

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN MERHAMET YORGUNLUKLARININ
VE ÖZ ANLAYIŞLARININ İNCELENMESİ

Derya KARA

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN MERHAMET YORGUNLUKLARININ
VE ÖZ ANLAYIŞLARININ İNCELENMESİ

Derya KARA
152038085

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı

: Derya KARA

Tez Savunma Tarihi: 12.03.2018

Danışman

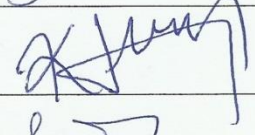
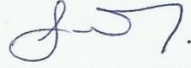
: Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

Tez Savunma Saati:10.00

Tez Konusu

: "Hemşirelerin Merhamet Yorgunluklarının ve Öz Anlayışlarının İncelenmesi"

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

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK (Başkent Üni.)	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ	Kabul	
Yrd.Doç.Dr. Gülzade UYSAL	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Özlem YAZICI		

BEYAN

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

D. nemli

Derya KARA



ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve öz anlayış düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, yatan hasta kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 412 hemşire oluşturmıştır.

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan kişisel tanıtıcı bilgi formu, Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği IV (ÇYKÖ) ve Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek anket uygulama yoluyla elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi-IV Merhamet Yorgunluğu alt boyutu puan ortalamasının $20,17 \pm 8,99$ ve Öz Anlayış Ölçeği puan ortalamasının $80,32 \pm 16,45$ olduğu belirlenmiştir. ÇYKÖ Merhamet Yorgunluğu alt boyutu puan ortalamasının gece çalışan hemşirelerde gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). ÖAÖ puan ortalamaları dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde, cerrahi klinikler ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0,05$). Araştırmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin merhamet yorgunlukları ve öz anlayışları arasında, zıt yönlü ve düşük dereceli bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Merhamet yorgunluğu, Öz anlayış, Hemşirelik.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE OF NURSES COMPASSION FATIGUE AND SELF-COMPASSION

The purpose of this descriptive and cross-sectional study was to evaluate nurses' compassion fatigue and self-compassion levels. This study has been conducted at the Gülhane Education and Training Hospital. The sample was included 412 nurses working in inpatient clinics and volunteer to participate to this study.

In data collection, a personal identification information form that was prepared based on the literature, Turkish version of Professional Quality of Life Scale (ProQOL)-IV and Self-Compassion Scale were used. The data was obtained by the researcher via face to face interview. Data were analyzed with using descriptive statistics besides Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Spearman's correlation tests.

The averages Professional Quality of Life Scale IV compassion fatigue subscale mean scores were 20.17 ± 8.99 and self-compassion scale mean scores were 80.32 ± 16.45 , for the subjects who were enrolled to this study. Professional Quality of Life Scale-IV compassion fatigue subscale mean scores were found to be higher in nurses working at night than in nurses working in the daytime ($p < 0.05$). Self-compassion scale mean scores were higher in nurses working in internal clinics than nurses working in surgical clinics and intensive care units ($p < 0.05$). According to the results of the study, it was found that there is an opposite and low degree of relationship between nurses' compassion fatigue and self-compassion.

Keywords: Compassion fatigue, Self compassion, Nursing.

ÖNSÖZ

Hemşirelik; hastaların travma, acı ve ağrılarına uzun süre maruz kalmaları nedeniyle, merhamet yorgunluğu açısından en çok risk altında olan meslektir. Ülkemizde hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğu ile ilgili çalışmalar oldukça azdır. Kişinin kendisine olan özeni ve merhameti ise hemşirelerin sahip olması gereken bir özelliktir. Bu nedenlerden dolayı bu araştırmada hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve öz anlayış konuları seçilmiştir.

Tez çalışmamda bilgileri ve deneyimleri ile bana yol gösteren, sabır ve nezaketi ile örnek aldığım, değerli tez danışman hocam Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK'a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her daim yanımda bulunan annem Cemile ÖNEMLİ ve eşim Umut KARA'ya teşekkürlerimi sunarım. Meslek sahibi olmamda en büyük emeğe sahip rahmetli babam Nazmi ÖNEMLİ'yi saygı ve minnetle anıyorum.

Tezimin etik kurul ve kurum onayı alma aşamasında gerekli kolaylıkları sağlayan yetkililere ve iş yoğunluğu içinde zaman ayırıp çalışmama katkıda bulunan değerli meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Derya KARA

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Merhamet Yorgunluğu.....	3
2.1.1. Merhamet Yorgunluğunun Tanımı ve Kavramsal Analizi	3
2.1.2. Merhamet Yorgunluğu İle İlişkili Kavramlar	5
2.1.2.1. Empati	5
2.1.2.2. Merhamet.....	7
2.1.2.3. Tükenmişlik	10
2.1.2.4. Sekonder Travmatik Stres	10
2.1.2.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu	11
2.1.3. Merhamet Yorgunluğu Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörleri	12
2.1.4. Merhamet Yorgunluğu Süreci	13
2.1.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri	14
2.1.6. Merhamet Yorgunluğunun Ölçümü	16
2.1.7. Merhamet Yorgunluğu Önleme ve Yönetim Programları	16
2.2. Öz Anlayış	17
2.2.1. Kendine Şefkat / Öz Şefkat / Öz Merhamet.....	20
2.2.2. Ortak Paydaşım / Paylaşımların Bilinci.....	20
2.2.3. Bilinçli Farkındalık	21
2.2.4. Öz Anlayış Kavramının Alt Boyutlarının Birbirleriyle İlişkisi.....	22
2.2.5. Öz Anlayış Kavramı İle İlişkili Faktörler	22
2.2.6. Öz Anlayış Seviyelerini Artırma Eğitimler	24

2.2.7. Öz Anlayışın Ölçülmesi.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	27
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi.....	33
4.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Puanlarının İncelenmesi	35
4.3. ÇYKÖ ve Alt Ölçek puanlarının Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	36
4.4. Öz Anlayış Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	40
4.5. Öz Anlayışın Ölçeği Puanlarının Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	40
4.6. Öz Anlayış ile Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar	51
6.2. Öneriler.....	52
KAYNAKÇA.....	54
ANKET FORMU	62
EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	63
EK-2: ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ	64
EK-3: ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	65
EK-4: ETİK KURUL KARARI	66
EK-5: TUEK KARARI	67
EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ.....	68
EK-7: ÖZGEÇMİŞ	69

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1: Merhamet yorgunluğunun belirtileri	15
Tablo 2: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri	34
Tablo 3: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri	35
Tablo 4: ÇYKÖ ve alt ölçekleri puanlarının hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi	36
Tablo 5: ÇYKÖ ve alt ölçekleri puanlarının hemşirelerin mesleki özelliklerine göre incelenmesi	38
Tablo 6: Hemşirelerin Öz Anlayış Ölçeği puan ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri	40
Tablo 7: Öz Anlayış Ölçeği puanlarının hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre incelenmesi	41
Tablo 8: Ölçekler arasındaki istatistiksel ilişkinin sayısal değerleri.....	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1: Öz anlayışın üç temel ögesi.....	19
Şekil 2: Uygulama şeması.....	29
Şekil 3: Yöntem şeması.....	30



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Ark	: Arkadaşları
ÇYKÖ	: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
MY	: Merhamet Yorgunluğu
ÖAÖ	: Öz Anlayış Ölçeği
ProQOL	: Professional Quality of Life
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

Merhamet yorgunluğu tıbbi terimler dizinine göre “bakım verici rolünde çalışan profesyonellerin strese verdiği yanıt” olarak tanımlanmaktadır. Merhamet yorgunluğu; travma yaşamış, acı ve ağrı çeken bir hastaya bakım vermekten dolayı oluşan, fiziksel ve duygusal tepkiler içeren, hasta bakımının maliyeti ile ilişkili bir kavramdır.

İkincil travmatik stres bozukluğu olarak bilinen kavramın yerine son yıllarda merhamet yorgunluğu ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. İngilizde “compassion fatigue” olan kavram Türkçeye “şefkat yorgunluğu”, “empati yorgunluğu”, “eşduyum yorgunluğu” veya “merhamet yorgunluğu” şeklinde geçmiştir.

Merhamet yorgunluğu sağlık çalışanları arasında bakım hizmeti ile öne çıkan bir meslek grubu olan hemşirelerde daha sık görülmektedir (1, 2). Hasta bakım sürecinde hemşireler hastalar ile uzun süreli, sürekli ve yoğun bir şekilde temas kurar ve kendinden birşeyler vererek strese maruz kalırlar. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin değişen oranlarda merhamet yorgunluğu yaşadıkları tespit edilmiş ve merhamet yorgunluğunun görüldüğü hemşirelerin çalışma performanslarında, işle ilgili tutum ve davranışlarında ve kişisel sağlıklarında önemli değişikliklerin olduğunu ifade etmişlerdir (2). Merhamet yorgunluğu hemşireler arasında; yoğun bakım, onkoloji ve psikiyatri hemşirelerinde daha sık görülmektedir (3). Bu kliniklerde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha sık görülmesinin nedeni; yaralı, travma geçirmiş, ağrı ve acı çeken güçsüz bireylere merhametli bir şekilde ve uzun süreli bakım vermekten kaynaklanmaktadır.

Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkardığı belirtilerin bilinmesinin yanı sıra oluşumunu önleyen koruyucu faktörlerin ve kolaylaştıran risk faktörlerinin bilinmesi de hem sağlığın korunması açısından hem de hastalara sağlanan bakımın kalitesi açısından önemlidir. Merhamet yorgunluğuyla mücadele bireysel ve kurumsal olmak üzere iki düzeyde ele alınmaktadır. Bireysel düzeyde baş etmenin özünü kişinin kendisine bakması, kurumsal düzeyde baş etmenin özünü ise kurum içi eğitimler oluşturmaktadır (4, 5).

Kurumsal düzeyde baş etme stratejileri; bireylerin bu konu hakkında web, kitaplar, dergiler yoluyla eğitilmesi, merhamet yorgunluğuyla ilgili farkındalık programları düzenlemek, bireyi merhamet travmasına maruziyetini azaltmak amacıyla

farklı ve yeni görevler vermek ve bireyin sosyal desteklerinin sayı ve çeşitliliğini arttırmaktır. Merhamet yorgunluğundan bireysel korunmada birincil olarak, kişinin kendine bakması, bilinçli farkındalık geliştirmesi sonrasında da kendine öz anlayış geliştirmesi gereklidir (5, 6).

Öz anlayış, kişinin kendi acılarına karşı açık ve duyarlı, acı ya da başarısızlık durumunda kendine karşı yargılayıcı değil nazik ve şefkatli olarak, yaşanan sıkıntı verici durumları insan tecrübesinin büyük bir parçası olarak algılamak ve içinde bulunulan anı yargılamadan olduğu gibi kabullenebilmesi, aşırı özdeşleşmeden kaçınarak olumsuz duyguların dikkatli bir farkındalık içinde dengede tutulmasıdır. Kişinin kendine yönelik bu destekleyici tavrı, çeşitli yararlı psikolojik sonuçları ile daha az depresyon, daha az anksiyete, daha az nevrotik mükemmeliyetçilik ve daha fazla yaşam doyumu ile ilişkilendirilmektedir (6).

Hemşirelerde gelişen merhamet yorgunluğu ile kişinin psikolojik özellikleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde; başkaları için geliştirilen merhamet duygusunun kendine olan öz anlayış duygusuyla yakından ilişkili olduğunu ve kendi acı, yetersizlik ve başarısızlığını yargılamadan anlamayı içeren öz anlayışın, başkalarına karşı gelişen merhamet yorgunluğu ile ilişkili olacağını öngörmekteyiz. Bu araştırmanın amacı hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile öz anlayışlarının düzeyini belirlemektir.

Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin merhamet yorgunluk düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri ile merhamet yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
3. Hemşirelerin öz anlayış düzeyleri nedir?
4. Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri ile öz anlayış düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?
5. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile öz anlayış düzeyleri arasında arasındaki ilişki nasıldır?
6. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile öz anlayış düzeyleri arasında arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Merhamet Yorgunluğu

2.1.1. Merhamet Yorgunluğunun Tanımı ve Kavramsal Analizi

Merhamet yorgunluğu tanımı yeni değildir. İlk kez 1992 yılında sosyal hizmet uzmanı Carla Joinson tarafından, acil serviste çalışan hemşirelerde görülen tükenmişliğin doğasını araştırırken farkedilmiş ve bu birimde çalışan hemşirelerin kendilerini yetiştirme kabiliyetlerini kaybettiklerini gözlemlemiştir. Bu hemşirelerin yoğun iş yükleri ve karmaşık hasta ihtiyaçları nedeniyle yorgun, depresif, öfkeli, etkisiz, ilgisiz ve baş ağrısı, uykusuzluk ve gastrointestinal semptomlar gibi somatik şikayetlerinin olduğunu ve bu semptomların zamanla arttığını görmüştür (1-3).

Joinson merhamet yorgunluğunu hemşirelerin ve hasta bakımı ile uğraşan meslek gruplarının travmatik hasta olaylarına maruziyetini takiben kendilerinde oluşacak olumsuz emosyonel etkileri olarak tanımladı. Carla Joinson'da merhamet yorgunluğu tanımını, kriz danışmanı Doris Chase'den alarak bir terim haline getirmiştir. Carla Joinson, hemşirelik mesleğinin merhamet yorgunluğuna karşı savunmasız olduğunu ve tüm hemşirelerin kariyerlerinin belirli bir döneminde merhamet yorgunluğu yaşayabileceğini savunmaktadır (4).

Merhamet yorgunluğu, travmatolojide uzmanlaşmış bir psikolog olan Dr. Charles Figley tarafından da kapsamlı olarak incelenmiştir. Joinson'un resmi olmayan tanımlamasının üzerine Figley sağlık çalışanları üzerinde çalışma yaparken merhamet yorgunluğunu fiziksel veya psikolojik istismar, şiddet suçları, savaş veya doğal felaketlerle travma geçiren hastalarla çalışan terapistler ve danışmanlarda, resmi bakım hizmeti veren kişinin empatik olma veya karşısındakilerin acısını paylaşma kapasitesi veya ilgisinde azalmadan kaynaklanan davranışsal ve duygusal bir durum olarak tanımlamıştır. Figley, merhamet yorgunluğunun sekonder travmatik stres bozukluğu ile aynı olduğunu iddia etti ve DSM-V'de yer alan travma sonrası stres bozukluğu tanımının (TSSB) içinde gömülü bir bozukluk olarak tanımladı (1, 2).

Figley, psikoterapistlerde görülen merhamet yorgunluğunun başkalarının acısına tanık olduktan sonra ortaya çıkan empatik bir reaksiyon olduğunu ve müdahaleci düşünceler, travmatik hatıralar, sinirlilik veya öfke nöbetleri, uyku ve konsantrasyon

zorluğu, hastaların travmaları akla geldiğinde aşırı uyarılma veya şaşırma reaksiyonlarını içeren semptomlar açısından TSSB ile neredeyse aynı olduğunu belirtmiştir. Figley, travma ile uğraşanlarda ve sağlık çalışanlarında ortaya çıkan ve sekonder travmatik stres teriminden daha az damgalayıcı olan merhamet yorgunluğu terimini kasıtlı olarak kullanmış ve merhamet yorgunluğunu sekonder travmatik stres reaksiyonu olarak tanımladıktan sonra bu alan gelişen bir araştırma alanı haline gelmiştir (1, 2). Literatürde merhamet yorgunluğu ile karşı aktarım, travma vekaleti ve tükenmişlik arasında benzerlikler olduğunu ve merhamet yorgunluğu tanımının sekonder travmatik stres bozukluğu ile eş anlamlı olduğu önerilmiştir (3).

Figley 1995 yılında psikoterapistlerde uyguladığı klinik deneyimine dayanarak merhamet yorgunluğunun ilk çok faktörlü kavramsal çatısını oluşturdu. Figley etkili bir tedavi edici ilişki oluşması için gerekli unsurun empati olduğunu belirtmiştir. Figley, empatinin önemi ve empati tükenmesinin yansımalarını inceleyerek psikoterapistlerde merhamet yorgunluğunun başlangıcını tahmin etmeye dayanan nedensel bir model geliştirmiştir. Bu modelde başkalarının yaşadığı ağrıyı farketmeyi ve hasta bakımının sağlık çalışanına getirdiği maliyeti empati yeteneği olarak tanımlamıştır. Hastanın acısının ve ağrısının duygusal enerjisine maruz kalma empatik anlayışı ve sağlık çalışanında empatik bir yanıtın ortaya çıkmasına neden olur. Bu empatik yanıt sağlık çalışanının acı çeken hasta ile aynı perspektife sahip olmasını ve hastanın yaşadığı acı, korku, öfke veya diğer duyguları yaşamayı gerektirir. Bu empatik yanıtın kaynaklanan duygusal enerjinin bakım vericide oluşturduğu olumsuz psikolojik ve fizyolojik etkisi merhamet stresine neden olarak merhamet yorgunluğuna neden olabilir (1, 2).

Todaro-Franceschi, merhamet yorgunluğunu bireylere veya ailelerin çektikleri acılara ortak olduktan sonra aniden ortaya çıkan "buruk kalp" olarak tanımladı. Hemşireler merhamet yorgunluğu için özellikle risk altındadır çünkü merhamet ve empati hemşirelik mesleğinin özüdür (7).

Valent, merhamet yorgunluğunun tükenmişlikten önce veya sonra bir süreklilik halinde ortaya çıktığını veya tükenmişliğin merhamet yorgunluğunu yarattığını ve sonra güçlendirdiğini yazmıştır (8).

Thomas ve Wilson ise merhamet yorgunluğunun kendiliğinden oluştuğunu iddia etmektedir. Travmatize olmuş ve acı çeken hastalarla yaptıkları çalışmalardan üç farklı

travma sonucu ortaya çıkardılar: merhamet yorgunluğu, ikinci travmatik stres ve travma vekaleti (9).

Kapsamlı bir kavramsal analizin ardından Coetzee ve Klopper, merhamet yorgunluğunu; hastalarla uzun süreli, sürekli ve şiddetli temastan kaynaklanan ilerici ve kümülatif nihai bir sonuç olduğunu söylemişlerdir (10).

Hemşirelerde başkalarının yaşadığı ağrıyı ve acıyı hafifletme isteği ve arzusu artık kaybolduğunda merhamet yorgunluğu oluşur. McHolm merhamet yorgunluğunu ağrı ve travma geçiren hastaların bakımının sonucu ortaya çıkan doğal davranışsal ve duygusal bir tepki olarak belirtmiştir (11).

2.1.2. Merhamet Yorgunluğu İle İlişkili Kavramlar

2.1.2.1. Empati

Türk Dil Kurumu güncel sözlüğünde empatinin kelime anlamı; duygudaşlık, aynı duyguları paylaşma, kendini duygu ve düşüncede bir başkasının yerine koyabilme olarak tanımlanmıştır. Empati kelimesi yunanca içinde anlamına gelen “em” ve algılama anlamına gelen “patheia” kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. Kısacası empati başka bir kişinin iç dünyasında düşünebilme, hissedebilme, duygu ve düşüncelerini özümseyip karşılık verebilme olarak da düşünülebilir. Kişilerin kendilerini başkasının yerine koyarak karşısındakinin mevcut durumda hangi duygu yoğunluğunda olduğunu ve hangi düşünceleri paylaştığını anlaması kişiler arası hoşgörüyü ve saygıyı artırır (11).

Mevcut yaklaşım ve düşünceler empati kurmayı tek bir yetenek olarak görmemeyi, farklı ama birbirleriyle ilişkili birleşenleri olan karmaşık bir sosyoemosyonel kabiliyet olarak değerlendirmektedir (12). Morse ve arkadaşları empatinin; duygusal, moral, bilişsel ve davranışsal olmak üzere 4 önemli boyutunun olduğunu belirtmektedirler. Duygusal boyut, diğer kişinin duygularını hayal ederek hissetmek; moral boyutu, diğer kişinin duygularını anlamak için gerekli olan duygu yoğunluğu; bilişsel boyut, karşıdaki kişiyi anlamak için gerekli analitik rol becerisi; davranışsal boyut ise aktif dinleme ve kritik etme gibi iletişim becerilerini kapsamaktadır (13).

Başkalarının yaşadıkları sıkıntıları gözlemlerken oluşabilecek empatik yanıtın iki ana birleşeni vardır. İlk yanıt empati kuran bireyde stres ve anksiyete oluşturan kendine

yönelik bir yanıt iken (kişisel stres), diğer yanıt diğer kişinin refahı üzerine odaklanan duyguları içerir (empatik kaygı). Empati kavramındaki genel görüş kişinin kendi düşüncelerini ve kendi farkındalığını kaybetmeden başkalarının düşüncelerini anlayabilmektir. Empati yapan kişi, kendi kimliğini asla kaybetmeden bir başkasının hissettiklerini anlamaya çalışmalı ve diğer kişinin duyguları içinde kaybolmamalıdır. Buradan da anlaşılacağı gibi empati yapan kişi karşıdaki insanı anlamayı, kendi duygularından vazgeçmeden yapabilen insandır. Dolayısıyla kişinin kendi kimliğinden ödün vererek tamamen karşıdaki kişinin duyguları ile hareket etmesi, empatiye uygun bir davranış şekli değildir (14, 15).

Empati, duygusal olarak kendimizi başkalarının yerine koyabilme kapasitesi olduğu için öncelikle kendi duygularımızı tanıma gereği vardır. Ancak, belli başlı bir duyguyu hiç hissetmeyen bir kişinin bu duyguyu anlaması zor olabilir. Örneğin, eli yanmayan birinin yanma acısını, isyan ve savunma gibi duyguları hissetmeyen kişilerin bu duyguları anlamaları kolay olmayabilir. Bu durum hem acı, hem de zevk duyguları için geçerlidir (14).

İnsanlar kendilerine benzer insanlarla empati kurmada daha istekli ve başarılı olmaktadır. Özellikle, daha fazla birlikte olan, kültür ve yaşam koşulları benzer kişilerin empati kurabilme isteği ve olasılığı daha fazladır. “Empati” ile “duyarlılık” önemli ölçüde birbiriyle ilişkilidir. Duyarlı insanların başkalarının duygularını fark etme ve onlar gibi hissetme olasılığının fazla olduğu bilinmektedir (14, 15).

Hemşirelik bir yardım mesleğidir. Hemşirelik mesleğinin temelinde hasta bakım hizmeti vardır. Hastalara bakım hizmeti verilirken onlarla iletişim kurulması da kaçınılmazdır. Hemşire hasta iletişiminde ise empati duygusu hasta memnuniyetinin ve tedaviye uyumun geliştirilmesi için özellikle önemlidir, Empati hemşirelik bakımının dolayısıyla yardım edici ilişkinin en temel birleşenidir. Hemşirelikte empati kavramı temel bir özellik veya eğitimle geliştirilen bir yetenek olarak değerlendirilebilir. Temel bir özellik olarak empati, doğuştan gelen doğal bir yetenektir. Eğitimle geliştirilen bir beceri olarak ise empati; bir iletişim biçimi veya bir duruma bilişsel bir yanıt olarak öğretilen bir davranış modelidir (14-16).

Hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve olumlu sonuçlar elde edebilir. Çünkü hemşire

tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır ve birey hemşirenin bakımını kabul eder. Dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur. Bireye verilen bu tür hizmet sonrasında iyileşme hızı artar, tedavinin olumsuz sonuçları azalır. Empatinin etkin kullanımı hastanın memnuniyetini ve genel sağlık durumunu da olumlu yönde etkiler. Bu nedenle hemşirelerin empatik duyarlılığa sahip olmaları ve hastaları daha iyi düzeyde anlayabilmeleri için empatik iletişim becerilerini kazanmış olmaları gerekmektedir (16-18).

Kişiler arası ilişkilerin temelini oluşturan ve hemşire-hasta ilişkilerinin en önemli bileşeni olan empati, her hemşirenin edinmesi gereken özel bir beceridir. Empatik hemşire hastanın problemlerini ve hissettiklerini anlamalı ancak ona yardım edebilmek için objektif kalmalıdır. Empatik iletişimin gelişimi zaman alabilir. Hemşire hastanın hislerini ve deneyimlerini hemen anlamayabilir (16-18).

Empatinin hemşireler için kaçınılmaz bir maliyeti de bulunmaktadır. Travma ya da ağrı yaşayan hastalara bakım hizmeti veren ve empatik bir yaklaşım ile bu hastalara karşı aşırı duyarlı olan hemşirelerde tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gibi zararlı etkiler de görülebilir. Empati bir taraftan hastanın bakım sürecini kolaylaştıran bir faktör iken, diğer taraftan sağlık personelinin merhamet yorgunluğuna karşı savunmasız bırakan iki ucu keskin bir duygudur (19).

2.1.2.2. Merhamet

Türk Dil Kurumu güncel sözlüğünde “merhamet” kavramı, bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma olarak tanımlanmıştır (20). Merriam-Webster sözlüğüne göre ise; merhamet “acı ya da talihsizliğe maruz kalan birisine karşı duyulan derin sempati ve üzüntü hissi ile birlikte çekilen acı ve acı sebeplerini ortadan kaldırma arzusudur” (21).

Merhamet, başkalarının acısına, sıkıntılarına tanıklık ederken hissedilen duygusal bir reaksiyon, his olarak da tanımlanmaktadır. Bu duygusal reaksiyon genellikle bireyin acısını hafifletme arzusunu tetikler. Merhamet acı çeken kişilere karşı geliştirilen derin bir farkındalık hissi ve o acıyı hafifletme isteğidir (22, 23).

Way ve Tracy'ye göre, merhamet duygusunun oluşması için üç öge gereklidir: acı çeken insanlarla ilgili ve alakadar olmak, acıyı tanımak ve acıya tepki göstermek (24). Merhamet kavramı sıklıkla başka kavramlarla karıştırılabilmektedir. Acımak, genellikle başkasının sıkıntısına karşı farkındalık durumu içerdiği için merhamete çok yakın bir kavram olarak değerlendirilir. Oysa acımada karşıdakine tenezzül etme, lütfetme, birisine ahlaki ve psikolojik olarak yüksekte bakma gibi özellikler vardır. Acımak, acı çeken adına pozitif bir katılım içermeyebilir; oysa merhamet karşıdakine yoğun bir ilgiyi ve saygıyı barındırır (23-25).

Empati ve merhamet birbirine çok benzeyen ve birbirinin yerine kullanılabilen kavramlardır. Ancak merhamet ve empati, birbirinden farklı kavramlardır. “Empati” başkalarının acılarını anlamayla ilgili önemli bir yeterlilik iken bu sıkıntıları gidermeye yönelik motivasyon ve davranışı içermemektedir (24, 25).

“Sempati” ise metodolojik olarak merhametin de kontrol listesinde bulunduğu duygu sıfatlarının bir fonksiyonudur. Merhamet de sempati gibi başkasının sıkıntılı durumuna karşı verilen bir tepkidir ancak merhamet daha önemli durumlarda oluşur. Örneğin; uzun saatler çalışmak zorunda olan bir kişiye merhamet değil sempati duyulur. Daha önemli bir ayrım merhametin sıkıntılı durumdaki kişiye karşı daha aktif bir tepki içermesidir (26).

Merhamet duygusunun hemşirelik mesleğinin önemli bir birleşeni olması hemşirelik alanında çalışmayı seçenleri çeken unsurlardan biridir. Hemşireler meslek hayatlarına genellikle tedavi ettikleri hastaların yaşamlarında farklılık yaratma isteği ile başlarlar. Ancak zamanla bazı hemşireler mesleki konumları ile ilgili hayal kırıklığına uğrarlar ve mesleği bırakmak isterler. Merhamet, bakım kalitesinin bir göstergesi olarak tanımlanmıştır; ancak, çoğu kez sağlık bakımında yetersiz olduğu bildirilmiştir. Merhamet, hastanın yaşadığı olumsuzlukları iyileştirmek için geliştirilen bir model olan hasta merkezli hemşireliğin bir parçasıdır (27, 28).

Bir hemşire ile hasta arasındaki ilişkide, kendini hastaya adanma ve hasta bakımının nitelikli ve yetkili olmasını sağlayacak bilgi ve beceriye sahip olmayı içeren bir bağlılığın kurulmasının yanında aynı zamanda saygı ve merhamet içeren mesleki sınırların da korunması gerekir. Hemşirelik mesleğinin temelleri her zaman zayıf ve acı çeken kişilere bakım, merhamet ve saygıya dayalı olarak kurulmalıdır. Hastaların

hassasiyetleri ve sağlık profesyonellerine bağımlılıkları, hemşirelere; onlara bakmak için merhamet kapsamına giren ahlaki bir zorunluluk getirir. Merhametli bakım hasta memnuniyetini sağlayan, maddi gideri olmayan, hasta üzerinde olumlu psikolojik ve fizyolojik etkileri olan ve iyileşme sürecini hızlandıran bir bakımdır (29, 30).

Geçmişte merhamet hemşirelik bakımının ve dolayısıyla hemşirelik mesleğinin özü olarak görülürken artık hemşirelik uygulamalarının merkezinde sadece merhamet yoktur. Zaman içindeki bu değişimin nedeni merhametin bakım vericiye yüklediği ikincil travmatik sürecin belli bir süre sonunda bakım verici açısından olumsuz durum oluşturmasıdır. Murphy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci ve üçüncü sınıf hemşirelik ğrencilerinin merhamet düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlemiş olup üçüncü sınıfta daha düşük puanlar bildirilmiştir (30).

Merhamet yorgunluğunun tanımı ve etyolojisi hakkında karışıklık olsa da, merhamet ve merhamet yorgunluğu kavramlarının farklı açıklamaları vardır. Merhamet yorgunluğunu anlamak için önce merhameti anlamalıyız. Hemşirelerin bakım verdikleri hastaları ne sebeple olursa olsun acıdan kurtarmayı başaramadıklarında hemşirelik mesleğinin olumsuz özelliklerini yaşarlar; bu da merhamet yorgunluğuna neden olabilir. Bu süreç, zaman zaman birçok hemşirenin mesleki yaşamında ortaya çıkar ve acı çeken kişilere yardım çabasından kaynaklanan doğal bir durum olarak tanımlanır (30, 31).

Hasta bakımında merhamet hissi, hem hastalar hem de hemşireler için gerekli olan bir duygusal bağ şeklidir. Bu durumun nedeni ise hastaların tıbbi müdahalelerin yanında hemşirelerin merhametli olmalarına ihtiyaç duymalarıdır. Merhamet hissini olumlu sonuçları olduğu kadar bazı olumsuz sonuçlarının da olması muhtemeldir. Bu duruma örnek olarak ise, hastalar hakkında karar alırken merhamet hissinden dolayı öznel davranılması gösterilmektedir (31).

Tedavi ve bakım sürecinde hastalarla uzun süre birlikte olan ve iletişimi daha fazla olan meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler hastaların ve yakınlarının yaşamış oldukları sorunlarda ilk başvurduğu sağlık çalışanı grubudur. Bu nedenle hemşirelerin tedavi ve bakım hizmetleri verdikleri esnada acıya maruz kalan hastalara ve onların yakınlarına karşı duyarlı ve merhametli davranış göstermesi önemlidir (31).

2.1.2.3. Tükenmişlik

Merhamet yorgunluğu ilk olarak, sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik ile ilgili çalışmaların yapılması sırasında ortaya çıkan bir kavramdır. Tükenmişlik; bireyin fiziksel ve duygusal olarak işinin gereklerini yerine getiremeyecek hale gelmesi durumudur. Tükenmişlik, çeşitli fiziksel hastalıklardan ayırt edilerek, bireyin daha çok çalışmasıyla ilgili oluşan stresin kalıcılığı sonucu görülen ruhsal ve fiziksel enerjinin azalması anlamında kullanılan bir terimdir (32). Jenkins'e göre ise tükenmişlik, bireylerin yaşamış olduğu psikolojik gerginliğin ve çalışan bireylerin maruz kalmış olduğu olumsuz durumların sonucunda oluşmaktadır (33).

Tükenmişlik, profesyonellerin yapmış olduğu iş gereği karşılaşmış olduğu bireylere karşı duyarsızlaşmaları, kendilerini duygusal yönden tükenmiş hissetmeleri, bireysel başarılarının ve yeterliliklerinin azalması olarak ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik açısından iş koşulları zor olanlar risk altındadır ve genellikle insanlarla ilgilenen ve onlara yardım etmeyi amaçlayan meslek gruplarında daha çok görülmektedir (33, 34). Merhamet yorgunluğu ise daha çok; kronik ağrı ve acı duyan hastalara tedavi ve bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarında ortaya çıkar. Tükenmişlik yaşayan bireylerin empati yeteneği çok azalmış iken, merhamet yorgunluğu yaşayanların temel problemi empati yapma ve merhamet duygularının dengesinin kaybolmasıdır (33-35).

2.1.2.4. Sekonder Travmatik Stres

Çalışmalarda tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve sekonder travmatik stres kavramlarının birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Sekonder travmatik stres oluşumuna bireylerin travmaya maruz kalan bireylerle çalışmaları sonucunda duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel tepkiler görülmektedir (36, 37). Bu kavram başka bireylerin yaşamış olduğu travmatik olaylardan dolayı etkilenenlerin yaşamış olduğu travma sonrası stres bozukluğunun belirtilerine karşılık gelmektedir. Travmatik olaylardan ikincil olarak etkilenenlerin yaşamış olduğu olumsuz durumlar, doğrudan etkilenenlerin yaşamış olduğu durumlarla benzerlik göstermektedir (38, 39).

Bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarının daha fazla travmatik olaylara maruz kalmış olması sekonder travmatik stresi yaşamalarına neden olmaktadır. Sekonder stres bozukluğunun çalışan bireylerde ortaya çıkardığı belirtiler uykusuzluk, korkma hissi,

tükenmişlik ve depresyondur. Çalışan bireylerde görülen sekonder travmatik stres bozukluğunun ortaya çıkarmış olduğu bu belirtiler bireylerin çalışma yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (39).

Sekonder travmatik stres tanımı tek bir olaya veya hastaya karşı verilen bilişsel ve davranışsal tepkileri tanımlarken; merhamet yorgunluğu ise merhamet duygusu tarafından beslenen ve tetiklenen, kronik süreçte ortaya çıkan, hastaların çektiği ağrı ve acıya bir tepki olarak oluşan bilişsel, davranışsal ve fiziksel tükenme halidir (38, 39).

2.1.2.5. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Post Travmatik Stres Bozukluğu; travma sonrası bireylerde ruhsal tepkilerin görüldüğü kanısı zaman zaman değişik şekillerde açıklanmış olsa bile, özellikle Vietnam savaşı sonrasında post travmatik durumların daha iyi bir şekilde bilinmesi ve tanınması nedeniyle, post travmatik stres ilk defa 1982 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğince düzenlenen Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders III'de tanımlanmıştır. Travma, bireyin üzerinde birçok etkisi olan, yaşamlarını tehdit eden veya başka bireylerin yaşamış olduğu travmatik olaylara tanıklık etme olarak ifade edilmektedir. Bireyler üzerinde önemli zihinsel bozukluklara neden olan travmanın oluşturmuş olduğu strese ise “post-travmatik stres bozukluğu” denilmektedir (40, 41).

Post travmatik stres bozukluğu, travmanın oluşması sonucunda bireyin aşırı bir şekilde uyarılması hali ve travmanın tekrar hatırlanması ya da hatırlatacak olan çağrışımlardan uzak durulması olarak bireyde devam eden zihinsel bozukluktur. Travmatik olaylar bireyin yaşamını etkileyen her türlü tehdit edici vakalardır. Bunların yalnızca bireye yönelik olması gerekmemekte, başka bireylerin yaşamış olduğu olaylara da tanık olunması travmatik olay olarak kabul edilmektedir. Her bireyde post travmatik stres bozukluğunun görülme durumu farklı olmaktadır. Bir bireyde belirgin olarak görülürken başka bir bireyde hiç rastlanılmayabilir (41, 42).

Sağlık kurumlarında bulunan yoğun bakım üniteleri bireyler üzerinde psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden çok fazla stres yaşanmasına neden olmakta ve bunların sonucunda da bireylerde post travmatik stres belirtileri görülmektedir. Post travmatik stres bozukluğu yaşayan bireylerde, aşırı korku, çaresizlik veya dehşete düşme gibi durumlara rastlanılmaktadır (42).

Yılmaz'a göre bakım hizmeti veren hemşirelerin bağımsız rollerinden biri olan danışmanlık rolü sonucunda, hastaların ve hasta yakınlarının maruz kalmış olduğu travmatik olayları bilmesi, hemşirelerin tedavi hizmetlerini sunmasında fayda sağlamaktadır. Bunun sonucunda hasta ve hasta yakınlarında post travmatik stres bozukluğu azalma göstermektedir (43).

2.1.3. Merhamet Yorgunluğu Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu görülme prevalansı ve ilişkili risk faktörleri birçok klinik grupta incelenmiş olup bu çalışmaların bazıları aşağıda belirtilmiştir.

Berger ve arkadaşlarının, Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 ayrı hastanede çalışan 239 pediatri hemşiresi üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında; düşük risk: % 21,8, orta risk: % 51, yüksek risk: % 27,2 olarak ortaya konmuş ve 40 yaşına altında olmak ve medikal cerrahi üniteye çalışıyor olmak merhamet yorgunluğu açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir (44).

Hunsaker ve arkadaşlarının, Amerika Birleşik Devletleri'nde 284 acil servis hemşiresi üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında; düşük risk: % 65,9 olarak ortaya konmuş ve yönetici desteğinin düşük seviyede olması merhamet yorgunluğu açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir (45).

Mangoulia ve arkadaşlarının, Yunanistan'da 12 ayrı hastanede çalışan 174 psikiyatri hemşiresi üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında; düşük risk: % 11,5, orta risk: % 43,7, yüksek risk: % 44,8 olarak ortaya konmuş ve finansal stres, hafta sonları çalışmak, kendi seçimi dışında psikiyatri ünitesinde çalışıyor olmak ve psikiyatri ünitesinden ayrılmak istemek merhamet yorgunluğu açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir (46).

Mason ve arkadaşlarının, cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan 26 deneyimli travma hemşiresi üzerinde yaptıkları pilot çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında; düşük risk: % 62, orta risk: % 38 olarak ortaya konmuştur (47).

Cho ve Jung'un Kore'de, kanser hastalarının bakımında çalışan 171 onkoloji hemşiresi üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında;

düşük risk: % 27,5, orta risk: % 50,9, yüksek risk: % 21,6 olarak ortaya konmuş ve empati, merhamet yorgunluğu açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir (48).

Young ve arkadaşlarının, Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp ve damar yoğun bakım ünitesinde çalışan 70 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflaması; düşük risk: % 24, orta risk: %19 olarak ortaya konmuştur (49).

Meadors ve arkadaşlarının, pediatrik ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 176 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, merhamet yorgunluğu risk sınıflamasında; düşük risk: % 43, yüksek risk: % 7,3 olarak ortaya konmuştur (50).

Merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda; eğitim düzeyinin düşük olması, anksiyete, stres, depresyon, onkoloji servisinde çalışmak, hastaların psikolojik baskısı, aşırı empati, haftada 80 saatin üzerinde çalışmak, gece vardiyasında çalışmak, profesyonel bir bakış açısının olmaması, yöneticilerin yetersizlikleri, meslekte nispeten daha genç olmak merhamet yorgunluğu gelişimi açısından risk faktörleri olarak gösterilmiştir (51, 52).

2.1.4. Merhamet Yorgunluğu Süreci

Merhamet yorgunluğu, hasta bakım hizmeti veren ile alan arasında oluşur ve bakım hizmetinin doğal bir sonucudur. Bakım hizmeti alan hasta fiziksel ve psikolojik travmaya maruz kalmış, bakım hizmeti veren personel ise travmaya maruz kalmış olan hastadan etkilenmiş olan kişidir. Merhamet yorgunluğu gelişiminde sağlık personelinin hasta için endişe duyması, empati yapması ve sonucunda acı duyması gibi bir süreç işler (53).

Sağlık bakım personeli bu noktada doğal bir yol ayrımındadır. Hasta için endişe duyma, empati yapma ve acı duyma sürecinde, sağlık personeli kendini ya mutlu hissedecek ya da bu süreçten rahatsız olacaktır. Oluşan rahatsızlık duygusunun kişinin dayanma gücünü aşması durumunda merhamet stresi oluşacaktır. Merhamet stresinin devam etmesi durumunda sonunda merhamet yorgunluğu oluşmaktadır. Bu durum ise bakım hizmeti veren bireylerin hizmet sunumlarında azalmaların görülmesine neden olmaktadır (54).

Merhamet yorgunluğunun temel özellikleri içerisinde, bakım hizmeti veren kişi ile bu hizmeti alan hasta arasında kurulan ilişkide; stres, strese karşı gösterilen psikolojik tepki ve empati gibi kavramlar yer almaktadır. Bu süreç merhamet yorgunluğunun oluşmasına ve bu durumlarla başa çıkma gibi stratejilerin oluşmasını sağlamaktadır (53, 54).

Sağlık çalışanlarının, bakıma ihtiyaç duyan hasta ile ilgilenmesi sürecinde çalışanların hastanın yaşamış olduğu duruma empati hissi ile yaklaştığı ve bu his ile hastaya bakım hizmeti verdiği düşünülebilir. Daha sonra da çalışanların hastanın yaşamış olduğu olaydan etkilenmesi durumunda merhamet stresinin oluştuğu ve bu duruma uzun süre maruz kalınması halinde de travmanın ortaya çıktığı görülmektedir. Ortaya çıkan bu travma sonucunda çalışanların hayatlarında aksamaların meydana gelmesi, bunun sonucunda da merhamet yorgunluğunun ortaya çıkması söz konusudur (54, 55).

2.1.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Merhamet yorgunluğu semptomları; düzenli olarak hasta bakım işlevi yerine getirirken ortaya çıkan normal stres göstergeleridir. Her ne kadar bu belirtiler genellikle beden ve ruh sağlığını bozucu, depresif ve sinir bozucu olsa da, merhamet yorgunluğu semptomlarının farkındalığı ve yaşam üzerindeki olumsuz etkilerinin ortaya çıkması; olumlu bir değişime, kişisel dönüşüme ve yeni bir sayfa açılmasına da yol açabilir (56).

Merhamet yorgunluğu belirtileri Tablo 1’de gösterildiği üzere fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak sınıflandırılabilirler. Merhamet yorgunluğunun fiziksel belirtileri; yorgunluk, uykusuzluk, başışıklığın bozulması, somatizasyon, baş ağrıları, mide ağrıları, uyku bozuklukları, duygusal olarak bitkin olma ve hipokondri gibi çok geniş bir yelpazede değerlendirilebilir. Merhamet yorgunluğunun davranışsal belirtileri; alkol veya diğer maddelerin alımında artış, öfke ve sinirlilik, kişisel ilişkilerde gerginlik, iş hayatında devamsızlık, yıpranma, hastalardan kaçınma, klinik karar mekanizmalarının ve hasta bakımının bozulmasıdır (56).

Merhamet yorgunluğunun psikolojik belirtileri; duygusal tükenme, ilişkilerde mesafeli olma, negatif benlik görüntüsü, depresyon, sempati ve empati hissetmede azalma, aşırı kızgınlık, bazı hastalarla çalışma korkusu, profesyonel çaresizlik, azalmış keyif, korku, duyarsızlaşma veya aşırı duyarlılık, umut kaybı, kişisel ve mesleki yaşamı

ayırmada zorluk ve bireyin işle ilgili olmayan yönlerini besleme ve geliştirme başarısızlığı gibi nedenlerle ortaya çıkan kaygılardır. Merhamet yorgunluğunun ruhsal belirtileri psikolojik belirtilerle örtüşür ve ruhsal farkındalık eksikliği, iç gözlemde ilgisizlik, karar mekanizmalarında bozulma ve muhakeme gücünde azalmayı içerir (10, 56).

Tablo 1: Merhamet yorgunluğunun belirtileri (56)

Fiziksel Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	Psikolojik Belirtiler
Yorgunluk Uykusuzluk Bağışıklığın Bozulması Somatizasyon Baş Ağrıları Mide Ağrıları Uyku Bozuklukları Duygusal Olarak Bitkin Olma Hipokondri	Alkol veya Diğer Maddelerin Alımında Artış Öfke ve Sinirlilik Kişisel İlişkilerde Gerginlik İş Hayatında Devamsızlık Yıpranma Hastalardan Kaçınma Bakımın Bozulması	Duygusal Tükenme Depresyon Sempati ve Empati Hissetmede Azalma Aşırı Kızgınlık Profesyonel Çaresizlik Azalmış Keyif Korku Duyarsızlaşma Aşırı Duyarlılık Umut Kaybı

Merhamet yorgunluğunu önlemedeki kritik nokta belirtileri bilmektir. Joinson'un “farkındalık önemlidir” dediği gibi belirtileri bilip kendinizde sorgulamadığınız sürece merhamet yorgunluğu semptomlarını tanımak imkansızdır. Bu semptomların farkındalığı hemşireler için çok önemlidir, çünkü zaman geçtikçe vücutlarının semptomlar vasıtasıyla verdikleri sinyalleri görmezden gelme eğiliminde olurlar ve sıklıkla bu belirtileri diğer nedenlere bağlamaya başlarlar. Sonunda, bu işaretleri yok sayarak duygusal bakış açısından yoksun olarak işlev gören bir hemşire ortaya çıkar. Fiziksel rahatsızlıklarda genellikle duygusal çöküşe eşlik eder. Hemşireler bu duygusal ve fiziksel yıkımı yaşadıklarında mesleki tükenmişliğe daha yatkın olurlar ve bu da mesleği tamamen bırakma riskini ortaya çıkarır (4, 10, 56).

Merhamet yorgunluğu ile oluşan başlıca olumsuz emosyonel etki merhamet kabiliyetindeki azalmadır. Merhamet yorgunluğunun kökeninde hastalar için geliştirilen empati duygusunun olduğu ileri sürülmüş ve hasta bakımının maliyeti olarak tanımlanmıştır. Bakım hizmeti verenler, hastalara karşı duygularını bir kenara bırakıp merhamet ve empati hissinden olabildiğince kaçınmalıdırlar, çünkü bu durumda merhamet yorgunluğu meydana gelmektedir. Dolayısıyla merhamet yorgunluğu sağlık çalışanında daha az empati kurma alışkanlığının oluşmasına neden olmaktadır (56).

2.1.6. Merhamet Yorgunluğunun Ölçümü

Literatürde, merhamet yorgunluğunun ölçülmesi; taksonomi, kavramsal belirsizlik ve mesleki stresle olan ilişkisi nedeniyle zordur. Merhamet yorgunluğu ölçüm testleri tanı testi olmaktan ziyade, merhamet yorgunluğunun belirlenmesine yardım etmek ve merhamet yorgunluğunu oluşturan koşulların hafifletilmesinde örgütsel ve bireysel karar vermeye rehberlik etmek için tarama testleri olarak sunulmaktadır.

Merhamet yorgunluğu için geliştirilen ölçüm testlerinin yanlış negatif olasılıkları az iken yanlış pozitiflik olasılıkları yüksektir. Son 20 yıl içinde merhamet yorgunluğunu ölçmek amacıyla aşağıda belirtilmiş birçok test geliştirilmiştir.

- Merhamet Yorgunluğu Testi: Compassion Fatigue Self Test (CFST) (57)
 - 40 soruluk 5’li Likert tipi bir ölçektir (1:hiçbir zaman, 5: çok sık). Merhamet yorgunluğu (23 madde) ve tükenmişlik (17 madde) olmak üzere iki alt boyutu vardır (2). Cronbach alfa değeri: 0,86-0.94’tür.
- Merhamet Yorgunluğu Skalası: Compassion Fatigue Scale (CFS-R) (58)
 - 30 soruluk 10 puanlı Likert tipi bir ölçek olup (1:hiçbir zaman, 10: çok sık); 22 maddesi merhamet yorgunluğu alt boyutunu, 8 maddesi ise tükenmişlik alt boyutunu değerlendirmektedir (24). Cronbach alfa değeri: 0.90’dır.
 - Adams ve arkadaşları tarafından 13 soruluk kısa formu geliştirilmiş olup; iş tükenmişliği (8 madde) ve sekonder travma boyutunu (5 madde) değerlendirmektedir .
- Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği: Professional Quality of Life Scale (ProQOL) (59, 60)
 - Araştırmamızda merhamet yorgunluğunu değerlendirmek amacıyla Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği IV kullanılmıştır.

2.1.7. Merhamet Yorgunluğu Önleme ve Yönetim Programları

Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunu önlemek ve yönetmek amacıyla literatürde çeşitli müdahaleler önerilmiştir. Bu müdahaleler: öz bakım iyileştirme programları, işçi sağlığı programları, eğitim müdahaleleri ve kişisel niteliklerin geliştirilmesi amaçlı programlar olarak özetlenebilir (61, 62).

Merhamet yorgunluğunun kavramsal belirsizliği yıllar boyunca tartışılrsa da merhamet yorgunluğunun varlığı eleştiriden uzaktır. Kanada'da Ulusal Hemşireler Derneği merhamet yorgunluğunu hemşirelik mesleğinde önemli bir zorluk olarak tanımladı ve hükümetlerin, sağlık kuruluşlarının ve sağlık hizmeti sunucularının bu zorluğa karşı işbirliği içinde çalışmalarını önerdi (63).

Merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve yönetimi için uygulanması gereken birincil yöntem, öz bakım iyileştirme programlarıdır. Hemşirelikte merhamet yorgunluğuna yönelik öz bakım müdahaleleri, egzersiz, iyi beslenme ve sağlıklı sosyal ağlar sağlamanın yanı sıra; sanat, maneviyat ve zihin-beden teknikleri (yoga, meditasyon) gibi gevşeme ve gençleştirmeyi teşvik eden faaliyetlere katılma faaliyetleridir. Merhamet yorgunluğunu hafifletici işçi sağlığı programları: çalışanlara düzenli aralıklarla uygun tarama testleri ile sağlık taramaları uygulamak, rol modellemesi, rehber öğretmen veya mentor programları uygulamaktır (61-63).

Merhamet yorgunluğu ile başa çıkmada bilgi ve beceriyi geliştirmek amacıyla çeşitli eğitim programları tasarlanmıştır. Birtakım yazarlar, hemşirelik eğitim müfredatına; merhamet yorgunluğu ve bakım verme ile ilişkili fiziksel, davranışsal ve psikolojik farkındalığı artırmak amacıyla eğitim programları eklenmesini önermişlerdir. Ayrıca sağlık çalışanlarında esneklik gibi kişisel niteliklerinin geliştirilmesi de merhamet yorgunluğuyla mücadele için etkili bir stratejidir. Esneklik, olumsuzluklara maruz kalınmanın üstesinden gelme veya bunlarla baş etme sürecidir (62, 63).

2.2. Öz Anlayış

Öz anlayış kavramını anlayabilmek için öncelikle “anlayış” kavramını anlamak gerekir. “Anlayış” -compassion- kelimesinin kökeni Latince’den gelmektedir. “Com”, -ile- ve “pati”, -ızdırap çekmek- anlamına gelir. Türk Dil Kurumu’na göre anlayış; “Bir toplumda veya toplumdaki bireylerde görüş ve inanış etmenlerinin etkisiyle beliren düşünme yolu, düşünüş biçimi, zihniyet, mantalite, hoş görme, halden anlama” olarak tanımlanmaktadır (64).

“Anlayış” toplumdaki diğer bireylere karşı sabır, nezaket ve yargılayıcı olmayan bir tutum ile, insanların kusursuz olmadıklarının ve hatalar yapabildiklerinin farkında olmaktır. “Self-compassion” kavramı Türkçe’ye; “öz-duyarlık”, “öz-anlayış” ve “öz-

şefkat” gibi farklı şekillerde çevrilmiştir (64, 65). Bu araştırmada “self-compassion”ın karşılığı olarak “öz-anlayış” terimi kullanılmıştır.

Başkalarına karşı anlayışlı olmanın bazı gereklilikleri vardır. Öncelikle karşınızdakinin acı çektiğini farketmelisiniz. Sokaktaki evsiz insanları görmezden gelerseniz, onların yaşadıkları zorlukları da hissedemezsiniz. İkincisi ise, başkalarının acılarını kalbinizde hissetmeli ve kalben tepki vermelisiniz. Bu duygular gerçekleştiğinde kendinizi sıcak, sevecen ve acı çeken kişiye bir şekilde yardım etme arzusu içinde hissedersiniz. Anlayışlı olmak aynı zamanda başarısızlık veya hata yaptıklarında başkalarını yargılamaktan daha ziyade, başkalarına anlayış ve nezaket sunmak demektir. Son olarak da başkalarına karşı şefkat hissettiğinizde, acı, başarısızlık ve kusurun paylaşılan insan tecrübesinin bir parçası olduğunun farkına varmışsınız demektir (66, 67).

Anlayış, başkalarının acı ve ızdıraplarına karşı duyarlı olmayı ve başkalarının içinde bulunduğu bu durumu yargılamadan anlamayı içeren bir duygu iken; öz anlayış, kişinin kendi acı ve başarısızlık durumlarında kendini eleştirmekten ziyade kendine özenli ve anlayışlı davranma, yaşadığı bu durumu hayatın doğal bir parçası olarak görme ve mantıklı çözüm yolları arama olarak tanımlanmaktadır (66).

Temellerini, geçmiş 2500 yıl öncesine dayanan Budizm felsefesinden alan öz anlayış kavramını, anlayış çemberine bireyin kendisini de dahil etmesi olarak açıklayan ilk kişi; Texas Üniversitesi Eğitim Psikolojisi bölümünde görev yapan Kristin Neff’dir (66, 67).

Budist felsefede, ben ve diğerleri birbirlerinden ayrı değildir, birbirlerine bağımlıdırlar. Batı medeniyetinde bireyler başkalarına karşı anlayış sahibi olmaları gerektiğini düşünürler, fakat Budist kültürde bireylerin başkalarına karşı anlayışlı olabilmesi için öncelikle kendisine karşı anlayış göstermesi gerektiği vurgulanır (68-70).

Öz anlayış kavramında kişinin kendine karşı duyarlı bir tutuma sahip olması, bilinçlilik olarak tanımlanan tutarlı bir bakış açısına sahip olmasını gerektirir. Bilinçlilik, aşırı özdeşleşme ve ilgisiz kalma şeklinde açığa çıkabilecek aşırı tutumları engelleyerek zihinsel ve duygusal hisleri ortaya çıktıkları haliyle net biçimde görmeyi ve kabul etmeyi içerir (70).

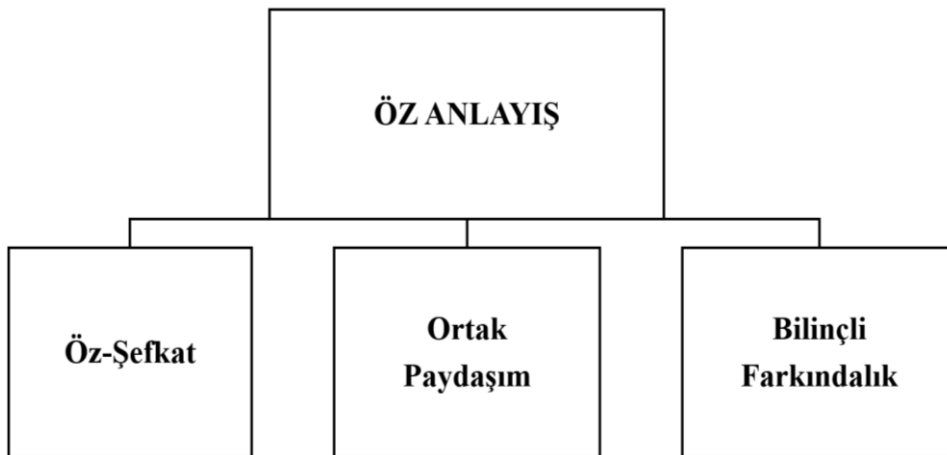
Anlayışlı olmak başkalarına sabırlı ve kibar olmayı, yargılamadan ve sorgulamadan hiçbir insanın her zaman doğru olmayacağını ve herkesin hata yapabileceğini kabul etmeyi içerir. Buradan yola çıkarak Neff, öz anlayışı “bireyin kendi hatalarına karşı açık olması ve ondan duygusal olarak etkilenmesi, ondan kaçınmaması ve içinde bulunduğu durumu yatıştırma isteği ve kendisini iyileştirmesi” olarak açıklamıştır (70).

“Öz anlayış” kavramı, pasiflik, benlik saygısı, kendine acıma, bencillik, kendini düşünme ve kendini şımartma kavramları ile karıştırılmamalıdır. Öz anlayış duygusu gelişmiş olan kişi bencil bir yaklaşım ile kendi sorunlarını ve kendi ile ilgili her unsuru başkalarının benzer duygularından ve durumlarından daha önde görmek yerine yaşadığı durumun insan olmanın bir parçası olduğunu ve kendisi dahil tüm bu durumu yaşayan insanların şefkate değer olduğunu düşünürler (71, 72).

Kişinin kendisini farkında olması ve olumsuz taraflarına anlayış göstermesi, kendine karşı eleştirel ve acımasız olmasından daha fazla motive edicidir. Böylece kişi değişim ve gelişim için gerekli güce sahip olup yaşamın ileri dönemlerinde benzer durumlarda sorumluluk almaktan kaçınmazlar (71).

Neff, öz anlayış kavramını daha fonksiyonel hale getirmek için birbirleriyle ilişkili ve birbirlerini tamamlayan üç temel ögesi olduğunu tanımlamıştır. Kişiler acı veya başarısızlıklarla karşılaştığında, öz-anlayışın üç temel unsuru ortaya çıkmaktadır (70).

Şekil 1: Öz anlayışın üç temel ögesi (70)



2.2.1. Kendine Şefkat / Öz Şefkat / Öz Merhamet

Kendine şefkat, yaşamda karşılaşılan zorluklarda, başarısızlıklarda ve çaresiz kalınan durumlarda kendini yargılayıp eleştirmekten ziyade kendini anlamak, kendine sevecen ve duyarlı olarak durumun hayatın içinde olağan bir durum olduğunu kabul etmektir (71).

Kendine karşı şefkat duyguları gelişmiş olanlar hayatta kendini sert yargılamalardan ve öz eleştirilerden kaçınırlar ve bu bireylerin depresif, endişeli ve stresli olma olasılıkları daha düşüktür. Toplumda diğer bireylerle zayıf ilişkileri olan ve kendini ikinci plana atılmış hissedenlerde kendine şefkat duygusu gelişmemiştir (71).

Bireyler herhangi bir acı veya başarısızlık durumunda, içinde bulunduğu duruma çözüm arama önceliğinden kendisini sakinleştirip, yatıştırma duygusu önceliğine geçiş yapması öz şefkat yaklaşımı olarak değerlendirilir. Öz şefkat yaklaşımında kişi negatif ve alçaltıcı yorumlar yapmamalı kendi zaafı ve eksikliklerine karşı anlayışlı olmalıdır. Öz şefkat yaklaşımında kişi kendini eleştirmekten kaçınmak ve bu durumu doğal karşılamının yanında, bir başkasına yaptığı gibi aktif bir şekilde kendini rahatlatmalıdır (72).

2.2.2. Ortak Paydaşım / Paylaşımların Bilinci

Öz anlayışın paylaşımların bilincinde olma birleşeninde, bireyin yaşamın mutlu veya sıkıntılı deneyimlerinin sadece kendi benliğine özgü olmadığına ve diğer tüm insanların da benzer deneyimler yaşadıklarına ilişkin farkındalığını ifade eder. Kişi kendi yaşadıklarını ve deneyimlerini tüm dünyadan ayrı ve yalıtılmış görmekten ziyade, tüm insanlığın deneyiminin bir parçası olarak görmesi vurgulanır (73, 74).

Kültürel ve evrensel değerlerin özünde ortak deneyimler ve paydaşım vardır. Ortak insanlık duygusuna sahip bireyler, kültürel değerleri korurlar, önem verirler ve diğer kültürel değerlere saygı gösterirler; adalet, hak, hukuk, eşitlik ve özgürlük gibi temel demokratik değerlere gönülden bağlıdırlar ve toplumsal ilişkilerini bu ölçütlere göre düzenleme eğilimindedirler. İnsanlar paylaşımların bilincinde olma hissini anladıklarında kendilerini yalnız ve yalıtılmış hissetmek yerine bu duyguları kendileri için pozitif yönde değerlendirecek ve düzenlemeleri yapacaklardır. Bu düzenleme süreci şefkat, anlayış ve ortak insani değerler içerisinde gerçekleşir (74, 75).

Ortak paydaşım bilinci ile ilgili diğer bir kavram da empatidir. Empatik karşılık, kendini başkasının yerine koyarak, kişinin kendisini yatıştırmasını destekleyerek bireysel gelişimine yardım etmeye dayanır. Empatiyi yazarlar farklı tanımlarlar, fakat açıkça anlaşılıyor ki, acı çeken bir kişinin yerine kendini koymak, diğer kişilerin üzüntülerinin bilincinde olmaktır. Bu ortak bilinç (farkındalık) tüm diğer insanlarla ilişkimizi ve birbirimize bağlılığımızı vurgular (73-75).

2.2.3. Bilinçli Farkındalık

Öz anlayışın son temel birleşeni bilinçli farkındalık hissidir. Bilinçli farkındalığın tersi, acı yaşantılarının aşırı algılanması olarak tanımlanır. Bilinçli farkındalık acı veren duygu ve düşüncelerle özdeşleşmek yerine yargılamamanın süzgeci ve merceği olmadan bu acılarla ilgili farkındalığı dengede tutmaktır. Yani kişi deneyimlerini bastırmak yerine onları olduğu gibi kabul eder (74, 75).

Öz anlayışlı bireyler, acı veren sorunlarla karşılaştıkları zaman bu sorunlara odaklanmak ve bu sorunlara aşırı bir anlam yüklemek yerine bu sorunları bilinçli bir şekilde farkına varırlar. Bu farkına varma süreci olumsuz yargılamayı ortadan kaldırır, öz eleştiriye hafifletir ve kendini anlamayı sağlar. Bunlar gerçekleştiği zaman bireyin kendine anlayışı artar. Birey herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman düşüncelilik mekanizmasını; intention (niyet), attention (dikkat) and attitude (davranış/tavır) öğelerine göre çalıştırılmalıdır. Bu öğeleri temel alarak mekanizmayı çalıştırmak için, düşüncelilik mekanizmasını içinde bulunduğumuz anı ve sorunları, amaçlı ve özel bir yöntemle dikkat ederek, yargılamayan bir niyete ve o ana göre düzenlemek gerekmektedir. Sonuçta, bireyde olumlu düşünceler gelişir ve olumsuz düşüncelerin etkisi hafifler ve sonuçta yaşadığı olumsuz durumlardan kendisine tecrübe edinmeye çalışır (70-74).

Öz anlayışın bu üç birleşeni kavram olarak farklı olmasına rağmen, aynı zamanda birbirleriyle etkileşim ve ilişki halindedirler. Kişinin olumsuz duygularından uzaklaşabilmesi için belli bir miktar düşünceli olmak duygusuna sahip olması gerektiği tartışılmaktadır. Öncelikle, yargılayıcı olmayan bir düşünce eleştiriye azaltır ve kendini anlama oranını artırır. Kendine karşı şefkatli olma ve bağlılık duyguları da düşünceli olmayı daha çok artırır. Örneğin; kişi kendini kabul etmeye yetecek kadar bir süre yargılamadan vazgeçerse, bu duygusal tecrübenin negatif etkisi azalacak ve kişinin duygusu ile düşüncesi arasında daha dengeli bir tavır sergilemesini sağlayacaktır. Son

olarak, kendine karşı şefkatli olma ve ortak paydaşım yaşıyor olmak da birbirine katkıda bulunur. Dördüncü unsur olan duygu yönetimi, duyguları bastırmak yerine, yaşamsal duyguları düzene koymak ve yaşamsal duygulara uyum sağlamayı vurgular (74, 75).

2.2.4. Öz Anlayış Kavramının Alt Boyutlarının Birbirleriyle İlişkisi

Öz anlayışın alt boyutları her ne kadar kavramsal olarak birbirinden ayrı görünse de, her bir boyut diğer boyutlarla etkileşim halindedir, diğer boyutların oluşumuna katkıda bulunabilir ya da düzeyini artırabilir (75).

Jopling'e göre kişi bilinçlilik boyutunda duygu ve düşüncelerine yargılamadan, belirli bir mesafe ile yaklaştığında kendini daha az eleştirecek ve daha çok anlamaya çalışacaktır; bu durum öz sevecenlik boyutunun artmasına doğrudan katkıda bulunur (75). Stolorow'a göre, bilinçliliğin kazandırdığı dengeli bakış açısı, yalnızlık ve diğer insanlardan ayrılık duygularına yol açan benmerkezci bakış açısını ortadan kaldırarak karşılıklı bağıllık hissini güçlendirir (71, 75).

Benzer şekilde, öz sevecenlik ve bağıllık duyguları da bilinçlilik boyutunu artırmaya yardımcı olabilir. Kişi uzun süre kendini yargılamadan ve azarlamadan durabilirse, varlığını belirli düzeyde kabullenir duruma gelecektir. Bu da duygusal deneyimin kişi üzerindeki etkisini azaltarak, duygu ve düşüncelerine dengeli bir farkındalıkla yaklaşmasını kolaylaştıracaktır. Acı çekme ve başarısızlığın tüm insanların başına gelebileceğini hatırlayan kişi, deneyimlerini daha geniş bir perspektifte değerlendirerek düşünce ve duyguları ile aşırı şekilde özdeşleşmeyecektir. Ayrıca, öz sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma boyutları birbirlerini de etkilemektedir. Kişi kendini acımasızca yargıladığında, öz bilinç güçlenir ve bu durum yalnızlık duygularının artmasına neden olur (71, 75).

2.2.5. Öz Anlayış Kavramı İle İlişkili Faktörler

Bir çocuğun ilk yıllarındaki yetiştiriliş şekli onun ilerleyen yıllarda anlayışlı, kendini seven, değer veren bir birey olup olmayacağını belirler. Bir kişinin öz anlayışının gelişmesi çocukken çevresinden gelen empatik cevapları içselleştirmesi ile gelişen bir süreç olduğu öne sürülmüştür. Benzer şekilde, iç duygu durumlarını tanımak ve dikkat edebilme yeteneğinin çocukların erken yaşlarda onları yetiştirenlerden aldığı empatiyle

ilişkili olduğu iddia edilmiştir (75, 76). Bu da, çocukken aileleri ile sıcak ve destekleyici ilişkiler yaşayan, ailelerini anlayışlı ve şefkatli gören çocukların, yetişkin olduklarında da aynı hareketleri sergilediklerini göstermektedir. Bunun tam tersi olarak da çok eleştiren ve soğuk tavırlar içinde olan ailelerin çocuklarının da fazlaca öz anlayışsız oldukları görülmektedir (76).

Bazı araştırmalarda elde edilen bulgularda ise, kadınların kendilerine karşı daha eleştirel davrandıkları ve daha fazla düşüncelere kapılma sergiledikleri görülmüş ve bundan dolayı kadınların erkeklere göre daha düşük öz anlayış seviyeleri olabileceği düşünülmüştür. Neff'in yaptığı çalışma göstermiştir ki; kadınlar, erkeklere nazaran daha az öz-anlayışa sahiptirler ve kadınlar, erkeklerden daha fazla kendilerini yargıladıklarına, acı veren bir durumla karşılaştıklarında kendilerini yalnız hissetmeye daha eğilimli olduklarına ve daha fazla özdeşleşme yaşayıp, olumsuz hislerine daha az takıldıklarına işaret etmiştir (68, 70). Öz anlayışın psikolojik sağlıkla olan ilişkisini incelemek için yapılan çalışmada da kadınların daha düşük öz anlayışa sahip olduğu ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır (76).

Ergenlik dönemi hayatta öz anlayış oranının en düşük olduğu dönemdir. Ergenlik tam bir kendi içine çekilme dönemidir. Ergenlik döneminde ergen benmerkezciliği denilen herkesin ona dikkat ettiği gibi bir düşünce biçimi görülür. Bu düşünce biçimi yüzünden ergen herkesin ona baktığı, onu gözlediğini düşünür ve kendini sürekli olarak sahnede hisseder. Ergen ben merkezciliği artan bir kişisel eleştiriye, izolasyon duygularına ve duygularla aşırı özdeşleşmeye katkıda bulunur. Bunun anlamı da öz anlayışın özellikle bu dönemde gerekli olduğudur (76).

Öz anlayış kavramı farklı kültürlerde ele alındığında özellikle asya kültürlerinden gelen bireylerde daha özgür bir benlik kavramı olduğu tanımlanmıştır (68). Çünkü bu tip toplumların budist öğretisi ile birlikte öz anlayış kavramına daha çok maruz kaldıkları görülmüştür. Bu durumda asyalıların batılılardan daha kendini seven bireyler olduğu düşünülebilir (70). Fakat asyalıların batılılara göre daha çok kendilerini eleştiren insanlar oldukları da bilinmektedir. Neff'in Öz Anlayış Ölçeği'nin yapı geçerliliğini sınamak için yaptığı çalışmada budist olan ve budizmi yaşamayan iki grup arasında yapılan karşılaştırmada budistlerin öz anlayış puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (68, 70).

2.2.6. Öz Anlayış Seviyelerini Artırma Eğitimler

Öz anlayış seviyesinin artırılması için birçok teknik mevcuttur. Bu teknikler içinde ön plana çıkan teknik düşünce tabanlı (mindfulness-based) terapötik tekniklerdir. Bu tip yaklaşımlar Kabat-Zinn'in düşünce bazlı stres azaltma programı (Mindfulness Based Stress Reduction Program) veya Goleman'ın sürekli bahsettiği okul tabanlı duygusal zeka programlarında (schoolbased emotional intelligence) görülmektedir (77). Kabat'ın programı, Shapiro ve arkadaşları tarafından öz anlayış seviyesini artırıp artırmadığını araştırdıkları çalışmada kullanılmıştır. 6 haftalık düşünce tabanlı bu etkinlik sonrasında kursa katılım göstermenin katılımcıların öz anlayış seviyelerini önemli ölçüde artırdığını bulmuşlardır (78).

Gilbert ise kendilerini sürekli acımasızca eleştiren bireyler için öz anlayış tabanlı terapötik bir yaklaşım (Compassionate Mind Training) geliştirmişlerdir. Bu yaklaşım hastaların rahatlama, yeniden güven kazanması ve kendi hatalarına karşı anlayış geliştirmelerini içeren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım henüz başlangıç aşamasında olsa da, alınan ilk sonuçlar bu yaklaşımın kendine öfke, anksiyete ve depresyon duygularını büyük ölçüde azalttığını göstermiştir (79).

2.2.7. Öz Anlayışın Ölçülmesi

Öz anlayış, Neff tarafından geliştirilen ve yeni bir ölçek olan öz anlayış ölçeği ile değerlendirilmektedir. Bu ölçek, öz anlayış yapısının özelliklerini ölçen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesine yönelik (self report) bir ölçektir. 26 maddelik bir ölçme aracı olan bu ölçeğin analizinde, öz anlayış yapısını oluşturan 6 alt boyutun varlığı doğrulanmıştır; öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşımların farkında olma, yabancılaşma, bilinçlilik ve aşırı-özdeşleşme. Ölçeğin puanlanmasında negatif ölçekler (öz yargılama, yabancılaşma ve aşırı-özdeşleşme) ters puanlanmıştır ve altı alt ölçeğin toplamı bireyin tüm öz anlayış puanını vermektedir (70).

Ölçek geliştirmeye katılımcılarla küçük gruplar halinde görüşüldüğü bir pilot çalışmayla başlamış ve bu çalışmada öz anlayışın üç boyutuyla ilişkili benlik süreçleri hakkında katılımcılara açık uçlu sorular sorulmuştur. Bu oturumların amacı, bireylerin acı ve başarısızlık deneyimlerine yönelik tepkilerini doğal olarak nasıl ifade ettiklerini tanımlayarak, ölçek maddelerinin kolayca anlaşılabilmesi, ortak bir anlaşılma zemini

oluşturmaktır. Katılımcılar aynı zamanda ölçek maddesi olabilecek bazı potansiyel maddeleri cevaplamış ve bu maddelerin anlaşılabilirliğine ve tartıştıkları konuyla ne derece bağlantılı olduğuna ilişkin geri dönüş sağlamıştır (70).

Her oturumun sonunda, öz anlayış yapısı açıklanmış ve katılımcılardan yorumları istenmiştir. “Çok fazla” yorumunun öz anlayış yapısını net olarak ölçemediğini, daha az başarılı olduğunu, öz anlayış ile kendine acımayı birbirinden ayırmak için yeterli olmadığını göstermekteydi. Pilot çalışmanın ikinci aşamasında, katılımcılara öz anlayış ölçeği uygulanmış ve onlardan anlaşılır olmayan maddeleri belirlemeleri istenmiştir. Bir sonraki çalışmada, madde havuzundaki sorular üniversite öğrencilerine uygulanmış ve güvenirlik puanlarına ve faktör yüklerine göre final maddeleri seçilmiştir. Faktör analizi, öz sevecenlik, öz yargılama, paylaşımların farkında olma, izole olma, bilinçlilik ve aşırı-özdeşleşme şeklinde altı faktörlü modeli desteklemiştir (70).

İç tutarlılık güvenirlik puanları ölçeğin bütünü için .92, “özsevecenlik” için .78, “öz yargılama” için .77, “paylaşımların farkında olma” için .80, “yabancılaşma” için .79, “bilinçlilik” için .75 ve “aşırı-özdeşleşme” için .81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlik puanlarının ise tüm ölçek için .93 ve altı alt ölçek için sırasıyla. 88, .88, .80, .85, .85 ve .88 olduğu görülmüştür (70).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin yaşadıkları merhamet yorgunluğunu ve öz anlayışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına bu hastanenin yatan hasta kliniklerinde (cerrahi klinikler, dahili klinikleri, yoğun bakım üniteleri) çalışan hemşireler alınmıştır. Bu hemşireler daha önce merhamet yorgunluğu ve öz anlayış konularında herhangi bir eğitim almamışlardır.

Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1150 yatak kapasitesine sahiptir. Bunların 49'u yoğun bakım ünitesi yatağıdır. 2017 Ağustos ayı verilerine göre, yatan hasta kliniklerinde (dahili klinikler/cerrahi klinikler/yoğun bakımlar) 450 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Sağlık Bakanlığı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, bu nedenle örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırma evrenini 450 hemşire oluşturmaktadır, ancak araştırmanın uygulanması sırasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerden izin, istirahat vb. nedenlerle 38 hemşireye ulaşılamamış, hemşirelerin %91,5'ine ulaşılarak, araştırma 412 hemşire ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri: Anket uygulaması sırasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşireler (dahili klinikler, cerrahi klinikler, yoğun bakımlar) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler ve anket uygulaması sırasında herhangi bir nedenle izinli olan hemşireler.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında literatürden yararlanılarak hazırlanan; Kişisel Bilgi Formu, Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Versiyon 4 (ÇYKÖ) (ProQOL IV) ve Öz Anlayış Ölçeği (ÖAÖ) (Self Compassion Scala) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmaya katılan hemşireler hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış ve 10 sorudan oluşan bir anket formudur. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu okul, mesleki deneyim yılı, çalıştığı birim, çalıştığı birimde çalışma yılı, sıklıkla çalışılan vardiya ve çalışılan birimdeki görevidir (EK-1).

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Versiyon 4 (ÇYKÖ): Rehberlik ve araştırma merkezlerinde çalışan personelin çalışma yaşamı kalitelerinin ölçülmesi amacıyla Stamm tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Yeşil ve ark. tarafından yapılan Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) kullanılmıştır (59, 60, 80). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği, 30 madde ve üç alt ölçekten oluşan “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasında değişen altı basamaklı bir değerlendirme çizelgesi bulunan likert tipi bir öz bildirim değerlendirme aracıdır (EK-3). ÇYKÖ’nün birinci alt boyutu 10 maddeden oluşan ve çalışanların umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen “tükenmişlik” alt boyutudur. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir.

ÇYKÖ’nün ikinci alt boyutu çalışanların kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eden “mesleki tatmin” alt boyutudur. Ölçekte mesleki tatmin 10 madde ile ölçülmektedir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusu düzeyini göstermektedir.

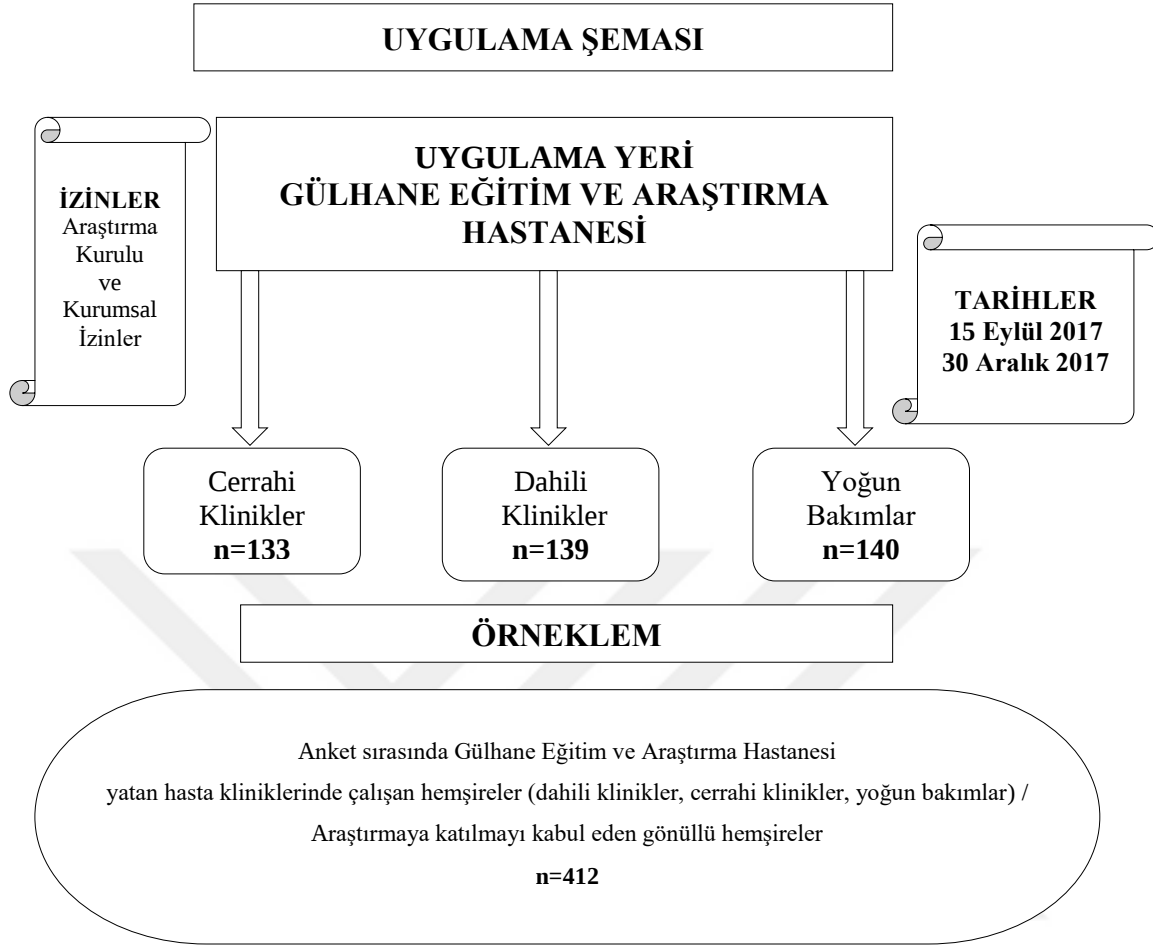
ÇYKÖ’nün üçüncü alt boyutu olan “merhamet yorgunluğu” alt ölçeği ise stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için 9 maddeden oluşturulmuş bir testtir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler merhamet

yorgunluğunu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Bu alt ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçekteki 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters ifadelerdir ve tersten puanlanarak hesaplanması gereken maddelerdir.

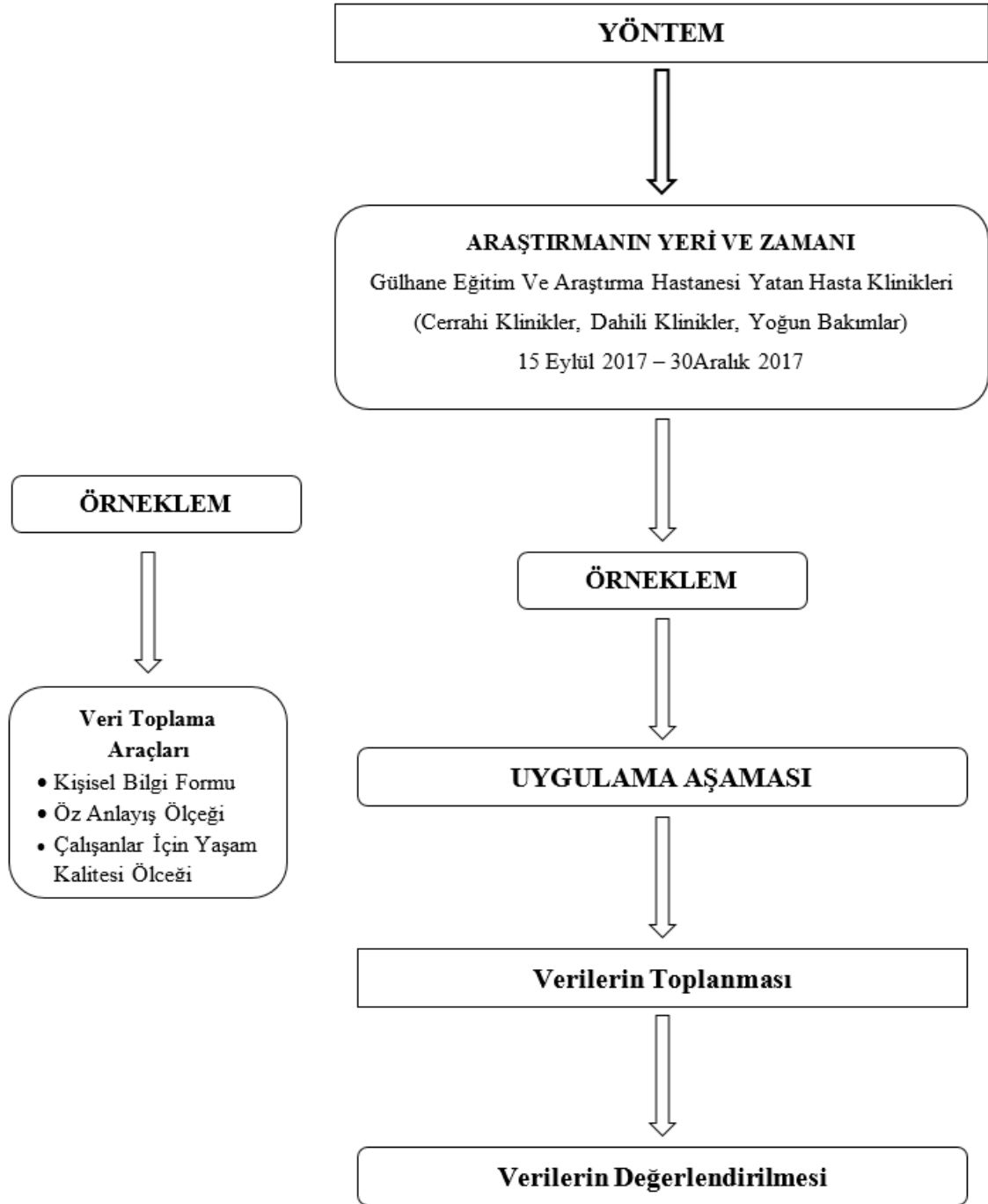
ÇYKÖ'nün cronbach's alfa değeri: 0,848 olarak hesaplanmıştır. Tükenmişlik alt ölçeğinin cronbach's alfa değeri: 0,622'dir. Maddelerinin standardizasyonu esas alınarak hesaplandığında cronbach's alfa değeri: 0,575'dir. Mesleki tatmin alt ölçeğinin cronbach's alfa değeri: 0,819'dur. Maddelerinin standardizasyonu esas alınarak hesaplandığında cronbach's alfa değeri: 0,884'tür. Merhamet yorgunluğu alt ölçeğinin cronbach's alfa değeri: 0,835'dir. Maddelerin standardizasyonu esas alınarak hesaplanan cronbach's alfa değeri: 0,841'dir. Araştırmamızda ÇYKÖ'nün cronbach's alfa değeri 0,763 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanım izni Türkçe validasyon ve geçerliliğini yapan Aslı Yeşil'den alınmıştır (EK-6).

Öz anlayış Ölçeği (Self Compassion Scala): Orijinali 26 maddelik 6 ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte cevaplayanlardan belirtilen durumla ilgili olarak ne kadar sıklıkla hareket ettiklerini "Hemen hemen hiçbir zaman= 1" ve "Hemen hemen her zaman= 5" arasında değişen 5'li likert tipi bir ölçekte derecelendirmeleri istenmektedir. Neff tarafından geliştirilen Öz Anlayış Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Deniz ve ark. tarafından yapılmıştır (70, 71). Türkçe Öz Anlayış Ölçeği'nin orijinalinden farklı olarak ölçeğin tek boyutlu bir yapı gösterdiği ve aynı zamanda madde korelasyonunda 30 altında olan 2 tane madde ölçekten çıkartılarak toplam 24 maddelik bir ölçek elde edilmiştir. Bu maddelerin 11 tanesi (1,3,5,7,10,12,15,17,19,22 ve 23) ters ifadelerdir. Bu maddelerin puanlamaları 5,4,3,2,1 şeklinde hesaplanır. Araştırmamızda Öz Anlayış Ölçeği'nin cronbach's alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçek kullanım izni, Türkçe validasyon ve geçerliliğini yapan Mehmet Engin Deniz'den alınmıştır (EK-6).

Şekil 2: Uygulama şeması



Şekil 3: Yöntem şeması



3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama süreci, Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2017 aylarında gerçekleşmiştir. Uygulama 8-16 vardiyasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından hemşirelere; araştırmanın amacı, süresi, yararları ve onlardan ne beklenildiği ile ilgili açıklamalar yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden, yazılı ve sözel onamları alınan gönüllü hemşirelerin hasta bakım işlevlerini kesintiye uğratmamaları için anketler kapalı zarf içinde gönüllülere bırakılmış, kararlaştırılan saatlerde ve günlerde ziyaretler yapılarak kapalı zarflarda geri toplanmıştır. Anketin bir kişi için uygulama süresi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Araştırmanın her aşamasında; çalışmanın sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel veriler ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmaması sağlanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanılmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Normal dağılımdan gelmeyen değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No.:KA17/230 ve Tarih:14.09.2017) (EK-4), Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yöneticiliği ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ve Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan kurum izni alınmıştır (EK-5).

Araştırmada gizlilik sağlamak için katılımcılardan kimlik bilgilerini yazmamaları istenmiş olup verilen yanıtların bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı beyan edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ankete katılan hemşirelerin mesleğe başlamadan, çalıştığı bölüme ilk başladığı zaman veya geçmişte herhangi bir zamanda merhamet yorgunluğu ve öz anlayış seviyeleri açısından elimizde herhangi bir verinin bulunmaması çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Hemşirelik mesleğinin uluslararası veya ulusal düzeyde uygulanma ilkeleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanesi özelinde uygulanan bu araştırmanın sonuçları ulusal ve uluslararası düzeyde genellenmemelidir. Anket sonuçları ile araştırma konusuna niceliksel ve istatistiksel bir bakış sağlanmıştır. Ayrıca araştırma verileri kendi kendine bildirime dayalı olduğu için kişilerin belirttikleri ifadeler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklarla sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin incelenmesi

4.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) ve alt ölçeklerin puanlarının incelenmesi

4.3. ÇYKÖ ve alt ölçek puanlarının hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre incelenmesi

4.4. Öz Anlayış Ölçeği puanlarının incelenmesi

4.5. Öz Anlayışın Ölçeği puanlarının hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre incelenmesi

4.6. Öz anlayış ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve mezun olduğu okul, çalıştığı birim, sıklıkla çalışılan vardiya, çalıştığı birimdeki pozisyon, mesleki deneyim ve çalıştığı birimdeki çalışma süreleri özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri

	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
20-30 yıl	132	32,03
31-40 yıl	201	48,78
41 yıl ve üzeri	79	19,19
Cinsiyet		
Kadın	402	97,57
Erkek	10	2,43
Medeni Durum		
Evli	253	61,41
Bekar	159	38,59
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	237	57,52
Hayır	175	42,48
Mezun Olduğu Okul		
Önlisans ve altı	26	6,31
Lisans	289	70,15
Lisansüstü	97	23,54
Çalıştığı Birim		
Cerrahi Klinik	133	32,28
Dahili Klinik	139	33,74
Yoğun Bakım	140	33,98
Sıklıkla Çalışılan Vardiya		
Gece	78	18,93
Gündüz	207	50,24
Diğer (Nöbet)	127	30,83
Çalıştığı Birimdeki Pozisyon		
Sorumlu Hemşire	33	8,25
Servis Hemşiresi	341	82,76
Diğer	36	8,99
Mesleki Deneyim (Yıl)		
0-5 yıl	80	19,42
6-10 yıl	62	15,05
11-15 yıl	82	19,90
16-20 yıl	75	18,20
21 yıl ve üzeri	113	27,43
Çalıştığı Birimdeki Çalışma Süresi (Yıl)		
0-5 yıl	237	57,52
6-10 yıl	85	20,63
11-15 yıl	57	13,83
16-20 yıl	12	2,91
21 yıl ve üzeri	21	5,11

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 48,78'i 31-40 yaş aralığında, % 97,57'si kadın, % 61,41'i evli ve % 57,52'si çocuk sahibidir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (% 70,15) lisans mezunudur. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre dağılımları incelendiğinde % 32,28'inin cerrahi kliniklerde, % 33,74'ünün dahili kliniklerde, % 33,98'inin yoğun bakımlarda ve % 50,24'ünün gündüz vardiyasında ve %82,76'sının servis hemşiresi olarak çalıştıkları görülmüştür (Tablo 2).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri incelendiğinde, % 19,42'si 0-5 yıl arası, % 27,43'ünün ise 20 ve üzeri yıldır çalıştıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı birimdeki çalışma süreleri incelendiğinde ise; % 57,52'sinin çalıştığı birimde 0-5 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir.

4.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Ölçeklerin Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada kullanılan ölçeklerden Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) (ProQOL IV) ve alt ölçeklerden alınan puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri

Ölçekler	X±SS	Min-Maks
ÇYKÖ Toplam Puanı (ÇYKÖ)	73,8±13,84	43-113
Tükenmişlik Alt Boyutu	17,9±6,9	0-38
Mesleki Tatmin Alt Boyutu	35,72±8,08	10-50
Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu	20,17±8,99	0-43

Tablo 3 incelendiğinde hemşirelerin ÇYKÖ toplam puanları 43 ile 113 arasında değişmekte olup ortalama değerin 73,8±13,84 olduğu görülmektedir. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği mesleki tatmin alt boyutu puanları 10 ile 50 arasında değişmekte olup ortalama değer 35,72±8,08'dir. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği tükenmişlik alt boyutu puanları 0 ile 38 arasında değişmekte olup ortalama değer 17,9±6,9'dur. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği merhamet yorgunluğu alt boyutu puanları 0 ile 43 arasında değişmekte olup ortalama değer 20,17±8,99'dur. Ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanların ortalaması dikkate alındığında ölçek toplam puan, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu alt boyutlarının puan ortalamalarının ortalama değerin altında, mesleki tatmin puanının ise ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir.

4.3. ÇYKÖ ve Alt Ölçek puanlarının Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçeklerinin hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi Tablo 4’de, mesleki özelliklerine göre incelenmesi de Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 4: ÇYKÖ ve alt ölçekleri puanlarının hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre incelenmesi

Tanıtıcı Özellikleri		n	ÇYKÖ Toplam Puanı	Tükenmişlik Alt Ölçek Puanı	Mesleki Tatmin Alt Ölçek Puanı	Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçek Puanı
Yaş	20-30 yıl	132	73,83±14,11	18,5±6,6	35,61±7,03	19,72±9,33
	31-40 yıl	201	73,01±13,32	17,89±7,25	35,19±8,87	19,93±8,89
	41 yıl ve üzeri	79	75,76±14,62	16,95±6,41	37,25±7,53	21,56±8,61
	H Testi		H:1,789, p:0,409	H:2,826, p:0,243	H:3,451, p:0,178	H:2,852, p:0,24
Cinsiyet	Kadın	402	73,89±13,9	17,92±6,95	35,75±8,12	20,21±9
	Erkek	10	70,3±11,2	17,1±4,31	34,5±6,65	18,7±8,86
	U Testi		z:-0,584, p:0,559	z:-0,563, p:0,574	z:-0,639, p:0,523	z:-0,401, p:0,689
Medeni Durum	Evli	253	73,72±13,77	17,88±6,66	35,53±8,05	20,31±9,11
	Bekar	159	73,92±13,98	17,94±7,27	36,03±8,16	19,96±8,81
	U Testi		z:-0,025, p:0,98	z:-0,435, p:0,663	z:-0,485, p:0,628	z:-0,105, p:0,916
Çocuk Sahibi Olma	Evet	237	73,94±13,76	17,65±6,79	35,83±8,21	20,46±9,01
	Hayır	175	73,62±13,97	18,24±7,04	35,58±7,93	19,79±8,96
	U Testi		z:-0,24, p:0,81	z:-1,355, p:0,175	z:-0,401, p:0,688	z:-0,574, p:0,566
Mezun Olduğu Okul	Önlisans ve altı	26	73,69±13,87	13,08±8,56	40,12±7,57	20,5±8,86
	Lisans	289	73,93±14,07	18,5±6,44	35,13±7,64	20,3±8,98
	Lisansüstü	97	73,43±13,25	17,42±7,25	36,3±9,13	19,71±9,11
	H Testi		H:0,071, p:0,965	H:10,946, p:0,004	H:10,622, p:0,005	H:0,256, p:0,88

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve ÇYKÖ-merhamet yorgunluğu alt ölçeği puanları; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu okul) göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanları arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanları; mezun olduğu okul değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). ÇYKÖ-tükenmişlik alt boyutu puanları; lisans mezunlarında önlisans ve altı mezunlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; mezun olduğu okul değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; önlisans ve altı mezunu olanlarda lisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 5: ÇYKÖ ve alt ölçekleri puanlarının hemşirelerin mesleki özelliklerine göre incelenmesi

Mesleki Özellikleri	n	ÇYKÖ Toplam Ölçek Puanı	Tükenmişlik Alt Ölçek Puanı	Mesleki Tatmin Alt Ölçek Puanı	Merhamet Yorgunluğu Alt Ölçek Puanı	
Çalışılan Birim	Cerrahi Klinik	133	74,2±13,77	18,69±6,16	34,91±8,13	20,59±9,06
	Dahili Klinik	139	72,38±12,83	16,81±7,06	35,81±8,5	19,76±8,39
	Yoğun Bakım	140	74,84±14,81	18,24±7,29	36,41±7,59	20,19±9,52
	Kruskal Wallis H Testi		H:1,853, p:0,396	H:4,649, p:0,098	H:2,278 , p:0,320	H:0,529, p:0,768
Sıklıkla Çalışılan Vardiya	Gece	77	75,44±13,24	19,34±6,24	34,58±7,72	21,52±8,71
	Gündüz	206	72,77±13,22	16,92±7,14	36,67±8,72	19,18±8,57
	Gece-Gündüz (Nöbet)	126	74,63±15,16	18,71±6,71	34,86±7,11	21,06±9,75
	Kruskal Wallis H Testi		H:2,268, p:0,322	H:9,58, p:0,008	H:7,52 , p:0,023	H:6,223, p:0,045
Çalışılan Birimdeki Pozisyon	Sorumlu Hemşire	33	71,82±13,78	15,39±7,06	37,94±8,85	18,48±8,31
	Servis Hemşiresi	341	73,86±13,77	18,01±6,91	35,65±8,1	20,19±9,08
	Diğer	36	75,31±14,96	19,22±6,35	34,39±7,2	21,69±8,85
	Kruskal Wallis H Testi		H:0,741, p:0,691	H:5,512, p:0,064	H:4,125 , p:0,127	H:2,139, p:0,343
Mesleki Deneyim Süresi	0-5 yıl	80	73,14±14,96	18,38±7,35	34,82±6,84	19,94±9,63
	6-10 yıl	62	72,32±14,16	17,73±6,36	36,56±7,35	18,03±8,79
	11-15 yıl	82	72,66±12,99	18,37±6,99	33,72±9,02	20,57±9,01
	16-20 yıl	75	74,11±12,78	17,88±6,99	35,79±8,65	20,44±8,38
	21 yıl ve üzeri	113	75,71±14,12	17,35±6,79	37,31±7,92	21,05±8,95
	Kruskal Wallis H Testi		H:3,719, p:0,445	H:2,129, p:0,712	H:11,505, p:0,021	H:4,977, p:0,29
Çalışılan Birimdeki Çalışma Süresi	0-5 yıl	237	72,62±13,52	18,17±7,05	34,86±7,91	19,59±9,09
	6-10 yıl	85	74,99±14,08	18,08±6,77	36,02±8,03	20,88±8,88
	11-15 yıl	57	75,04±13,84	16,32±6,63	37,7±8,81	21,02±8,94
	16-20 yıl	12	71,92±12,22	19,67±5,6	34,58±6,99	17,67±7,98
	21 yıl ve üzeri	21	80±16,01	17,43±6,91	39,57±7,32	23±8,58
	Kruskal Wallis H Testi		H:7,029, p:0,134	H:4,254, p:0,373	H:11,202, p:0,024	H:5,08, p:0,279

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları; hemşirelerin mesleki özelliklerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanları; çalışılan birim, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanları; sıklıkla çalışılan vardiya değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). ÇYKÖ-tükenmişlik alt boyut puan ortalaması gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde gece vardiyasında çalışan hemşirelere göre ve gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde gece-gündüz (nöbet) şeklinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; çalışılan birim ve çalışılan birimdeki pozisyon değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; sıklıkla çalışılan vardiya, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerine göre incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde gece vardiyasında çalışılan hemşirelere göre ve gece-gündüz (nöbet) şeklinde çalışan hemşirelerde ise gündüz vardiyasında çalışılan hemşirelere göre istatistiksel anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; mesleki deneyimi 21 yıl ve üzerinde olanların 11-15 yıl arasında deneyimi olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; çalışılan birimde çalışma süresi 0-5 yıl arasında olanların 11-15 yıl arasında olanlara göre, 0-5 yıl arasında olanların 21 yıl ve üzerinde olanlara göre ve çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanların ise 21 yıl ve üzerinde olanlara göre istatistiksel anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-merhamet yorgunluğu alt ölçeği puanları; çalışılan birim, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerine göre incelendiğinde istatistiksel olarak

anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ-merhamet yorgunluğu alt ölçeği puanları, sıklıkla çalışılan vardiya değişkenine göre incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). ÇYKÖ-merhamet yorgunluğu alt boyut puan ortalaması; gece vardiyasında çalışan hemşirelerde gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre istatistiksel anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

4.4. Öz Anlayış Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Araştırmada kullanılan ölçeklerden Öz Anlayış Ölçeği'nden alınan puanların ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma değerleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Hemşirelerin Öz Anlayış Ölçeği puan ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri

Ölçek	X± SS	Min-Maks
Öz Anlayış Ölçeği Toplam Puanı	80,32±16,45	24-120

Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları 24 ile 120 arasında değişmekte olup, ortalama değer 80,32±16,45'tir.

4.5. Öz Anlayışın Ölçeği Puanlarının Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özelliklerine Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin Öz Anlayış Ölçeği puanlarının hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre incelenmesi Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Öz Anlayış Ölçeği puanlarının hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre incelenmesi

	n	Ort.±SS	H/z, p
Yaş**			
20-30 yıl	132	79,8±16,06	H:0,81, p:0,667
31-40 yıl	201	79,95±17,08	
41 yıl ve üzeri	79	82,15±15,5	
Cinsiyet*			
Kadın	402	80,33±16,61	z:-0,118, p:0,906
Erkek	10	80,2±8,56	
Medeni Durum*			
Evli	253	80,78±16,44	z:-0,413, p:0,679
Bekar	159	79,59±16,5	
Çocuk Sahibi Olma*			
Evet	237	80,61±16,6	z:-0,042, p:0,967
Hayır	175	79,94±16,29	
Mezun Olduğu Okul**			
Önlisans ve altı	26	81,23±11,14	H:0,803, p:0,669
Lisans	289	79,91±16,68	
Lisansüstü	97	81,32±17,02	
Çalışılan Birim**			
Cerrahi Klinik	133	78,92±15,23	H:6,241, p:0,044
Dahili Klinik	139	83,34±17,4	
Yoğun Bakım	140	78,66±16,3	
Sıklıkla Çalışılan Vardiya**			
Gece	77	78,13±15,22	H:1,755, p:0,416
Gündüz	206	80,93±17,62	
Diğer	126	80,53±15,33	
Çalışılan Birimdeki Pozisyon**			
Sorumlu Hemşire	33	85,94±16,92	H:3,625, p:0,163
Servis Hemşiresi	341	79,92±16,77	
Diğer	36	78,64±12,04	
Mesleki Deneyim Süresi**			
0-5 yıl	80	78,41±15,17	H:5,383, p:0,25
6-10 yıl	62	82,26±15,61	
11-15 yıl	82	81,87±16,39	
16-20 yıl	75	77,11±17,67	
21 yıl ve üzeri	113	81,63±16,8	
Çalışılan Birimdeki Çalışma Süresi**			
0-5 yıl	237	80,27±16,55	H:2,83, p:0,587
6-10 yıl	85	80,13±17,94	
11-15 yıl	57	79,05±15,83	
16-20 yıl	12	81,5±13,43	
21 yıl ve üzeri	21	84,52±12,32	
* Mann Whitney U Testi / ** Kruskal Wallis H Testi			

Araştırmaya katılan hemşirelerin Öz Anlayış Ölçeği puanları arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu okul, sıklıkla çalışılan vardiya, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Araştırmaya katılan hemşirelerde, hastanede çalıştıkları birime göre, Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Öz Anlayış Ölçeği toplam puanı; dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde cerrahi klinikler ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 7).

4.6. Öz Anlayış ile Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Öz anlayış ile Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiş ve analiz sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Ölçekler arasındaki istatistiksel ilişkinin sayısal değerleri

		Öz Anlayış Ölçeği
Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ)		
	r	-,398
	p	0,001
	n	412
ÇYKÖ – Mesleki Tatmin Alt Boyutu		
	r	,339
	p	0,001
	n	412
ÇYKÖ – Tükenmişlik Alt Boyutu		
	r	-,602
	p	0,001
	n	412
ÇYKÖ – Merhamet Yorgunluğu Alt Boyutu		
	r	-,464
	p	0,001
	n	412

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği merhamet yorgunluğu alt boyutu ve Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki zıt yönlü ve düşük derecelidir ($r:-0,464$, $p:0,001$). Çalışanların merhamet yorgunluğu puanı arttıkça Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları azalmaktadır.

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki

zıt yönlü ve düşük derecelidir ($r:-0,398$, $p:0,001$). Yaşam kalitesi toplam puanı arttıkça Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları azalmaktadır (Tablo 8).

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği mesleki tatmin alt boyutu ve öz anlayış ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki aynı yönlü ve düşük derecelidir ($r:0,339$, $p:0,001$). Çalışanların mesleki tatmin alt boyutu puanı arttıkça Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları da artmaktadır.

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği tükenmişlik alt boyutu ve öz anlayış ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu ilişki zıt yönlü ve orta derecelidir ($r:-0,602$, $p:0,001$). Tükenmişlik alt boyutu puanı arttıkça Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları azalmaktadır (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulguların literatür çerçevesinde tartışılarak yorumlanmasına yer verilmiştir.

Çalışmamızda yaş ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde ise Berger ve arkadaşlarının ABD’de 5 ayrı hastanede 239 pediatri hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada 40 yaşın altında olmak merhamet yorgunluğu açısından bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (44). Dasan ve arkadaşlarının 681 acil tıp konsültanı üzerinde yaptığı farklı bir çalışmada ise 60 yaş üstünde merhamet yorgunluğu düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (81). Severn ve arkadaşlarının 82 tane odyoloji teknisyeni üzerinde yaptığı çalışmada ise yaşın merhamet yorgunluğu gelişimi açısından bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (82).

Çalışmamızın örneklemi oluşturarak 412 hemşirenin 10 tanesi erkek 402 tanesi kadındır. Örneklem dağılımı olarak uygun olmasa da merhamet yorgunluğu açısından erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olmakla birlikte kadın hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt boyutu ölçek ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde sadece bir çalışmada kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre merhamet yorgunluğu geliştirme risklerinin (1.2-8 kat) daha yüksek oldukları ortaya konmuştur (46). Salazar’ın yaptığı farklı bir çalışmada ise öz anlayış düzeyinin erkeklerde ve başkalarına merhametin ise kadınlarda daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (111).

Çalışmamızda evli ve bekar hemşireler arasında merhamet yorgunluğu alt boyutu puanlarına ilişkin olarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamış olsa da evlilerin puan ortalamaları bekarlara göre daha yüksektir. Literatürde merhamet yorgunluğu ve medeni durum arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak incelendiği bir çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde medeni durum ile merhamet yorgunluğu düzeyleri arasında herhangi bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır (81).

Çalışmamızda çocuk sahibi olan ve olmayan hemşireler arasında ÇYKÖ-merhamet yorgunluğu alt boyutuna ilişkin olarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte çocuk sahibi olanların puanları daha yüksektir. Literatürde çocuk sahibi olma durumuna göre merhamet yorgunluğu ile ilgili bir tane çalışma olup o da tıp doktorları üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada da çocuk sahibi olmanın merhamet yorgunluğu açısından herhangi bir farkı bulunamamıştır (84).

Araştırma örneklemi, yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşirelerden seçilmiştir. Bu seçim ayaktan hasta polikliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu açısından daha az risk altında olmaları nedeniyle yapılmıştır. Merhamet yorgunluğu ile ilgili literatürde çalışma örneklemi, bizim çalışmamıza benzer olmayan şekilde klinik seçimi olarak daha spesifik yapıda – onkoloji veya acil tıp hemşireleri gibi- olması tercih edilmiştir (46, 85). Çalışma tasarım olarak tek merkezde planlanmış olması nedeniyle çalışmanın uygulanacağı klinikler; dahili, cerrahi ve yoğun bakım olarak ayrılmıştır. Merhamet yorgunluğu ile ilgili literatürde yapılan çalışmalarda böyle bir sınıflama hiç uygulanmamış olup bu açıdan özgün bir çalışma olmuştur.

Çalışmamızda hastanede çalışılan birimler açısından merhamet yorgunluğu alt boyutu puanlarına ilişkin olarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışılan birimlere göre merhamet yorgunluğu düzeylerini karşılaştıran bir çalışmada onkoloji servisinde çalışan hemşirelerde acil tıp veya yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre merhamet yorgunluğu düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (85). Hooper ve arkadaşlarının acil servisteki hemşirelerin, diğer servislerdeki hemşireler ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından karşılaştırıldığı çalışmalarında, acil servis hemşirelerinin daha yüksek seviyede tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu yaşadıkları ortaya konmuştur (86).

Çalışılan vardiya açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puanlarının gece vardiyasında daha yüksek, mesleki tatmin puanlarının ise gündüz vardiyasında daha yüksek olduğu görülmüştür. Bellolio ve arkadaşlarının 188 tane acil tıp asistanı üzerinde yaptığı bir çalışmada haftada 80 saat ve üzeri çalışmanın, gece vardiyasında çalışmanın merhamet yorgunluğu açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (84). Yoder'in 106 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada ise 8 saat ve 12 saatlik vardiyalarda çalışanlar incelenmiş ve 12 saatlik vardiya çalışanlarda daha yüksek merhamet yorgunluğu oranları görülmüştür (87). Çalışmamızda sonuçlar açısından özgün veriler elde edilmiş olup, toplumumuzda gece vardiyasında çalışmanın psikolojik iyi olma halini belirgin şekilde negatif yönde

etkilediği için gece vardiyasında çalışanların psikolojik ve fiziksel açıdan çok daha dikkatli olmaları gerekmektedir.

Çalışmamızda mesleki deneyim süresi ve görev yapılan birimdeki çalışma süresi ile ÇYKÖ–merhamet yorgunluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dasan ve arkadaşlarının 681 acil tıp konsültanı üzerinde yaptığı bir çalışmada merhamet yorgunluğu skorlarının mesleğin ilk 10 yılda daha kötü olduğu, 20 yıldan sonra ise daha iyi olduğu gösterilmiştir (81). Branch ve arkadaşlarının genel olarak sağlık çalışanlarında yaptığı bir çalışmada ise 11-20 yıl arasında deneyim sahibi olmanın merhamet yorgunluğu gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (88).

Özellikle sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğunun önlenmesi ve yönetimi sağlık kurumları açısından hayati önem taşır. Yassen merhamet yorgunluğunu önlemede üç düzeyli bir koruma yöntemi önermiştir. Birinci basamak korumada farkındalığın artırılması, öz bakım stratejileri, ikinci basamak korumada terapi grupları oluşturma ve süpervizyon yöntemi, üçüncü basamakta ise bilgilendirme, müdahaleler ve bireysel terapi vardır (89).

Literatürde merhamet yorgunluğunu önleme ve yönetim müdahalelerini araştıran birçok ampirik çalışma yapılmıştır. Hevezi ve arkadaşlarının yaptığı ve 17 onkoloji hemşiresi üzerinde 4 haftalık süre boyunca haftada 5 gün süren nefes ve meditasyon egzersizinin incelenmesinde merhamet yorgunluğunun istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde belirgin olarak azaltıldığı gösterilmiştir (62). Flarity ve arkadaşlarının 73 acil tıp hemşiresi üzerinde yaptığı başka bir çalışmada ise konu ile ilgili seminer ve dijital kaynakları içeren CD ve DVD’ler ile farkındalığı ve bilgi düzeyinin artırılması hedeflenmiş ve merhamet yorgunluğunun belirgin olarak azaldığı gösterilmiştir (90). Potter ve arkadaşlarının 13 onkoloji hemşiresi üzerinde yaptığı farklı bir çalışmada ise 5 hafta boyunca haftalık 90 dakikalık eğitimler ile merhamet yorgunluğunun belirgin olarak azaldığı gösterilmiştir (85).

Çalışmamızda dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde Öz Anlayış Ölçeği toplam puanı, cerrahi klinikler ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Bu yüksekliğin neden kaynaklandığı tam olarak bilinmemektedir. Hastanemizde genel personel politikası olarak yaşı en genç olanların yoğun bakımda, biraz daha orta yaşlıların cerrahi kliniklerde, daha yüksek yaşlıların ise

dahili kliniklerde çalışması benimsenmiştir. Bu yaklaşımdan yola çıkarak yaşı büyük olanların öz anlayışlarının yaşı küçük olanlara göre daha gelişmiş olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda elde edilen verilerde Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği merhamet yorgunluğu alt boyutu ve Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında zıt yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde hemşirelerde gelişen merhamet yorgunluğu ile ilgili risk faktörleri ve koruyucu faktörler açısından birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen öz anlayış ile ilişkisi açısından sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda elde edilen veriler bizim çalışmamızda elde edilen veriler ile benzer olup, kişinin kendisine karşı geliştirdiği öz anlayışın, başkaları için geliştirilen merhamet yorgunluğuna karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (91-93).

Çalışmamızın birincil amacının öz anlayış ile merhamet yorgunluğu alt boyutu arasındaki ilişkinin incelemesi olmasına rağmen, sonuçlar incelendiğinde bu zıt yönlü ilişkinin düşük dereceli olduğu ama ÇYKÖ tükenmişlik alt boyutu ile öz anlayış arasındaki zıt yönlü ilişkinin ise orta dereceli olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerde geliştirilecek olan öz anlayış duygusu tükenmişlik üzerine de etki edecektir.

Bu bölümde tükenmişlik ile merhamet yorgunluğu arasındaki farkın açıklanmasında fayda vardır. Tükenmişlik; birçok meslek grubunda görülebilen, iş yükünün aşırılığından kaynaklanan, zaman içinde kronik bir zeminde gelişen, fiziksel, duygusal ve ruhsal olarak tükenme ile beraber çalışılan işe karşı ilginin azalması ile giden aşamalı ve kümülatif bir durumdur. Tükenmişlik en basit tanımıyla iş stresi ile başetme güçlüğüdür. Merhamet yorgunluğu ise hemşirelerde daha sık olmak üzere sağlık çalışanlarında görülen, aşırı ilgi ve merhamet duygusu tarafından tetiklenen, hastalardan kaynaklanan, başkalarına karşı merhamet duygusunun azalması ile sonuçlanan akut başlangıçlı duygusal ve fiziksel bir cevaptır. Tükenmişlik deneyimi iş bırakmasının ardından düzelebilirken merhamet yorgunluğu çalışma koşullarını değiştirmekle ortadan kalkmaz (92, 93).

Ringebach'ın doktora tezinde öz anlayışı geliştirmek amacıyla 164 meditasyon yapan ve yapmayan avukatın, mesleki tatmin, merhamet yorgunlukları, tükenmişlikleri ve öz anlayışları bakımından karşılaştırıldığı çalışmanın sonucunda meditasyon yapan grubun öz anlayışlarının anlamlı düzeyde daha yüksek, tükenmişlikleri daha düşük seviyede bulunmuştur. Ayrıca çalışmanın sonuçlarına göre öz anlayış ölçümlerinin

mesleki tatmin ölçümleri ile olumlu yönde, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile olumsuz yönde ilişkili olduğu, bireylerin kendilerine özen göstermek için ayırdıkları vaktin mesleki tatmin üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sonuçlarına varılmıştır (93).

Merhamet ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkide iki ucu keskin bir durum söz konusudur. Hemşirelik mesleğinin özünde bulunan merhamet duygusuna sahip olmak ama bu duygunun aşırılığından korunmak; bu noktada başkaları için geliştirilen merhamet duygusunun bir terazide dengelenmesi gerekmektedir. Bu noktada kişisel eğitim programları ön plana çıkmaktadır. Öz anlayış ise kişinin kendisine olan merhamet duygusu olduğuna göre; çalışma hayatında özellikle hemşirelerin kendi ruhsal ve fiziksel sağlıklarına odaklanmaları ve devamlılıklarını sağlamaları gerekmektedir.

Bir çok çalışma başkaları için geliştirilen merhamet duygusunun kendimize olan merhamet duygusu (öz anlayış) ile ilişkili olduğunu göstermiştir (94, 95). Gustin ve Wagner bu durumu özel bir anlatımla “hasta bakımında kelebek etkisi” olarak betimlemişlerdir (96). Öz anlayış hemşirelerde zihinsel sağlığın korunmasında önemli bir rol oynar ve kendine karşı geliştirilen merhamet, başkaları için geliştirilen şefkat ile bağlantılı olup direk olarak hastaya olan olumlu etkiler ile ilişkilidir. Bu nedenle, kendine merhamet geliştirme merhamet yorgunluğunu önlemek ve merhametli bakım sağlamak için hayati önem taşıyabilir (96).

Heffernan, hemşirelerin öz anlayışlarının geliştirilmesinin önemli bir hemşirelik konusu olduğunu ve kendine merhamet etme yeteneği olmayanların başkalarına karşı merhamet geliştirmede hazırlıksız olduklarını belirtmiştir (97). Gilbert, bakım vericinin kendini rahatlatmasının ve empatik yaklaşımının hasta kişilerin ihtiyacı olan köprünün oluşmasında önemli bir ön şart olduğunu kabul etmektedir (98).

Neff 2003 yılında 391 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı öz anlayış ölçeğinin geliştirilmesi çalışmasında, öz anlayışın daha az depresyon, anksiyete ve daha fazla yaşam doyumu gibi olumlu ruh sağlığı sonuçları ile olumlu yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğunu bulmuştur (66). Neff tarafından yapılmış bir diğer çalışmada üniversite öğrencilerinde öz anlayış, akademik başarı hedefi ve akademik başarısızlıkla başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada, öz anlayışın hedeflere ulaşma ile olumlu yönde, performans amaçları ile olumsuz yönde ilişkili olduğu ve ayrıca öz anlayışın duygusal odaklı başa çıkma stratejileri ile olumlu yönde, kaçınan başa çıkma stratejileri ile olumsuz yönde ilişkili olduğu sonuçlarına ulaşmışlardır (67).

Kirkpatrick; gestalt iki sandalye tekniğini kullanarak öz anlayışı geliştirmek üzerine kontrol ve deney grubu olmak üzere toplam 80 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmasının sonucunda öz anlayış ve psikolojik sağlık arasında anlamlı düzeyde olumlu yönde bir ilişki olduğu ve bireylerin öz anlayışını arttırmak için kullanılan bu tip müdahalelerin sonucunda öz anlayışlarının arttırılabildiği ve bununda onların sosyal bağlarını, yaşam doyumlarını, benlik saygılarını özerkliklerini, kişisel gelişimlerini, mutluluk ve iyimserliklerini arttırırken, öz eleştiri, nevrozizm, anksiyete, depresyon, nevroitik mükemmeliyetçilik gibi olumsuzlukları azalttığı bulunmuştur (68).

Leary ve arkadaşlarının 117 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmalarında, öz anlayışın günlük yaşamdaki olumsuz durumlar karşısında gösterdiğimiz duygusal ve bilişsel tepkilerimizi yordadığı ve bireyleri sıkıntı veren sosyal olaylar nedeniyle yaşadıkları olumsuz öz duygulanımdan koruduğu sonuçlarına ulaşmışlardır (6).

İskender ve arkadaşlarının Türk üniversite öğrencilerinin öz anlayış ve öz yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri ve 390 katılımcı üzerinde yürüttüğü çalışmanın sonucunda öz anlayış ile öz yeterlilik arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (99).

Nazik ve Arslan'ın Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin empatik beceri ve Öz duyarlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında; öğrencilerin empatik beceri puanlarının 1.sınıflara göre 4.sınıflarda daha yüksek, öz duyarlık puanlarının ise sınıflar ilerledikçe düştüğü saptanmıştır (100).

Heffernan ve arkadaşlarının 135 hemşire üzerinde öz anlayış ve duygusal zeka arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, öz anlayış ve duygusal zeka arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (97).

Kelly ve arkadaşlarının öz anlayış müdahalelerinin sigara içme alışkanlığı üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmanın sonucunda, öz anlayış müdahalelerinin katılımcıların sigara içme oranlarının kısa bir sürede azalttığı gözlemlenmiştir (101).

Raes ve arkadaşlarının 271 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmasında öz anlayışın üretken olmayan ve tekrarlayan düşünme biçimi üzerindeki olumlu etkisinden

dolayı depresyon ve anksiyete üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu sonucuna varmıştır (102).

Newsome yardım mesleklerindeki 31 kişi üzerinde algılanan stres, bilinçli-farkındalık ve öz anlayış düzeylerini incelediği çalışmasında, bilinçli-farkındalık temelli eğitim programının öncesi ve sonrasında, katılımcıların algılanan stres düzeylerinin anlamlı düzeyde düştüğü ve bilinçli-farkındalık ve öz anlayışlarının yükseldiği görülmüştür (103).

Deniz ve Sümer farklı öz anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirildiği, 523 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmalarının sonuçlarına göre öz anlayış düzeyleri yüksek olan öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (104).

Öz anlayış düzeyi yüksek olan bireylerde stresli yaşamsal olaylar ile daha iyi başa çıkmak için olumlu bilişsel yeniden yapılandırma yöntemini kullanmaktadır. Bu yaklaşımda bireyin stresli olan duruma bakış açısı daha olumlu bir şekilde evrilmektedir. Bu yöntemde önemli nokta kabul ve olumlu yeniden yorumlamadır (90). Öz anlayışları yüksek olan bireylerin, sıkıntılı zamanlarda başlarına gelen hoş olmayan durumları onlardan kaçınmadan veya baskı altına almadan olduğu gibi kabul edebilme, içinde bulunduğu anı yargılamadan elinden geldiği kadar dolu dolu yaşamak, dikkatini ve farkındalığını bedenine ve zihnine yoğunlaştırabilme dolayısıyla duygu ve düşüncelerinin farkında olabilme gibi bireyin psikolojik olarak sağlıklı olmasını sağlayan becerileri, öz anlayışın da gereklilikleri olan kabul, yargılayıcı olmama, diğerlerinin ve kendi duygularını anlayabilmek için gerekli olan dikkat ve farkındalık gibi birçok özelliğin örtüşmesi bu varsayımın nedeni olmaktadır.

Merhamet yorgunluğu gelişiminde devamlı ağrı ve acısı olan ve nispeten ümitsiz olan hasta grubu söz konusu olduğundan dolayı, kabul basamağında herhangi bir problem olmamakla birlikte olumlu yeniden yorumlama kısmı sağlık çalışanı açısından sorunlu hale gelmektedir. Kişi çalıştığı ortamın etkisiyle bir ümitsizlik girdabına kapılmakta ve kendi yaşamı için de olumlu geri bildirim yapamaz hale gelmektedir. Merhamet yorgunluğu gelişimine açık olan klinik ortamlarda hemşirelerin öz anlayış düzeylerini yükseltme eylemlerinin de başarısız olma ihtimali çok yüksektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve öz anlayış düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu okul, çalışılan birim, sıklıkla çalışılan vardiya, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerinin Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarını etkilemediği görülmüştür.
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerinin ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanlarını etkilemediği görülmüştür.
- ÇYKÖ-tükenmişlik alt ölçeği puanlarının lisans mezunlarında önlisans ve altı mezunlarına göre daha yüksek olduğu; gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde gece ve diğer zamanlarda çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, çalışılan birimdeki pozisyon değişkenlerinin ÇYKÖ mesleki tatmin alt ölçeği puanlarını etkilemediği görülmüştür.
- ÇYKÖ-mesleki tatmin alt ölçeği puanları; önlisans ve altı mezunu olanlarda lisans mezunu olanlara göre; gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerde gece ve diğer zamanlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu; çalışılan birimde çalışma süresi 0-5 yıl arasında olanların 11-15 yıl arasında olanlara göre, 0-5 yıl arasında olanların 21 yıl ve üzerinde olanlara göre ve çalışma süresi 6-10 yıl arasında olanların ise 21 yıl ve üzerinde olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu okul, çalışılan birim, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerinin ÇYKÖ merhamet yorgunluğu alt ölçeği puanlarını etkilemediği görülmüştür. ÇYKÖ-merhamet

yorgunluğu alt ölçeği puanları; gece vardiyasında çalışan hemşirelerde gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği merhamet yorgunluğu alt boyutu ve Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında zıt yönlü ve düşük dereceli bir ilişki olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi toplam puanı arttıkça öz anlayış toplam puanları azalmaktadır.
- Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve Öz Anlayış Ölçeği toplam puanları arasında zıt yönlü ve düşük dereceli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi toplam puanı arttıkça öz anlayış toplam puanları azalmaktadır.
- Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği mesleki tatmin alt boyutu ve öz anlayış ölçeği toplam puanları arasında aynı yönlü ve düşük dereceli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışanların mesleki tatmin alt boyutu puanı arttıkça öz anlayış toplam puanları da artmaktadır.
- Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği tükenmişlik alt boyutu ve öz anlayış ölçeği toplam puanları arasında zıt yönlü ve orta dereceli bir ilişki olduğu ve tükenmişlik alt boyutu puanı arttıkça öz anlayış toplam puanları azalmaktadır.
- Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, mezun olduğu, sıklıkla çalışılan vardiya, çalışılan birimdeki pozisyon, mesleki deneyim süresi ve çalışılan birimdeki çalışma süresi değişkenlerinin Öz Anlayış Ölçeği toplam puanlarını etkilemediği görülmüştür. Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde Öz Anlayış Ölçeği toplam puanı, cerrahi klinikler ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksektir.

6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve öz anlayışları ile ilgili olarak daha fazla araştırmaların yapılması,
- Hemşirelerde merhamet yorgunluğu konusunda farkındalığı artırmak amacıyla kurumsal bir vizyonun oluşturulması,
- Hemşirelerde merhamet yorgunluğunu azaltmak amacıyla kişisel önlemler alınması,

- Hemşirelerde merhamet yorgunluğunu azaltmak amacıyla kurumsal tarama programlarının oluşturulması ve kurumsal önlemlerin alınması,
- Hemşirelerde öz anlayışın tükenmişlik, merhamet yorgunluğu, depresyon, anksiyete ve stresle ilişkili olması nedeni ile hemşirelere yönelik verilecek eğitimlerde öz anlayış kavramı, öz anlayışın geliştirilmesi temel bilgi ve beceriler kazandırılması,
- Merhamet yorgunluğu düzeyleri yüksek hemşirelerin öz anlayışlarını artırma adına gruplar halinde psikolojik danışmanlık ve rehberlik çalışmaları yapılması,
- Merhamet yorgunluğunu kişisel olarak önleme konusunda öz anlayış düzeylerini geliştirme stratejisine ek olarak; öz bakım, düzenli spor, sosyal faaliyetlerine katılım vb. aktivitelerin yapılması,
- Merhamet yorgunluğu ve etkileri için ölçek geliştirilmesi ve/veya var olan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliklerinin yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

1. Figley CR. “*Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*”. Brunner/Mazel, New York. 1995.
2. Figley CR. “Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care”, *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58(11); 1433-1441.
3. Newell JM, MacNeil GA. “Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue”, *Best Practices in Mental Health*, 2010, 6(2); 57-68.
4. Joinson C. “Coping with compassion fatigue”, *Nursing*, 1992, 22(4);116-118.
5. Dereen HR. “Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention”, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2014, 18(4); 454-458.
6. Allen AB, Leary MR. “Self-Compassion, stress, and coping”, *Social and Personality Psychology Compass*, 2010, 4(2); 107-118.
7. Todaro-Franceschi, V. *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life*. New York: Springer Publishing Company, 2013.
8. Valent P. “Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas and illness”. In: *Treating compassion fatigue* (Figley C.F., ed.), Routledge, New York, NY, 2002: 17–37.
9. Thomas RB, Wilson JP. “Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder”, *International Journal of Emergency Mental Health*, 2004, 6(2); 81-92.
10. Coetzee SK, Klopper HC. “Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis”, *Nursing&Health Sciences*, 2010, 12(2); 235-243.
11. McHolm F. “Rx for compassion fatigue”, *Journal of Christian Nursing*, 2006, 23(4); 12-19.
12. Chlopan BE, McCain ML, Carbonell JL, Hagen RL. “Empathy: Review of available measures”, *Journal of Personality And Social Psychology*, 1985, 48(3); 635-640.
13. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'brien B, Solberg S. “Beyond empathy: expanding expressions of caring”, *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 53(1); 75-87.
14. Decety J, Svetlova M. “Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy”, *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2012, 2(1); 1-24.

15. Kunyk D, Olson JK. "Clarification of conceptualizations of empathy", *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35(3); 317-325.
16. Mete S, Gerçek E. "PDÖ yöntemiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 9(2); 11-17.
17. Gentry JE, Baranowsky AB, Dunning K. "ARP: The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue", *Treating Compassion Fatigue*, 2002, 123-137.
18. Le Mone P, Lillis C. "*Fundamentals of nursing*". 2 ed. Philadelphia. Lippincott Company, 1993.
19. Boyle DA. "Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda", *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011, 16(1); Manuscript 2.
20. <http://www.tdk.gov.tr/>, Erişim: 17.08.2017
21. <http://www.merriamwebster.com/dictionary/compassion>, Erişim: 17.08.2017
22. Maben J, Cornwell J, Sweeney K. "In praise of compassion", *Journal Res Nurs*, 2010, 15(1); 9-14.
23. Ekstrom LW. "Liars, medicine, and compassion", *Journal of Medicine and Philosophy*, 2012, 37(2); 159-80.
24. Way D, Tracy SJ. "Conceptualizing compassion as recognizing, relating and (re) acting: A qualitative study of compassionate communication at hospice", *Communication Monograph*, 2012, 79(3); 292-315.
25. Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J. "Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The experience of practicing loving-kindness meditation", *Training and Education in Professional Psychology*, 2013, 7(4); 267-277.
26. Gladkova A. "Sympathy, compassion, and empathy in English and Russian: A linguistic and cultural analysis", *Culture & Psychology*, 2010, 16(2); 267-285.
27. Jakimowicz S, Perry L. "A concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit", *Journal of Advanced Nursing*, 2015, 71(7); 1499-1517.
28. Halldorsdottir S. "The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2008, 22(4); 643-652.
29. Hem MH, Heggen K. "Is compassion essential to nursing practice?", *Contemporary Nurse*, 2004, 17(1-2); 19-31.
30. Murphy F, Jones S, Edwards M, James J, Mayer A. "The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students", *Nurse Education Today*, 2009, 29(2); 254-264.

31. Burkhardt MA, Nathaniel AK. *Çağdaş hemşirelikte etik*, (Çev. Ed. Ş. E. Alpar, N. Bahçecik, Ü. Karabacak). 1. Baskı, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2013.
32. Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P. "Burnout and professional depression: related concepts?", *Journal of Advanced Nursing*, 1986, 11(6); 633-641.
33. Jenkins SR, Baird S. "Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study", *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(5); 423-432.
34. Hiçdurmaz D, İnci FA. "Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry)*, 2015, 7(3); 295-303.
35. Gök GA. "Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2015, 20(2); 299-313.
36. Sabin-Farrell R, Turpin G. "Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? ", *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(3); 449-480.
37. Gürdil G. *Üstlenilmiş travma ve ikincil travmatik stresin travmatik yaşantılara müdahale eden bir grup üzerinde gestalt temas biçimleri çerçevesinde değerlendirilmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2014.
38. Hooper C, Craig DJ, Janvrin R, Wetsel MA, Reimels E, Canavesio Y. "Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties", *Journal of Emergency Nursing*, 2010, 36(5); 420-427.
39. Stamm BH. The ProQOL Manual: "The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout, Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales". http://www.proqol.org/ProQOL_Test_Manuals.html.pdf Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017
40. Şuer T. "Posttravmatik stres bozukluğu", *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 2005, 47; 205-210.
41. Düzkaya DS, Yıldız S. "Pediatrik yoğun bakımdan taburculuk sonrası görülen post-travmatik stres bozukluğu ve azaltılmasında hemşirenin rolü", *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2014, 1(1); 46-57.
42. Berger KC, Scharer K. "Can anesthesia trigger delayed-onset posttraumatic stress disorder in veterans? ", *Perspectives in Psychiatric Care*, 2012, 48(3); 170-175.
43. Bal-Yılmaz H, Ersun A. "Hasta çocuk ve ebeveynlerinde post-travmatik stres bozukluğu", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2010, 26(3); 45-50.
44. Berger J, Polivka B, Smoot EA. "Compassion fatigue in pediatric nurses", *Journal Pediatr. Nurs*, 2015, 30(6); 11-17.

45. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. "Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses", *Journal of Nursing Scholarship*, 2015, 47(2); 186-194.
46. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. "Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in greece", *Arch Psychiatr Nurs*, 2015, 29(5); 333-338.
47. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, et al. "Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study", *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2014, 33(4); 215-25.
48. Cho HJ, Jung MS. "Effect of empathy, resilience, self-care on compassion fatigue in oncology nurses", *Journal Korean Acad Nurs Adm*, 2014, 20(4); 373–82.
49. Young JL, Derr DM, Cicchillo VJ, Bressler S. "Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses", *Critical Care Nursing Quarterly*, 2011, 34(3); 227-234.
50. Meadors P, Lamson A, Swanson M, White M, Sira N. "Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress", *Omega (Westport)*, 2009, 60(2); 103-128.
51. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. "Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature", *International Journal of Nursing Studies*, 2017, 69; 9-24.
52. Mathieu F. *The compassion fatigue workbook*. Françoise Mathieu, 2008. www.compassionfatigue.ca. Erişim tarihi: 22 Haziran 2017.
53. Uslu E, Buldukoğlu K. "Psikiyatri hemşireliğinde şefkat yorgunluğu: Sistematiik derleme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2017, 9(4);116-120.
54. Chochinov HM. "Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care", *BMJ*, 2007, 335(7612); 184-187.
55. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: executive summary. In: *Trust TMSNF London*, UK: The Stationery Office Limited, 2013.
56. Aycock N, Boyle D. "Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing", *Clin Journal Oncol Nurs*, 2009, 13(2); 183-191.
57. Figley CR, Stamm BH. "Psychometric review of compassion fatigue self test", *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 1996; 127-130
58. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. "Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study", *American Journal of Orthopsychiatr*, 2006, 76; 103–108.

59. Stamm BH. "The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales.", Sidran Press, 2005.
60. Stamm BH. "*The Concise ProQOL Manual*", 2nd ed. Pocatello, 2010.
61. Wentzel D, Brysiewicz P. "The consequence of caring too much: Compassion fatigue and the trauma nurse", *Journal of Emergency Nursing*, 2014, 40(1); 95-97.
62. Hevezi JA. "Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses", *Journal of Holistic Nursing*, 2016, 34(4); 343-350.
63. Austin W, Goble E, Leier B, Pyrne P. "Compassion fatigue: The experience of nurses", *Ethics and Social Welfare*, 2009, 3(2); 195–214.
64. Öveç Ü. *Öz-duyarlık ile öz-bilinç, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilerin yapısal eşitlik modeliyle incelenmesi* (Tez). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2007.
65. Bayramoğlu A. *Self-compassion in relation to psychopathology* (Tez). Middle East Technical University, Doctoral Dissertation; 2011.
66. Neff KD. "Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude to ward oneself", *Self and Identity*, 2003, 2(2); 85-102.
67. Neff KD. "Self-compassion, self-esteem and well-being", *Social and Personality Psychology Compass*, 2011, 5(1); 1-12.
68. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. "Self-compassion and adaptive psychological functioning", *Journal of Research in Personality*, 2007, 41; 139- 154.
69. Stahl B, Goldstein E. *A mindfulness-based stress reduction workbook*. Oakland: New Harbinger Publications, 2010.
70. Neff KD. "The development and validation of a scale to measure self- compassion", *Self and Identity*, 2003, 2(3); 223-250.
71. Jopling DA. *Self-knowledge and the self*. New York: Routledge, 2000.
72. Özyeşil Z. *Üniversite öğrencilerinin öz-anlayış düzeylerinin bilinçli farkındalık kişilik özellikleri ve bazı değişkenler açısından incelenmesi* (Tez). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi; 2011.
73. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. "Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2007, 92(5); 887-904.
74. Gilbert P. "Internal 'Social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy", *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 2014; 118.

75. Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE. *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Routledge, 2014.
76. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. "Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68(4); 615.
77. Kabat-Zinn J. "Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003, 10(2); 144-156.
78. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. "Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial", *International Journal of Stress Management*, 2005, 12(2); 164.
79. Gilbert P, Procter S. "Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2006, 13(6); 353-379.
80. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. "Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", *Archives of Neuropsychiatry*, 2010, 47(2); 111-117.
81. Dasan S, Gohil P, Cornelius V. "Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants", *Emerg Med Journal*, 2016, 32; 588-594.
82. Severn MS, Searchfield GD, Huggard P. "Occupational stress amongst audiologists: compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout", *Int. Journal Audiol*, 2012, 51(1); 3-9.
83. Salazar LR. "Exploring the relationship between compassion, closeness, trust, and social support in same-sex friendships", *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015, 3(1); 15-29.
84. Bellolio MF, Cabrera D, Sadosty AT. "Compassion fatigue is similar in emergency medicine residents compared to other medical and surgical specialties", *West Journal Emerg. Med*, 2014, 5(6); 629-635.
85. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L. "Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses", *Clin Journal Oncol Nurs*, 2010, 14(5); 56-62.
86. Hooper C, Craig DJ, Janvrin R, Wetsel MA, Reimels E, Canavesio Y. "Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties", *Journal of Emergency Nursing*, 2010, 36(5); 420-427.
87. Yoder E, "Compassion fatigue in nurses", *Appl. Nurs. Res*, 2010, 23; 191-197.
88. Branch C, Klinkenberg D. "Compassion fatigue among pediatric healthcare providers", *Am. Journal Matern./Child Nursing*, 2015, 40(3); 160-166.

89. Yassen J. Preventing secondary traumatic stress disorder. In: *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (Ed CR Figley):178-208. New York, Brunner-Mazel, 1995.
90. Flarity K, Gentry JE, Mesnikoff N. "The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses", *Advanced Emergency Nursing Journal*, 2013, 35(3); 247-258.
91. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B. "Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life", *International Journal of Nursing Studies*, 2016, 60; 1-11.
92. Durkin M, Beaumont E, Martin CJH, Carson J. "A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses", *Nurse Education Today*, 2016, (46); 109-114.
93. Ringenbach R. *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassionsatisfaction, burnout and self-compassion* (Tez). University of Akron, Unpublished Doctoral Dissertation; 2009.
94. Lindsay EK, Creswell JD. "Helping the self help others: self-affirmation increases self-compassion and pro-social behaviors", *Front Psychol*, 2014, 5; 421.
95. Neff KD, Pommier E. "The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators", *Self and Identity*, 2013, 12(2); 160-176.
96. Gustin LW, Wagner L. "The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers understanding of self-compassion as a source to compassionate care", *Scand Journal Caring Sci*, 2013, 27(1); 175-183.
97. Heffernan M, Quinn-Griffin MT, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. "Self-compassion and emotional intelligence in nurses", *International Journal of Nursing Practice*, 2010, 6(4); 366-373.
98. Gilbert P, Procter S. "Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2006, 13; 353-379.
99. İskender M. "The relationship between self-compassion, self-efficacy and control belief about learning in Turkish university students", *Social Behaviour and Personality*, 2009, 37(5); 711-720.
100. Nazik E, Arslan S. "Hemşirelik öğrencilerinin empatik becerileri ile öz duyarlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi", *Journal of anatolia nursing and health sciences*, 2011, 14(4); 69-75
101. Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL, Gilbert P. "Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2010, 29(7); 727-755.

102. Raes F. “Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety”, *Personality and Individual Differences*, 2010, 48; 757-761.
103. Newsome S. *Effects of a mindfulness course on helping professionals in training: Examining levels of perceived stress, mindfulness and self-compassion* (Tez). New Mexico State University, Doctoral Dissertation; 2010.
104. Deniz ME, Sümer AS. “Farklı öz anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi”, *Eğitim ve Bilim*, 2010, 35(158); 115-127.



ANKET FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sevgili Hemşire Meslektaşım,

“Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi” başlıklı bu araştırma, Derya KARA tarafından Hemşirelikte yüksek lisans tezi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacı yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları merhamet yorgunluğu ile öz anlayış düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla duygusal öz anlayış ve/veya yaşam kalitesi alanlarında eğitimler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız **gönüllülük** esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Kişisel tanıtıcı herhangi bir bilgi yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 54 soruluk, 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. **Bu anketi doldurmak için lütfen hasta bakım hizmetlerini aksatmayınız.**

Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Yüksek Lisans Tez Sahibi: Arş.Gör. Derya KARA (05334556729 / 03123045922)

Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.
Anket Formu

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

HEMŞİRELERİN MERHAMET YORGUNLUKLARININ VE ÖZ ANLAYIŞLARININ İNCELENMESİ

Soru Formu No:...

...../...../2017

Bu çalışma hemşirelerin yaşadıkları merhamet yorgunluğunun öz anlayış ile olan ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Sizlerden elde edilen veriler bu çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan ve çalışmanın etkinliği açısından verileri eksiksiz doldurulmada göstereceğiniz özenden dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Kişisel bilgi formumuz toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Teşekkür ederiz.
Doç.Dr. Ebru Akgün Çıtak & Ar.Gör. Derya Kara

Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek
Yaş	
Medeni Durumu	☐ Evli ☐ Bekar
Çocuk Sahibi Olma	☐ Evet ☐ Hayır
Mezun Olduğu Okul	☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisanüstü
Mesleki Deneyim	☐ ---- Yıl
Çalıştığınız Birim	☐ Cerrahi klinik ☐ Dahili klinik ☐ Yoğun bakım
Çalıştığı Birimde Çalışma Süresi	☐ -----yıl
Sıklıkla Çalıştığınız Vardiya	☐ Gece ☐ Gündüz ☐ Diğer
Çalıştığınız Birimde Pozisyonunuz	☐ Sorumlu Hemşire ☐ Servis Hemşiresi ☐ Diğer

EK-2: ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?					
Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.					
	Hemen hemen hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
	1	2	3	4	5
1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.					
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.					
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.					
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.					
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.					
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.					
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.					
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.					
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.					
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.					
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm					
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.					
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.					
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.					
16. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, işleri belli bir bakış açısı içerisinde tutmaya çalışırım.					
17. Ben mücadele halindeyken diğer herkesin işlerinin benimkinden kolay gittiğini hissetme eğilimim vardır.					
18. Acı çektiğim zamanlarda, kendime karşı iyiyimdir.					
19. Bir şey beni üzdüğünde, duygusal olarak bunu abartırım.					
20. Acı çektiğim durumlarda kendime karşı bir parça daha soğukkanlı olabilirim.					
21. Kendi kusur ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüyümdür.					
22. Acı veren bir şey olduğunda, olayı büyütme eğilimim vardır.					
23. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, başarısızlığın yalnız benim başıma geldiği duygusunu hissetme eğiliminde olurum.					
24. Kişiliğimin sevmediğim yönlerine karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					

EK-3: ÇALIŞANLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.						
	0→Hiçbir zaman			5→Çok sık		
1. Kendimi mutlu hissediyorum	0	1	2	3	4	5
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	0	1	2	3	4	5
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	0	1	2	3	4	5
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürküyorum.	0	1	2	3	4	5
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum	0	1	2	3	4	5
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3	4	5
8.Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	0	1	2	3	4	5
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4	5
10.Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
12. İşimi seviyorum.	0	1	2	3	4	5
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	0	1	2	3	4	5
15. Bana güç veren inançlarım var.	0	1	2	3	4	5
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	0	1	2	3	4	5
18. İşim beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4	5
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	0	1	2	3	4	5
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum	0	1	2	3	4	5
22. İşimde yaptıklarıyla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	0	1	2	3	4	5
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum	0	1	2	3	4	5
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	0	1	2	3	4	5
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	0	1	2	3	4	5
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	0	1	2	3	4	5
29. Çok hassas bir insanım.	0	1	2	3	4	5
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum	0	1	2	3	4	5

EK-4: ETİK KURUL KARARI

Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan Alınan Onay

 1993 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu	 TS-EN-ISO 9001 KALİTE SİSTEM BELGESİ  * B E N N P 3 R P *				
Sayı : 94603339-604.01.02/ 31962 Konu : Proje Onayı	14/09/2017				
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Doç. Dr. Ebru Akgün Çıtak tarafından yürütülecek olan KA17/230 nolu "Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini arz ederim. e-imzalıdır Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ Kurul Başkanı Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir. — Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir. — This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.					
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır <table><tr><td>Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr</td><td>Faks No: 0 312 221 37 59 İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr</td><td>Bilgi için: Lilifer TAŞBİLEK Unvan: Sekreter Telefon No: 2129065-2228</td><td></td></tr></table>		Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr	Faks No: 0 312 221 37 59 İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr	Bilgi için: Lilifer TAŞBİLEK Unvan: Sekreter Telefon No: 2129065-2228	
Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr	Faks No: 0 312 221 37 59 İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr	Bilgi için: Lilifer TAŞBİLEK Unvan: Sekreter Telefon No: 2129065-2228			

EK-5: TUEK KARARI

SBÜ Gülhane Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulundan Alınan Onay



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA
MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ :21.09.2017

KARAR NO:9

1. GEAH Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde görev yapmakta olan **Hemşire Derya KARA**'nın 15.09.2017 tarihli, SAYI:50687469-806.01.03-E 03-7536 sayılı "Yüksek Lisans Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Hemşirelerin Merhamet Yorgunluklarının ve Öz Anlayışlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
2. GEAH Romatoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Hemşire Işıl AYDOĞAN**'ın 15.09.2017 tarihli SAYI: 50687469-806.01.03-E 03-7537 sayılı "Yüksek Lisans Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Yaşam Dengesi ve İş Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
3. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Hemşire Pınar GÜRKAN**'ın 15.09.2017 tarihli SAYI:50687469-903.09.01-E.03-7538 sayılı "Yüksek Lisans Tez Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Bireysel Yenilikçi Düzeylerinin ve Teknolojiye Karşı Tutumlarının İncelenmesi" başlıklı tez çalışması talebi incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

Katılmadı
Prof.Dr. İsmail Yaşar AVCI
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Bülent ÜNAY
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Cemil YILDIZ
TUEK Kurul Üyesi

Katılmadı
Prof.Dr. Yusuf Alper SÖNMEZ
TUEK Kurul Üyesi

Prof.Dr. Ayhan KILIÇ
TUEK Kurul Üyesi

Doç.Dr. Ümit AYDOĞAN
SUAM Eğitim Koordinatörü
TUEK Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Mehmet Ali GÜBCELİK
TUEK Başkanı

EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Kime: edeniz@yildiz.edu.tr
ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Sayın Mehmet Engin Deniz Hocam,
Hemşirelik alanında yüksek lisans tez aşamasındayım.
İzniniz olursa **Öz-Anlayış Ölçeği (Self Compassion Scale)**'ni tez çalışmamda kullanmak istiyorum.
Tez adı: Hemşirelerde (eşduyum) merhamet yorgunluğu düzeylerinin öz anlayış açısından incelenmesi
Tez danışmanı: Doç. Dr. Ebru Akgün ÇITAK
Saygılarımla
Araştırma görevlisi Derya KARA
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ameliyathane Kısmı Hemşiresi
03123045966
deryaumutkemal@gmail.com
27 Haziran 2017

Ynt: Ynt: ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Derya merhaba, ölçek ve değerlendirmesi ekli dosyadadır, başarılar dilerim.
Prof. Dr. M. Engin Deniz
Yıldız Technical University
Faculty of Education
Department of Guidance and Psychological Counseling
Davutpaşa/İstanbul
Yıldız Teknik Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Davutpaşa-İstanbul

-----Derya KARA <deryaumutkemal@gmail.com> yazdı: -----
Kime: edeniz@yildiz.edu.tr
Kimden: Derya KARA <deryaumutkemal@gmail.com>
Tarih: 28.06.2017 20:06
Konu: Re: Ynt: ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ
Derya KARA adlı kişiye ait metnin [Daha Fazlasını Gör](#)

 
ÖZ-ANLAYIŞ
ÖLÇEĞİ.doc ÖZ-ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ
değerlendirme.doc

Aslı Yeşil
Kime: Umut Kara
Yanıt Adresi: yesilasli8@yahoo.com
Ynt: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi 4 anketi kullanım izni
12 Aralık 2017 21:06
Gelen Kutusu - drumutkara  AY

Merhaba
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.
Aslı YEŞİL
Uzman Psikolog
İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Doktora Programı.
[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)
22:03*12e* 12 Ara 2017 Sal tarihinde, umut kara
<drumutkara@gmail.com> şunu yazdı:
Umut Kara adlı kişiye ait metnin [Daha Fazlasını Gör](#)

Umut Kara
Kime: yesilasli8@yahoo.com
Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi 4 anketi kullanım izni
12 Aralık 2017 21:03
Arşiv - drumutkara (Tüm Postalar)  

Sayın hocam,
Hemşirelik alanında yüksek lisans tez aşamasındayım,
Çalışmamın konusu
"Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ile öz anlayış düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi"
Tez hocam başkent üniversitesinden Doç Dr Ebru Akgün Çitak
Müsaadenizle Türkiye validasyonunu yaptığınız Çalışanlar için yaşam kalitesi 4 ölçeğini kullanmak istiyoruz.
Şimdi ilginiz ve alakanız için teşekkür ederim.
Saygılarımla
Derya KARA
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ameliyathane Hemşiresi
iPhone'umdan gönderildi

EK-7: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	Derya	Soyadı:	KARA
Doğum Yeri:	Ankara	Doğum Tarihi:	04.01.1983
Uyruğu:	Türkiye Cumhuriyeti	Tel:	03123045922
E-Posta:	deryaumutkemal@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lise	Ankara Gazi Lisesi	2000
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Yoğun Bakım Hemşiresi	GATA	2005-2009
Algoloji Hemşiresi	GATA	2009-2014
ASBÜ Hemşiresi	GATA	2014-2016
Ameliyathane Hemşiresi	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-devam ediyor