Perry,2008,89).

3.4. Merhamet Yorgunluğu Süreci (Oluşumu)

Merhamet yorgunluğu kavramı her ne kadar popüler bir kavram olsa da literatüre yeni kazanılmıştır. Merhamet yorgunluğu ile ilgili birçok görüş mevcuttur. Merhamet yorgunluğunun meydana gelmesini en yaygın şekilde bilinen 3 farklı görüşü inceleyeceğiz.

3.4.1. Figley' in Merhamet Yorgunluğu Şeması

Aşağıda verilen 3.4.1. şeklinde merhamet yorgunluğunun oluşmasını etkileyen faktörler ve merhamet yorgunluğunun oluşumun kümülatif şekilde ilerlemesi anlatılmıştır.



Şekil 3.1. Merhamet Stresi ve Yorgunluğu Modeli (Figley, 1997, 21-23)

Figley'in oluşturduğu şemada merhamet yorgunluğunun nasıl meydana geldiğini anlatan model, sağlık bakımına muhtaç olan hastaya devamlı maruz kalınmasının sonucu olarak oluşan merhamet yorgunluğunun sağlık çalışanlarının insancıl duygular olan empati ve ilginin azalmasıyla meydana geldiği savunulmuştur. Sağlık çalışanları olumsuz durumlara sürekli karşılaşıp etkilenince merhamet stresi meydana gelmektedir. Merhamet stresi olayların tekrar yaşanması ve çözüme kavuşmamasıyla merhamet yorgunluğuna dönüşür. Merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık çalışanının hayat kalitesi düşer ve verimliliği azalır (Kırç ı ve Kızıler, 2021, 14-15).

3.4.2. Coetzee ve Klopper'ın Merhamet Yorgunluğunun Aşamaları

Aşağıda verilen Şekil 3.2 incelendiğinde merhamet yorgunluğunun belirli bir süreçten geçerek meydana geldiği anlatılmıştır.



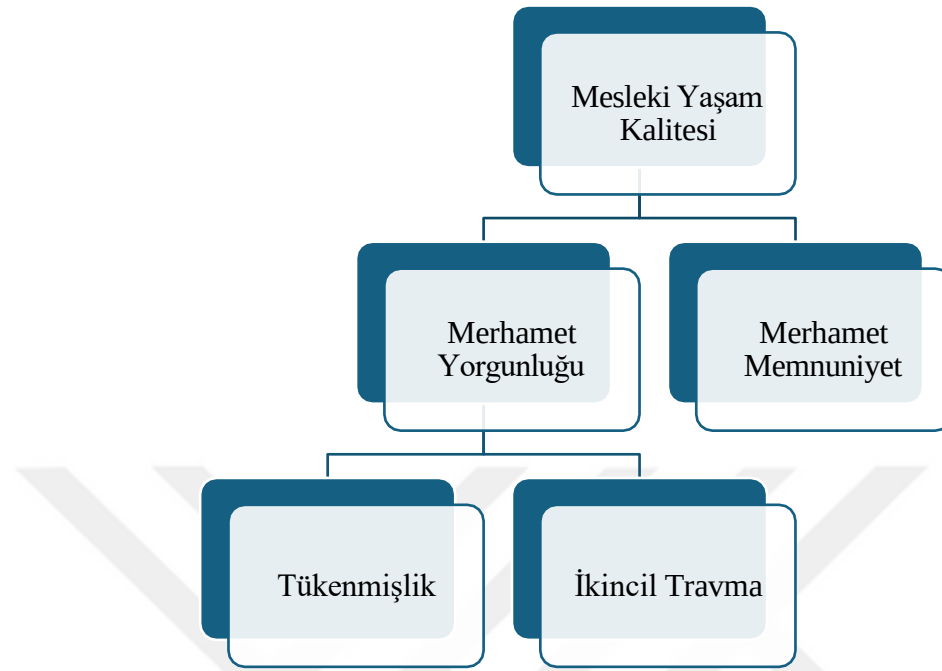
Şekil 3.2. Merhamet Yorgunluğun Aşamaları (Coetzee ve Klopper, 2010,240)

Mesleğini yapan bireyler görevini yaptığı sürece merhamet tatmini hissedebildiği gibi merhamet rahatsızlığını da hissedebilir (Şirin ve Yurttaş, 2015,124). Merhamet rahatsızlığı ilerleyerek merhamet stresini oluşturur. Devamlı olarak kendini tekrarlayan streste hasta ile uzun süren iletişim sonucunda çalışanın kendini duygusal ve fiziksel bakımdan yıpratmasının sonucu olarak merhamet stresi oluşur. Merhamet stresinin ilerlemesi ve kademeli olarak artmasıyla merhamet yorgunluğu meydana gelir (Coetzee ve Klopper, 2010, 237).

Merhamet yorgunluğu kümülatif ve ilerleyen bir süreç olduğu için birçok etkileri mevcuttur. Fiziksel etkileri güçsüzlük yaşama, performansta azalma, baş ağrısı gibi şikayetler bulunur. Duygusal etkilerinde duyarsızlaşma, isteksizlik, bunalma ruh hali bulunur. Merhamet yorgunluğunun sosyal etkilerinde ise hasta ile arasındaki merhamet biterek hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim değişir, iş arkadaşlarıyla sorunlar oluşabilir. Ruhsal etkilerinde manevi farkındalık yaşarlar. Entelektüel etkiler arasında dikkatsizlik, konsantrasyonun bozulması yer almaktadır. Bu belirtileri yaşayan bireye merhamet yorgunluğu tanısına yol açacaktır (Coetzee ve Klopper, 2010,24).

Aşağıda verilen 3.4.3 Şeklinde mesleki yaşam kalitesinin 2 ayrı birleşeni olduğu bu birleşenlerin birinin merhamet yorgunluğu diğerinin ise merhamet memnuniyeti olduğu açıklanmıştır.

3.4.3. Stamm' ın Merhamet Yorgunluğu Modeli,



Şekil 3.3. Merhamet Memnuniyet ve Merhamet Yorgunluğun İkili Modeli (Stamm, 2010,8)

Stamm bir bireyin çalışma ortamında yaşayacağı duygu durumunu pozitif ve negatif olarak ikiye ayırmıştır. Pozitif tarafa merhamet memnuniyetini, negatif tarafa da tükenmişlik ve ikincil travmanın etkisiyle meydana gelen merhamet yorgunluğu kavramını koymuştur (Stamm,2010,8) Stamm merhamet yorgunluğunu açıklarken mesleki yaşam kalitesi üzerinde durmaktadır. Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti tam zıt kavramlardır. Merhamet yorgunluğu negatif duyguları aktarırken merhamet memnuniyeti pozitif duyguları aktarır. Stamm merhamet yorgunluğunu önlemenin en iyi yolu merhamet memnuniyetini arttırmak olduğunu söylemiştir (Stamm,2010,10).

3.5. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğu devamlı, uzun vadeli şekilde ve sürekli tekrarlayan travma sahibi kişilerle iletişim kuran bireyin gerek ruhen gerek fiziksel olarak kendinden ödünler vererek bireyde oluşan merhamet rahatsızlığın giderek merhamet stresine daha sonra da son nokta olan merhamet yorgunluğuna dönüşmesidir. Merhamet yorgunluğunun oluşumunda birçok belirtiler mevcuttur. Ama her bireyin yaşadığı merhamet yorgunluğu birbirinden farklıdır. Çünkü insanların bir olaydan etkilenme oranları farklılık gösterir. Birey bu belirtileri kendi kendine fark etmesi oldukça zordur. Bu belirtiler mental, sosyal,

zihinsel fiziksel ve manevi belirtilerdir. Bu belirtilerin yanında merhamet yorgunluğunun en çok bilinen ve rastlanan belirtisi duygusal duyarsızlıktır. Merhamet yorgunluğu ile ilgili araştırmaların geneline baktığımız zaman gözükten belirtilerin en çok fiziksel ve manevi hayatta kendini gösterdiği görülmüştür (Dikmen ve Aydın,2016,15).

Coetzee ve Klopper'a göre bireyin yaşadığı merhamet yorgunluğu zihinsen, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan hayatını etkilemektedir. Fiziksel etkiler bireyin performansında düşüşler, güç kayıpları sebep olabilmektedir. Duygusal belirtiler tükenme hali, ani sinirlenme problemleri, çokça isteksizlik yaşama gibi belirtileri vardır. Sosyal belirtilere bakacağımız zaman ise duyarsızlaşma ve kendini toplumdan uzaklaştırmayı verebiliriz (Coetzee ve Klopper, 2010, 239-241).

Lahad'a göre merhamet yorgunluğu uyku ve yeme problemlerine bunlara ek olarak fiziksel ağrılara neden olmaktadır. Bu etkilere ek olarak iş hayatında başarısızlığa sebep olabilmektedir (Lahad, 2012 ,6).

Başka belirtilerine bakarsak da yeme problemleri yaşama kiloda düzensizlikler kuvvetli baş ağrıları da gösterilebilir (Negash ve Şahin, 2011,1).

Lombardo ve Eyre'nin merhamet yorgunluğunun belirtilerini Tablo 3.2 aktarmıştır:

Tablo 3.2. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri (Lombardo ve Eyre,2011,2)

Fiziksel Bulgular	Duygusal Bulgular	Davranışsal Bulgular	Mesleki Durumla İlgili Bulgular
-Uyku Problemleri	-Şefkat eksikliği	-Duyarsızlaşma	-Meslek hayatında daha fazla hata
-Bağımsızlık sisteminde aksama	-Empati Yapamama	-Tepki gösterememe	-İş giriş çıkış saatlerine uymama
-Tansiyon problemleri	-Tükenmişlik	-İlgisizlik	-İşe devam etmeme isteği
-Güçte azalma	-Odaklanamama	-Zararlı maddeye yatkınlık	-Örgüt içinde huzursuzluk yaşama
-Sindirim sisteminde bozulma	-Stres		
	-Öfke Patlamaları		
	-Yetersiz hissetme		
	-Özgüven Kaybı		
	-Depresyon		

Tabloda belirtildiği gibi merhamet yorgunluğunun fiziksel, duygusal, davranışsal ve meslek hayatı ile ilgili birden fazla belirtisi mevcuttur. Bireyin yaşadığı merhamet yorgunluğu ona negatif olarak dönütler sağlamaktadır (Lombardo ve Eyre,2011,2).

Sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğu yaşıyor olması için bu bulgulardan birden fazlasını yaşamış olması gerektiği belirtilmektedir. Bunun sebebi ise merhamet yorgunluğunun bireyler arasında farklılaştığı için tam bir kesin bir yargı yapılamadığı içindir (Dikmen ve Aydın, 2016, 15). Merhamet yorgunluğunun olumsuz etkileri arasında olan duyarsızlaşmanın doğurduğu sonuç olarak işten soğuma ve uzaklaşma sadece bireyi değil toplumu ilgilendiren bir konudur (Şeremet ve Ekinci,2021,335).

3.6. Merhamet Yorgunluğunun Sonuçları

Merhamet yorgunluğu oluşana kadar baştaki aşamalarda gereken önlemler alınmadığı zaman merhamet yorgunluğu kaçınılmaz hale gelir. Merhamet yorgunluğunu başta fark edip daha sonrasında önlemler almamak merhamet yorgunluğunu artmaya ve bireyin daha çok sorunlar yaşamasına sebep olur. Merhamet yorgunluğu hisseden hemşire doğru olmayan tutumlar sergileyebileceği için hastaya karşı fayda sağlayamazlar. Bu durumda merhametli şekilde tedavi sağlamayı engeller (Hiçdurmaz ve İnci, 2015,301).

Merhamet yorgunluğunun sonucu sağlık çalışanı yapması gereken sağlık hizmetini kusurlu şekilde yerine getirir. Merhamet yorgunluğu bireysel ve toplumsal sonuçlar doğurabilir. Bireyi kendi açısından birçok yönden etkilediği gibi meslek hayatını da olumsuz şekilde etkilemektedir. Çalışanın işten ayrılmasına, işteki performansının azalmasına, verimliliğin düşmesine sebep olur (Dinç ve Ekinci,2019,193). Bunların yanı sıra merhamet yorgunluğu; zayıf yargılama, sorunlu bir iş ortamı, yükselen tıbbi hatalar, empatide azalma, negatif bir hasta hemşire ilişkisi, yönetici personel arasında gerginlik sonuçlarını doğurur (Maillet ve Read,2024,2). Sağlık bakım hizmeti sunan çalışanların özellikle de sağlık alanında önemli bir kavram olan duyarsızlaşma yaşadığı görülmüştür. Duyarsızlaşma hastaya yeterli ve gerekli ilgiyi vermeme olarak tanımlanır. Merhamet yorgunluğu yaşamış birey tüm duygular tarafından boğulmuş, hasta bakımını sağlamak için gerekli motivasyonu sağlamayabilir. Hasta olup bakıma muhtaç olan bireye karşı da olumsuz duygular yaşarlar (Ertümer ve Kaya,2022,142).

Merhamet yorgunluğu oldukça karmaşık bir kavramdır. Merhamet yorgunluğu kavramının sonuçları sadece bireyi değil kurumu, sosyal çevreyi ve hastaları etkiler. Merhamet yorgunluğuna maruz kalan kişi yaşadığı duygu bozukluklarının sebebi ile hastaya merhamet duymada zorluk yaşar ve eskisi gibi merhametli davranamaz hale gelirler. Bu durum hasta çalışan arasındaki bağın zayıflamasına, personel kaybına, ölüm oranlarında artışa sebep olur. Sağlık kuruluşları merhamet yorgunluğu yaşamamak adına gereken önlemleri almalı ortaya çıkan merhamet yorgunluğu yaşayan kişilerle de özenle ilgilenmelidir. Bu durum sağlık kuruluşuna katkı sağlar (Cross,2019,22).

3.7. Merhamet Yorgunluğu ile Baş Etme ve Önleme

Merhamet yorgunluğu sağlık çalışanların olumsuz birçok yönden etkileyen bir kavram olduğu için sağlık kurumlarında merhamet yorgunluğunu önlemek ve bazı stratejilerin geliştirmek çok önemli adımlardır (Kırıcı ve Kızıler, 2021,20). Merhamet yorgunluğunu Figley diğer insanların acılarından etkilenip hissedilen bir duygu olarak tanımlamıştır. Bu sebepten ötürü sağlık yöneticileri ve hemşireler bu duyguyu bilmeli karşılaştıkları zaman bilinçli olması gerekir ve gereken önlemler almalıdırlar (Şirin ve Yurtaş,2015,128). Bu yüzden merhamet yorgunluğunu azaltan merhamet memnuniyetini

de arttıran eğitimsel stratejilere başvurmak gerekmektedir (Pehlivan ve Güner,2017,132). Özellikle hemşirelerde merhamet yorgunluğunu önleme stratejileri diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok önemlidir çünkü hemşirelerin sağlıklı bir psikolojide olması verilen hizmetin kalitesini, hasta memnuniyetini artırır (Şirin ve Yurrtas,2015,128). Bu olumlu dönütleri alabilmek adına sağlık kurum ve kuruluşlarında gerekli hizmet içi eğitimler verilmelidir (Şeremet ve Ekinci,2021,339).

Merhamet yorgunluğunu birçok önleme stratejileri bulunur. Ama ilk adımı hemşirenin öz bakımındır. Nedeni ise hemşirenin birine merhametli bakım sağlaması için ilk önce kendine olan merhametinin tam olması gerektiğidir. Hemşire birçok yönden (fiziksel, ruhen gibi) tam olmalıdır. Bu yüzden yöneticilerin ilk olarak yapması gereken önlem hemşirelerin iyi olmasını sağlamaktır (Şirin ve Yurrtas,2015,128).

3.8. Merhamet Yorgunluğuna Karşı Stratejiler

Yassen (1995), 3 farklı stratejiden bahsetmiştir. Bunlar:

-Birincil (eğitim, farkındalık ve öz-bakım planı),

-İkincil (destek grupları, süpervizyon),

-Üçüncül (bireysel terapi, bilgilendirme) yoluyla korumadır. Bunların en önemli olanı birincil olandır (Dikmen ve Aydın,2016,17).

Merhamet yorgunluğuyla mücadele ederken bireyin yakın çevresinden destek görmesi, belirli bir süre bulunduğu ortamdan uzaklaşması, sosyal aktivitelere katılması süreci kolaylaştırır (Gök,2015,311). Bunların yanı sıra inanılan inanca göre ibadet edilmesinin de yararlı olacağı ön görülmüştür (Dikmen ve Aydın,2016,17).

Bireysel baş etme stratejilerini 3 grupta inceleyelim:

-Kişisel: Öz bakımı geliştirmek, eksik yanlarını tamamlamaya çalışmak, gerekli psikolojik destekleri almak

- Profesyonel: En çok zorlanılan konu hakkında aynı konumda olan bireylerle rahatça konuşmak, profesyonel kişilerle beraber sosyal bir ağ oluşturmak

- Kurumsal: Çalışanların sorunlarını göz ardı etmemek, sosyal ve rahat bir çalışma ortamı sağlamak (Gök,2015,304).

Solomon (2014), merhamet yorgunluğuyla baş etme stratejilerini 4 farklı alt grupta incelemiştir. Bu gruplar şunlardır, birincisi kısa dönemli kişisel, ikincisi kısa dönemli destekleyici, üçüncüsü uzun dönemli kişisel ve son olarak dördüncüsü uzun dönemli destekleyici stratejilerdir. Bu stratejilerden kısa dönemli kişisel stratejiler öz bakımı güçlendirmek, iş dışındaki hayatı daha aktifleştirmek, yaşanan olaylara daha pozitif düşüncelerle desteklemektir, kısa dönemli destekleyici stratejiler de bireyin bulunduğu kliniği değiştirme, hastaya daha çok destek sağlamak, eksik olduğu duyguları daha doğru yönetmek verilebilir. Uzun dönemli stratejiler de ise mindfulness (şimdiki zaman farkındalığı) tekniği ile stres azaltma yöntemini kullanmak, travmaya karşı

tetikleyen faktörleri belirleme, stres yönetimini daha sağlamlaştırmak, manevi (dua gibi) inanç yönelimlerinde bulunmada uzun dönemki kişisel stratejilerdir. En sonuncusu olan uzun dönemli destekleyici stratejilere örnek olarak bireyin ileri seviyede eğitim alma gerekirse işten ayrılma, olumsuz durumlardan daha az etkilenmek için ritüeller oluşturmak verilebilir (Özalp,2021,84).

3.8.1. Hızlandırılmış İyileştirme Programları

Hemşirelerde merhamet yorgunluğu önlemek ve büyümesini engellemek adına bazı hizmet içi eğitimler verilmelidir. Sunulan kurum içi eğitimler hemşirenin işiyle ve çalıştığı kurumla arasındaki bağı güçlendirecektir (Şirin ve Yurttaş,2015,128).

Literatürde gereken araştırmalara bakıldığı zaman merhamet yorgunluğuyla baş etme yöntemleri oldukça sınırlıdır. Ama post travmatik stres bozukluğuyla baş etmede kullanılan hipnoz ve güdümlenmiş görsellik yöntemi merhamet yorgunluğunda da başarılı olabileceği düşünülmüştür. Merhamet yorgunluğunun tedavisi için psikoloji ve travmatoloji alanlarında çalışmalar yapılmış olup, 1997’de Hızlandırılmış İyileştirme Programı (Accelerated Recovery) Baranowsky, Dunning and Gentry aracılığıyla oluşturulmuştur. Programın amacı bireylerin kişisel ve bütüncül öz bakım disiplini oluşturmasını sağlamaktır. Programa göre merhamet yorgunluğunun tedavisinde 5 tane önemli seansı vardır. Bu seanslar:

- 1) Öz Düzenleme Seansı: Bireyin gün içerisindeki yapmış olduğu aktiviteleri kontrol etmeyi geliştirmesini sağlar.
- 2) Amaçlılık Seansı: Bireyin misyon belirlemesinde yardımcı olur.
- 3) Algısal Olgunlaşma Seansı: Bireyin maruz kaldığı strese farklı bir yönden bakmasını sağlar. Bireyin bakış açısını değiştirken de yeni bakış açısının sabit kalmasını sağlar.
- 4) İlişki ve Destek Seansı: Bireyin yakın çevresinden yardım alarak acısını azaltmayı hedefler.
- 5) Öz Bakım ve Yeniden Canlandırma Seansı: Son aşamada bireye iyi gelen onu daha çok motive eden aktiviteleri bulmasını sağlar (Kırıcı ve Kızıler,2021,18).

Güney Hindistan’daki hemşireler üzerinde Hızlandırılmış İyileştirme Programı yapılan araştırmada merhamet yorgunluğu düzeyi düşmüştür olumlu dönütler sağlamıştır. Bu araştırma sayesinde bu program hem merhamet yorgunluğunda hem de post travmatik stres bozukluğunda kullanılmaya başlanmıştır (Rajeswari vd., 2020,251).

3.8.2. Farkındalık Tabanlı Stres Azaltma Programı

Merhamet yorgunluğunu önleme ve tedavi etmede farkındalık tabanlı stres azaltma programı da kullanılmaktadır. Farkındalık tabanlı stres azaltma programını Jon

Kabat- Zinn tarafından 1982 de yakalanan hastalığa uyum sağlamayı kolaylaştırmak ve bireyleri iyileştirmek için hazırlanmıştır. Manevi ve fiziksel acı çeken bireyleri iyileştirmeyi ve farkındalık sağlamayı hedefleyen program grup şeklinde eğitim vermektedir (Şirin ve Yurttaş,2015,128).

Programda kullanılan farkındalık eğitiminde nefes egzersizleri, dikkati toplama, beden hareketlerini anlama gibi egzersizler yapılmaktadır (Demir ve Demir,2018,58). Programda hemşirelerde farkındalığı geliştirmek amacıyla nefes alıp verme meditasyonu, farkındalık meditasyonu gibi onların hayatlarını kolaylaştıracak meditasyon çeşitleri vardır. Hemşirelerin farkındalık kazanması hasta ve hasta yakınlarıyla daha sağlıklı iletişimler kurmayı, işine karşı daha ait hissetmesini, yeterli hissetmesini sağlar (Gökcek,2022).

3.9. Karar Verme Becerisi

3.9.1. Karar

Hayat uyandıığımız andan geri yatağa girip uyuduğumuz zamana kadar almış olduğumuz kararlardan meydana gelmektedir. Herhangi bir konuda seçim yapılması gerekiyorsa karar verme sürecini kullanarak karar verilir. Karar vermeyi bir sonuca ulaşabilmek için alternatiflerin değerlendirilmesi, olası seçeneklerin belirlenmesi, belirli seçeneklerin geliştirilmesiyle ikili veya daha çok seçenek arasında oluşan bir süreç olarak tanımlanır (Dessler, 2013).

Karar verme zihinsel olarak yürütülen bir süreçtir. Karar verme insanların en önemli becerisidir. Birey toplumsal değişme ve farklılaşma yüzünden günlük hayatında sürekli belirli sorunlarla karşılaşp sorunların çözüme kavuşması için karar almak zorunda kalmaktadır. Sürekli değişen dünyada kararlar alınması gerekir. Alınan kararlar bazı zamanlarda acele ve hızlıca alındığı zaman doğru bir karar alınmış olmaz (Yıldırım ve Özkahraman,2011,166).

Karar bir olay hakkında en son durumu yani sonucu ifade ettiği için tek bir süreçmiş gibi anlaşılsa da aslında tek aşamalı bir durum değildir. Karar veren kişi kararını açıkladığı zaman sürecin en son kısmını söylemektedir. Bu yüzden verilen karara değil, kararın geçirdiği sürece odaklanmak daha doğrudur (Kıral,2015,75).

Kararlar farklı durumlara göre sınıflara ayrılmaktadır:

1) Programlanmış Kararlar:

Belirli standartlar çevresinde belirlenmiş, sınırları olan ve sürekli devam edip tekrarlanan olaylara karşı verilen tekrarlanmış yanıtlardır. Programlanmış kararlar da örgütün şeması, çalışma şekilleri ve alışa gelmiş alışkanlıkları mevcuttur. Çoğunlukla orta seviyedeki yöneticiler bu kararları verir. Sürekli oluşan sorunlara verilen kararlardır. Programlanmış kararlar sayesinde zamandan tasarruf yapılmaktadır. Risk oldukça

düşüktür.

2) Programlanmamış Kararlar:

Yeni sorunlar meydana geldiği zaman verilen kararlardır. Üst yönetimin ilgilenir. Programlanmamış kararlar yeni kararlar olduğu için riskli bir karar grubudur (Kıral,2015,78).

3.9.2. Karar Verme Sürecindeki Aşamalar

Karar verme aşamalarına zaman açısından incelenmesi gerekirse:

1) Sorunların kendini belli ettiği, eldeki bilgilerin harmanlayıp bir sonuca varılması gerektiğini anlaşıldığı aşamadır. Zaman açısından geçmiş zamanı ifade eder.

2) Seçenekler arasından karar verilip, kararın belirlendiği aşamadır. Şimdiki zamanı ifade eder.

3) Verilen karar doğrultusunda kararın gerektirdiği sonuçların gözleneceği aşamadır. Zaman olarak geleceği ifade eder (Kıral,2015,75).

Karar verme sürecinin aşamaları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1) Problemlerin tanımlanması

Bu aşamada problem iyice anlaşılaraq problemin tanımlanması yapılır.

2) Amacı belirlemek

Karar verme aşamasında gidilecek yönü belirler. Gelecekte hedeflenen durumu ifade eder.

3) Seçenek/ Alternatifi Oluşturmak

Bu aşamada elde olan veriler doğrultusunda seçenek ve alternatifler belirtilir.

4) Seçenekleri/Alternatifleri değerlendirilmesi

Bu aşamada seçenekler iyice araştırılarak en uygun seçeneğe bakılır. Ama bu aşama karar aşaması değil ama kararın doğruluğunu sağlamlaştıran aşamadır.

5) Kararın Verilmesi

Kararın net olarak verildiği aşamadır. Doğru bir karar için eldeki verileri doğru bir şekilde analiz edilmesi gerekir.

6) Kararı Uygulamak

Verilen kararın uygulamaya geçtiği kısımdır.

7) Kararın gözlenmesi ve değerlendirilmesi

Kararın etkisi değerlendirilinceye kadar verilen karar tamamlanmış sayılmaz. Verilen karar olumlu sonuçlanmış ise diğer problemlerde bu yola başvurulur ama kararın etkileri olumsuz ise diğer verilecek kararlarda farklı alternatifler değerlendirilir (Kıral,2015,76- 77).

Karar alma anlık olarak gerçekleşmeyen aşamalı bir durumdur. Karar vermek zor bir durumdur. Aşamalar doğru bir şekilde ilerlense de her zaman doğru sonuçlar vermez. Karar vermedeki 7 aşama belirli bir disiplinle yürütülüp, minimum zarar maksimum

faydaya ulaşmak için çalışılmalıdır (Yıldırım ve Özkahraman,2012,166).

3.9.3. Karar Verme Durumları

Karar verme anındaki karar vericinin karar ortamı, karar veren kişinin çözümlemeye çalıştığı problem hakkında bilgi seviyesiyle bağlantılıdır. Verilecek olan kararın çevresel faktörler hakkında olan bilgi seviyesi, kararın verildiği ortamın nasıl olduğu sorusu için büyük bir önem arz etmektedir (Güngör ve Özcan, 2022,121).

Karar verme modelleri 3 çeşittir:

3.9.3.1. Belirli Durumda Karar Verme

Verilen kararın seçeneklerinin bilinmesi ve kararın sebep olacağı sonuçların bilinmesi alınan kararın belirli durumda alınan bir karar olduğunu gösterir. Verilen kararın belirli durumlarda verilmiş olması karar vermeyi kolaylaştırır. Risk yoktur. (Güngör ve Özcan, 2022,121). Karar veren kişiler belirli durumda verilen kararlarda olası ihtimalleri duymaktan kaçınırlar. Daha net bilgiler isterler (Kıral,2015,79).

3.9.3.2. Belirsiz Durumda Karar Verme

Karar vericinin varmak istediği sonuçla ilgili elde var olan bilgiler kısıtlıdır ve bilgilerin güvenliği ile alakalı sorunlar mevcuttur (Naylor, 2004). Risk çok yüksek olduğu için karar verici bu tarz kararlar almak istemez. Çünkü elindeki bilgilere güvenmez ve yol gösteren bir bilgi birikimi bulamaz (Kıral,2015,79).

3.9.3.3. Risk Durumunda Karar Verme

Karar veren kişi yaşanan deneyim ve bilgilerin çokluğu sebebiyle risk alarak karar verir. Bilgiler süreç içerisinde değişebileceği için karar veren kişi değişime hazır haldedir (Kıral,2015,79). Sonuçların ne olacağına karşı bilginin olmasından dolayı riskin büyüklüğü hesaplanabilir (Güngör ve Özcan, 2022,121).

3.9.4. Karar Verme Kuramları ve Modelleri

Kuram, “Bir olgu ya da olgular kümesini açıklamaya çalışan ve tutarlı önermelerden oluşan kavramsal bir sistem” olarak tanımlanırken, model ise “Belli bir düşüncüyü yansıtan ve test edilmesine olanak sağlayan düşünsel yapı” olarak açıklanmıştır. (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015).

3.9.4.1. Hilton'un Karar Verme Kuramı

Hilton'a (1962) göre karar verilirken tutarsızlığı azaltmak, karar vermeyi kolaylaştıracaktır. Hilton diğer kuramları yetersiz bulmuş ve kendisi bir kuram oluşturmuştur (Şen,2017,8). Hilton'a göre birey karar vermesi gereken konudaki süreci daha önceden görmeli ve kararını ona göre vermelidir (Hilton,1962).

3.9.4.2. Gelatt'ın Karar Verme Kuramı

Gelatt (1962) karar vermeyi bir aşamalı süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreçler sistematik, objektif ve mantıksal süreçlerdir (Gelatt, 1962). Bu kurama göre sezgisel ve duygusal etmenler kararı etkilemez, rasyonel faktörler etkiler. Karar rasyonel faktörlerden etkilendiği için doğuştan kazanılan değil, sonradan kazanılan bir yetenektir. Gelatt'ın karar verme kuramına göre veri sayısı ile karar verme arasında olumlu bir ilişki vardır. Bilgide çokluk sayesinde alınan kararın riski azalır (Cangülec,2020,10-11).

3.9.4.3. Analitik Yaklaşım

Analitik yaklaşım 1970 de Thomas Saaty geliştirmiştir. Analitik yaklaşım modeli belirlilik veya belirsizlik durumu altında, çok fazla seçenek arasında karar verirken, birçok karar vericinin var olduğu karar verme modellerinde kullanılan bir yaklaşımdır (Saat,2000,150).

Analitik yaklaşım şu süreçlerden meydana gelmektedir:

- 1) Problemle ilgili tüm alt başlıkların oluşturulması, aralarında ilişki sağlanması ve bir modelin oluşturulması
- 2) Problemle ilgili alt öğelerden hiyerarşik bir düzenin oluşturulması
- 3) Alt öğelerin önem derecesine göre sayısal değerler vermek
- 4) Oluşturulan modelin önceliğini anlayabilmek için verilen sayısal değerlerin kullanılması
- 5) Kararı belirlemek için gereken sentezlerin yapılması
- 6) Verilen sayısal değerleri değiştirerek kararın doğruluğunu araştırmak (Albayrakoglu,1996,71).

3.9.4.4. Karar Analiz Modeli

Karar analiz modeli çoğunlukla tıp ve sağlık alanında kullanılan bir modeldir. Bu model bireysel olarak alınan kararların sürecini araştırıp daha iyi nasıl olabileceğini açıklar. Karara ulaşana kadar tüm alternatif seçeneklerin belirlenip ölçülmesiyle en mantıklı olan kararın alınması sağlanır (Sucu vd., 2012,57).

3.9.4.5. Bilgi İşlem Modeli

Bireylerin belirli standartlar da bilgi toplamasını sağlar, sorunu sadeleştirmek adına problemi parçalara ayırır ve bireyin kısıtlılık durumuna göre çözümler araştırır. Bu modele göre uzun ve kısa dönemlerdeki bilgiler karar vermede etkili rol oynar (Cangüleş,2020,11).

3.9.4.6. Sezgisel Yaklaşım

Sezgisel yaklaşım da karar verilirken tamamen içgüdülerle kararlar verilir. Genellikle hızlıca karar verilmesi gereken yerlerde kullanılan bir karar verme modelidir. Güç sadece karar verene aittir (Cangüleş,2020,13). Sezgisel yaklaşımda en geçerli olarak örüntü tanıma modeli bilinmektedir (Sucu vd., 2012,57)

3.9.4.6.1 Örüntü Tanıma Modeli

Örüntü ilgilenen varlıklarla ölçülebilen ya da gözlemleyerek verilerin açıklanarak tanımlanmasıdır. Örüntü tanıma hayatımızın birçok alanında kullanılan bir model olarak kullanılırken diğer sektörlere oranla hemşirelerin daha çok kullandığı bir modeldir. Karar veren kişide örüntü tanıma beş duyu organı özellikle göz duyu organı aracılığıyla algıladığı verileri, geçmişte kazanılan tecrübelerle karşılaştığı durumu çözmeye çalışır (Sucu vd., 2012,57).

3.9.5 Hemşirelikte Karar Vermenin Önemi

Karar vermek hayatımızın her anında ihtiyaç duyduğumuz bir eylemdir. Bazı kararlar kolayca verilirken bazı kararlar oldukça zor bir şekilde karar verilir. Halk ağzında zor bir karar verilirken “iki arada bir derede kalmak” deyiimi kullanılır (Yıldırım ve Özkahraman,2011,166).

Hemşireler sağlık hizmeti sunan, sunulan hizmetin kalitesini arttıran, hastalarla yakından ilgilen, hastaların değişimlerini inceleyip tedavilerine yardım eden hastaların yanı sıra hasta yakınlarıyla birebir iletişim halinde olan hastalar hakkında en doğru kararları veren meslek grubudur (Toru, 2020,46).

Hemşireler toplumların ve bireylerin sağlığını iyileştirme, geliştirme ve koruma amaçları çerçevesinde sağlık hizmetleri kurumlarında çalışırken hastanın hemşirelik bakım hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanası için karar verme sürecinden yardım alır. Sadece hizmeti en iyi şekilde sunmak için değil kurum içinde oluşan sorunları gidermek, sorunları en uygun şekle getirmek için de karar verme stratejilerinden yararlanırlar (Günerigök vd., 2020, 78).

Dünyadaki hızlı gelişen teknoloji sayesinde sağlık sistemindeki gelişmelerde de hızlı şekilde gelişmektedir. Gelişen sağlık hizmeti ile hemşirelerinde akıl yürütme ve karar verme becerileri de o şekilde gelişmek zorunda kalmıştır (Salehi vd.,2007,13). Gelişen teknolojiye ek olarak artık insanların sağlık hizmetine olan bakım hizmetlerinin artmasıyla da hemşirelik hizmeti daha çok karışık hale gelmiş ve süreç hemşirelerin karar verme sürecini oldukça etkilemiştir (Sucu vd.,2012,52). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hemşirelik eğitimi alan öğrencilerine problemlerin çözümü ve kritik düşünme yeteneklerini geliştirmek için gereken eğitimlerin verilmesini önermiştir (WHO,2009).

Hemşirelik hizmetlerinde doğru ve adil kararlar verebilmek günlük verilen sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır. Zamanında ve etkili bir şekilde verilen karar hemşirenin sunduğu sağlık hizmetinin gelişmesine ve halka sağlam hizmet sunmayı sağlar (Sucu vd.,2012,52).

Hemşireler temel bilgilerle şu an mevcut olan güncel bilgileri harmanlayarak seçenekler arasından en mantıklı olan kararı verirler (Sucu vd.,2012,54). Hemşireler çalıştıkları klinikte insan hayatını etkileyen hayati kararlar vermektedirler. Hemşirelerin verdikleri doğru kararlar tıbbi hataları azaltarak, hastanenin maliyetini de düşürür. Hemşirelerin verdikleri bu hayati kararlar hastanın sağlığını ve güvenliğini doğrudan etkileyebilmektedir (Günerigök vd., 2020, 78).

Karar verme eylemi, mevcut ve ana hemşirelik bilgilerinin birleşerek gündelik hayatta kullanılmasına bağlıdır. Hastalara yapılan sağlık hizmetinin daha iyi yerlere gelebilmesi için bilişsel stratejilerin uygulanmasıyla karar verme yeteneklerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Öztürk, 2018). Sağlık bakım hizmetinin istenilen düzeye gelebilmesi için karar vericilerinin doğru ve güvenilir kararlar vermesi gerekmektedir. Bu süreçte hemşirelere gerekli eğitimler verilmeli doğru kararı verebilmeleri için gerekli teşvik programları uygulanmalıdır (Sucu vd.,2012,58).

3.9.6. Hemşirelikte Karar Verme Süreci

Hemşireler artan sağlık hizmeti talebi, yaşlanan nüfus, önleyici bakımlarla halkı sağlığına kavuşturmada, kurum içinde oluşan sorunları ve şikayetleri gidermekte ve daha birçok sağlık sorunlarında oldukça önemli kişilerdir (Sucu vd.,2010,53). Hemşireler çok karmaşık ortamlarda, hayati risklerin de mevcut olduğu ve bunun yanı sıra seçeneklerin çok olduğu ortamlarda kendi bilgi ve deneyimleriyle kararlar alırlar (Hedberg ve Larsson, 2004,317).

Arslan (2018)'e göre hemşirelerin verdikleri karar klinik ve yönetsel olarak iki ayrı gruba ayrılmaktadır:

1) Klinik Karar

Hemşire hasta arasındaki verilen kararlardır. Hemşirelerin bakım sağlamadaki etkileri belirlemedeki, hastanın anamnezini ve fiziksel muayene sonuçlarını göz

gezdirmesi sonucu ve hemşireliğin sağlık hizmeti verme konusundaki tüm girişimlerini içeren kararlara denir.

2) Yönetimsel Karar

Hemşirenin bağlı olduğu kurumla ilgili verdiği kararlardır. Hemşirenin çalıştığı kurumun misyon ve vizyonu doğrultusunda kararlar alması, kaynakları değerlendirip çeşitlendirmesi ve kurum içi iletişim hakkında verdikleri karar çeşididir.

Karar verme eyleminde kurumsal görüşlerin meydana gelmesinde 2 yaklaşım kabul görmüştür,

Sonuç Üzerine Yoğunlaşan Yaklaşım

Hemşirenin verdiği kararın sonucunda ortaya çıkan sonuçların doğru tahmin edilmesi beklenilmektedir.

Karar Verme Süreci Üzerinde Yoğunlaşan Yaklaşım:

Kararın nasıl verildiği hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmanın sayesinde en doğru karar verilebileceği görüşü vardır (Ersever, 1996,17-18).

Hemşirelikte karar verilirken 5 aşamada süreç gerçekleşir:

Aşağıdaki verilen Şekil 3.9.6.1. de hemşirelerin karar verme sürecini açıklamaktadır. Bu süreç sorunları değerlendirmek, sorunu tanımlamak, alınan kararın ne gibi sonuçları doğuracağını tahmininde bulunmak, planlama yapmak ve kararı uygulayıp sonuçları değerlendirmektir.



Şekil 3.3. Hemşirelerin Karar Verirken Uyguladığı Aşamalar (Yıldırım ve Özkahraman, 2011, 169-171).

Aşağıda hemşirelerin karar verirken uyguladığı aşamalar ayrıntılı olarak verilmiştir:

1) Sorunları Değerlendirmek

Karar verme aşamasının ilk aşamasıdır. Hemşire bakım sağladığı hasta ve hasta yakınının ne gibi ihtiyaçları olduğunun detaylı bir analizini yapar. Yapılan analizin doğruluğu oldukça önemlidir çünkü kararın doğruluğu buna bağlıdır (Cangüleş,2020,17).

2) Sorunu Tanımlama

Bu aşamada sorunun nedeni iyice araştırılarak bilimsel kaynak ve yaşanmışlıklar doğrultusunda gerekli bilgiler toplanır. Verilecek kararın sonuç için ne kadar verimli olacağı hakkında varsayımlar yapılır. Bir seçim yapılacaksa karar sonucu pozitif ve negatif çıktıları değerlendirilir. Oluşabilecek riskler hesaplanır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011,170).

3) Sonuç Hakkında Tahminlerde Bulunmak

Verilerin detaylı bir analizi sonucunda problemin çözümü için elde var olan alternatifler değerlendirilir. Doğru kararı verebilmesi için hemşirenin ırk din inanış gibi faktörleri de göz önünde bulundurulması gerekir (Kaplan,2023,19).

4) Planlama

Yapılan seçim doğrultusunda riskler minimuma inmeli ve belirsizlikler azaltılmalıdır. Hemşirelik karar sürecinde yapılan planın hangi karar doğrultusunda gerçekleşeceğine karar vermesi beklenilmektedir (Kaplan,2023,19).

5) Uygulama ve Sonucu Değerlendirme

Hemşireden seçilen planın uygulanması ve sonrasında değerlendirilmesi istenir. İstenilen sonuca ulaşıp ulaşılmadığı belirlenir. Hedefe ulaşılmamışsa sebepleri araştırılır ve gereken düzeltmeler yapılır (Lipe ve Beasley, 2004).

Hemşireler kurum içinde çalışırken karşılaştıkları sorunlarda sorunun hasta ve ailesi için ne ifade ettiği, toplum açısından ne ifade ettiği, kurumun sorunu çözmedeki yeterliliğine, kurumun imkanlarına, personel yeterliliğine bakarak kararlarını verir. Hemşireler karar vermesi gereken durumlarda 5 aşamalı olan karar verme aşamasını kullanarak karar verirler. Hemşirelerin çalıştığı birimde birimin kendi sorunları olabilir. Her birimin hasta özellikleri farklı olduğu için hemşire belli kriterlere göre planlama yapar (Yıldırım ve Özkahraman, 2012,167).

Birinci Düzey Bakım Öncelikleri:

Hastanın yaşamını tehdit eden hayati sorunların mevcut olduğu durumdur. Hemşire hızlı karar vermelidir. Çünkü hastanın hayatı söz konusudur.

İkinci Düzey Bakım Öncelikleri:

Daha önceden yaşanması mümkün kılınmış hemşirenin kendini daha önceden hazırladığı durumlardır. Hemşire ikinci düzey bakımla karşılaşınca ne yapması gerektiğini daha önceden biliyordur.

Üçüncü Düzey Bakım Öncelikleri:

Sorun karşısında çözümü basit olan gündelik sorunların olduğu durumalardır. Bu tarz sorunlarda ne hemşire ne de hasta herhangi bir sorun yaşamazlar (Yıldırım ve

Özkahraman, 2012,167).

Hemşirelerin karar verme becerileri üniversite zamanlarındaki eğitimleriyle başlar ve meslek hayatları boyunca devam eder (Cangüleç,2020,19).

3.9.7. Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler

Hemşireler karar verme sürecini doğrudan etki sağlayan kararları alırken çok yoğun ve stresli ortamlarda kendi bilgi ve deneyimlerine dayanarak kararlar alırlar (Hedberg ve Larsson,2004,317). Bu yoğun ve karmaşık karar verme sürecin de genel ve özel olarak birçok faktör karara etki eder (Sucu vd,2012,53). Karar vermeyi etkileyen faktörler destekleyen veya engelleyen faktörlerden oluşmaktadır (Azak ve Taşçı, 2009,178).

Karar Verme Sürecine Etkileyen Genel Faktörler:

Karar verme sürecini etkileyen genel faktörler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

1) Karar Veriler Ortamın Özellikleri:

Hemşirelerin karar verdikleri ortamın özellikleri kararlarını doğrudan etkilemektedir (Cangüleç,2020,27). Yapılan bir araştırmada kamuda görev yapan hemşirelerin özelde görev yapan hemşirelere oranla daha çok doğru kararlar aldığı belirtilmiştir. Bunun sebebi de kamu da çalışan hemşirelerin daha çok karar verici pozisyonunda olmasıdır diye gerekçesi sunulmuştur (Pramilaa, 2018).

Sağlık hizmeti verilen kurumun yapısı, ekipman yeterliliği, personel sayısı, personeller arasındaki iletişim gibi durumlarda karar vermeyi etkilemektedir (Currey ve Worrall- Carter, 2001). Çalışılan kurumun fiziksel olanakları, pozitif akran iletişimi, yönetici çalışan arasındaki destek karar vermeyi olumlu etkiler. Sağlık bakım sisteminin yapısı hemşirelere ne kadar karar vermelerine olanak tanıdığı da karar vermeyi etkileyen etmendir (Sucu vd.,2012,56).

Hemşireler belirsiz olan iş tanımlarının ve kurumla ilgili olan değişken kuralların kendilerini karar verirken kısıtladıklarını belirtmiştir. Bunun yanı sıra da hemşirenin rol çatışması yaşadığını görevi hariç işlerde bulunduğunu bu da onu olumsuz etkileyip, karar verirken etkilendiğini belirtmiştir (Hagbaghery,2004,7).

2) Değerler:

Değerler insanların hayatta sergiledikleri hayat biçimlerini inanışlarını, doğru veya yanlış kavramlarını belirleyen tutumlardır. Vicdan, inanışlar, farklı kültürler değeri oluşturur. Değerler insan hayatını çok etkiler. Benimsediğimiz değerler neyin doğru neyin adil olduğunu anlamamızı sağlar (Sağır,2006,54).

Benimsenen değerler karar verilirken bize yol gösterirler. Karar aşamalarının her birinde değer oldukça etkilidir. Değerin oluşması çocukluktan başlar ve bulunduğumuz kültüre göre şeklini alır (Kurt,2003,44).

3) Kurum Kültürü:

Sağlık bakım hizmetinin kültürü ve şartları hemşirenin karar verme sırasında etkilemektedir. Çalışan kurumun kimliği, kurum kültürünü yansıtır (Sucu vd., 2012,52).

Karar Verme Sürecine Etkileyen Özel Faktörler:

Karar verme sürecini etkileyen özel faktörler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

1) Karar Veren Kişinin Yaşı ve Cinsiyeti

Hemşirelerde yaş ve cinsiyet karar vermede etkili olan faktörlerdir (Ham vd., 2015, 19- 29). Literatürdeki kaynaklar incelendiği zaman yaşın karar vermeyle bir ilişki olduğu (Björk ve Hamilton, 2011) ve cinsiyetinde karar vermeyle ilgili bir bağlantılı olduğu görülmüştür (Kaya vd., 2011,28).

2) Deneyim/Mesleki Tecrübe

Hemşire üniversite yıllarından bu yana edindiği bilgi ve deneyimlere bağlı olarak kararlar verir. Hemşirelerin deneyimleri arttıkça kendilerine olan güvenleri artmaktadır. Bu yüzden de verilen karar hemşirenin bilgisine de bağlıdır (Yıldırım ve Özkahraman,2011,171).

3) Stres

Hemşirelerin karar verme süreçlerinde stres kavramı oldukça etkileyip, yanlış kararalar alınmasını sağlayabilir. Hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça stres düzeylerinin azaldığını bunun doğrultusunda da daha doğru kararlar alabildiği görülmüştür (Günerigök vd., 2019,78).

4) Eleştirel düşünme becerisi

Hemşirelik mesleği bilişsel ve ilişkisel becerileri bir arada yürütülmesi gereken bir meslektir. Hemşire yeni bilgi veya hastalık karşısında savunmasız durmamalı, bilgi birikimiyle müdahale etmelidir. Hemşirelikte karar verme ve eleştirel düşünmek bir arada gider (Martin, 2002)

3.9.8. Karar Verme Becerisinin Geliştirilmesi

Karar verme becerisi “bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında, sorunun ya da durumun tanımlanmasıyla başlayan, en etkili/uygun olanının seçilmesiyle sonuçlanan, birbirleriyle ilişkili belirli adımları içerir” olarak belirtilmiştir (Sucu vd.,2012,53). Karar verme becerileri eksik olan hemşireler hastanın şikayetini tam olarak fark edemezler. Bu sebepten dolayı karar verme becerisi, yeterliliğin önemli bir parçasıdır (Levett-Jones vd., 2010,515).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hemşirelik eğitimlerinde en önemli birleşenlerden birinin karar verme becerisi olduğunu söylemektedir (WHO, 2009).

Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği (American Association of Colleges of Nursing (AACN)) de karar verme becerisini hemşirenin verdiği sağlık hizmetinin

sonucunun iyi olabilmesi için hemşirelerin karar verme becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini savunmuştur. Bu sebepten dolayı hemşirelik eğitimi veren eğitim merkezlerinde karar verme becerisinin gelişmesi için daha çok eğitimler verilmesi gerekmektedir (Özen vd., 2017,113).

Karar verme becerisinin daha iyi gelişebilmesi için şu önerilerde bulunmaktadır (Sucu vd.,2012,57-58):

- 1) Hemşirelerin problemi kavrama yeteneklerinin gelişmesi
- 2) Sezgisel yaklaşımın geliştirilmesini sağlanması
- 3) Gerekli eğitimlerin yapılması (simülasyon gibi)
- 4) Uygulama derslerinin çoğaltılması
- 5) Hemşireler de oluşan anksiyete ve merhamet yorgunluğu en aza indirmek
- 6) Hemşirelere doğru karar vermenin önemini benimsetmek.

Yıldırım ve Taşçı (2013,188) da şu önerilerde bulunmuştur:

“Hemşirelik eğitiminde eleştirel düşünme, problem çözme ve karar verme yeteneklerini geliştirmek için; eleştirel düşünme stratejilerinin müfredata entegre edilmesi, soyut düşünmeyi geliştirme, tartışmalı ve sorgulamalı eğitim, bilgisayar destekli eğitim, sunumda bütün duyguların kullanılması, eğitimde sanatsal etkinlikler kullanmak, kritik olayları analiz etmek, yansıtıcı teknikler kullanmak, vaka çalışmaları yapmak, sunum sonu özet yapmak, teoriyi gerçek olaylarla senaryolaştırmak, öğrenci sunusu yaptırmak, klinikte kavram haritaları kullanmak, problem çözme yaklaşımları kullanmak, öz değerlendirme ve akran değerlendirmesi yaptırmak önerilmektedir ”.

4. GEREKÇE VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, önemi, evreni, örnekleme, veri toplama araçları, sınırlılıklar ve varsayımlar, etik boyutu, araştırmanın modeli, hipotezler, güvenirlik analizi yer almaktadır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yapmış olduğum çalışmanın amacı hemşirelerde meydana gelen merhamet yorgunluğunun, hemşirenin karar vermesiyle nasıl bir ilişkisi olduğunu araştırmaktır. Sağlık hizmetleri çoğunlukla kısıtlı zamanda yaşam ve ölüm arasında acele ve hızlı kararların alınarak sayıca yetersiz personelle fazla işin yapıldığı ve molalarına az olduğu koşullarda hizmet verilir. Bu olumsuz çalışma ortamların ayrıyeten hastanın olumsuz duygu durumu da eklenince hemşire merhamet yorgunluğu yaşamak durumunda kalır. Hemşirelerin aldığı her karar hastanın hayatını doğrudan etkilediği için karar alınırken merhamet yorgunluğunun etkisiyle doğru kararlar alınmayabilir. Yanlış alınan bir karar hastanın hayatının sonlanmasına sebep olabilir. Bu iki önemli faktörün önemini daha iyi anlayabilmek için çalışma yapılmıştır. Ayrıca çalışmada demografik bilgilerin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahipliği, mesleği isteyerek seçme, hizmet süresi, bağımsız karar verme sıklığı) hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve karar verme becerileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır. Böylece hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve karar verme becerilerinin demografik değişkenler açısından bir fark oluşturup oluşturmadığına yönelik olarak da literatüre önemli bir katkı sunulmak amaçlanmıştır. Literatürde merhamet yorgunluğu ve hemşirelerde karar verme ölçeklerini beraber kullanan az çalışma olmayışı da çalışmayı önemli kılmaktadır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma evreninin tamamına ulaşmak zor olduğundan dolayı örnekleme Kahramanmaraş ilinde bulunan Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında başhekimlikten Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde sağlık hizmeti sunmakta olan 250 hemşire olduğu bilgisi verilmiştir. Anket verileri toplandığı aralıkta doğum izni ve yıllık izine çıkan hemşireler bulunmaktadır. Çalışma için 150 tane hemşireye ulaşılmıştır. Ankette verilen cevapların üst üste yaşanan covid-19 ve depremin de etkisi olduğu düşünülmektedir.

Toplanması gereken minimum veri sayısı Sümbüllüoğlu (2012,265)'dan alınmış olan formüle göre hesaplanmıştır.

$$N = \frac{Nt2pq}{d^2(N-1) + t2pq}$$

n= Örneklem büyüklüğü N= Evren Büyüklüğü

p= Evrende Bir Olayın Gözlenme Oranı (%50) q= Evrende Bir Olayın Gözlenmeme Oranı (1-p)

t= Güven Düzeyine Göre Standart Değer (Normal Dağılım Tablosunda %95 İçin 1,96) d=Etki Büyüklüğü- Örneklem Hatası (%5 Hata Payı)

$$N = \frac{250 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{5^2 \cdot (250-1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

n=150

4.3. Veri Toplama Araçları ve Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Gerekli veriler sağlanırken anket yoluyla bilgiler temin edilmiştir (EK1). Hemşirelere çözmeleri için 3 bölümden oluşan anket verilmiştir. Anketin ilk bölümünde kişisel veri formu mevcuttur. Hemşirelerin demografik bilgilerini (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahipliği,) ve iş hayatlarıyla (mesleği isteyerek mi seçildi, meslekten doyum alma, meslek değiştirme, çalışma şekli, toplam hizmet süresi, mevcut kurumda çalışma süresi, bağımsız karar verme sıklığı, karar verme) ilgili 13 soru bulunmaktadır. Her ne kadar 13 demografik değişken incelenmişse de hipotezlerde; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, mesleklerinin kendi istekleriyle mi seçtikleri, toplam hizmet süreleri, çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığı demografik değişkenler ele alınmıştır.

Anketin ikinci bölümünde Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek kullanılmıştır. Kullanılan ölçek Adams ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeği Türkçeye uyarlayan ve geliştiren Mine Ekinci ve Sevgi Dinç(2019)'dir. Nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10'lu likertten meydana gelmiştir. Anket a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m biçiminde sorulara harf verilmiştir. Merhamet yorgunluğu ölçeğinin 2 tane alt boyutu vardır. Alt boyut olan ikincil travmayı “c, e, h, j, l” ölçerken, “a, b, d, f, g, i, k, m” mesleki tükenmişliği ölçer. Ölçekte maksimum 130 puan alınabiliyorken en düşük 13 puan alınmaktadır. Ölçeğin puanı arttıkça merhamet yorgunluğu da artmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için madde toplam korelasyonları ve madde silinirse Cronbach α katsayıları hesaplanmıştır. Toplam MY-KÖ Cronbach α katsayısı 0.876; ikincil travma alt boyutu için 0.748 ve mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0.852 olarak tespit edilmiştir.

Madde toplam korelasyonları 0.30'un üzerindedir. Ölçekten hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Elde edilen iç geçerlilik değerleri göz önüne alındığında ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir (Sevgi ve Dinç,2019,199).

Üçüncü bölümde Hemşire Karar Verme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek Lauri ve Salanterä (2002) tarafından Hammond'un "Bilişsel Süreklilik Kuramı" öncülüğünde 56 sorudan hazırlanmıştır. Analitik ve sezgisel karar verme süreçleri üzerinde çalışma oluşturarak hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin karar verme mekanizmalarını anlayabilmek için araştırılmıştır. Daha sonra Lauri ve Salanterä'in (2002) ikinci defa faktör analizi sonucunda ölçek 24 maddeye indirilmiştir. Ölçeği Türkçeye uyarlayan ve geliştiren Arzu Akman Yılmaz ve Şeyma Demir(2021)'dir. Beşli likert tipi "Hiç ya da neredeyse hiç-1 ile Hemen hemen her zaman-5" biçiminde değerlendirilmiş olan ölçek yeni halinde karar vermenin 4 evresini oluşturacak şekilde planlanma yapılmıştır. Karar vermenin 4 aşaması verileri toplama, elde edilen verilerin işlenmesi ve sorunun belirlenmesi, eylemlerin planlanması ve uygulanması son aşaması ise izleme ve değerlendirme olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe haline yapılmış geçerlilik analizi kapsamında 24 maddelik ölçüm aracı tek faktörlü olarak kabul edilmiştir. Ölçekte bulunan çift numaralar sezgisel karar vermeyi gösterir, tek numaralar ise analitik karar vermeyi gösterir. Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık analizi, madde toplam puan korelasyonları, test-tekrar test yöntemi, eşdeğer formlar yöntemi ile sınanmıştır. HKVÖ'nin iç tutarlık analizinde, Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, tüm maddelerin korelasyonları $p < ,001$ anlamlılık düzeyinde olup korelasyon katsayıları 0,62 ile 0,84 arasında değişmiştir. Türkçe HKVÖ'nin geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesi sonucunda ölçeğin özgün ölçek ile benzer yapısal özellikler göstermediği; kapsam geçerliğinin, iç tutarlılığının ve zamana göre değişmezliğinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölçek, genel olarak uygulamaya ilişkin karar durumlarında hemşirelerin karar verme stratejilerini belirlemede tek boyutlu olarak kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Demir ve Yılmaz,2021,415).

4.4. Araştırmanın Sınırlıkları ve Varsayımları

-Araştırma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmakta olan hemşireler ile sınırlıdır.

-Yapılan çalışma 2023 yılıyla sınırlıdır.

-Çalışma ankette kullanılmış olan kişisel bilgi formu merhamet yorgunluğu ve hemşirelerde karar verme ölçeği ile sınırlıdır.

-Anketi çözen hemşirelerin doğru bilgiler verdikleri varsayılmıştır.

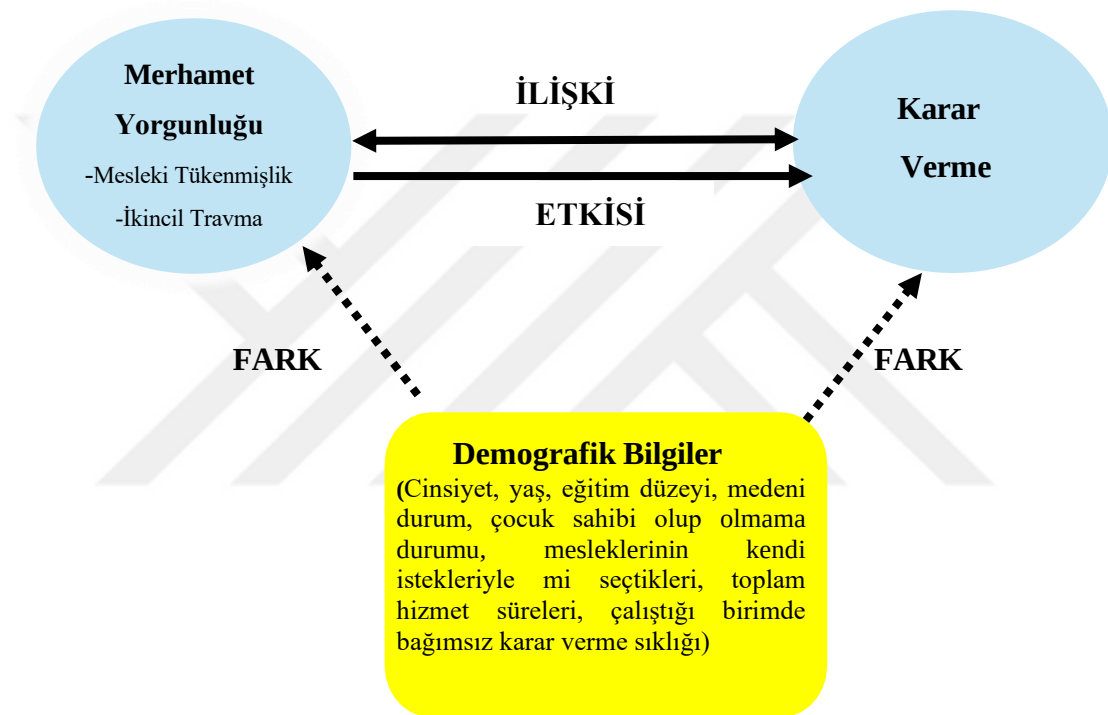
-Anketi çözmüş olan 150 hemşire evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

- Mevcut olan iki ölçeğinde uygulanabilir nitelik sağladığı varsayılmaktadır.

4.5. Araştırmanın Etik boyutu

Ölçeği geliştiren kişilerden ve anketin uygulandığı hastaneden gerekli izinler alınmıştır (EK 1 ve EK2).

4.6. Araştırmanın Modeli



Şekil 4.1. Araştırmanın Modeli

4.7. Araştırmanın Hipotezleri

H1, Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır.

H1a, Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H1b, Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H2, Hemşirelerin cinsiyetlerine göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H3, Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır.

H3a, Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H3b, Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan İkincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H4, Hemşirelerin yaş aralıklarına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H5, Hemşirelerin eğitim düzeyine göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır.

H5a, Hemşirelerin eğitim düzeyine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H5b, Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H6, Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H7, Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunlukları arasında anlamlı farklılık vardır.

H7a, Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H7b, Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H8, Hemşirelerin medeni durumlarına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H9, Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.

H9a, Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H9b, Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H10, Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H11, Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.

H11a, Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H11b, Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H12, Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H13, Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.

H13a, Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H13b, Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H14, Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H15, Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.

H15a, Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.

H15b, Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.

H16, Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.

H17, Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun karar verme ile ilişkisi vardır.

H18, Hemşirelerde karar vermenin merhamet yorgunluğuna etkisi vardır.

H18a, Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliğin karar verme üzerinde etkisi vardır.

H18b, Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarının karar verme üzerinde etkisi vardır.

4.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiştir. Demografik bulgulara ilişkin frekans analizleri verilmiştir. Frekans analizleri, gruplara ait frekans (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Daha sonra ölçek düzeylerine ilişkin frekans analizleri, gruplara ait ortalama (Ort), standart sapma (SS), minimum (Min) ve maksimum (Maks) değerleri hesaplanmıştır. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken çarpıklık basıklık katsayılarından yararlanılmış olup, Tabachnik ve Fidell (2013)' e göre skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1.50 ile +1.50 arasında ise normal dağılım olduğu kabul edilir olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan geldiği (Tablo 4.9) belirtilmiştir.

Güvenilirlik için iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alpha test istatistiğinden yararlanılmış olup, Güvenirlik katsayısı:

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilir değil)

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenirlilikte)

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ (oldukça güvenilir)

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ (yüksek derecede güvenilir) olarak belirlenmiştir (Kalaycı, 2008).

Kalaycı (2018) dikkate alınarak güvenilirlik sonuçları verilmiştir (Tablo 4.10). Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmeleri nedeniyle 2 bağımsız grup karşılaştırma testlerinden bağımsız örneklem t-testi ve 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırma testlerinden Anova (varyans analizi) testi kullanılmıştır. Parametrik testlerde varyanslar homojen dağılmadığında Welch testi sonuçları baz alınmıştır. Anova testi sonucunda anlamlı bulunan grupların çoklu karşılaştırmalarında varyans homojenliğine göre Tukey testi uygulanmıştır.

Sürekli değişkenler arasında ilişki bakılırken pearson korelasyon testlerinden yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup;

$p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu,

$p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

Bağımlı değişkenler arasında etkiye bakılırken regresyon testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup;

$p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu,

$p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

4.9 Araştırmanın Ölçek Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik Analizi

Tablo 4.1. Ölçek Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik Analizi

Değişken	Ort.	Min.	Maks.	SS	Çarpıklık	Basıklık
Merhamet Yorgunluğu Düzey	54,82	13,00	130,00	24,76	0,525	0,262
Mesleki Tükenmişlik	33,22	8,00	80,00	16,61	0,564	-0,041
İkincil Travma	21,60	5,00	50,00	9,81	0,425	-0,016
Hemşire Karar Verme Düzey	86,69	36,00	120,00	18,19	-0,642	0,358

Merhamet yorgunluğu düzeyi, katılımcılar arasında ortalama 54,82 ($\pm 24,76$) olarak bulunmuş, minimum 13,00 ve maksimum 130,00 değerleri arasında değişim göstermiştir. Mesleki tükenmişlik düzeyi, ortalama 33,22 ($\pm 16,61$) olup, 8,00 ile 80,00 arasında bir dağılım göstermektedir. İkincil travma düzeyi ortalama 21,60 ($\pm 9,81$) ile minimum 5,00 ve maksimum 50,00 değerleri arasında değişmektedir. Hemşire karar verme düzeyi ise ortalama 86,69 ($\pm 18,19$) ile minimum 36,00 ve maksimum 120,00 arasında bir aralığa sahiptir. Bu veriler, değişkenler arasında geniş bir dağılım olduğunu göstermekte, katılımcıların farklı düzeylerde bu özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Normallik göstergeleri incelendiğinde, merhamet yorgunluğu düzeyinde çarpıklık değeri 0,525 ve basıklık değeri 0,262 olarak hesaplanmıştır. Mesleki tükenmişlik düzeyinde çarpıklık 0,564 ve basıklık -0,041, ikincil travmada çarpıklık 0,425 ve basıklık -0,016 olarak bulunmuştur. Hemşire karar verme düzeyinde ise çarpıklık -0,642 ve basıklık 0,358'dir. Bu sonuçlar, tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1 aralığında olduğu ve normallik varsayımını karşıladığına işaret etmektedir.

4.10 Araştırmanın Güvenirlik Analizi

Tablo 4.2. Araştırmanın Güvenirlik Analizi

	Güvenirlik
Merhamet Yorgunluğu Düzeyi	0,903
Mesleki Tükenmişlik	0,881
İkincil Travma	0,747
Hemşire Karar Verme Düzey	0,946

Ölçeklerin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, merhamet yorgunluğu düzeyi için Cronbach's Alpha değeri 0,903, mesleki tükenmişlik için 0,881, ikincil travma için 0,747

ve hemşire karar verme düzeyi için 0,946 olarak bulunmuştur. Bu değerler, merhamet yorgunluğu, mesleki tükenmişlik ve hemşire karar verme düzeylerinin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. İkincil travma için güvenilirlik katsayısı 0,747 ile orta düzeyde kabul edilebilir bir güvenilirlik sunmaktadır. Bu sonuçlar, ölçeklerin veri toplama amacıyla yeterli güvenilirliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

5. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin kişisel bilgilerine yönelik frekans analizine, araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamasına, sosyo-demografik değişkenle gerçekleştiren t-testi ve anava analizine, ölçeklerin birbiriyle olan ilişkini anlamak için korelasyon analizi yapılmıştır. Son olarak ise iki ölçeğin birbiri arasındaki etkiyi anlayabilmek için regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın verilerinden elde edilen bulgulara ilişkin tablolara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 1.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Frekans Dağılım Tablosu

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	120	80,00
	Erkek	30	20,00
Yaş	21-26	88	58,67
	27-36	47	31,33
	37-45	15	10,00
Eğitim Düzeyi	Lise	11	7,33
	Üniversite	132	88,00
	Yüksek Lisans	7	4,67
Medeni Durum	Bekar	98	65,33
	Evli	52	34,67
Çocuk Sahipliği	Evet	40	26,67
	Hayır	110	73,33
Mesleği İsteyerek Seçme	Evet	112	74,67
	Hayır	38	25,33
Mesleki Doyum	Evet	94	62,67
	Hayır	56	37,33
Mesleği Değiştirme	Evet	76	50,67
	Hayır	74	49,33
Çalışma Şekli	Yalnız Gündüz Mesai	89	59,33
	Yalnız Gece Mesai	3	2,00
	Dönüşümlü Mesai	58	38,67
Meslek Toplam Hizmet Süresi	1-5 Yıl	86	57,33
	6-10 Yıl	38	25,33
	11 Yıl +	26	17,33
Kurum Toplam Hizmet Süresi	1 Yıl-	55	36,67
	1-5 Yıl	62	41,33
	6 Yıl +	33	22,00
Bağımsız Karar Verme Sıklık	Sürekli	18	12,00
	Ara Sıra	98	65,33
	Hiçbir Zaman	34	22,67
Hasta Bakımı Kararı Veren Kişi	Hemşire	45	30,00
	Sorumlu Hemşire	41	27,33
	Hekim	64	42,67

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, kadınların (n=120, %80,00) erkeklerden (n=30, %20,00) daha fazla olduğu görülmektedir. Yaş dağılımında, 21-26 yaş grubu (n=88, %58,67) en fazla katılımcıyı oluştururken, bunu 27-36 yaş grubu (n=47, %31,33) ve 37-45 yaş grubu (n=15, %10,00) takip etmektedir. Eğitim düzeyine bakıldığında, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun üniversite mezunu (n=132,

%88,00) olduğu, lise mezunlarının (n=11, %7,33) ve yüksek lisans mezunlarının (n=7, %4,67) daha az sayıda olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından, bekar katılımcılar (n=98, %65,33) evli katılımcılardan (n=52, %34,67) fazladır. Çocuk sahibi olma durumunda, katılımcıların çoğunluğunun çocuk sahibi olmadığı (n=110, %73,33) ve çocuk sahibi olanların (n=40, %26,67) daha az olduğu belirlenmiştir. Mesleği isteyerek seçen katılımcıların (n=112, %74,67) oranı, mesleği istemeyerek seçenlere (n=38, %25,33) göre oldukça yüksektir. Mesleki doyuma sahip olan katılımcılar (n=94, %62,67), mesleki doyum yaşamayanlara (n=56, %37,33) göre fazladır. Ancak mesleği değiştirme eğilimi gösteren (n=76, %50,67) ve göstermeyen (n=74, %49,33) katılımcıların oranları birbirine oldukça yakındır. Çalışma şekline göre, yalnız gündüz mesai yapanlar (n=89, %59,33) en fazla iken, dönüşümlü mesai yapanlar (n=58, %38,67) ve yalnız gece mesai yapanlar (n=3, %2,00) daha azdır. Meslek toplam hizmet süresinde 1-5 yıl arası çalışanlar (n=86, %57,33) çoğunlukta iken, bunu 6-10 yıl (n=38, %25,33) ve 11 yıl ve üzeri (n=26, %17,33) çalışanlar takip etmektedir. Kurum toplam hizmet süresinde, 1 yıl ve altında çalışanlar (n=55, %36,67), 1-5 yıl çalışanlar (n=62, %41,33) ve 6 yıl ve üzeri çalışanlar (n=33, %22,00) olarak sıralanmaktadır. Bağımsız karar verme sıklığı incelendiğinde, ara sıra bağımsız karar verenler (n=98, %65,33) çoğunluğu oluştururken, sürekli bağımsız karar verenler (n=18, %12,00) ve hiçbir zaman bağımsız karar vermeyenler (n=34, %22,67) daha azdır. Hasta bakımı kararı veren kişiler arasında, hekimler (n=64, %42,67) en yüksek oranı oluştururken, bunu hemşireler (n=45, %30,00) ve sorumlu hemşireler (n=41, %27,33) izlemektedir.

Tablo 5.2. Ölçek Düzeylerinin Cinsiyete Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Cinsiyet			t testi	
		n	Ort.	SS	t	p
Merhamet Yorgunluğu Düzeyi	Kadın	120	55,28	25,16	0,547	0,648
	Erkek	30	52,97	23,43		
Mesleki Tükenmişlik	Kadın	120	33,30	16,87	0,118	0,907
	Erkek	30	32,90	15,81		
İkincil Travma	Kadın	120	21,98	10,00	0,957	0,341
	Erkek	30	20,07	9,04		
Hemşire Karar Verme Becerisi	Kadın	120	88,37	16,23	1,828	0,024*
	Erkek	30	80,00	23,72		

* $p < 0,05$; Bağımsız Örneklem t testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Kadınların merhamet yorgunluğu düzeyi (Ort.=55,28±25,16) ile erkeklerin düzeyi (Ort.=52,97±23,43) arasında bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=0,547, p=0,648). Bu sonuç, cinsiyetin merhamet yorgunluğu düzeyine etkisinin olmadığını göstermektedir. **Mesleki Tükenmişlik**, Kadınların mesleki tükenmişlik düzeyi (Ort.=33,30±16,87) ile erkeklerin düzeyi (Ort.=32,90±15,81) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t=0,118, p=0,907). Cinsiyetin mesleki

tükenmişlik üzerinde etkili olmadığı görülmektedir. **İkincil Travma**, Kadınların ikincil travma düzeyi (Ort.=21,98±10,00) erkeklere kıyasla (Ort.=20,07±9,04) biraz daha yüksek olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0,957$, $p=0,341$). Bu durum, cinsiyetin ikincil travma düzeyine etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Kadınların hemşire karar verme becerisi (Ort.=88,37±16,23), erkeklerin düzeyine (Ort.=80,00±23,72) göre anlamlı derecede daha yüksektir ($t=1,828$, $p=0,024$). Bu sonuç, kadınların erkeklere göre daha yüksek bir hemşire karar verme düzeyine sahip olduğunu ve cinsiyetin bu değişken üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.3. Ölçek Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Yaş			ANOVA		Testi
		n	Ort.	SS	F	p	Fark
Merhamet Yorgunluğu Düzeyi	21-26 ⁽¹⁾	88	52,44	24,73	0,982	0,377	-
	27-36 ⁽²⁾	47	58,11	24,71			
	37-45 ⁽³⁾	15	58,47	25,13			
Mesleki Tükenmişlik	21-26 ⁽¹⁾	88	32,15	16,63	0,477	0,622	-
	27-36 ⁽²⁾	47	35,06	16,91			
	37-45 ⁽³⁾	15	33,73	16,15			
İkincil Travma	21-26 ⁽¹⁾	88	20,30	9,65	2,081	0,129	-
	27-36 ⁽²⁾	47	23,04	9,90			
	37-45 ⁽³⁾	15	24,73	9,79			
Hemşire Karar Verme Becerisi	21-26 ⁽¹⁾	88	84,55	17,45	1,624	0,201	-
	27-36 ⁽²⁾	47	89,09	18,68			
	37-45 ⁽³⁾	15	91,80	20,18			

* $p<0,05$; ANOVA Testi, Fark= Tukey Testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Merhamet yorgunluğu düzeyi, yaş grupları arasında farklılık göstermemiştir ($F=0,982$, $p=0,377$). 21-26 yaş grubunun ortalaması 52,44±24,73, 27-36 yaş grubunun ortalaması 58,11±24,71 ve 37-45 yaş grubunun ortalaması 58,47±25,13'tür. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. **Mesleki Tükenmişlik**, Mesleki tükenmişlik düzeyi, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=0,477$, $p=0,622$). 21-26 yaş grubunun ortalaması 32,15±16,63, 27-36 yaş grubunun ortalaması 35,06±16,91 ve 37-45 yaş grubunun ortalaması 33,73±16,15'tir. Bu sonuçlar, mesleki tükenmişlik düzeyinin yaş gruplarına göre değişmediğini göstermektedir. **İkincil Travma**, İkincil travma düzeyi, yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F=2,081$, $p=0,129$). 21-26 yaş grubunun ortalaması 20,30±9,65, 27-36 yaş grubunun ortalaması 23,04±9,90 ve 37-45 yaş grubunun ortalaması 24,73±9,79'dur. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=1,624$, $p=0,201$). 21-26 yaş grubunun ortalaması 84,55±17,45, 27-36 yaş grubunun ortalaması 89,09±18,68 ve 37-

45 yaş grubunun ortalaması $91,80 \pm 20,18$ 'dir. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 5.4. Ölçek Düzeylerinin Eğitim Düzeylerine Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Eğitim Düzeyi			ANOVA		Testi
		n	Ort.	SS	F	p	
Merhamet	Lise ⁽¹⁾	11	59,00	24,20	0,176	0,839	-
Yorgunluğu	Üniversite ⁽²⁾	132	54,55	25,04			
Düzy	Yüksek Lisans ⁽³⁾	7	53,29	22,81			
Mesleki	Lise ⁽¹⁾	11	37,09	16,65	0,321	0,726	-
Tükenmişlik	Üniversite ⁽²⁾	132	32,93	16,70			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	7	32,57	16,38			
İkincil Travma	Lise ⁽¹⁾	11	21,91	10,47	0,034	0,967	-
	Üniversite ⁽²⁾	132	21,62	9,89			
	Yüksek Lisans ⁽³⁾	7	20,71	8,36			
Hemşire	KararLise ⁽¹⁾	11	81,91	13,92	1,138	0,323	-
Verme	Üniversite ⁽²⁾	132	86,64	18,83			
Becerisi	Yüksek Lisans ⁽³⁾	7	95,14	5,55			

* $p < 0,05$; ANOVA Testi, Fark= Tukey Testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Eğitim düzeyine göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=0,176$, $p=0,839$). Lise mezunlarının ortalaması $59,00 \pm 24,20$, üniversite mezunlarının ortalaması $54,55 \pm 25,04$, ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması $53,29 \pm 22,81$ 'dir. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. **Mesleki Tükenmişlik**, Mesleki tükenmişlik düzeyi, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=0,321$, $p=0,726$). Lise mezunlarının ortalaması $37,09 \pm 16,65$, üniversite mezunlarının ortalaması $32,93 \pm 16,70$ ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması $32,57 \pm 16,38$ 'dir. Bu durum, eğitim düzeyinin mesleki tükenmişlik üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir. **İkincil Travma**, Eğitim düzeyine göre ikincil travma düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=0,034$, $p=0,967$). Lise mezunlarının ortalaması $21,91 \pm 10,47$, üniversite mezunlarının ortalaması $21,62 \pm 9,89$ ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması $20,71 \pm 8,36$ 'dır. Gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=1,138$, $p=0,323$). Lise mezunlarının ortalaması $81,91 \pm 13,92$, üniversite mezunlarının ortalaması $86,64 \pm 18,83$ ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması $95,14 \pm 5,55$ 'tir. Tukey testi sonuçları, eğitim düzeyine göre hemşire karar verme düzeyinde anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 5.5. Ölçek Düzeylerinin Medeni Durumlara Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Medeni Durum			t testi	
		n	Ort.	SS	t	p
Merhamet Yorgunluğu Düzey	Bekar	98	51,84	23,47	-2,047	0,042*
	Evli	52	60,44	26,35		
Mesleki Tükenmişlik	Bekar	98	31,62	15,80	-1,626	0,106
	Evli	52	36,23	17,82		
İkincil Travma	Bekar	98	20,21	9,16	-2,413	0,017*
	Evli	52	24,21	10,54		
Hemşire Karar Verme Becerisi	Bekar	98	84,31	17,18	-2,235	0,027*
	Evli	52	91,19	19,35		

* $p < 0,05$; Bağımsız Örneklem t testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Medeni durumlara göre merhamet yorgunluğu düzeyi anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t = -2,047$, $p = 0,042$). Evli katılımcılar ($Ort. = 60,44 \pm 26,35$), bekar katılımcılara ($Ort. = 51,84 \pm 23,47$) göre daha yüksek bir merhamet yorgunluğu düzeyine sahiptir. **Mesleki Tükenmişlik**, Mesleki tükenmişlik düzeyi, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($t = -1,626$, $p = 0,106$). Bekar katılımcıların ortalaması $31,62 \pm 15,80$, evli katılımcıların ortalaması ise $36,23 \pm 17,82$ 'dir. Bu sonuç, medeni durumun mesleki tükenmişlik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. **İkincil Travma**, İkincil travma düzeyi, medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($t = -2,413$, $p = 0,017$). Evli katılımcıların ikincil travma düzeyi ($Ort. = 24,21 \pm 10,54$), bekar katılımcılardan ($Ort. = 20,21 \pm 9,16$) anlamlı derecede daha yüksektir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, medeni durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t = -2,235$, $p = 0,027$). Evli katılımcılar ($Ort. = 91,19 \pm 19,35$), bekar katılımcılara ($Ort. = 84,31 \pm 17,18$) göre daha yüksek bir hemşire karar verme düzeyine sahiptir.

Tablo 5.6. Ölçek Düzeylerinin Çocuk Sahiplik Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Çocuk Sahipliği			t testi	
		n	Ort.	SS	t	p
Merhamet Yorgunluğu Düzey	Evet	40	61,03	24,45	1,866	0,064
	Hayır	110	52,56	24,60		
Mesleki Tükenmişlik	Evet	40	35,65	16,27	1,081	0,281
	Hayır	110	32,34	16,72		
İkincil Travma	Evet	40	25,38	9,90	2,912	0,004*
	Hayır	110	20,23	9,46		
Hemşire Karar Verme Becerisi	Evet	40	90,63	20,72	1,604	0,111
	Hayır	110	85,26	17,06		

* $p < 0,05$; Bağımsız Örneklem t testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Çocuk sahipliği durumuna göre merhamet yorgunluğu düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,866$, $p=0,064$). Çocuk sahibi olanların ortalaması $61,03\pm24,45$, çocuk sahibi olmayanların ortalaması ise $52,56\pm24,60$ 'tır. Çocuk sahibi olanların daha yüksek bir ortalama sahip olduğu görülse de fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. **Mesleki Tükenmişlik,** Mesleki tükenmişlik düzeyi, çocuk sahipliği durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($t=1,081$, $p=0,281$). Çocuk sahibi olanların ortalaması $35,65\pm16,27$, çocuk sahibi olmayanların ortalaması ise $32,34\pm16,72$ 'dir. Çocuk sahipliğinin mesleki tükenmişlik üzerinde etkisi bulunmamaktadır. **İkincil Travma,** İkincil travma düzeyi, çocuk sahipliği durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=2,912$, $p=0,004$). Çocuk sahibi olan katılımcıların ortalaması $25,38\pm9,90$, çocuk sahibi olmayanların ortalaması ise $20,23\pm9,46$ 'dır. Çocuk sahibi olanların ikincil travma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme beceresi, çocuk sahipliği durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($t=1,604$, $p=0,111$). Çocuk sahibi olanların ortalaması $90,63\pm20,72$, çocuk sahibi olmayanların ortalaması ise $85,26\pm17,06$ 'dır. Bu sonuçlar, çocuk sahipliğinin hemşire karar verme düzeyine etkisi olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.7. Ölçek Düzeylerinin Mesleği İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Mesleği İsteyerek Seçmet testi				
		n	Ort.	SS	t	p
Merhamet Yorgunluğu Düzeyi	Evet	112	49,88	22,75	-4,457	0,001*
	Hayır	38	69,39	24,99		
Mesleki Tükenmişlik	Evet	112	29,83	15,25	-4,568	0,001*
	Hayır	38	43,21	16,61		
İkincil Travma	Evet	112	20,04	9,14	-3,453	0,001*
	Hayır	38	26,18	10,40		
Hemşire Karar Verme Becerisi	Evet	112	84,78	18,06	-2,245	0,026*
	Hayır	38	92,34	17,62		

* $p<0,05$; Bağımsız Örneklem t testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Mesleği isteyerek seçme durumuna göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-4,457$, $p=0,001$). Mesleği isteyerek seçenlerin ortalaması $49,88\pm22,75$, isteyerek seçmeyenlerin ortalaması ise $69,39\pm24,99$ 'dur. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin merhamet yorgunluğu düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. **Mesleki Tükenmişlik,** Mesleki tükenmişlik düzeyi, mesleği isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($t=-4,568$, $p=0,001$). Mesleği isteyerek seçenlerin ortalaması $29,83\pm15,25$, isteyerek seçmeyenlerin ortalaması ise $43,21\pm16,61$ 'dir. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin mesleki tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. **İkincil Travma,** Mesleği isteyerek seçme durumuna göre ikincil travma düzeyinde de anlamlı

bir farklılık vardır ($t=-3,453$, $p=0,001$). Mesleği isteyerek seçenlerin ortalaması $20,04\pm9,14$ iken, isteyerek seçmeyenlerin ortalaması $26,18\pm10,40$ 'tır. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin ikincil travma düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, mesleği isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir fark göstermektedir ($t=-2,245$, $p=0,026$). Mesleği isteyerek seçenlerin ortalaması $84,78\pm18,06$, isteyerek seçmeyenlerin ortalaması ise $92,34\pm17,62$ 'dir. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin hemşire karar verme düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5.8. Ölçek Düzeylerinin Meslek Toplam Hizmet Sürelerine Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Meslek Süresi	Toplam	Hizmet	ANOVA Testi		
		n	Ort.	SS	F	p	Fark
Merhamet	1-5 Yıl ⁽¹⁾	86	52,15	24,69	1,227	0,296	-
Yorgunluğu	6-10 Yıl ⁽²⁾	38	59,24	26,25			
Düzye	11 Yıl + ⁽³⁾	26	57,19	22,39			
Mesleki	1-5 Yıl ⁽¹⁾	86	31,67	16,62	1,058	0,351	-
Tükenmişlik	6-10 Yıl ⁽²⁾	38	36,34	17,57			
	11 Yıl + ⁽³⁾	26	33,77	15,00			
İkincil Travma	1-5 Yıl ⁽¹⁾	86	20,48	9,68	1,349	0,263	-
	6-10 Yıl ⁽²⁾	38	22,89	10,46			
	11 Yıl + ⁽³⁾	26	23,42	9,10			
Hemşire Karar Verme Becerisi	1-5 Yıl ⁽¹⁾	86	86,63	15,70	2,052	0,132	-
	6-10 Yıl ⁽²⁾	38	83,00	22,30			
	11 Yıl + ⁽³⁾	26	92,31	18,57			

* $p<0,05$; ANOVA Testi, Fark= Tukey Testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Meslek toplam hizmet süresine göre merhamet yorgunluğu düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,227$, $p=0,296$). 1-5 yıl çalışanların ortalaması $52,15\pm24,69$, 6-10 yıl çalışanların ortalaması $59,24\pm26,25$ ve 11 yıl ve üzeri çalışanların ortalaması $57,19\pm22,39$ 'dur. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. **Mesleki Tükenmişlik**, Mesleki tükenmişlik düzeyi, meslek toplam hizmet süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F=1,058$, $p=0,351$). 1-5 yıl çalışanların ortalaması $31,67\pm16,62$, 6-10 yıl çalışanların ortalaması $36,34\pm17,57$ ve 11 yıl ve üzeri çalışanların ortalaması $33,77\pm15,00$ 'dur. Bu sonuç, meslek toplam hizmet süresinin mesleki tükenmişlik üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir. **İkincil Travma**, İkincil travma düzeyi, meslek toplam hizmet süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=1,349$, $p=0,263$). 1-5 yıl çalışanların ortalaması $20,48\pm9,68$, 6-10 yıl çalışanların ortalaması $22,89\pm10,46$ ve 11 yıl ve üzeri çalışanların ortalaması $23,42\pm9,10$ 'dur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, meslek toplam

hizmet süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=2,052$, $p=0,132$). 1-5 yıl çalışanların ortalaması $86,63\pm15,70$, 6-10 yıl çalışanların ortalaması $83,00\pm22,30$ ve 11 yıl ve üzeri çalışanların ortalaması $92,31\pm18,57$ 'dir. Tukey testi sonuçları, meslek toplam hizmet süresine göre anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 5.9. Ölçek Düzeylerinin Bağımsız Karar Verme Durumlarına Göre Farklılaşması

Değişken	Kategori	Bağımsız Verme		Karar Verme Sıklık		ANOVA Testi	
		n	Ort.	SS	F	p	Fark
Merhamet Yorgunluğu Düzeyi	Sürekli ⁽¹⁾	18	53,17	34,94	0,618	0,541	-
	Ara Sıra ⁽²⁾	98	53,68	22,36			
	Hiçbir Zaman ⁽³⁾	34	58,97	25,42			
Mesleki Tükenmişlik	Sürekli ⁽¹⁾	18	32,39	23,13	0,751	0,474	-
	Ara Sıra ⁽²⁾	98	32,31	14,95			
	Hiçbir Zaman ⁽³⁾	34	36,29	17,35			
İkincil Travma	Sürekli ⁽¹⁾	18	20,78	12,35	0,291	0,749	-
	Ara Sıra ⁽²⁾	98	21,38	9,44			
	Hiçbir Zaman ⁽³⁾	34	22,68	9,62			
Hemşire Karar Verme Becerisi	Sürekli ⁽¹⁾	18	94,22	21,35	1,882	0,156	-
	Ara Sıra ⁽²⁾	98	86,10	18,15			
	Hiçbir Zaman ⁽³⁾	34	84,41	15,95			

* $p<0,05$; ANOVA Testi, Fark= Tukey Testi

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi, Bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluğu düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,618$, $p=0,541$). Sürekli bağımsız karar verenlerin ortalaması $53,17\pm34,94$, ara sıra bağımsız karar verenlerin ortalaması $53,68\pm22,36$ ve hiçbir zaman bağımsız karar vermeyenlerin ortalaması $58,97\pm25,42$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. **Mesleki Tükenmişlik**, Mesleki tükenmişlik düzeyi, bağımsız karar verme sıklığına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($F=0,751$, $p=0,474$). Sürekli bağımsız karar verenlerin ortalaması $32,39\pm23,13$, ara sıra bağımsız karar verenlerin ortalaması $32,31\pm14,95$ ve hiçbir zaman bağımsız karar vermeyenlerin ortalaması $36,29\pm17,35$ 'tir. Bu sonuçlar, bağımsız karar verme sıklığının mesleki tükenmişlik üzerinde etkisinin olmadığını göstermektedir. **İkincil Travma**, İkincil travma düzeyi, bağımsız karar verme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=0,291$, $p=0,749$). Sürekli bağımsız karar verenlerin ortalaması $20,78\pm12,35$, ara sıra bağımsız karar verenlerin ortalaması $21,38\pm9,44$ ve hiçbir zaman bağımsız karar vermeyenlerin ortalaması $22,68\pm9,62$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Hemşire Karar Verme Becerisi, Hemşire karar verme becerisi, bağımsız karar verme sıklığına göre anlamlı bir fark göstermemiştir ($F=1,882$, $p=0,156$). Sürekli bağımsız karar verenlerin ortalaması $94,22\pm21,35$, ara sıra bağımsız karar verenlerin ortalaması $86,10\pm18,15$ ve hiçbir zaman bağımsız karar vermeyenlerin ortalaması $84,41\pm15,95$ 'tir. Bu sonuçlar, bağımsız karar verme sıklığının hemşire karar verme düzeyi üzerinde

belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.10. Ölçek Düzeyleri Arası İlişki

		Merhamet Yorgunluğu Düzey
Mesleki Tükenmişlik	r	,964**
	p	0,001*
	N	150
İkincil Travma	r	,892**
	p	0,001*
	N	150
Hemşire Karar Verme Becerisi	r	0,002
	p	0,983
	N	150

* $p < 0,05$; Korelasyon Testi

Çalışma kapsamında kullanılan değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin boyut ve yönünün ölçümü hedeflendiğinden korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Korelasyon analizinde pearson ve spearman gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır. Pearson korelasyon analizi genellikle değişkenlerin normal dağılım sergilediği durumlarda tercih edilmektedir. Spearman korelasyon analizi ise değişkenlerden en az birisi normal dağılım göstermediğinde kullanılmaktadır (Akova vd., 2019, 133). Bu sebeple hem ölçekler hem de boyutlar normal dağılım gösterdiği için aralarındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Baykul ve Güzeller (2014, 577)' e göre ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi aşağıdaki kriterlere göre belirlemiştir:

- r=0,00 ise ilişki yoktur.
- r= 0,01-0,29 ise zayıf düzeyde ilişki
- r= 0,30-0,70 ise orta düzeyde ilişki
- r= 0,71-0,99 ise güçlü ilişki
- r=1,00 ise mükemmel bir ilişki vardır.

Merhamet Yorgunluğu Düzeyi ve Mesleki Tükenmişlik, Merhamet yorgunluğu düzeyi ile mesleki tükenmişlik arasında pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmuştur (**r=0,964, p=0,001**). Bu sonuç, merhamet yorgunluğu düzeyi arttıkça mesleki tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermektedir. **Merhamet Yorgunluğu Düzeyi ve İkincil Travma,** Merhamet yorgunluğu düzeyi ile ikincil travma arasında da pozitif ve güçlü bir ilişki bulunmuştur (**r=0,892, p=0,001**). Bu ilişki, merhamet yorgunluğu düzeyinin artışıyla ikincil travmanın da arttığını ortaya koymaktadır. **Merhamet Yorgunluğu Düzeyi ve Hemşire Karar Verme Becerisi,** Merhamet yorgunluğu düzeyi ile hemşire karar verme becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (**r=0,002, p=0,983**). Bu sonuç, merhamet yorgunluğu düzeyi ile hemşire karar verme becerisi arasında herhangi bir anlamlı ilişkinin olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.11. Merhamet Yorgunluğun Karar Vermeye Etkisi

		B	sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit		86,623	3,631		23,856	0,000			
Merhamet Düzeyi	Yorgunluk	0,001	0,060	0,002	0,021	0,983	0,001	0,001	0,983
Bağımlı Değişken, Hemşire Karar Verme Düzeyi									

Model genel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,001$, $p = 0,983$). Hemşirelik karar verme düzeyi ile merhamet yorgunluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etki bulunmamıştır ($t = 0,021$, $p = 0,983$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R^2 = 0,001$), bu da merhamet yorgunluğunun hemşirelik karar verme düzeyini açıklamada anlamlı bir katkısının olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, merhamet yorgunluğunun hemşirelik karar verme düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.12. Mesleki Tükenmişliğin Karar Vermeye Etkisi

Değişken	B	sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit	87,812	3,340		26,291	0,000			
Mesleki Tükenmişlik	-0,034	0,090	-0,031	-0,374	0,709	0,001	0,141	0,709
Bağımlı Değişken, Hemşire Karar Verme Düzeyi								

Model genel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,141$, $p = 0,709$). Hemşirelik karar verme düzeyi ile mesleki tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etki bulunmamaktadır ($t = -0,374$, $p = 0,709$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R^2 = 0,001$), bu da mesleki tükenmişlik düzeyinin hemşirelik karar verme düzeyini açıklamada anlamlı bir katkısının olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, mesleki tükenmişliğin hemşirelik karar verme düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 5.13. İkincil Travmanın Karar Vermeye Etkisi

Değişken	B	sh	Beta	t	p	R2	F	p
Sabit	87,812	3,340		23,401	0,000			
İkincil Travma	0,105	0,152	0,056	0,688	0,493	0,003	0,473	0,493
Bağımlı Değişken, Hemşire Karar Verme Düzeyi								

Model genel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,473$, $p = 0,493$). Hemşirelik karar verme düzeyi ile ikincil travma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($t = 0,688$, $p = 0,493$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R^2 = 0,003$), bu da ikincil travmanın hemşirelik karar verme düzeyini açıklamada anlamlı

bir katkısının olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, ikincil travmanın hemşirelik karar verme düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.14. Hipotezlerin Kabul Durumu

No	Hipotezler	Kabul/Red
H1	Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır	Red
H1a	Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H1b	Hemşirelerin cinsiyetlerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Red
H2	Hemşirelerin cinsiyetlerine göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H3	Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır.	Red
H3a	Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H3b	Hemşirelerin yaş aralıklarına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Red
H4	Hemşirelerin yaş aralıklarına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H5	Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir farklılık vardır.	Red
H5a	Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H5b	Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Red
H6	Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H7	Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunlukları arasında anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H7a	Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H7b	Hemşirelerin medeni durumlarıyla merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H8	Hemşirelerin medeni durumlarına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Kabul

H9	Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.	Red
H9a	Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H9b	Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H10	Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H11	Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.	Kabul
H11a	Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H11b	Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H12	Hemşirelerin mesleği kendi istekleriyle mi seçtiklerini yoksa istemeyerek mi seçtikleri durumuna göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Kabul
H13	Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.	Red
H13a	Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi hizmet süresi yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H13b	Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Red
H14	Hemşirenin meslekteki toplam hizmet süresi ile karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H15	Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluklarında anlamlı bir fark vardır.	Red
H15a	Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan mesleki tükenmişliklerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H15b	Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincil travmalarında anlamlı farklılık vardır.	Red
H16	Hemşirenin çalıştığı birimde bağımsız karar verme sıklığına göre karar vermelerinde anlamlı farklılık vardır.	Red
H17	Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun karar verme ile ilişkisi vardır.	Red
H18	Hemşirelerde karar vermenin merhamet yorgunluğuna etkisi vardır.	Red

H18a	Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan meslekiRed tükenmişliğin karar verme üzerinde etkisi vardır.
H18b	Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ölçeğinin alt boyutu olan ikincilRed travmaların karar verme üzerinde etkisi vardır.

6. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin merhamet yorgunluklarının karar vermeye etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, çalışmamıza katılan 150 hemşirenin anketimize verdiği yanıtlar sayesinde aralarında nasıl bir bağ olduğu tartışılıp ve sonuçlar açıklanacaktır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular literatürde yer alan benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında, çalışmanın diğer çalışmalarla benzerliğine ve farklılıklarına yer verilmiştir.

6.1. Merhamet Yorgunluğu Ölçeğinin Sonuç ve Tartışması

Yapılan çalışmaya dahil olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($t=0,547$, $p=0,648$) alt boyutları olan mesleki tükenmişlik ($t=0,118$, $p=0,907$) ve ikincil travma ($t=0,957$, $p=0,341$) incelendiği zaman cinsiyetle aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Ama kadınların ikincil travma düzeyinin erkeklerle oranla biraz daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bulunan sonucu destekler nitelikte olan çalışmalar vardır. Tendir (2024) de yapmış olduğu hemşirelerde merhamet yorgunluğu ikinci travmatik stresin arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında cinsiyetin merhamet yorgunluğu ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın olmadığını belirtti. Katran vd. (2021) yoğun bakım hemşireleriyle yapmış olduğu araştırmada cinsiyetle merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir sonuç bulamamıştır. Mersin vd. (2020) yapmış oldukları çalışmada merhamet yorgunluğu ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bulunan sonuçtan farklı sonuçları olan çalışmalarda mevcuttur. Bu çalışmalara örnek olarak Öztürk ve Kaçan (2022) hemşirelik öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığı sonucunu bulmuştur. Avcı vd. (2022) araştırmalarında merhamet yorgunluğu ile kadın hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin erkekler hemşirelere oranla daha fazla olduğu sonucu bulunmuştur.

Yapılan araştırmaya yardımcı olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($F=0,982$, $p=0,377$) alt boyutları olan mesleki tükenmişlik ($F=0,477$, $p=0,622$) ve ikincil travma ($F=2,081$, $p=0,129$) incelendiği zaman yaş ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çıkan bu sonuca paralel olarak sonuçlar bulan çalışmalara örnek olarak Koçak (2024) yapmış olduğu merhamet yorgunluğunun işte kalma niyetine olan etkisini araştırdığı çalışmada merhamet yorgunluğu ile yaş arasında bir ilişkinin olmadığını açıklamıştır. Sever vd. (2023) yapmış oldukları araştırmada merhamet yorgunluğuyla yaş arasında bir ilişki bulamamıştır. Durgu ve Durmuş (2023) yapmış olduğu çalışmada merhamet yorgunluğu ve yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu

sonuçların aksine Ulu (2024) yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması arttıkça merhamet yorgunluğunun ve alt boyutları olan tükenmişlik, ikincil travmanın da azaldığını bulmuştur.

Campos vd. (2023) yaptıkları çalışmada da genç yaşta olan sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğunun alt boyutu olan tükenmişliğin yüksek olduğu görülmüştür. Campos vd. bu sonucun yaşın ilerledikçe mesleki deneyiminin de artması ile ilgili olduğunu savunmuştur (Campos 2023,3). Erten ve Dinç (2024) ise yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yaş ortalaması yükseldikçe merhamet yorgunluklarının da arttığını açıklamıştır.

Araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin eğitim düzeyleri ile merhamet yorgunluğu ve alt boyutları arasında ilişki bulunmamıştır. Yapılan araştırmada merhamet yorgunluğu düzeyi ($F=0,176$, $p=0,839$), mesleki tükenmişlik ($F=0,321$, $p=0,726$) ve İkincil Travma ($F=0,034$, $p=0,967$) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tukey testi sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonucu destekler nitelikte olan Özdemir (2022) yapmış olduğu çalışmada merhamet yorgunluğuyla eğitim düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını açıklamıştır. Teke (2021) yürütmüş olduğu çalışmada lise düzeyi ebelerin diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek puan almasına rağmen merhamet yorgunluğunun eğitim durumundan anlamlı biçimde etkilenmediğini belirtmiştir. Bu sonucun aksine Ağralı vd. (2024) beraber yapmış oldukları çalışmada lise seviyesindeki hemşirelerin daha yüksek eğitim seviyesindeki hemşirelere göre merhamet yorgunluğu puan ortalaması daha yüksek olduğunu bildirilmiştir. Yu vd. (2016) eğitim düzeyi ile merhamet yorgunluğu arasında bir bağlantı bulamamıştır.

Yapılan çalışmaya dahil olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($t=-2,047$, $p=0,042$) ile alt boyutlardan ikincil travma ($t=-2,413$, $p=0,017$) ve medeni durum arasında bir ilişki bulunurken alt boyut mesleki tükenmişlikte ($t=-1,626$, $p=0,106$) bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalara göre ise Adanır (2019) yapmış olduğu çalışmada evli ve bekar hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının yakın olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir. Dikyol (2022) yapmış olduğu araştırmada medeni durumlarına göre hemşirelerin merhamet yorgunluğu toplam ve ikincil travma alt ölçek puanlarının anlamlı farklılık göstermezken, diğer alt boyut olan mesleki tükenmişlik medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip, evli hemşirelerin bekar hemşirelere oranla daha yüksek puan almıştır. Ulu (2024) yapmış olduğu çalışmada medeni durumla merhamet yorgunluğu ve alt boyutları arasında bir ilişki bulamamıştır.

Yapılan araştırmaya yardımcı olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($t=1,866$, $p=0,064$) ve alt boyut olan mesleki tükenmişlik ($t=1,081$, $p=0,281$) çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık göstermezken, alt boyut olan ikincil travma farklılık gösterip, çocuk sahibi olanların ikincil travma düzeyinin daha yüksek

olduğu görülmektedir. Yapılan diğer çalışmaların sonuçları da benzer niteliktedir. Koca (2018) yapmış olduğu çalışmada merhamet yorgunluğu ile çocuk sahibi olma durumu arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Tanırkulu ve Ceyhan (2021) beraber yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğu düzeyleri ile sahip oldukları çocuk sayısı ile bir ilişki olmadığı sonucunu bulmuştur. Bu çalışmaların aksine yapılan bir araştırmaya göre hiç çocuğu olmayan kişilerin merhamet yorgunluğuna yakalanmasının daha mümkün olduğu savunulmuştur (Ulu,2024,62).

Teke (2021) araştırmasında merhamet yorgunluğu ve çocuk sahibi olma arasında bir anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Yapılan çalışmaya dahil olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($t=-4,457$, $p=0,001$), alt boyutlar olan mesleki tükenmişlik ($t=-4,568$, $p=0,001$) ve ikincil travma ($t=-3,453$, $p=0,001$) mesleği isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir farklılık vardır. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin merhamet yorgunluğu düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin mesleki tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleği isteyerek seçmeyenlerin ikincil travma düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bulunan sonuca paralel olarak Zengin (2024) mesleği isteyerek seçme ve merhamet yorgunluğu ve alt başlıkları arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Tanırkulu ve Ceyhan (2021) yapmış olduğu çalışmada kendi isteğiyle seçim yapan hemşirelerin daha az merhamet yorgunluğu yaşadığını belirtmiştir. Araştırma diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yapılan araştırmaya yardımcı olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($F=1,227$, $p=0,296$) alt boyut olan mesleki tükenme ($F=1,058$, $p=0,351$) ve ikincil travma ($F=1,349$, $p=0,263$) meslekteki toplam hizmet süresine göre farklılık belirtmemektedir. Aynı sonucu bulan diğer çalışmalar ise Kara (2018) meslekteki hizmet süresinin merhamet yorgunluğu ile ilişkinin bulunmadığını göstermiştir. Kılıç (2019) da merhamet yorgunluğunun hizmet süresi ile farklılık göstermemektedir. Bulunan bulgunun aksine Teke (2021) merhamet yorgunluğunun mesleki deneyim süresi ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Koca (2018) meslekte hizmet süresi arttıkça merhamet yorgunluğunun da arttığını belirtmiş ve en çok merhamet yorgunluğu yaşayan kişilerin 7-10 yıl arasında hizmet veren kişiler olduğunu belirtmiştir.

Yapılan çalışmaya dahil olan hemşirelerin sonuçlarına göre merhamet yorgunluğu düzeyi ($F=0,618$, $p=0,541$), alt boyut olan mesleki tükenmişlik ($F=0,751$, $p=0,474$) ve ikincil travma ($F=0,291$, $p=0,749$) karar verme sıklığının bir etkisinin olmadığını belirtmiştir.

6.2. Hemşirelerde Karar Verme Ölçeğinin Sonuç ve Tartışması

Yapılan araştırmaya yardımcı olan hemşirelerin anket sonuçlarına göre hemşire karar verme becerisinin ($t=1,828$, $p=0,024$) cinsiyete göre anlamlı bir istatistiksel farkı vardır. Yaptığımız çalışmada çıkan sonuçlara göre kadınların erkeklere göre daha yüksek bir hemşire karar verme düzeyine sahip olduğunu ve cinsiyetin bu değişken üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Çıkan sonucun erkek hemşire sayısının az olmasına bağlı olabilir. Yapılan çalışmalara bakıldığı zaman uyumlu olan çalışmalarda mevcuttur. Kaya vd. (2011) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet ile klinik karar verme arasında anlamlı bir ilişki vardır. Demir ve Barutçu (2019) yapmış olduğu araştırmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla klinik karar verme puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçların aksine Öztürk (2018) cinsiyet ile klinik karar verme arasında istatistiksel bir anlam bulamamıştır. Özden vd. (2018) klinik karar vermede cinsiyetin bir bağlantısının olmadığını belirtmiştir.

Yıldırım Erduranlı (2020) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetle karar verme arasında bir ilişki bulamamıştır.

Araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin sonuçlarına göre hemşire karar verme becerisinin ($F=1,624$, $p=0,201$) yaş ile anlamsal bir fark göstermemiştir. Bulunan sonuç ile aynı doğrultuda olan çalışmalar vardır. Yıldırım Erduranlı (2020) göre yaşın klinik karar vermede istatistiksel olarak bir farkı bulunmamıştır. Alikan (2021) hemşirelik öğrencileri ile çalıştığı araştırmasında yaşın karar verme üzerisin de etkisinin olmadığını göstermiştir. Diğer bir çalışma Şeker ve Küçükkelepçe (2022) klinik karar verme becerilerinin yaş faktörüyle bir ilişkisi yoktur. Kaynak vd. (2022) ise yaşın karar verme becerisinde bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir.

Yapılan çalışmaya dahil olan hemşirelerin sonuçlarına göre hemşire karar verme becerisinin ($F=1,138$, $p=0,323$) eğitim düzeyine göre anlamlı bir farkı yoktur. Araştırma sonucuna uyumlu olan çalışmalar vardır. Cangüleç (2020) göre hemşirelerin eğitim düzeylerinin karar verirken bir etkisi yoktur. Bu çalışmaların aksine literatürde eğitim düzeyinin karar vermeye ilişkisinin olduğunu belirten çalışmalarda vardır. Kaya (2023) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeylerinin karar vermeyle bir ilişkisi olduğunu eğitim düzeyi arttıkça karar verme becerisinin geliştiğini savunmaktadır. Björk vd. (2011) ise karar verme becerisini etkileyen faktörlerin olduğunu ve bunlardan bir tanesinin eğitim düzeyi olduğunu belirtmektedir. Bektaş vd. (2017) eğitim düzeyi yükseldikçe hemşire kendisine olan güvenir artarak daha doğru kararlar alabileceğine inanır ve daha planlama yapması kolaylaşır diye belirtmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin karar verme becerisi ($t=-2,235$, $p=0,027$) ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çıkan sonuca göre evli olan hemşireler bekar olan hemşireler kıyasla daha çok hemşire karar verme becerisine sahiptir. Acıbozlar (2006) da karar verme becerisinin medeni durumla ilişkisinin olduğunu ve evli

hemşirelerin daha iyi karar verme becerisine sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmaların aksine Kırkçı (2021) ve Cangüleç (2020) karar verilirken medeni durumun bir etkili faktör olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin sonuçlarına göre hemşire karar verme becerisi ($t=1,604$, $p=0,111$), çocuk sahipliği durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu fikri destekleyen Cangüleç (2020) karar verme becerisinin çocuk sahibi olup olmama durumundan etkilenmediğini belirtmiştir. Acıbozlar (2006) da çocuk sahibi olma durumu ile karar verme becerisinde herhangi bir ilişki bulamamıştır. Bu çalışmaların aksine Kaya-Çolhan (2016) yönetici hemşirelerle yaptığı çalışmasında çocukları olan hemşirelerin daha hızlı kolay ve içten karar aldıklarını bildirmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin karar verme becerisi mesleği isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir fark göstermektedir ($t=-2,245$, $p=0,026$). Yani mesleği isteyerek yapan hemşireler karar verme yetenekleri daha yüksektir. Bu sonucun aksine Dığın ve Özkan (2023) mesleği isteyerek seçmenin, karar verme becerisinde etkisinin olmadığını ifade etmiştir. Barutçu (2019) karar verilirken mesleği isteyerek yapmakla bir ilginin olmadığını savunmuştur.

Araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin karar verme becerisi ($F=2,052$, $p=0,132$) meslekteki toplam hizmet süresi ile anlamlı bir ilişkisi yoktur. Bu sonucu destekler nitelikte olan Cangüleç (2020) hemşirelik çalışma süresinin karar verme becerisinde bir etkisinin olmadığını açıklamıştır. Kırıcı (2021)'ye göre hemşirelerin toplam hizmet süresinin karar verme becerisinde etkisiz olduğunu açıklamaktadır. Bu çalışmalara kaşı Farčić vd. (2020) tarafından yürütülen çalışmada 31 yıldan fazla deneyimi olan hemşirelerin diğer hemşireler karşı daha yüksek karar verme becerisine sahiptir sonucuna ulaşılmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin karar verme becerisi ($F=1,882$, $p=0,156$) bağımsız karar verme sıklığına anlamlı bir ilişkisi yoktur. Cangüleç (2020)'e göre de bağımsız karar verme sıklığıyla karar verme becerisi arasında ilişki yoktur.

6.3. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ile Hemşire Karar Verme Becerisi Ölçeğinin İlişkisi

Merhamet yorgunluğu düzeyi ile hemşire karar verme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,002$, $p=0,983$). Yani, merhamet yorgunluğu düzeyi ile hemşire karar verme becerisinin arasında herhangi bir anlamlı ilişkinin olmadığını göstermektedir. Bu çalışmaya göre hemşireler merhamet yorgunluğu yaşarken karar verme becerileri bu durumdan etkilenmemektedir.

6.4. Merhamet Yorgunluğunun Karar Vermeye Etkisi

Yapılan analiz sonucunda merhamet yorgunluğunun karar verme üzerinde bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu merhamet yorgunluğunun karar vermeyi etkileyen bir faktör olmadığını göstermektedir.

6.5. Mesleki Tükenmişliğin Karar Vermeye Etkisi

Yapılan çalışmanın sonucunda mesleki tükenmişlik düzeyinin karar vermeye bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır.

6.6. İkincil Travmanın Karar Vermeye Etkisi

Yapılan çalışmanın sonucuna göre ikincil travma yaşayan bireylerin karar verme durumlarında yaşadıkları travmanın etkisinin olmadığı açıklanmıştır.

7. ÖNERİLER

- Araştırmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre karar vermelerinde anlamlı bir fark olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuca göre kadınların erkeklere göre daha yüksek bir hemşire karar verme düzeyine sahip olduğunu ve cinsiyetin bu değişken üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Erkek çalışanlara daha fazla hizmet içi eğitim verilmeli, karar alabilecekleri ortamların çoğaltılması önerileri verilebilir.
- Araştırmada hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğunun medeni durumlarıyla aralarında anlamlı bir farkın olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu çıkan sonuca göre evli olan hemşireler bekar olan hemşirelere oranla daha fazla merhamet yorgunluğu yaşarlar. Evli olan hemşireler daha fazla merhamet duygusu hissettikleri için yaşadıkları durumları kendi içlerinde daha fazla büyütebilirler. Bu durumda psikolojik yardım alınmasına olanak sağlanmalı ve çalışma ortamının stresini azaltacak politikalar uygulanmalıdır. Hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılmasına yönelik hemşire sayısının artırılması önerilmektedir.
- Araştırma hemşirelerin medeni durumuyla karar verme becerileri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Evli olan hemşireler bekar olan hemşirelere oranla daha fazla karar verme becerisine sahiptir. Karar vermede zorluk yaşayan hemşirelerin karar alacakları konudaki alternatifler daha açık şekilde belirtilmeli ve en uygun ortam hazırlanmalıdır. Çalışma saatlerinde düzenlemeler yapılmalıdır. Merhamet yorgunluğunu önleyecek stratejiler geliştirilmelidir.
- Araştırmada hemşirelerin mesleklerini kendi istekleri doğrultusunda seçme durumlarına göre merhamet yorgunluğu yaşama durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Hemşire mesleğini kendi isteği ile seçmiş ise merhamet yorgunluğu yaşama durumu daha düşük ihtimale gelmektedir. Bu durumda mesleğini isteyerek seçmeyen hemşirelerin kendilerini daha iyi hissedebilecekleri birimlerde görev verilmelidir. Çünkü kurum içerisinde oluşan merhamet yorgunluğu sadece bireyi değil kurumu da etkilemektedir.

KAYNAKLAR

- Acıbozlar, Ö. (2006). *Yönetici hemşirelerin karar verme stratejileri ve yaratıcılık düzeyleri* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Adanir, A. (2019). *Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi* (Master's thesis, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).
- Akın, Ş. H. (2018). Merhamet kavramı ve Schopenhauer'ın merhamet yaklaşımının değerlendirilerek farklı düşünürlerin görüşleriyle karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5(3), 126-131.
- Akova, O., Şahin, G., & Öğretmenoğlu, M. (2019). Rekreasyon deneyiminin psikolojik iyi oluş üzerine etkisi, Y kuşağı üzerinde bir araştırma. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 124-139.
- Albayrakoglu, M. M. (1996). Justification of new manufacturing technology, a strategic approach using the analytic hierarchy process. *Production and inventory management journal*, 37(1), 71.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Compassion fatigue in critical care nurses and its impact on nurse-sensitive indicators in Saudi Arabian hospitals. *Australian Critical Care*, 33(6), 553-559.
- Alihan, B. (2021). *Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme becerileri üzerine simülasyona dayalı onkoloji eğitiminin etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi. İstanbul).
- Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı, birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.
- Arı, G. S., & Tuncay, A. (2010). Yöneticiye duyulan güven ve tükenmişlik arasındaki ilişkiler, Ankara'daki devlet hastanelerinde çalışan idari personel üzerinde bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(4), 113-135.
- Arslan, S. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin yönetsel problem çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesinde senaryo temelli simülasyon yönteminin etkisi.
- Aşır, K. S. *Elektronik ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık tüketicinin karar verme sürecine etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma* (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Ayas, B. (2021). Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ, karar verme stilleri ve profesyonellik düzeylerinin incelenmesi.
- Aydın, S. (2010). İkincil travma ve tükenmişlik sendromundan korunma rehberi.
- Aydın, S. (2022). *Cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişki* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ayfer Ozturk, H. K. (2022). Compassionate communication levels of nursing students, predictive role of empathic skills and nursing communication course.
- Aykut, S., & Aykut, S. S. (2020). Kovid-19 pandemisi ve travma sonrası stres bozukluğu

- temelinde sosyal hizmetin önemi. *Toplumsal Politika Dergisi*, 1(1), 56-66.
- Azak, A., & Taşçı, S. (2009). Klinik karar verme ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 17(3), 176-183.
- Barker, L. M., & Nussbaum, M. A. (2011). Fatigue, performance and the work environment, a survey of registered nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1370- 1382.
- Barutcu, C. D. (2019). Hemşirelik öğrencilerinde problem çözme becerisinin klinik karar verme düzeylerine etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 22-29.
- Basım, H. N., & Şeşen, H. (2006). Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi, Kamu'da Bir Araştırma. *Ege Academic Review*, 6(2), 15-23.
- Baykul, Y. & Güzeller C. O., (2014). *Sosyal bilimler için istatistik Spss uygulamalı*, Pegem Akademi.
- Bektaş, İ., Yardımcı, F., Bektaş, M., & White, K. A. (2017). Psychometric properties of the turkish version of nursing anxiety and selfconfidence with clinical decision making scale (NASC-CDM-T). *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 83-92.
- Björk, I. T., & Hamilton, G. A. (2011). Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing research and practice*, 2011(1), 524918.
- Bolu, A., Erdem, M., & Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2).
- Boyar, E. (2011). *Türkiye'de muhasebe meslek mensuplarının mesleki tükenmişlik durumlarının araştırılması* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey)).
- Boyle, D. A. (2015). Compassion fatigue. *The cost of caring. Nursing*, 45(7), 48-51.
- Budak, G., & Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-108.
- Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (2000). *Psychological burnout in organizations, Research and intervention*. In Handbook of Organizational Behavior, Revised and Expanded (pp. 349-386). Routledge.
- Campos i Arnal, A., Galiana, L., Sánchez-Ruiz, J., & Sansó, N. (2023, December). Cross-Sectional Study of the Professional Quality of Life of Palliative Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *In Healthcare* 1(1), 4. MDPI.
- Cangüleş, V. *Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Klinik Karar Verme Düzeyleri ve Etkileyen Bireysel ve Mesleki Özelliklerin İncelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., ... & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers, A systematic review and meta- analysis. *Nursing ethics*, 27(3), 639-66

- Cevizci, C. (2019). *Hemşirelerin örgütsel çatışma nedenleri ve çözüm yaklaşımları* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Cingi, C. C., & Eroğlu, E. (2019). Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 58-71.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice, A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243
- Condon, P., & Feldman Barrett, L. (2013). Conceptualizing and experiencing compassion. *Emotion*, 13(5), 817.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
- Cornwell, J., & Goodrich, J. (2009). Exploring how to ensure compassionate care in hospital to improve patient experience. *Nursing Times*, 105(15), 14-16.
- Cr, F. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder-An overview. *Compassion Fatigue*
- Cross, L. A. (2019). Compassion fatigue in palliative care nursing, A concept analysis. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 21-28.
- Currey, J., & Worrall-Carter, L. (2001). Making decisions, nursing practices in critical care. *Australian Critical Care*, 14(3), 127-131.
- Çankaya, M. (2017). *Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması*.
- Çetinkaya Büyükbodur, A. (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi* (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çevik, R., Gür, A., Nas, K., Acar, S., & Saraç, A. J. (2003). Kronik yorgunluk sendromlu hastaların klinik özellikleri. *Romatizma Dergisi*, 18(1), 18-22.
- Çimen, M. (2000). *Türk silahlı kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve işten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması*.
- Çolak, B., Şişmanlar, Ş. G., Karakaya, I., Etiler, N., & Biçer, Ü. (2012). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Dalgacı, B., & Gürses, İ. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 181-204.
- Demir, V., & Demir, A. (2018). Üniversite öğrencilerinde stres azaltmaya yönelik bir program, bilinçli farkındalık. *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi, Teori ve Uygulama*, 9(17), 55-78.
- Demir-Barutçu, C. (2019). The effect of problem solving ability on clinical decision making levels in nursing students. *Med J SDU*, 26(1), 22-29.
- Denk, T. (2018). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu

- Üniversitesi).
- Denk, T., & Köçkar, Ç. (2018). Compassion fatigue in nurses working in surgical clinics. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 237-245.
- Dessler, G. (2020). *Fundamentals of human resource management*. Pearson.
- Dığın, F., & Özkan, Z. K. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin karar verme durumlarının belirlenmesi. *Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences*, 4(3), 126-132.
- Dikmen, Y., & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu, Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?. *Journal of human rhythm*, 2(1).
- Dikyol S, (2022). *Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki. okan üniversitesi*. (Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Dilsiz, B. (2006). *Konya ilindeki ortaöğretim okullarında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin bölgelere göre değerlendirilmesinin çok değişkenli istatistiksel analizi*.
- Dinç, S., & Ekinci, M. (2019). Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 192-202.
- Durgu, N. Y., & Durmuş, H. A. (2023). Compassion fatigue and psychological resilience in nurses, A mixed method study, Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve psikolojik dayanıklılık, Karma yöntem çalışması. *Journal of Human Sciences*, 20(3), 411-423.
- Emül, E. (2021). *Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun işten ayrılma niyetine etkisi* (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Erdener, M. (2019). *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi*.
- Ersever, Ö. H. (1996). *Karar verme becerileri kazandırma programının ve etkileşim grubu deneyiminin üniversite öğrencilerinin karar verme becerileri üzerindeki etkileri* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi (Turkey)).
- Erten, H., & Dinç, F. Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 7(1), 155-166.
- Ertümer, A. G., & Kaya, E. (2022). Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 139-154.
- Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students, a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3059.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families*, The systemic costs of caring.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue, Psychotherapists' chronic lack of self care.

- Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Gelatt, H. B. (1962). Decision-making, A conceptual frame of reference for counseling. *Journal of Counseling psychology*, 9(3), 240.
- Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Ramírez-Baena, L., Membrive-Jiménez, M. J., & Suleiman-Martos, N. (2020). Burnout in palliative care nurses, prevalence and risk factors, A systematic review with meta- analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7672.
- Gök, G. A. (2015). Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı, hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 299-313.
- Gökcek, S. (2022). *Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi ile bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi arasındaki ilişki* (Master's thesis, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Gökçe, G., & Yılmaz, B. (2017). Afetlerde yardım çalışanları, İkincil travmatik stres ve başa çıkma. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 2(3), 198-204.
- Gökoğlan, E., Altuntaş, S., & Korkmaz, A. Ç. Merhamet yorgunluğunun hemşirelik hizmetlerine etkileri. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 282-289.
- Günerigök, F., Kurt, F. Y., & Küçükoglu, S. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme sürecinde özgüven ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, iki farklı program örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 77-94.
- Güngör, S., & Özcan, U. (2022). Karar kuramı ve karar verme. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (33), 119-125.
- Gürdil, G. (2014). *Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi (Turkey)).
- Gürkan, A., & Yalçın, N. (2017). Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 90-95.
- Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing, a qualitative study. *BMC nursing*, 3, 1-11.
- Hedberg, B., & Larsson, U. S. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 13(3), 316-324.
- Hem, M. H., & Heggen, K. (2004). Is compassion essential to nursing practice?. *Contemporary nurse*, 17(1-2), 19-31.
- Hemşirelik Terimleri Sözlüğü (2015). TDK. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi, 21.11.2024
- Hiçdurmaz, D., & İnci, F. A. (2015). Eşduyum yorgunluğu, tanımı, nedenleri ve

- önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 295-303.
- Hilton, T. L. (1962). Career decision-making. *Journal of Counseling Psychology*, 9(4), 291.
- Hökelekli, H., (2011), Gökyüzünden Yeryüzüne Yayılan Bir Değer, *Merhamet Eğitimi, Diyanet Dergisi*, 244, 13-17. <https://islamansiklopedisi.org.tr/merhamet> Erişim Tarihi,01.10.2024
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-118.
- Kahil, A., & Palabıyıkoglu, N. R. (2018). İkincil travmatik stres. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 59-70.
- Kara, D. (2018). *Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karadağ, N. (2013). *Tükenmişlik ve iş doyumu (Kırklareli devlet hastanesi hemşireleri örneği)*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi).
- Karahaliloğlu, N. (2013). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Katran, H. B., Gür, S., Arpag, N., & Çavuşlu, M. (2021). COVID-19 pandemisinde yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(2), 42-50.
- Kaya Çolhan, M. *Yönetici hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ve karar verme stratejileri* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kaya, B. (2009). *Ebelerin iş doyumu ve tükenmişlik durumlarını etkileyen faktörler* (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kaya, N. (2015), *Sağlık çalışanlarında ruhsal travma belirtilerinin incelenmesi* (Van Depremi Örneği).
- Kaya, N., Bolol, N., Turan, N., Kaya, H., & İşçi, Ç. (2011). Kulak burun boğaz kliniklerinde çalışan hemşirelerin karar verme stratejileri ve mesleki doyumları. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(1), 25-31.
- Kaymakcan, R., & Meydan, H. (2012). Ahlaki karakter ve eğitimi. *Ensar Vakfı Değerler Eğitimi Merkezi*, 16-18.
- Kaynak, S., Arat, N., Yardımcı, F., Şenol, S., & Yılmaz, H. B. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin E-sağlık okuryazarlık düzeyi ile klinik karar verme becerileri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(3), 229-237.
- Kebapçı, A., & Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing scholarship*, 47(6), 522- 528.
- KIRÇI, T. (2021). *Pediatric hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin klinik karar*

- verme becerilerine etkisinin belirlenmesi (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kırıcı, T., & Kızıler, E. (2021). Buzdağının görünmeyen yüzü, Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 11-21.
- Koca, F. (2018). *Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi* (Master's thesis, Maltepe University (Turkey)).
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison Gerald, C., & Neale John, M. (2017). *Anormal psikolojisi, psikopatoloji*. Nobel Yayıncılık.
- Kurt, Ü. (2003). *Karar verme sürecinde yöneticileri kişilik yapılarının etkileri* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Kuşaklı, B. Y., & Bahçecik, N. (2012). Yönetici hemşirelerin duygusal zeka yetenekleri ve liderlik davranışları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 112-119.
- Lahad, K. (2012, March). *Singlehood, waiting, and the sociology of time* 1. In Sociological Forum (Vol. 27, No. 1, pp. 163-186). Oxford, UK, Blackwell Publishing Ltd.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of advanced nursing*, 44(5), 534-545.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization, Symptoms and predictors. *Stress and Health, Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y. S., Noble, D., Norton, C. A., ... & Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning, An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse education today*, 30(6), 515-520.
- Lipe, S. K., & Beasley, S. (2004). Critical thinking in nursing, A cognitive skills workbook. Lippincott Williams & Wilkins.
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue, a nurse's primer. *Online journal of issues in nursing*, 16(1).
- Maillet, S., & Read, E. (2021). Work environment characteristics and emotional intelligence as correlates of nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue, a cross-sectional survey study. *Nursing reports*, 11(4), 847-858.
- Maillet, S., & Read, E. A. (2024). Areas of work-life, psychological capital and emotional intelligence on compassion fatigue and compassion satisfaction among nurses, A cross-sectional study. *Nursing Open*, 11(2), e2098.
- Martin, C. (2002). The theory of critical thinking of nursing. *Nursing education perspectives*, 23(5), 243-247.
- Maslach, C. (2003). *Burnout, The cost of caring*. Ishk.
- Maslach, C. (2003). Job burnout, New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). Take this job and love it!, Six ways to beat burnout. *Psychology Today-New York-*, 32, 50-53.
- Merriam Webster Sözlüğü. <https://www.merriam.com> Erişim Tarihi, 01.10.2024
webster.com/dictionary/compassionate
- Mersin, S., İbrahimoğlu, Ö., Çağlar, M., & Akyol, E. (2020). Compassionate love, burnout and professional commitment in nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 72-81.
- Metin, Ö., & Özer, F. G. (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 58-66.
- Mollaoğlu, M., & Üstün, E. (2009). Fatigue in multiple sclerosis patients. *Journal of clinical nursing*, 18(9), 1231-1238.
- Mottaghi, S., Poursheikhali, H., & Shameli, L. (2020). Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nursing ethics*, 27(2), 494-504.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue, A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of health psychology*, 14(2), 267-277.
- Naylor, J. (2004). Management. Pearson Education.
- Negash, S., & Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapy, Implications for therapists and clients. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 1-13.
- Öngel, K. (2005). Kronik Yorgunluk Sendromu. *Karayolları Bülteni*; 551, 28, 31.
- Örmen, U. (1993). *Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Özalp, Ş. Ş. (2021). Covid-19 pandemisinde hemşirelerin ödediği bedel, Merhamet yorgunluğu. *Journal Of Innovative Healthcare Practices*, 2(2), 80-87.
- Özdemir, T. (2022). *Pediatric hemşirelerinin etik duyarlılığı ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki* (Master's thesis, Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Özden, D., Özveren, H., & Gülnar, E. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 41-47.
- Özen, N., Yazıcıoğlu, İ., & Çınar, F. İ. (2017). Analyzing the correlation between the attitudes of nursing students towards using computers in health care and clinical decision making skills. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(2), 112-118.
- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41).
- Özkaplan, N. (2009). Duygusal emek ve kadın işi/erkek işi. *Çalışma ve Toplum*, 2(21),

15-24.

- Özlü, Z. K., Yayla, A. Ç., Gümüş, K., & Khaghanyrad, E. (2017). Comparison of nurses in two different cultures, who experiences more burnout. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(3), 238-244.
- Özpulat F, Günaydın N (2019). Merhamet yorgunluğu. 5. *Uluslararası İnsan, Toplum ve Spor Bilimleri Sempozyumu*. Editör, Sami Baskın.
- Öztoprak, A., & Bekar, E. Ö. Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık personellerinin ikincil travmatik stres düzeyinin tükenmişlik ve işten ayrılma niyetine etkisi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 6(3), 397-410.
- Öztürk, S. (2018). *Kafa travmalı hastalarda TRISS puanı hesaplamanın hemşirelerin klinik karar vermesine etkisinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu, Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.
- Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 18(2), 87-92.
- Pirol, M. (2018). *Hekimlerin karar verme algılarının defansif tıp tutumları üzerine etkisinin araştırılması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Aaabilim Dalı.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., ... & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews neuroscience*, 13(11), 769-787.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).
- Pramilaa, R. (2018). Clinical decision-making skills among nurses working in selected hospitals, Comparison between government and private sector. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences (MJNHS)*, 4(1), 1-7.
- Rababa, M., Bani Hamad, D., & Hayajneh, A. A. (2022). Sepsis assessment and management in critically ill adults, A systematic review. *PLoS One*, 17(7), e0270711.
- Rahman, H. A., Abdul-Mumin, K., & Naing, L. (2017). Psychosocial work stressors, work fatigue, and musculoskeletal disorders, comparison between emergency and critical care nurses in Brunei Public Hospitals. *Asian nursing research*, 11(1), 13-18.
- Rajeswari, H., Sreelekha, B. K., Nappinai, S., Subrahmanyam, U., & Rajeswari, V. (2020). Impact of accelerated recovery program on compassion fatigue among nurses in South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3),

249-253.

- Saat, M. (2000). Çok amaçlı karar vermede bir yaklaşım, analitik hiyerarşi yöntemi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 149-162.
- Sağır, C. (2006). *Karar verme sürecini etkileyen faktörler ve karar verme sürecinde etğın önemi, Uygulamalı bir araştırma* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Sakarya, D., & Güneş, C. (2013). Van depremi sonrasında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 21(1), 25-32.
- Salehi, S. H., Bahrami, M., Hosseini, S. A., & Akhondzadeh, K. (2008). Critical thinking and clinical decision making in nurse. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 12(1).
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of traumatic stress*, 16, 167-174.
- Sevin, B., & Günüşen, N. (2021). Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılığının Merhamet Yorgunluğu, Tükenmişlik ve Merhamet Memnuniyetini Yordayıcı Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 379-386.
- Sezer, T. A., Öztürk Eyimaya, A., & Yurdakul, Z. (2023). Pandemi Döneminde Çocuk Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Kesitsel Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2).
- Singh, J., Goolsby, J. R., & Rhoads, G. K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of marketing research*, 31(4), 558-569.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction, A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 16(1), 3-10.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford university press.
- Sönmez, D. Z. (2006). *Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale.
- Stamm, B. H. (2013). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue, *Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test*. In *Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). Routledge.
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*, 47, 15-27.
- Sucu, G., Dicle, A., & Saka, O. (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*,

- 9(1), 52- 60.
- Sullivan, C. E., Amber-Rose King, B. S. N., Joni Holdiness, B. S. N., Judith Durrell, B. S. N., Christopher Spencer, R. N., Joshua Roberts, M. S. N., ... & Sykes, A. (2019, May). *Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses*. In *Oncology nursing forum* (Vol. 46, No. 3, pp. 338-347). Oncology Nursing Society.
- Şeker, S. A., & Küçükkeleşçe, G. E. (2022). Klinik uygulamanın hemşirelik öğrencilerinin problem çözme ve karar verme becerilerine etkisi, yarı deneysel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4).
- Şen, A. (2018). *Kariyer karar verme güçlüklerinin duygusal zekâ ve a tipi kişilik ile ilişkisi* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Şeremet, G. G., & Ekinci, N. (2021). Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve merhamet korkusu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 330-344
- Şirin, M., & Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik bakımının bedeli, merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 123-130.
- Şuer, T. (2005). *Posttravmatik stres bozukluğu*. Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47, 205-210.
- Tanrikulu, G., & Ceylan, B. (2021). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(1), 31-36.
- Tasvir-İ Ahlâk Sözlüğü*, (1975), İstanbul, Tercüman Yayınları
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Techera, U., Hallowell, M., Stambaugh, N., & Littlejohn, R. (2016). Causes and consequences of occupational fatigue, meta-analysis and systems model. *Journal of occupational and environmental medicine*, 58(10), 961-973.
- Ten Ham, W., Ricks, E. J., van Rooyen, D., & Jordan, P. J. (2017). An integrative literature review of the factors that contribute to professional nurses and midwives making sound clinical decisions. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(1), 19- 29.
- Tevrüz, S. (Ed.). (1998). *Endüstri ve örgüt psikolojisi*. Türk Psikologlar Derneği.
- Toker, Ö. (2023). *COVID 19 salgını süresince sağlık yöneticilerinin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin karar verme becerisi üzerine etkisi, Çanakkale ili örneği* (Master's thesis, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi).
- Toru, F. (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası, bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 46-59.
- Troxel, W. M., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Kip, K. E., Strollo, P. J., Hall, M., ... & Reis, S. E. (2010). Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep*, 33(12), 1633-1640.

- Türk Dil Kurumu, Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Merhamet. Erişim Tarihi,01.10.2024, <http://sozluk.gov.tr/>
- Türk Dil Kurumu, Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Şefkat Erişim Tarihi,01.10.2024, <http://sozluk.gov.tr/>
- Türk Dil Kurumu, Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Yorgunluk Erişim Tarihi,01.10.2024, <http://sozluk.gov.tr/>
- Türk Diyanet Vakfı. İslam Ansiklopedisi, Merhamet. Erişim Tarihi,01.10.2024, <http://sozluk.gov.tr/>
- Uslu, Y., & Korkmaz, F. D. (2017). Hemşirenin hissi tarafı, şefkat yorgunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 123-133.
- Van Der Cingel, M. (2009). Compassion and professional care, exploring the domain. *Nursing Philosophy*, 10(2), 124-136.
- Wang, J., Su, M., Chang, W., Hu, Y., Ma, Y., Tang, P., & Sun, J. (2023). Factors associated with compassion fatigue and compassion satisfaction in obstetrics and gynaecology nurses, A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(8), 5509-5520.
- World Health Organization (WHO). (2009). Nursing & Midwifery Human Resources for Health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. *World Health Organization*, Department of Human Resources for Health, Switzerland
- Yıldırım, A., & Taşçı, S. (2013). Hemşirelikte eleştirel düşünmenin klinik karar vermeye etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 187-191.
- Yıldırım, B., & Özkahraman, Ş. (2012). Hemşirelikte karar verme süreci. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2(1), 165-173.
- Yılmaz, G., & Üstün, B. (2018). Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi, Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 205-211.
- Yılmaz, H. B., & Ersun, A. (2010). Hasta çocuk ve ebeveynlerinde post-travmatik stres bozukluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(3), 45-50.
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses, A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 57, 28-38.
- Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W., & Wang, Y. L. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing, A correlative meta- analysis. *Medicine*, 97(26), e11086.

EKLER

EK 1: Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı, 25.11.2022-175326



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı ,E-81100045-300-175326
Konu , Etik Kurul Başvuru (Hatice Kübra KÖKÜTES)

25.11.2022

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULUNA

Danışmanlığını Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'ın yapmış olduğu Ana Bilim Dalımız Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 21210331004 no'lu Hatice Kübra KÖKÜTES'in dilekçesinde belirttiği "Merhamet yorgunluğu düzeyinin karar verme becerilerine etkisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma" başlıklı yeni başvuru yüksek lisans tezinde kullanacağı anket için Etik Kurulu Uygunluk raporunun verilmesi hususunda Ana Bilim Dalımıza vermiş olduğu belgeler yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
Ana Bilim Dalı Başkanı

Ek, Dilekçe ve Ekleri (18 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu ,BS56ABEP5T Pin Kodu ,86372
Belge Takip Adresi , <https://www.turkiye.gov.tr/sutcu-imam-universitesi-ebys>

Adres,Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Rektörlük Binası Alt Kat
Onikişubat/Kahramanmaraş

Telefon,+90 (344) 300 18 45-46 Faks,+90 (344) 300 18 40
e-Posta,genelsekreterlik@ksu.edu.tr Elektronik Ağ,www.ksu.edu.tr
Kep Adresi, ksu.kahramanmaraş@hs01.kep.tr

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için, Zehra DEMİR
Unvanı, Bilgisayar İşletmeni

Tel No, 03443001529



KSÜ, SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU BAŞVURU FORMU

Başvuru Bilgileri	
Başvuru Statüsü (Yeni/Düzeltilme- başvuru)	Yeni
Etik Kurul Raporuna niçin ihtiyaç duymaktasınız?	Anket için
Araştırmamanın niteliği (Öğretim elemanı araştırması, Yüksek Lisans/Doktora tez çalışması vb. gibi)	Yüksek Lisans Tez Çalışması
(Yalnızca Proje başvuruları için) Proje yürütücüsünün;	
Adı Soyadı	
Fakültesi / Bölümü	
Adres	
Telefon	
Mail	
(Yalnızca Proje başvuruları için) Yardımcı Araştırmacı(lar)nın;*	
Sayısı	
Adı Soyadı	
Fakültesi / Bölümü	
Adres	
Telefon	
Mail	
Lisansüstü Öğrencinin Akademik Danışmanının;	

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Adı Soyadı	Abdullah SOYSAL
Unvanı	Prof. Dr.
Fakültesi / Bölümü	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Adres	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Aşar Yerleşkesi, 46100 Onikişubat, Kahramanmaraş
Mail	
Lisansüstü Öğrencinin;	
Adı Soyadı	Hatice Kübra KÖKÜTES
Fakültesi / Anabilim Dalı	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Hangisi? Yüksek Lisans veya Doktora öğrencisi?	Yüksek Lisans
Araştırmanın Türkçe ve İngilizce Başlığı	Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Karar Verme Becerilerine Etkisi: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma The Effect of Compassion Fatigue Level on Decision Making Skills: A Study on Nurses Working in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Practice and Research Hospital

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Veriler şunlardan toplanacaktır (İnsan, Kültür varlıklarına ilişkin incelemelerden elde edilecektir, Diğer(belirtiniz))	Hemşirelerden toplanacaktır. (ANKET)
Araştırmanın amacı ve önemi	
Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanların da merhamet yorgunluğun karar verme becerilerine etkisinin incelenmesidir. Sağlık çalışanlarının merhamet yorgunluğunun demografik bilgilerin karar verme becerilerinde ne gibi değişime yol açacağını belirlemektir. Merhamet kişinin karşısındaki insanın duygularını ve kaygılarını anlaması empati kurarak ona yardımcı olması için doğuştan gelen duygudur. Bu duygunun sağlık çalışanlarında yaşadığı olumsuz durumlar olaylar yüzünden azalmasına merhamet yorgunluğu tanımlamasını yapıyoruz. Bir çok meslek grubunda görülen bu merhamet yorgunluğu kavramı daha çok sağlık çalışanlarında gözüküyor. Sağlık çalışanlarında ise hemşireler ve ambulans görevlerinde daha fazla maruz kalıyor. Sağlık çalışanlarının fazla mesai içeren çalışma şekilleri nöbet sayıları merhamet yorgunluğunun ortaya çıkmasını sağlıyor. Merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık çalışanı işin de daha az etkili olup tıbbi hataları da beraberinde getirecektir. İşe gelmek istemeyip yaptığı işi de istemeyerek yapacaktır. Karar verme becerisi ise hataya ait bilgiler ışığında sağlık çalışanı bilgi birikimini kullanarak hasta hakkında karar vermesi şeklinde söyleyebiliriz. Sağlık çalışanlarının birçok kararı hayati önem taşıdığı için karar vermeleri oldukça önemlidir. Merhamet yorgunluğu karar verme becerilerine etkisi vardır. Merhamet yorgunluğu yaşayan sağlık çalışanı karar verirken doğru kararlar veremeyebilir. Bu da hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Yani sonuç olarak sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğuna sebep olan durumların belirlenmesi ve bu durumların sebep olduğu karar verme becerilerinin de incelenmesi açısından önemli bir araştırma olduğu savunulmaktadır.	

Araştırmanın Yöntemi	Anketle veri toplamaya yönelik nicelik özelliği taşıyan kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır.
Veriler katılımcılardan toplanacaksa öngörülen katılımcı sayısı ve bu sayının hangi metotla belirlendiği (Örneklem belirlenmesi).	Evreni oluşturan 500 katılımcıya anketuygulanması hedeflenir.
Araştırmanın örnekleminde yer alacak katılımcıların özelliklerini ve	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesinde çalışan hemşireler

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

katılımcıların nasıl seçileceğini belirtiniz.	
Çalışmanın katılımcılarını tanımlayınız.(Üniversite öğrencileri, İlkokul öğrencileri, Yaşlılar, Hastalar, İşsizler, Çocuk işçiler, Tutuklular, Çalışan yetişkinler, Hasta yakınları vb. gibi)	Hemşireler
Yukarıda tanımladığınız katılımcılar için (örneğin anket küçük yaştaki öğrencilere uygulanacak ise kanuni temsilcilerinden).araştırmanıza katılmalarının yasal ve etikaçidan uygunluğunu sağlamak için onay almak gibi bir durum sizin çalışmanız için söz konusu mu? Şayet söz konusu ise onay alma işlemini nasıl yapacaksınız?	KSÜ Araştırma Hastanesinden izin belgesi alacağım.
Tarih, kültür ve diğer alanlarda yapılacak çalışmalar için bu formda yer alan sorular yeterli değilse çalışmanızdaki araştırma yöntemleri hakkında bilgi veriniz.	
Veri Toplama Yöntemi (Anket, Ölçek, Test, Mülakat, Gözlem, Bilgisayar ortamında uygulamak, Video/film kaydı,	Anket

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Ses kaydı, Telefon, Diğer(Belirtiniz))	
Etik Kurul Raporu için Kurula göndermiş olduğunuz Çalışma Başlığı ve/veya Anket formunuzu daha sonra değiştirdiğiniz zaman tekrar Etik Kurullzının alınması gerektiğini biliyor musunuz?	Evet
Veri toplama süresi (Örneğin; bir anketin bir katılımcıya uygulanma süresi vb.)	Veri toplama süresi bir katılımcıdan ortalama beş dakikadır.
Video/film kaydı, Ses kaydı, Telefon vb. kayıtlar olacaksa ne kadar süre, hangi şekilde saklanıp kayıtların güvenliği nasılsağlanacak? İmha yöntemi nasıl olacak?	Olmayacak

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Konusu (yasadışı, utanç duyulan vs.), katılımcısı (çocuk, dezavantajlı gruplar vs.) ve uygulama açısından (yanıltma, kamera kayıt vs.) hassas araştırma veya kabul edilebilir den daha yüksek bir risk taşıyan çalışma ise ne gibi önleyici tedbirler alınmıştır ve alınması gereken ek önlemler varsa nelerdir?	Önlem gerektirecek bir durum söz konusudeğildir.
--	--

Veri Toplanacak Dönem (Başlangıç/Bitiş)	25.12.2022 - 01.02.2023
Veri Toplanması Planlanan Yerler, Kurum ve Kuruluşlar	KSÜ Araştırma Hastanesi
Veriler katılımcılardan toplanacaksa, çalışma katılımcılara herhangi bir şekilde yanlış bilgi vermemi, çalışmanın amacını tamamen gizli tutmayı gerektiriyor mu? (Plasebo veya kontrol gruplarının kullanıldığı çalışmalar gibi)	Hayır
Veriler katılımcılardan toplanacaksa, çalışma katılımcıların fiziksel veya ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular, maddeler, uygulamalar içeriyor mu?	Hayır

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Çalışmada kullanılan materyaller hakkında bilgi veriniz (ölçek isimleri, geliştirenler, uyarlayanlar, geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgiler, patent sahipleri vb.)	Tez çalışmasında veri toplama yöntemi olarak iki ölçek kullanılacaktır. Katılımcıların merhamet yorgunluğunu ölçmek için Mine EKİNCİ ve Sevgi DİNÇ(2019)'da geliştirmiş olduğu merhamet yorgunluğu kısa ölçeği kullanılacaktır. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeğin de 13 soru bulunmakta ve katılımcılar 1-10 arasında puan vermektedirler. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeğinin iki tane alt boyutu vardır. Bunlar travma alt boyutu ve mesleki tükenmişlik alt boyutudur. Lauri ve Salantera(2002) tarafından Hammod'un 'Bilişsel Süreklilik Kuramına' dayalı hazırlanmış 56 maddelik bir ölçüm aracı olarak geliştirilmiş daha sonrasında 2002 yılında ikinci kez gerçekleştirdikleri faktör analizleri sonrasında ölçek 24 maddeye indirgenmiştir. Türkçeye uyarlayan ise Arzu AKMAN ve Şeyma DEMİR(2021) olduğu hemşire karar verme ölçeği kullanılacaktır. Ölçeğin Türkçe formu yapılan geçerlilik analizleri kapsamında 24 maddelik ölçüm aracı tek faktörlü bir yapı olarak kabul edilmiştir. Türkçe form 5'li likert yapıda olup dil ve kapsam geçerliliği analizlerine göre (1) Hiç ya da neredeyse hiç, (2) Nadiren, (3) Nadiren değil ya da sık değil (4) Sık sık (5) Neredeyse her zaman ya da her zaman olarak isimlendirilmiştir. Çalışma anket ile veri toplamaya dayalı kesitsel bir alan çalışmasıdır. Ve sağlık çalışanlarına uygulanacaktır. Çalışmada elde edilen veriler üzerinde önce geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılacaktır. Daha sonra verilerin dağılımına göre uygun testler yapılacaktır.
--	--

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Çalışmada kullanılan materyallere (ölçekler vs.) ilişkin materyal sahibinden	Gerekli izinler alınmıştır.

kullanım izni almak gerekiyor mu? Gerekliyse bunu yaptınız mı?	
Projeniz her hangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenecek mi?	Hayır
Destekleyecek kurum/kuruluşun adını Belirtiniz	
Çalışmanızla ilgili Etik Kurulun bilmesigereken özel bir durum var mı?	Özel bir durum bulunmamaktadır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Çalışmanız için bir desteğe ihtiyaç var ise ihtiyacınız olan destek ne kadar?	İhtiyaç yoktur
Çalışmanızın bir bütçesi var ise bütçenizden hangi harcama kalemlerine ne kadar pay ayırmayı düşünüyorsunuz?	
Yok	

*Birden fazla olan yardımcı araştırmacıların her biri için yeni satırlar açılarak tüm bilgilerin eksiksiz doldurulması zorunludur.

Bu çalışmam boyunca başvuru formunda taahhüt ettiğim şekilde araştırmamı yürüteceğimi, sunulan projede/tez çalışmasında gerek araştırma ekibi gerekse araştırma protokolünde herhangi bir değişiklik yapıldığında, değişiklik gerçekleştirilmeden önce durumu kuruluza bildireceğimizi, bu projenin kuruluza sunduğumuz hali ile daha önce başka bir etik kurula sunulmadığını, başvuru dosyasında yer alan bilgilerin doğru olduğunu ve araştırmanın hiçbir sürecinde herhangi bir etik ihlal yapmayacağımı, araştırma basıldığında bir kopyasını etik kurula sunacağımı ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmadan vazgeçilmesidurumunda etik kurulu yazılı olarak bilgilendireceğimi taahhüt ederim. Bu başvuru formunda yer alan bilgilerin tarafımdan doldurulduğu ve/veya kontrol edildiğini, doğruluklarını beyan ederim.			
Tez Danışmanının	Adı/Soyadı (Unvanı)	İmzası	Tarih:
	Prof. Dr. Abdullah SOYSAL		— 24.11.2022

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Tez Öğrencisinin	Adı/Soyadı	İmzası	Tarih:
	Hatice		24.11.2022
	Kübra		
	KÖKÜTES		

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yürütülmekte olan “Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Karar Verme Becerilerine Etkisi” adlı yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Elde edilecek olan veriler kesinlikle gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Sizden istenen her maddeyi dikkatlice okumanız ve size en uygun cevabı işaretlemenizdir. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hatice Kübra KÖKÜTES

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

I. BÖLÜM

1.Cinsiyetiniz:

☐Kadın ☐Erkek

2.Yaşınız:

☐21-26 ☐27-36 ☐37-45 ☐46 ve üstü

3.Öğrenim Durumunuz:

☐Lise ☐Üniversite ☐Yüksek Lisans ☐Doktora

4.Medeni Durumunuz:

☐Bekar ☐Evli

5.Çocuk Sahibi Misiniz?

☐Evet ☐Hayır

6.Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

☐Evet ☐Hayır

7.Mesleğinizden Doyum Alıyor Musunuz?

☐Evet ☐Hayır

8.Fırsat Olsa Mesleğinizi Değiştirmeyi Düşünür Müsünüz?

☐Evet ☐Hayır

9.Hastanede Çalışma Şekliniz:

☐Yalnız Gündüz Mesaisi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

☐Yalnız Gece Mesaisi

☐Dönüşümlü Mesai

10.Meslekteki Toplam Hizmet Süreniz:

☐1-5 yıl ☐6-10 yıl ☐11 ve üstü

11.Şuan ki çalıştığınız kurumda çalışma süreniz:

☐1 yıldan az

☐1 yıl ve 5 yıl arası

☐5yıl ve daha fazla

12.Çalıştığınız birimde bağımsız karar verme sıklığınız nedir?

☐Sürekli ☐Ara sıra ☐Hiçbir zaman

13.Çalıştığınız birimde hasta bakımında en fazla kararı kim veriyor?

☐Hemşire

☐Sorumlu hemşire

☐Hekim

II.BÖLÜM

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği

İş ve yaşam durumunuza ilişkin aşağıdaki ifadeleri değerlendirin. 1 ile 10 arasında derecelendirilmiş değerlendirme ölçeğini kullanarak deneyimlerinizi en iyi yansıtan rakamları yazın:

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

Asla/Nadiren

Çok Sık

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	a. İşim yüzünden kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
	b. Hayattaki hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.
	c. Hastalarımı ilgili olarak geçmiş durumları anımsadığım oluyor.
	d. İşimde "başarısız" olduğumu hissediyorum.
	e. Hastalarımın deneyimlediklerine benzer sıkıntılı rüyalar görüyorum.
	f. Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.
	g. Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum.
	h. Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.
	i. İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.
	j. Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.
	k. İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum.
	l. Bir hasta ile ilgili travmatik bir deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.
	m. İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

III. BÖLÜM

HEMŞİRE KARAR VERME ÖLÇEĞİ

Ölçek maddesi	Hiç ya da neredeyse hiç	Nadiren	Nadiren değil ya da sık değil	Sık sık	Neredeyse her zaman ya da her zaman
1. Bakıma başlamadan önce hastanın kayıtlarından mümkün olduğu kadar çok bilgi toplarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Hastanın durumunu tanımlamak gerektiğinde kendi yorumlarıma güvenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Bakıma başlamadan önce topladığım bilgilere dayanarak hastayı gözlemlemek ve hastaya sormak istediğim tüm öğeleri belirlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Hasta ile ilk etkileşimim sırasında olası hemşirelik problemleri (tanıları) hakkında varsayımlarda bulunurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Topladığım bilgilerden oluşturduğum izlenimleri, görüşlerimi destekleyen belirtileri araştırarak doğrularım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Hastanın durumunu tanımlamada ilgili ve ilgisiz bilgiyi ayırt etmek benim için kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hasta hakkında aldığım bilgileri daha önceki benzer vakalardan edindiğim bilgilerimle karşılaştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Hasta hakkında aldığım bilgileri hemşirelik uygulamasındaki deneyimlerimle karşılaştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Hastaya ilişkin aldığım bilgileri hemşirelik bakımı ve etkileri hakkındaki araştırma bilgileri ile karşılaştırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

10. Detaylı bir analiz yapmadan bile, hangi bilgilerin hastanın hemşirelik problemlerini (tanılarını) tanımlamaya yönelik olduğunu anlamak benim için kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hastanın hemşirelik problemlerini (tanılarını) gözlemlenen belirtilere ve şikâyetlere dayanarak objektif bir şekilde tanımlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Hastanın durumuna ve başlıca hemşirelik problemlerine (tanılarına) ilişkin genel bir resim oluşturmak benim için kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Hastanın hemşirelik (bakım) planını hemşirelik karar verme süreçlerinin aşamalarına göre tasarlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Hastanın hemşirelik (bakım) planını hemşirelik görüşlerine ve/veya hastanın kendi bakımına ilişkin görüşleri üzerine temellendiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Hastanın hemşirelik (bakım) planını hastalığına yönelik reçete edilen genel tedavi planı üzerine temellendiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Hastanın bakımına ilişkin genel talimatları hasta kayıtlarına zorlanmadan belgelerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Hastanın bakımı ile ilgili kolay ölçülebilir hedefler koyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Hemşirelik girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini önceden tahmin ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Hastanın hastalığı ve durumuna ilişkin mevcut hemşirelik (bakım) planını mümkün olduğu kadar yakından takip ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Hastanın durumundaki değişiklikleri açık bir belirti olmaksızın bireysel ipuçlarına dayanarak önceden tahmin ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Hemşirelik bakımı ile ilgili karar verirken hastanın hastalığının tedavisi hakkındaki özel bilgiyi kullanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Hastanın durumu hakkındaki geri bildirimlere göre (hemşirelik aktivitelerine ilişkin) eylem tarzımı esnek bir şekilde değiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Hastanın durumundaki değişikliklere dair gözlemlerimin gerekçelerini bulmaya çalışırım/aram.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. (Hemşirelik aktivitelerine ilişkin) eylemlerimin hastanın durumu üzerindeki etkilerini değerlendirmek benim için kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BS56ABEP5T&eS=175326> adresinden yapılabilir.

EK 2: Hastane İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.12.2022-180796



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-92860489-044-180796

14.12.2022

Konu: Anket İzni(Hatice Kübra KÖKÜTES)

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi:12.12.2022 tarihli ve 180041 sayılı yazı,

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Hatice Kübra KÖKÜTES'in "Merhamet yorgunluğu düzeyinin karar verme becerilerine etkisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma" konulu çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, anket formuna "Çalışmaya katılmayı onaylıyorum" ibaresi eklenmesi kaydıyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sefa RESİM
Başhekim

Antibiyotik direnci sessiz salgındır, duyarsız kalmayalım.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu ,BSP6CF93FF Pin Kodu ,01452 Belge Takip Adresi , <https://www.turkiye.gov.tr/sutcu-imam-universitesi-ebys>

Adres,Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Avşar Kampüsü, 46100 -

Onikişubat/Kahramanmaraş

Telefon,+90 (344) 300 4057 Faks,+90 (344) 300 40 68

e-Posta,hastane@ksu.edu.tr Elektronik Ağ,<http://hastane.ksu.edu.tr>



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalıdır.

Bilgi için, Süreyya Demirtaş
Unvanı, Sözleşmeli Personel

Tel No, 03443004076

Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5637&eD=BSM6CF949V&eS=180796> adresinden yapılabilir.