

**HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BAKIM
ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ VE KRİZ
YÖNETİMİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

OSMAN ZENGİN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. AYŞE DEMİRAY**

DÜZCE, 2024

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BAKIM
ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ VE KRİZ
YÖNETİMİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Osman ZENGİN tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

Düzce Üniversitesi

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Ayla KEÇECİ

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Yurdanur DİKMEN

Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 31/05/2024

BEYAN

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

31 Mayıs 2024

Osman ZENGİN

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin hazırlanma sürecinde baştan sona kadar bana olan inancından hiçbir zaman vazgeçmeyen, şefkatle yaklaşan, ilmiyle, yardımsever yönüyle ve bilime ışık tutan tavrıyla, bir fiil bütün zorluklara rağmen her zaman yol gösteren çok sevdiğim benim için çok kıymetli olan danışman hocam Doç. Dr. Ayşe Demiray' a,

Bugünlere gelmemde sebep olan başta annem ve abime,

Nöroloji ve Beyin Cerrahisi Yoğun Bakım hemşirelerine ve asistanlarına, hocalarıma, sınıf arkadaşlarıma, çalışmaya katılan hemşire arkadaşlarıma,

Hiçbir zaman yardımını esirgemeyen Sağlık Hizmetleri Müdürü'm Yasemin Çetin'e, sorumlularım Tuba Gündoğar ve Emine Çalışkan'a,

Tez yazma sürecimde bana destek olan arkadaşlarım Uzman Hemşire Kıyasettin Vural ve Uzman Doktor Tahsin Bakkal'a

Ve baştan sona bu süreçte beni her zaman destekleyen, yılmayan, yanımda olan, kahrımı çeken hayat arkadaşım çok değerli ve kıymetli eşim Ülkü Zengin'e en içten dileklerle teşekkür ederim.

31 Mayıs 2024

Osman ZENGİN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ŞEKİL LİSTESİ	iv
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. MERHAMET KAVRAMI.....	5
2.2. MERHAMET YORGUNLUĞU.....	6
2.2.1. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Kavramlar.....	8
2.2.1.1. İkincil(Sekonder) Stres Bozukluğu	8
2.2.1.2. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	8
2.2.1.3. Tükenmişlik.....	8
2.2.2. Merhamet Yorgunluğu Nedenleri.....	9
2.2.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri.....	12
2.2.4. Merhamet Yorgunluğu Engelleme ve Başetme Yöntemleri.....	14
2.3. BAKIM KAVRAMI VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	16
2.4. BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ.....	19
2.5. KRİZ.....	22
2.5.1. Kriz Tanımı ve Özellikleri.....	22
2.5.2. Krizin Nedenleri	23
2.5.2.1. Kurum İçi Faktörler	23
2.5.2.2. Kurum Dışı Faktörler.....	24
2.5.3. Kriz Evreleri	25
2.5.3.1. Kriz Öncesi Dönem.....	25
2.5.3.2. Kriz Dönemi.....	25
2.5.3.3. Kriz Sonrası Dönem.....	26
2.6. KRİZ YÖNETİMİ.....	27
2.6.1. Kriz Yönetiminin Özellikleri.....	28
2.6.2. Kriz Yönetimi Aşamaları.....	29
2.6.2.1. Kriz Sinyallerinin Alınması.....	29

2.6.2.2. Hazırlık ve Korunma Aşaması.....	29
2.6.2.3. Denetim Altına Alma Aşaması.....	30
2.6.2.4. Normal Duruma Dönüş Aşaması.....	30
2.6.2.5. Öğrenme ve Değerlendirme Aşaması.....	31
2.7. HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	34
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	34
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	34
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	34
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	35
3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	35
3.5. ARAŞTIRMA SORULARI.....	35
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI.....	36
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	37
3.6.2. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği-Kısa Ölçek (MYÖ).....	38
3.6.3. Kriz Yönetimi Ölçeği.....	38
3.6.4. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği.....	39
3.6.5. Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu.....	39
3.7. VERİLERİN ANALİZİ.....	39
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	41
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	41
4. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	42
4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular ve Tartışma.....	42
4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular ve Tartışma.....	62
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	100
6. KAYNAKLAR.....	104
7. EKLER.....	115

ÖZGEÇMİŞ

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Merhamet yorgunluğunun aşamaları ve özellikleri	11
Şekil 2.2. Merhamet yorgunluğu oluşum süreci.....	12
Şekil 2.3. Kriz yönetimi aşamaları	29
Şekil 3.1. Nitel analiz döngüsü.....	40
Şekil 3.2. Nitel veri analiz süreci.....	41
Şekil 4.1. Hemşirelerin merhamet kavramına yüklediği önem.....	66
Şekil 4.2. Hemşirelerin hastaların iyileşmesinde hissettikleri	69
Şekil 4.3. Hemşirelerin hastaların iyileşmemesinde hissettikleri	69
Şekil 4.4. Merhamet yorgunluğu kavramının daha önce duyulması.....	72
Şekil 4.5. Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkış nedenleri	73
Şekil 4.6. Merhamet yorgunluğunun hemşirenin yaşantısı üzerine etkileri.....	77
Şekil 4.7. Merhamet yorgunluğunun üstesinden gelme yolları	81
Şekil 4.8. Merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmenin en iyi yolu.....	85
Şekil 4.9. Merhamet yorgunluğunun hemşire-hasta etkileşimine etkileri.....	86
Şekil 4.10. Merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine etkileri.....	89
Şekil 4.11. Merhamet yorgunluğunun kriz yönetiminde oynadığı rol	92
Şekil 4.12. Kriz yönetiminde hemşireler nasıl motive olmakta.....	94
Şekil 4.13. Hemşirelerin karşılaştığı zor durumlar ve bunların üstesinden gelme.....	96

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No

Çizelge 2.1 Tükenmişlik sendromu ve merhamet yorgunluğu arasındaki farklar	9
Çizelge 2.2. Merhamet yorgunluğu belirtileri	13
Çizelge 3.1. Ölçek puanlarına ilişkin güvenilirlik analizi.....	37
Çizelge 4.1. Tanıtıcı bilgi formuna ilişkin bulgular.....	42
Çizelge 4.2. Merhamet yorgunluğu ölçeği ile tanıtıcı bilgi formu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi.....	44
Çizelge 4.3. Kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutlarının tanıtıcı bilgi formu ile ilişkisi.....	50
Çizelge 4.4. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim ölçeği puanlarının tanıtıcı bilgi formu ile ilişkisi.....	54
Çizelge 4.5. Ölçek ve alt boyut puanları arası ilişkiye yönelik bulgular.....	59
Çizelge 4.6. Kriz yönetimi ölçeği ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi.....	61
Çizelge 4.7. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi.....	62
Çizelge 4.8. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular.....	63
Çizelge 4.9. İçerik analizi sonucunda oluşturulan temalar, alt temalar ve kodlara ilişkin bulgular.....	64

KISALTMALAR

BOHHEÖ	Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim ölçęi
ÇYP	Çalışan Yardım Programları
MYÖ	Merhamet Yorgunluğu Ölçeği
PTSD	Posttravmatik Stres Bozukluğu
STS	Sekonder Travmatik Stres
TDK	Türk Dil Kurumu



ÖZET

HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ VE KRİZ YÖNETİMİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Osman ZENGİN

Düzce Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY

2024, 133 sayfa

Araştırma hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ve kriz yönetimine etkisini değerlendirmek amacıyla karma (mixed-methods) desende gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu hastanelerinin acil, onkoloji, yoğun bakım ve palyatif ünitelerinde çalışan 260 hemşire oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden 158 hemşire bu çalışmanın örneklemini oluşturmuş olup veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği, Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği, Kriz Yönetimi Ölçeği ve nitel araştırmalarda veri toplama yöntemlerinden biri olan hemşirelerle bireysel derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmanın nitel boyutundaki örneklemini maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak görüşülen 30 hemşire oluşturmuştur. Örneklemin genişliğine karar verirken veri doygunluğu dikkate alınmıştır. Nicel bölümün veri analizinde Kolmogorov-Smirnov, t-testi (Independent sample t-testi), Pearson korelasyon, Bonferroni, basit regresyona ve tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Çalışmanın nitel verilerin analiz edilmesinde ise MQXQDA 20 kullanılmıştır. MYÖ ile kriz yönetimi ve BOHHEÖ puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Hemşireler ile yapılan görüşmelerde büyük bir çoğunluğunun merhamet yorgunluğu kavramını daha öne hiç duymadığı, merhamet yorgunluğunun yoğun çalışma koşullarında ortaya çıkabileceği ve bu kavramın hastalarla olan etkileşimi ve kriz yönetimi sürecini olumsuz etkilediği görüşlerine ulaşılmıştır. Hemşireler en zor kriz anlarını trajik olaylar, ilk ex tecrübesi, depresyon, iş kazası olarak ifade etmişlerdir. Hemşireler için merhamet yorgunluğuyla başa çıkmada erişilebilir destek grupları sağlanmalı, iş yükünü azaltacak politikalar ve uygulamalar benimsenmeli, hastalarla etkili iletişim ve empati gösterme konusunda desteklenmelidir. Ayrıca, kriz yönetimi protokollerinin düzenli olarak gözden geçirilip güncellenmeleri önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi, Kriz, Kriz yönetimi, Merhamet, Merhamet yorgunluğu

ABSTRACT

EVALUATING THE IMPACT OF COMPASSION FATIGUE IN NURSES ON CARE-FOCUSED NURSE-PATIENT INTERACTION AND CRISIS MANAGEMENT

Osman ZENGİN
Düzce University
Graduate School, Department of Nursing
Master's Thesis
Supervisor: Doç. Dr. Ayşe DEMİRAY
2024, 133 pages

The research was conducted in a mixed-methods design to evaluate the impact of compassion fatigue levels of nurses on care-focused nurse-patient interaction and crisis management. The population of the study consisted of 260 nurses working in emergency, oncology, intensive care, and palliative care units of public hospitals affiliated with the Bolu Provincial Health Directorate. A sample of 158 nurses who agreed to participate formed the sample of this study, and data were collected through the Introductory Information Form, Compassion Fatigue Short Scale, Care-focused Nurse-Patient Interaction Scale, Crisis Management Scale, and individual in-depth interviews with nurses, which is one of the data collection methods in qualitative research. The qualitative dimension of the study consisted of 30 nurses interviewed using maximum variation sampling. Data saturation was considered in determining the sample size. In the quantitative part of the data analysis, Kolmogorov-Smirnov, t-test (Independent sample t-test), Pearson correlation, Bonferroni, simple regression, and one-way analysis of variance (One-Way ANOVA) were used. MQXQDA 20 was used for the analysis of qualitative data. A negative and significant relationship was found between compassion fatigue and crisis management and care-focused nurse-patient interaction scores. In interviews with nurses, the majority had never heard of the concept of compassion fatigue before, and it was found that compassion fatigue could arise in intense working conditions and negatively affect interaction with patients and the crisis management process. Nurses expressed the most challenging crisis moments as tragic events, first experiences, earthquakes, and workplace accidents. Accessible support groups should be provided to help nurses cope with compassion fatigue, and policies and practices to reduce workload should be adopted. Nurses should be supported in effective communication and showing empathy towards patients. Additionally, it is recommended to regularly review and update crisis management protocols.

Keywords: Care-focused nurse-patient interaction, Compassion, Compassion fatigue, Crisis, Crisis management

GİRİŞ

Merhamet, diğerk insanların zayıflıklarına, sıkıntlarına ve dertlerine duyarlılık gösterme, onların durumuna karşı şefkat gösterme ve acıma, onlarla birlikte ızdırıp çekme anlamında olan bir duygudur [1]. Bu duygu sürekli yüz yüze olan sağlık sektöründeki çalışanlarda hastaların bakım ve tedavi başarısı için vazgeçilmez önemli bir unsurdur [2]. Sağlık sektöründeki çalışanların, hastalarla daha uzun süre birlikte olmaları ve yüz yüze iletişim kurmaları, onları ilk başvuru meslek grubu haline getirir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, teşhis ve tedavi süreçlerinde acı çeken hastalara ve ailelerine karşı duyarlı ve merhametli bir yaklaşım sergilemeleri büyük önem taşır. Bu önemin yardıma ihtiyaç duyan hastalar ve bakım alanındaki kişiler için daha da kritik olduğu düşünülmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının hastalara merhametle yaklaşımları ve hastaların bu duyguyu su istimal etmeleri, zamanla sağlık profesyonellerinde merhamet yorgunluğuna yol açabilmektedir [3].

Zamanla meydana gelen bu duygu uzun bir süre boyunca sürekli acı çeken hastaların tedavisine odaklanan sağlık çalışanlarının, beklenmedik bir anda kendi içlerinde aynı acıyı hissetmeleri durumunu ifade eder [3]. Daha farklı bir ifadeyle, merhamet yorgunluğu, hizmet sunan kişilerde görülen bir tükenmişliktir. Bu terim, 1992 yılında ilk kez Joinson tarafından literatüre kazandırılmıştır [4].

Daha sonra yapılan çeşitli çalışmalar ve araştırmalarla dikkat çekilen bir konu haline gelmiştir. Sağlık camiasında merhamet yorgunluğu ile ilgili çalışmalar genellikle hemşirelerle sınırlı olmuştur ve daha sonra diğerk sağlık profesyonelleri de dahil edilerek kapsam genişletilmiştir [4]. Young ve ark. (2011) merhamet yorgunluğunu, sağlık çalışanlarında ortaya çıkan fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal tükenmişlik olarak tanımlanmaktadır [5]. Coetzee ve Klopper (2010) merhamet yorgunluğunu, sağlık çalışanlarının sürekli ve yoğun bir şekilde hastalarla etkileşimde bulunmaları ve bu durumun stresle sonuçlanması olarak ifade etmişlerdir [6].

Potter ve ark. (2013) göre ise, bu stresin sağlık çalışanlarında giderek artan bir durum olduğu belirtilmiştir. Bu artışın nedenleri arasında çalışanların arasında var olan rekabet, uzun süreli çalışma şekli, acıma ve üzüntü duyguları bulunmaktadır [7].

Bu nedenlerin birikmesiyle birlikte hastaların acılarına ve zorluklarına tanıklık etmek ve bu acıları hafifletmek için çaba göstermek, sağlık çalışanlarının kendi duygusal sınırlarını aşmasına neden olup çalışanların performansını etkileyebilir ve mesleki tatminsizliğe yol açabilir [8].

Özellikle hastaların çektikleri acılara ve travmalara uzun süreli maruz kalan hemşireler şiddetli bir şekilde merhamet yorgunluğu yaşayabilirler [9].

Bu durumu yaşayan hemşireler, önceki zamanlarda gösterdikleri empati düzeyini sürdüremeyebilirler. Hastalara karşı duyarsız davranabilirler. İhtiyaçlarını göz ardı edebilirler, hatta yargılayıcı bir davranış sergileyebilirler. Bu durum bütün sağlık meslekleri gibi insanlarla etkileşim halinde olunan mesleklerde çalışanlar için karşılaşılabilecek bir sorundur. Bu yüzden, bakım veren kişinin hastalara karşı profesyonelce davranabilmesi için merhamet yorgunluğunun farkında olması ve bazen uygun destek alması gerekmektedir [3].

Acil , onkoloji, yoğun bakım ve palyatif birimlerinde çalışmakta olan hemşireler, hem acı çeken hastalara bakım vermeleri hem de ruhsal ve fiziksel taraftan olumsuz etkileri olan ortamlarda çalıştıkları için iş performansını ve verdikleri bakım kalitesini olumsuz bir şekilde etkileyen merhamet yorgunluğu açısından riskin altındadırlar [10]. Bu risk altında olmanın en büyük belirleyicilerinden biri iletişimdir. İletişim hemşirelik mesleğinde bakım ve etkileşimin merkezindedir. Özellikle hemşire-hasta etkileşimi, bakım alan bireyin ihtiyaçlarını tanımlamaktan, sorunlarını çözmeye kadar devam eden bir süreçtir. Hemşire-hasta etkileşimi bu süreçte kritik bir öneme sahiptir [11].

Bu kritik önemin temelinde bakım bulunmaktadır. Bakım, hemşireliğin bir zorunluluğudur ve bu zorunluluk nedeniyle literatürde sıkça kullanılan ve disiplinin ana kavramlarından biri olarak kabul edilmiştir [12]. Watson'a göre; insan bakımında derinden saygı duyulup insan bakım sürecinin içsel olan gücü kabul edilmelidir. Bireyin gelişip değişme gücüne inanılmalı, onuru korunmalı, kendi gizliliğine saygı gösterilmeli ve yüksek değer verilmelidir. Ayrıca Watson'un insan bakım teorisinde vurgulanan konulardan biri de hemşire-hasta etkileşimidir, çünkü etkili bir hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için bu etkileşime özel bir önem atfedilmektedir [13]. Etkileşimin gerçekleşmesi esnasında farklı şekilde kriz durumları ortaya çıkabilmektedir.

Kriz kavramı genel olarak incelendiğinde en belirgin özelliği ise belirsizlik olarak ortaya çıkmıştır. Kriz bulunduğu ortamda belirsizlik yaratır ve bu durum, hem toplumu hem de yöneticileri mutlak bir belirsizliğe doğru götürür. Tehdit, zaman baskısı ve sürpriz belirsizlikten sonra gelen özellikler olarak tanımlanmıştır [14].

Krizin nedenlerine baktığımızda ise kurumların krizin ortaya çıkış sürecinde bir dizi etken bulunmaktadır. Bunlar arasında yetersiz kaynak sorunları, iletişim eksiklikleri, düşük bilgi düzeyi, üst düzey yönetimin hataları, uyum eksiklikleri gibi birçok faktör yer almaktadır. Bu nedenlerin ortaya çıkardığı tehditler, birbiriyle farklı düzeylerde etkileşime girebilir ve kurumu çeşitli düzeylerde krizle mücadeleye sürükleyebilir [15].

Bu mücadelede olası sorunların önceden belirlenip önlenmesi ya da sonuçlarının sınırlanması gibi adımlar atmak yerine, meydana çıktıklarında tepki konulması kriz yönetimi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, kriz sinyallerinin alınmasıyla başlayan bir süreçtir ve bu süreçte gerekli hazırlıkların yapılması, önlemlerin alınması, olumsuz etkileri azaltmaya yönelik uygulamaların gerçekleştirilmesi ve kriz sonrasında kurumun yeniden yapılanması gibi adımları içeren bir yönetim şeklidir [16].

Kriz anlarını önceden fark edebilen, gerekli önlemleri alabilen ve yenilikçi amaçlar belirleyerek olumsuz durumdan en hızlı şekilde toparlanabilen kuruluşlar, bu yönetimin temel amacını oluşturur. Kriz yönetimi, sistematik yaklaşımla adım adım alınacak kararları belirler ve o kararları hızla uygulamak için bir ekip oluşturarak yeni kararlar almayı mümkün kılar [17].

Hastanelerdeki kriz yönetiminin diğer kurumlardan ayıran temel fark ise zaman ve risk kavramlarının kurumdaki çalışma sistemine önemli ölçüde uygulanmasıdır. Hastane yönetim tarzı, birçok kurumla benzerlik gösterse de, kriz yönetiminde zamanın ve riskin büyük bir öneme sahip olması daha belirgindir. Özellikle hastanelerin afet dönemlerinde yaptığı müdahalelerin ne kadar kritik olduğu açıktır. Krizin başlangıcında alınan kararların doğru ve zamanında olması, krizin daha olumlu sonuçlara ulaşmasını sağlar. Aksi takdirde çözülemeyen krizlerin yeni ve daha etkili krizlere dönüşmesine neden olabilir [18].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık sektörünün amacını sağlığı ilerletme, restore etme ve sürdürme amacına yönelik tüm uygulamaları kapsayacak biçimde tanımlamıştır. Bu faaliyetlerin planlanması, özellikle kriz durumlarında özel bir önem kazanmaktadır [19].

Türkiye ve dünya çapında, hemşirelik bakımı sağlık sisteminde sağlığın korunması, artırılması ve düzeltilmesinde kritik bir rol oynamaktadır [20]. Bakım verenler kişiler arası ilişkilerde problemler, sosyal destek eksikliği, ekonomik ve mesleki zorluklarla karşılaşabilmektedirler [21].

Buna benzer sorunların hemşirelerde bakım davranışlarına ve olası kriz anlarına olumsuz etkileri göz ardı edilemeyecek bir konudur. Özellikle zor şartlarla çalışan hemşirelerde meydana gelen yorgunluğun ve mesleki tükenmişliğin verdiği etki bakım kalitesi ve kriz yönetimi açısından iyi olmayan sonuçlara neden olmaktadır. Hemşirelerin kaliteli bir hemşirelik bakımını verebilmeleri için kaliteli iş yeri şartları ve olası krizlere karşı sergiledikleri tepkiler önemli bir role sahiptir. Ayrıca hemşirelerin duygusal ve fiziksel sağlıklarını korumak, etkili bir hasta bakımı sağlamak ve kriz durumlarına etkili bir şekilde müdahale etmek, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından da temel öneme sahiptir.

Merhamet yorgunluğunun, verilen hemşirelik bakımı ve kriz yönetimine etkisinin ne derece olduğu konusunda bir değerlendirmenin yapılması gerektiği düşünülerek bu yola çıkılmış olup literatürde merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi ve kriz yönetimine etkisini değerlendirmek adı altında her birini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma yoğun bakım, onkoloji, acil ve palyatif ünitelerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi ve kriz yönetimi konularındaki deneyimlerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarının hemşirelik eğitiminde ve yönetsel kararların alınmasında kullanılması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MERHAMET KAVRAMI

Türk Dil Kurumu' nun (TDK) verilerine bakıldığında merhamet bir kimsenin ya da bir başka canlıının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan acıma, üzüntü olarak tanımlanmaktadır [22]. Diğer insanların eksiklikleri, acıları, zorlukları ve üzüntüleriyle ilgilenme, karşılaştıkları sıkıntılı durumlarda yardım etme arzusunun içeren bir duygu durumunu ifade eder [23]. Merhamet, acının kökenini anlama ile ilgili bilişsel yönü ve merhameti barındıran eylemlerde bulunma ile ilgili davranışsal yönü olan bir süreçtir [24].

Atilla Gök (2015) merhameti, "acı çeken bireyle ona şifa verecek kişi arasındaki temel bir insan bağlantısı" olarak tanımlanmaktadır [25]. Raes ve ark. (2011) merhametin; sevgi, empati ve bilinçli farkındalık gibi unsurların birleşiminden oluştuğunu belirtmiştir [26]. Schopenhauer'a göre (2014), merhamet kavramı ahlak ile sıkı bir ilişki içindedir. Merhamet kavramıyla yakından ilişkilendirilen bir diğer kavram ise sevgidir. Temelde, sevgi duygusu merhamet hissine dayanan bir duygudur [27]. Jean Watson ise "Merhamet" konusundaki düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir: "Kaliteli hemşireler, karakterlerinde belirli erdemleri ve özellikleri taşıyan değerli bireylerdir. Bu nitelikler arasında merhamet de bulunmaktadır [28].

Bu tanımlamalara ek olarak dini kaynaklarda ise merhamet , hayrın yaratılan canlılara ulaştırılması isteğini ifade eden rahmet kavramıyla açıklanır. Rahmet ve merhamet kavramları, acıma, koruma, bağışlama, rızık verme gibi anlamları içerir ve Arapça'da r-h-m kökünden türetilmiştir. Bu kökten gelen rahim kelimesi ifadesi merhametli olma durumudur [29]. Merhamet kavramı, yaratılmışların hayır ve yardıma ihtiyaç duymasıyla ilgili bir arzu ve bu ihtiyaçlara yardım etme isteğinin bireylerde oluşan bir duygu durumudur [30].

Merhamet kavramının oluşma sürecini incelediğimizde ise üç aşamadan geçtiği görülmüştür. İlk aşama, bireyin diğer bir kişinin zor bir durumu veya acı çeken bir durumu gözlemlemesidir. İkinci aşama, bireyin acı veren durumu kendi kendine kasten yapmamasını içerir. Son aşama ise, bireyin acı veren durumu kendi deneyimleriyle bağdaştırarak, karşısındaki kişinin yerine koymasına olanak sağlamaktır [31].

Bu aşamalardan geçen merhamet kavramının eğitimi genellikle ilk olarak aile içinde başlamaktadır. Sağlıklı bir aile ortamında büyüyen çocuklar, duygusal açıdan sağlıklı bir gelişim gösterme eğilimindedirler. Küçük yaşlarda başkalarının sevinçlerine veya hüznü anlarına kayıtsız kalan ve bu tür durumlarla sık karşılaşmayan çocuklar, merhamet ve şefkat duygularının gelişiminde zorluklar yaşayabilirler [32]. Merhamet duygusunun ve eğitiminin çocukluk yıllarında aile tarafından öğretilmesi, bu dönemde bireylere kazandırılan bir öneme sahiptir. Merhamet kavramı içinde, karşısındaki kişinin insan dışındaki bir varlık olabileceği düşünülür ve bu durumda hak etme, şartlarının nelerden oluştuğu, suç olup olmama gibi belirleyicilerin etkisi olmadığı tespit edilmiştir [33].

Özellikle hastalarla uzunca bir süre aynı yerde bulunan ve yoğun bir şekilde yüz yüze iletişimi sağlayan sağlık çalışanları, hasta ve beraberinde hasta yakınlarının bütün sorunlarında ilk etkileşimde oldukları meslek grubunu oluşturur. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının sağlık bakım hizmeti sunarken hastalara ve yakınlarına karşı ilgili ve merhametli bir şekilde davranmaları son derece önemlidir. Merhamet duygusunun, yardıma ihtiyacı olan ve bakım hizmeti alan hastalar için oldukça önemli bir kavram olduğu düşünülmektedir [30].

2.2. MERHAMET YORGUNLUĞU

Merhamet yorgunluğu kavramı, merhamet ve yorgunluk terimlerinin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bir kavramdır [6]. Coetzee ve Klopper (2010) merhamet yorgunluğunu acı çeken ya da travmatik stres yaşayan kişilerle uzun süre yoğun bir şekilde etkileşimde bulunanlarda ortaya çıkan ilerleyici ve biriken bir süreç olarak tanımlamıştır [6]. Bireylerde tükenmişlikleri sonucunda ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel performanslarında düşüşün olma durumu olarak tanımlanmıştır [34]. Yapılan tanımlardan da anlaşılacağı üzere, merhamet yorgunluğu bireyin sergilediği performansın bir sonucu olarak ortaya çıkan halsizlik durumunu ifade eder.

Tüm insanlığa ait bir duygu olup empati ve duygusal birikimlerin bir araya gelmesi ile birlikte meydana çıkan çok faktörlü yorgunluktur. Temelde empatiye dayalı her ilişkide, merhamet yorgunluğunun ortaya çıkabildiği ve bu nedenle sağlık çalışanları başta olmak üzere sosyal hizmet çalışanları, polis ve acil yardım ekipleri gibi yardım ve iletişim odaklı meslek gruplarında bu durumun sıkça görüldüğü bildirilmektedir [35, 36].

1992 yılında, bu terim ilk defa literatüre Joinson tarafından kazandırılmıştır. Özellikle acil serviste görev yapan hemşirelerin yaşadığı tükenmişlik durumu, merhamet yorgunluğu olarak adlandırılan bir kavramın araştırılmasını gerektiren bir durumu ortaya çıkarmıştır. Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde olumlu özelliklerin azalmaya başladığı ve bu duruma bağlı olarak bazı sağlık sorunlarının ortaya çıktığı gözlemlenmiştir [4].

2006 yılında Adams ve Boscarino travmatik olaylara maruz kalan hemşirelerin posttravmatik stres bozukluğu (PTSD) ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkilerini araştırmıştır [37].

Coetzee ve Laschinger 2018 yılında yaptığı bir çalışmada ise merhamet yorgunluğunu daha geniş bir bağlamda anlamak için bir bütünleştirici model önermiş olup, bu konuda yapılmış bütün önemli çalışmaları incelemiştir [38].

Bireylerde ortaya çıkan yıpranmışlık, hastaların bakımı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi nedenler merhamet yorgunluğunun meydana gelmesine yol açabilmektedir. Tükenmişlik türlerinden biri olan merhamet yorgunluğu bakım veren bireylerde duygusal, fiziksel, ruhsal ve sosyal çöküşlerin olması bakımından farklılık göstermektedir[39]. Merhamet yorgunluğu bakım hizmetini sunan kişi ile bu hizmeti alan kişi veya yakınları arasında duygusal bir travma yaşandığında ve bu deneyimlerle başa çıkma sürecinde ortaya çıkar. Bu duygusal travma çalışanların iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir [8, 40].

Bu olumsuzluk sonucunda hemşireler, hastaya bakım verirken isteksiz, duygusal olarak yıpranmış ve sinirli bir hal alabilirler; bu da hastalara karşı duyarsız davranışları beraberinde getirebilir. Hemşireler duyarsızlaştıklarında, kendilerine verilen bilgileri yanlış yorumlama olasılıkları önemli ölçüde artmaktadır [9]. Bu durum, çalışan kişilerin psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmemesine ve artık hizmet verdikleri hastalara karşı ilgisiz davranışlar sergilemelerine neden olabilir [3].

Doğal olarak, tedavi ve bakım yapan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşaması, hastalara gösterdikleri ilgi ve alakanın azalmasına sebep olur. Bu durumda çevrelerinde olumsuz bir izlenim bırakabilir. Hemşirelerin hastaların acı ve ıstıraplarına duyduğu empatiyi kaybetmeleri, merhamet yorgunluğunun bir sonucudur [30].

Bu nedenle, merhamet yorgunluğu hemşireler üzerinde tükenmişlik, stres, çaresizlik ve umursamazlık gibi kötü sonuçlar doğurup hem hastalar için hem de kurum için olumsuz bir etki bırakabilmektedir.

2.2.1. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar

2.2.1.1. İkincil (Sekonder) Stres Bozukluğu

Merhamet yorgunluğu ve Sekonder Travmatik Stres (STS) kavramları birbirleriyle sıkı sıkıya bağlantılı olan terimlerdir [9]. Sekonder travmatik stres, travmadan etkilenip acı çeken bireyler yani hastaların zor anlarına şahitlik yapan sağlık çalışanlarının yaşadığı stres durumunu ifade eder [36]. Hizmet veren çalışanlarda duygusal yönden acıyla karşılaşması sonucunda ortaya çıkan bir durumdur [41].

Hastalarla karşılıklı iletişim kuran bir ortamda görev yapan sağlık çalışanlarının sekonder travmatik strese maruz kalmaları kaçınılmaz bir durumdur [42].

2.2.1.2. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Travmanın sonucunda kişinin aşırı uyarılma durumunu ifade eden bir kavram olup kişide travmatik olayın sürekli aklına gelmesi ve onu hatırlamasıyla devam eden bir zihinsel bozukluk anlamına gelir [43].

Örneğin kişilerin doğal afetler, kazalar, tecavüzler, savaşlar ve trafik kazaları gibi durumlarda bireyleri derinden etkileyen bir durumdur. Figley, merhamet yorgunluğu kavramını tanımlarken post travmatik stresten ayırt edilecek özelliklere de değinmiş olup belirtiler açısından merhamet yorgunluğu ile post travmatik stres benzerlik gösterse de, temel ayırım başkalarının yaşadığı travmanın duygusal anlamda etkisiyle ortaya çıkar [36].

2.2.1.2. Tükenmişlik

Kendisini etkileyen duygusal zorlamalara uzunca maruz kalan kişilerde ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel tükenme durumudur [36]. Bireyde mesleğinde süreklilik halinde insanlarla iletişim halinde olan ve çalıştığı ortamda meydana gelen olay ve olgulara karşı hissizleşme, duyarsızlaşma ve kişisel başarılarında azalma durumu olarak ifade edilir [44].

Merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik genellikle birbirine karıştırılan iki kavramdır. Tükenmişlik sendromu ve merhamet yorgunluğu arasındaki farklar Tablo 2.1’ de belirtilmiştir [45].

Çizelge 2.1 Tükenmişlik sendromu ve merhamet yorgunluğu arasındaki farklar

Tükenmişlik Sendromu		Merhamet Yorgunluğu
Kişide mutsuzluk, ümitsizlik ve çaresizlik gibi durumlar ile sonuçlanan kişide iş hayatından dolayı ortaya çıktığı bir tükenme biçimidir.	Tanım	Acı çeken bir hastaya bakım veren kişide o hastanın durumuna daha fazla maruz kaldıkça ortaya çıkan bir durumdur.
İş yükünün ve çalışılan saatlerin fazla olması, beraberinde çalışan bireyler arasında tartışmaların, adaletsizliğin ve eşitsizliğin olması sebebiyle ortaya çıkmaktadır.	Oluşma nedeni	Acı çeken hastaların o hallerine uzunca maruz kalmaktan dolayı ortaya çıkmaktadır.
Genellikle sağlık ve emniyette görevi yapan kişilerde görülmekle birlikte neredeyse bütün mesleklerde görülebilir.	Meslek	Çoğunlukla yoğun bakım çalışanlarında olmakla birlikte sağlık çalışanları ve hastan personellerinde görülebilmektedir.
Uzunca bir süre strese maruz kalmanın sonucunda ortaya çıkabilmektedir.	Oluşum süresi	Aniden gelişmekte olup acı çeken hasta ile bir iletişim gerçekleştirildiğinde ortaya çıkabilmektedir.

Hem Tükenmişlik hem de Post Travmatik Stres Bozukluğu'nun bir araya gelmesiyle birlikte ortaya merhamet yorgunluğu çıkabilir [36]. Tükenmişlik her meslekte uzun süreli olarak ortaya çıkabilmektedir. Fakat merhamet yorgunluğu stresli bir ortamda kişilere bakım sağlayan, acılar çeken ve sağlığı kötü olan bireylerle iletişimi sağlayan meslek gruplarında kısa süreli tepki olarak ortaya çıkabilir [46].

2.2.2. Merhamet Yorgunluğu Nedenleri

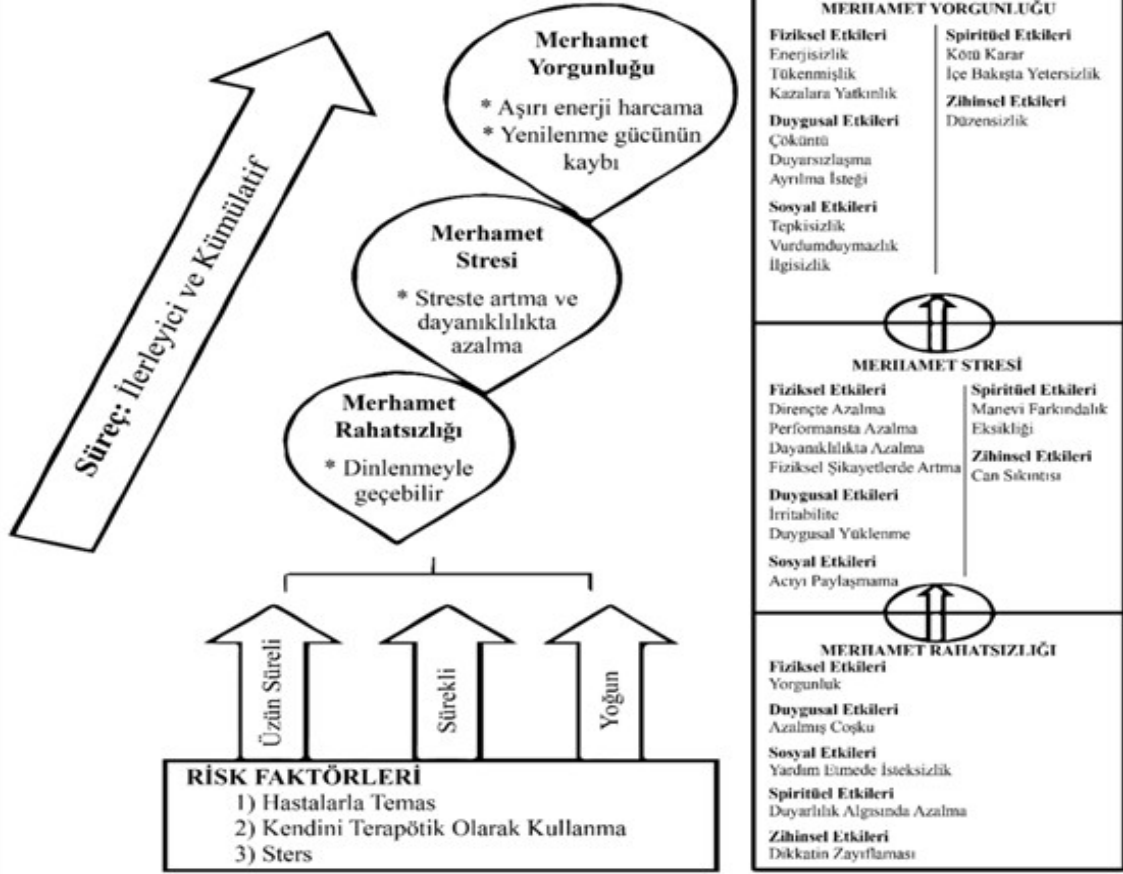
Çalışanlar, maruz kaldıkları ızdırabın büyüklüğüyle baş edememe beraberinde hastalara yeterli olamama hissiyle karşılaştıklarında, kendilerinde duygusal anlamda bir yük

hissederler ve bu durumu içselleştirmeye girerler. Hastaların acılarını azaltmaya, ağrılarını dindirmeye çalışan sağlık çalışanları, bu süreçte artmış stresle başa çıkabildiklerinde doyum yaşamaktadırlar. Fakat bu pozisyonda artmış stresle baş edemeyenlerde, isteksizlik ve işe olan bağlılığın azaldığı gözlemlenmektedir.

Çünkü uzunca bir süre hastaları gözlemek ve onlara stres altında bakım vermek onlarda olumsuz deneyimlere ve travmatik anılara sebep olur. Oluşan stresle baş edilememesi durumunda ise merhamet stresinden sonra merhamet yorgunluğuna geçiş tamamlanmış olmaktadır [47].

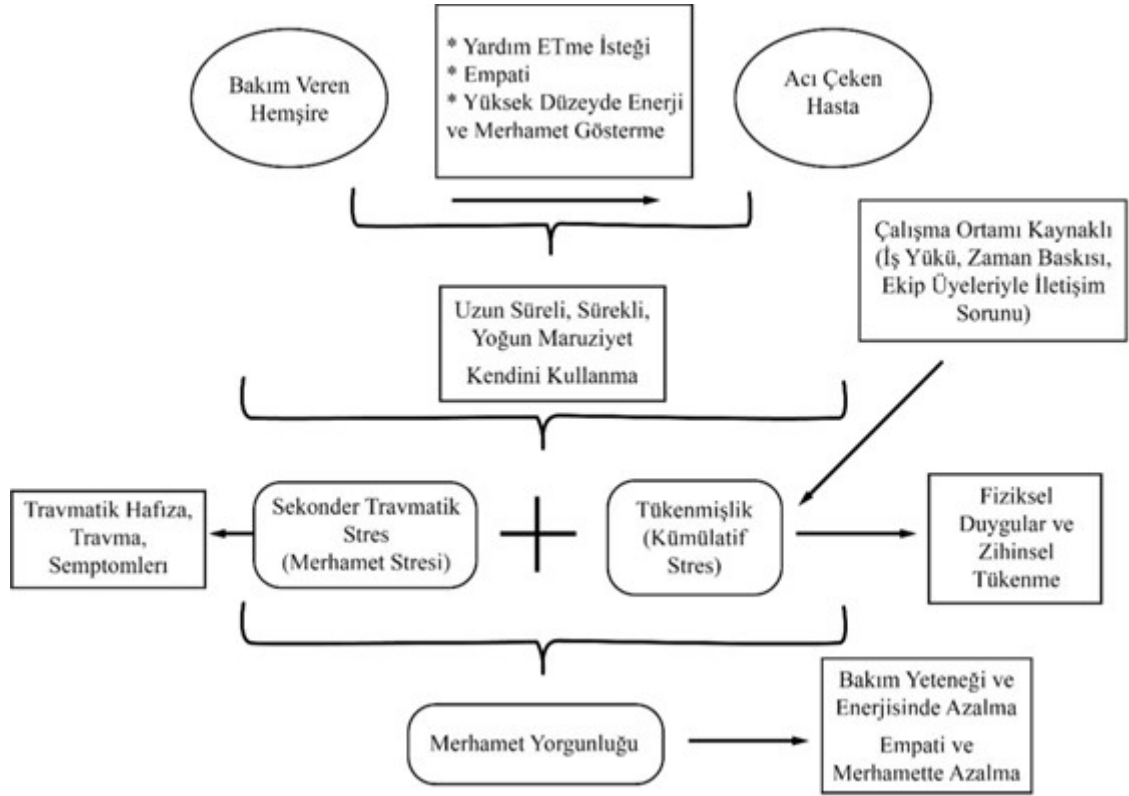
Merhamet yorgunluğunun nedenlerini empatik yetenek, empatik endişe, hastanın travmasına maruz kalma, empatik tepki, merhamet stresi, memnuniyet duygusu, bağlılığın azalması veya kopma, uzun süre hasta bireylere bakım verme, travmatik anılar ve yaşam kalitesinin bozulması olarak sıralayan Figley bu yorgunluğa sebep olan durumlara vurgu yapmıştır [36].

Coetzee ve Klopper (2010) merhamet yorgunluğunun oluşumunu açıklamak için üç risk faktörü tanımlanmıştır. Uzun süreli maruziyetin, merhamet yorgunluğunun kaçınılmaz bir sonuç olduğu gözlemlenmiştir. Merhamet yorgunluğu' nun aşamaları Şekil 2.1 de gösterilmiştir [6].



Şekil 2.1 Merhamet yorgunluğunun aşamaları ve özellikleri

Pehlivan ve Güner, mevcut verilere dayanarak merhamet yorgunluğuyla ilgili yeni bir model oluşturmuşlardır. Bu model, merhamet yorgunluğunun oluşumunu, hemşirelerin zor durumda olan hastalara yardım etme istekleri, duyarlılık yetenekleri ve merhametli davranışlarıyla başladığını ve bu duruma uzun süreli maruziyetin merhamet stresi ve tükenmişlikle sonuçlandığını öne sürmektedir. Oluşum süreci Şekil 2.3 de gösterilmiştir [48].



Şekil 2.2. Merhamet yorgunluğu oluşum süreci

Merhamet yorgunluğuna sebep olan diğer risk faktörleri arasında çok ağır hastalarla ilgilenme ve yapılan bakımın işe yaramayacağı algısı girmektedir. Beraberinde enerji yetersizliği, isteksizlik ve çalışan hemşirenin mesleki deneyimsizliği çalışma sırasındaki yaptığı yanlış uygulamalar merhamet yorgunluğunun kaçınılmaz bir son olmasına sebep olmaktadır [49].

Hemşirenin yaşı, cinsiyeti ve medeni durumu gibi sosyodemografik özellikleri de merhamet yorgunluğu yönünden önemli risk faktörleri olarak görülmektedir [49]. Bu kaçınılmaz sona kişinin mesleğini istemeyerek seçmesi, çalıştığı yerde takdir görememesi ve hayatında kendisi için önemli olan kayıplar yaşayıp acıya maruz kalması gibi durumlar da son derece olumsuz bir şekilde etki etmektedir [50].

2.2.3. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğu fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal ve zihinsel açıdan bir dizi etkiyle ortaya çıkabilir ve bu durum, hem hastaları hem de kurumu içindeki işleyişi olumsuz yönde etkileyebilir [51]. Eğer kişide ilgisizlik, enerji eksikliği, işten ayrılma isteği varsa bu kişide belirtiler başlamış olup üretkenliğin azalması, etkisiz ya da yetersiz hasta bakımı,

hastalara karşı duyarsızlık gibi birkaç olumsuz sonuç ortaya çıkmaktadır [52]. Aşağıdaki tabloda merhamet yorgunluğu belirtileri gösterilmektedir [53].

Çizelge 2.2. Merhamet yorgunluğu belirtileri

İşle ilgili	Fiziksel	Duygusal
<ul style="list-style-type: none">• Belirli hasta grubuyla çalışmaktan korkma veya kaçınma• Hastalara veya ailelerine gösterilen empatinin azalması• Sürekli izin kullanma• Mutsuzluk	<ul style="list-style-type: none">• Baş ağrısı• Sindirim sorunları; mide, konstipasyon ve diyare rahatsızlıkları - Kas gerginliği• Uyku bozuklukları; uyku yetersizliği, çok fazla uyuma ve uykusuzluk• Yorgunluk• Kardiyak semptomları; göğüs ağrısı / basınç, taşikardi ve çarpıntı	<ul style="list-style-type: none">• Ruh hali - Hoşnutsuzluk - Asabi olma - Aşırı duyarlılık• Endişe• Alkol, nikotin ve uyuşturucu maddelerinin aşırı kullanımı• Bunalım• Öfke ve kızgınlık• Nesnellik kaybı• Hafıza problemleri• Konsantrasyon eksikliği, odaklanma ve karar verme problemleri

Merhamet yorgunluğunun belirtilerini incelediğimizde, çoğunlukla yapılan çalışmalar kişide fiziksel, davranışsal ve işle ilgili belirtilerin bulunduğunu bizlere göstermektedir.

Fiziksel belirtiler: Kişide hissedilen baş ağrısı, uyku bozuklukları taşikardi, gastrointestinal sisteme ait sorunlar olabilir. Vücut direnci düşmüş olup bireyde zayıflama, enerjide azalma, kronik yorgunluk, uykuda zorluk çekme gibi bulgular ortaya çıkar [54]. Kas gerginliği, yorgunluk, kilo değişimleri, hipertansiyon, hipotansiyon gibi durumlar çalışmalar tarafından belirlenmiştir [54, 55].

Duygusal Belirtiler: Merhamet yorgunluğunun duygusal belirtileri arasında ise kişide var olan bir öfke hali, umutsuzluk, huzursuzluk, anksiyete, hassasiyet, etrafına ilgisizlik, işten ayrılma isteği, konsantrasyon bozukluğu, odaklanamama gibi sorunlar yaşanabilir [54, 56]. Ayrıca ani ruh değişimleri, sevinç ve heyecanın azalması, kendini değersiz hissetme duygusu, irritabilite, depresyon ve duygusal olarak bunalıma girme hissi de bu duygusal belirtiler arasında yer alabilir [50, 57].

İşle İlgili Belirtiler: Kişinin çalışma performansında bir düşme meydana gelir. Sık aralıklarla izine yarılmak isteyip işe gitme konusunda isteksiz olur. İleri derecedeyse hatta işe gitme konusunda devamsızlıkların artması ve hastaya zarar verebilecek tıbbi hataların artması gibi durumlar meydana gelir. Ek olarak kişi her şeye katlanmasına rağmen verdiği bakımın ve tedavinin kalitesinde düşme meydana gelir. Bu düşmenin farkında olduğu sürece de kendi motivasyonunda düşüş, iş doyumunda azalma ve yaptığı işten zevk alamama gibi durumların da meydana gelmesi araştırmalarda ortaya çıkmıştır [54, 58].

Bu belirtiler son derece önemlidir. Çünkü merhamet yorgunluğunu önlemenin en önemli ve etkili yöntemi bu durumun belirtilerinin farkında olmaktır.

2.2.4. Merhamet Yorgunluğunu Engelleme ve Baş etme Yöntemleri

Merhamet yorgunluğunu engellemenin en önemli noktası, bu durumun belirtilerini bilmektir. Hemşireler için bu belirtilerin farkında olmak son derece kritiktir, çünkü bu olumsuz fiziksel ve duygusal belirtiler hemşireler üzerinde mesleki yorgunluğa ve hatta mesleği tamamen bırakmalarına yol açabilmektedir [54].

Bu yüzden merhamet yorgunluğu karşısında korunma stratejileri oluşturulması gerekli görülmüştür. Rahat çalışma ortamı sağlamak, hizmet içi eğitimlere düzenli bir şekilde katılım, uyumlu iş-yaşam dengesini kurma, kendisine fayda sağlayacak aktiviteler belirleme, farkındalık geliştirme, kişisel öz bakım ihtiyaçlarını karşılama ve manevi boyuttaki inançları dikkate alma gibi yöntemler bulunmaktadır. Hemşirelerin hem fiziksel hem mental hem de sosyal olarak öz bakımlarını yeterli seviyede sürdürebilmeleri kendi sağlıkları açısından ve hastalara en iyi hizmeti verebilmeleri açısından oldukça kritiktir [59].

Merhamet yorgunluğunu önlemek için atılan ilk adım, mevcut kaynakları değerlendirmektir. Bir çok kurum Çalışan Yardım Programları (ÇYP) sunmaktadır. Çalışanlara kişisel ya da işle alakalı durumlarda destekleyici danışmanlık sağlamak ÇYP'lerin temel amacıdır. Kişinin endişeleri ve o anki duyguları üzerine uygun biriyle iletişime geçip konuşmak, merhamet yorgunluğu yaşayanlara destek ve umut sağlayıp bu duyguyu hafifletmek adına bir eylem planı oluşturmada yardımcı olabilmektedir [51].

Ayrıca, bireyin beklentilerini, birim normlarını anlayan bir hoca, gözetmen, deneyimli bir hemşire veya sorumlu hemşire bulmak, mevcut iş durumuyla başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. İşte bazı örnek yararlı stratejiler [51].

- İş atamasında yardımcı olmak
- Çalıştığı vardiyada değişiklik yapmak
- İzin kullanımını konusunda tavsiye etmek
- Fazladan çalıştığı saatleri azaltmak
- Konferans gibi ilgi duyduğu şeylere katılımı teşvik etmek
- İlgilenebileceği bir projeye dahil olması konusunda teşvikte bulunmak.

Bu tür strateji ve eylemler, kişinin çalışma ortamını iyileştirme ve iş ile kendi sosyal yaşantı dengesini güçlendirme potansiyeline sahiptir. Ayrıca hemşirelik ünitesinde belirlenmiş bir yerde rahat ve dinlendirici bir atmosfer yaratmak olur. Örneğin bir odanın dinlenme alanına dönüştürülmesi yoluyla gerçekleştirilebilir. Hemşire, yatıştırıcı bir renk seçimi yapabilir ve küçük bir şelale, rahatlatıcı sandalyeler, bir CD çalar veya stresi azaltmaya yardımcı olabilen rahatlatıcı bir CD koleksiyonu satın alma konusunda destek olabilir [51].

Ek olarak hemşirelerin fiziksel, mental ve sosyal olarak öz bakımlarını yeterli seviyede sürdürebilmeleri, hem kendi sağlıkları açısından hem de hastalara en iyi hizmeti verebilmeleri açısından oldukça kritiktir [59] .

Bununla birlikte, fiziksel ve zihinsel stres faktörlerinin azalmasına katkıda bulunan mizahın kullanılması, bireyin olumlu düşüncelere yönelmesini ve kendi iç dünyasına daha fazla odaklanmasını sağlaması, ayrıca yoga ve meditasyon gibi uygulamalarla ruhsal dengeyi sağlamanın, merhamet yorgunluğundan korunmada etkili olabilecek etmenler arasında olduğu belirtilmektedir [36].

Sonuç olarak erken belirtilerini görmezden gelmek yaygın bir durum olarak görülse de sağlık çalışanının tükenmişliği önlemek ve hastalara mümkün olabilecek en iyi bakımı verebilmek için bu belirtilerin tespit edilmesi ve erken dönemde yardım aranmasının önemi ortaya çıkmaktadır [60]. Bu tarz destek verici stratejiler ve semptomların belirlenmesi, merhamet yorgunluğunun oluşmasını azaltmak, hastanın bakımını istenilen seviyelere çıkarmak ve hemşireleri korumak için de önemlidir [54] .

2.3. BAKIM KAVRAMI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Bakım, insanın var olduğu andan itibaren ihtiyaç duyduğu temel bir varlık unsurudur. Bu kavram, insanın biyolojik programı içinde ve genel insan olma biçiminde önemli bir yer tutar. İnsanın hayatının her evresinde, bakım ihtiyacı biyolojik, duygusal ve sosyal boyutları içerir. Bu temel ihtiyaç, bireyin sağlığını sürdürme, geliştirme ve toplum içinde uyumlu bir şekilde yaşama çabasının bir yansımasıdır [61].

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) Türkçe sözlüğünde, bakımın tanımı üç farklı şekilde yapılmaktadır: İlk olarak, bakma eylemi; ikinci olarak, bir şeyin sağlıklı gelişimi ve iyi durumda kalması için harcanan çaba; ve üçüncü olarak, birinin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını karşılama ve temin etme eylemi olarak ifade edilmektedir [22].

Bir başka tanıma göre ise Bakım, insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirip sürdürmelerine, hayatta kalabilmelerine ve mümkün olduğunca acıdan uzak bir yaşam sürmelerine yardımcı olmak üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yapılan her türlü çabadır [62].

Bakım, sadece bireyin kendi ihtiyaçlarına yönelik değil, aynı zamanda başka bir kişinin taleplerine ve ihtiyaçlarına yönelik bir eylemdir. Bu bağlamda, bakım sadece bireysel bir düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal ve etik bir boyutta da değerlendirilmelidir. Bakım, bir kişinin sadece kendi refahını düşünmekle kalmayıp, çevresindeki diğer bireylerin ihtiyaçlarına duyarlılık göstermesini içerir. Bu, empati, saygı ve sorumluluk gibi değerlere dayanan bir yaklaşımı gerektirir. Bu nedenle, bakım kavramı, bireyin kendi varlığını sürdürme gayreti kadar, başkalarının istek ve ihtiyaçlarına özen göstermesini de içerir [63].

Morse ve ark.'nın tanımı, bakımı sadece fiziksel tedaviyi değil, aynı zamanda insan özellikleri, ahlaki değerler, etkileşim, kişilerarası ilişkiler ve tedavi edici girişimleri içeren çok boyutlu bir kavram olarak ele alır [64].

Toseland ve ark.'ın (2001) belirttiğine göre, bakım verme, samimiyet ve sevginin artması, anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, sosyal destek alma, kendine saygı duyma ve kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklere sahip olabilir. Ancak aynı zamanda, bakım verme deneyimi sırasında birçok zorlukla karşılaşma potansiyeli olduğunu belirtir [65].

Bu tanımlar, bakımın yalnızca somut tedavi faaliyetleri değil, aynı zamanda etkileşim, insan değerleri ve bakım verme süreci, insanların yaşamlarını daha iyi hale getirmelerine, potansiyellerini artırmalarına ve hayatlarını acıdan mümkün olduğunca uzak yaşamalarına yardımcı olmak amacıyla doğrudan yapılan her şeyi içerir. Bu, hem fiziksel hem de duygusal ihtiyaçları içeren geniş bir yelpazede destek sağlama anlamına gelir. Bakımın genel bir düzeyde, yaşadığımız dünyayı en iyi şekilde sürdürebilmek için yaptığımız koruma, sürdürme ve onarma eylemlerini kapsayan özel bir etkinlik olduğunu ifade eder. Burada "dünya" sadece fiziksel çevreyi değil, aynı zamanda insan bedenini ve kişisel kimliği de içerir. Yani, bakım sadece çevremizi değil, aynı zamanda kendi bedenimizi ve kimliğimizi de içeren kapsamlı bir süreçtir [66].

Hemşireler, bu sürecin yapı taşını profesyonel bir yaklaşımla sunan ve insan sağlığının temel taşı olan sağlık profesyonelleridir. Tarih boyunca her zaman insanların temel ihtiyaçlarından biri olan bakım insan sağlığına katkı sağlama ve iyileştirmede büyük bir rol oynamaktadır. Bu yapıyı sürdüren kişilerden biri de hemşirelerdir. Hemşireler, profesyonel ve etkin bir şekilde bakım hizmetini sunan sağlık profesyonelleridir ve toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek adına kritik bir rol oynamaktadırlar [67].

Hemşirelik bakımı, bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyokültürel etkileşim yollarıyla iki birey arasında gerçekleşen bilimsel, etik, estetik ve profesyonel bir süreçtir. Hemşireler, bakımı planlarken ve sunarken, bu süreçte "ne kadar önemli?", "niçin verilmeli?", "nasıl verilmeli?" gibi birtakım temel soruların cevaplarını sorgulamalıdır. Ayrıca, hemşirelerin kendi yetkinliklerini ve bu bakımı etkili bir şekilde sağlama kapasitelerini değerlendirmeleri önemlidir. Bu, bireyselleştirilmiş ve kaliteli bir kişilerarası etkileşimi destekler, hemşirelerin etik standartlara uygun bir şekilde hareket etmelerini sağlar [68]. Bu nedenle, sağlık hizmetlerindeki kalitenin belirlenmesinde hemşirelik bakımının sunumu önemli bir faktördür [69].

Madeleine Leininger, kültürel bakım teorisinin öncüsü olarak bilinir ve bakımın hemşirelik mesleği için temel bir unsur olduğunu vurgulamıştır. "Bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" ifadesi, Leininger'ın kültürel bağlamda bakımın önemini vurgulayan bir temel ilkesidir. Bu ifade, hemşirelik mesleğinin merkezinde bakımın bulunduğunu ve bu bakımın kültürel faktörlere duyarlı bir şekilde ele alınması gerektiğini ifade eder. Hemşirelerin kültürler arası bakımın karmaşıklıklarını anlamalarının ve hastalarına kültürlerine uygun bakım sunmalarının önemini vurgulamıştır. Bu bağlamda,

bakım sadece fiziksel ihtiyaçları değil, aynı zamanda kültürel, sosyal ve duygusal boyutları içeren bütünlüklü bir yaklaşım gerektirir [70].

Hemşirelik biliminin öncüsü olan Florence Nightingale, hemşirelik bakımının hastaların sağlığını iyileştirmek için temel bir unsurlar olduğunu savunmuştur. Ona göre, bakım süreci hasta ile hemşire arasındaki etkileşime dayanmalı ve hemşire, hasta bakımını bilimsel prensiplere göre planlamalıdır. Bu, hasta bakımının sadece fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal ihtiyaçları da içeren bütüncül bir yaklaşımı içermelidir. Florence Nightingale'in vurguladığı bu temel prensipler, günümüzde hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının temelini oluşturmaktadır [71].

Florence Nightingale'in prensiplerini sürdüren Jean Watson ise hemşireliği özel bir sağlık mesleği olarak tanımlamış ve hemşireliği sağlığı geliştirici, hastalık anında iyileştirici, hastalıkları önleyici ve bakım verici, kişiler arasında derin insani bir aktivite olarak açıklamıştır. Ayrıca, bakımın bir bilim olduğunu iddia etmiş ve hemşirelerin sadece fiziksel iyileşmeye odaklanmayan, aynı zamanda hastaların duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarına da duyarlı bir şekilde yaklaşmaları gerektiğini vurgulamıştır [71].

Ek olarak Watson hemşirelik bakımının hastalar tarafından algılanması ile birlikte etkili olabileceğini düşündüğü bakım davranışlarını ne sürmüştür (78).

Sağlık bakımında kullanılan bu bakım davranışları arasında;

- Dikkatli bir şekilde dinleme
- Gz temasını kurma
- Hastanın rahatlatılması
- Hastanın sorumluluğunu alma
- Dürüst olma
- Hastaya dokunma
- Duyarlı olma
- Saygılı olmak,
- Sözel güvence sunmak,
- Fiziksel ve zihinsel olarak hazır bulunma
- Duygusal yönden açık olma
- Hastaya ismi ile seslenme

- Hasta merkezli olunması
- Bilginin verilmesi
- Kültürel farklılıkların dikkate alınması

gibi unsurlar bulunmaktadır [71, 72].

2.4. BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ

En az iki bireyin birbirini etkileyip birbirinden etkilendiği ve iletişimde bulunduğu duruma etkileşim denir. Hemşire-hasta etkileşimi, klinik hemşirelik uygulamalarının merkezinde önemli bir role sahiptir [73].

Çünkü sözlü ve sözsüz iletişim araçlarıyla gerçekleşen bu etkileşim, hemşire ve hasta arasında güven, anlayış ve işbirliği oluşturarak etkili bir sağlık hizmeti sunmayı amaçlar. Bu etkileşim, hemşirenin hastanın ihtiyaçlarını tanımasını ve bu ihtiyaçları karşılmasını içeren bir süreçtir. Hastanın duygusal, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak, hemşire-hasta etkileşiminin temel hedeflerindedir [11, 74].

Bu hedef doğrultusunda hemşire hastayla olumlu ve etkili bir etkileşime girerek, bireyin bireyselliğine ve değerliliğine öncelik verip holistik bir yaklaşım benimseyerek bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını kapsayan bir değerlendirme yapar ve uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirir [75].

Hemşire-hasta etkileşimini ifade eden bir kavram olan Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi, Jean Watson'un Bakım Kuramı' nı temel almıştır. Bu bağlamda, insanlıkla ilgili derin bir saygı beslenmeli, yaşamın ruhsal yönü ve insan bakımının içsel gücü kabul edilmeli, bireyin gelişme ve değişme potansiyeline inanılmalı, insan onuru gözetilmeli, kişisel alanın gizliliğine saygı gösterilip hastaya yüksek bir değer verilmelidir [76].

Hemşireler, hasta bireylerle sürekli etkileşim içinde olup, bireyleri bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirerek bu çerçevede uygulamalarını gerçekleştirmektedirler [75]. “Hemşireliğin odak noktası insandır ve bu meslek, bakıma dayalı bir meslek olarak tanımlanır. Hemşireler, hasta ile güven temelli bir iletişim kurarak, hemşire-hasta etkileşimini yönetirler. Bu süreçte hemşireler, bireyin benzersiz özelliklerini anlamak, öncelikleri belirlemek, bakım ihtiyaçlarını tanımlamak ve bu bilgiler doğrultusunda gerekli uygulamaları gerçekleştirmekle sorumludur [77].

Birçok hemşire kuramcısı, hasta-hemşire etkileşiminin önemine vurgu yapmışlardır. Orlando, hemşireliği, durumun, belirli bir zaman ve yerde hasta-hemşire etkileşiminden kaynaklandığını ifade etmiştir. Travelbee, hemşireliği "iki birey arasındaki kişilerarası bir süreç" olarak tanımlamıştır. Peplau ise hemşireliği, kişilerarası bir etkileşim süreci olarak gördüğünü ifade etmiştir [75, 78, 79].

Bu etkileşimi etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Toplumsal, kültürel, psikolojik, fizyolojik ve çevresel bir dizi genel durumu içerir [80]. Hemşire-hasta etkileşiminin temelinde terapötik, yani yardımcı ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle, mesajın karşılıklı biçimde anlaşıldığını belirleyen etkileşimin sağlanması son derece önemlidir. Bu amaçla, gerçeklik, empati ve olumlu kabul olarak adlandırılan üç kavrama özel bir vurgu yapılması gerekmektedir [75]. Hemşirenin yapıcı iletişimi, tutumu ve davranışları, planlı bir hemşirelik uygulamasıyla hemşire-hasta arasında etkileşim oluşturur [11].

Bu etkileşimde hemşirenin hastalarıyla ilişkilerinde kabul etme ve güven duygusunu geliştirmesi, hastanın psikososyal sağlığını koruyarak etkili bir hemşirelik bakımı sunmayı sağlar. Bu nedenle, hastayla olan etkileşimin yeterliliği, kabullenme ve güvenin kurulmasına bağlıdır [77, 81]. Hemşirenin, bireyi tüm yönleriyle değerlendirerek, bu çerçevede uygulamalarını gerçekleştirmesi ve olumlu hasta bakım sonuçlarına ulaşması, hasta ile etkileşiminin etkinliğine bağlıdır [82].

Sonuç olarak, bu süreçte hemşire-hasta etkileşiminde amaç odaklı dört doğal aşama bulunmaktadır [83].

Bu aşamalar ;

- etkileşim öncesi evre
- oryantasyon evresi
- çalışma evresi
- sonlandırma evresidir.

Hemşire, hasta ile yüz yüze gelmeden önce, hastaya yönelik bakım veren birey; tıbbi ve hemşirelik öyküsüne ait verileri değerlendirir, diğer sağlık ekibi üyeleri ile bilgi paylaşımında bulunur, mevcut verileri tekrar gözden geçirir ve potansiyel sorunları anlamaya yönelik çaba sarf eder. Hemşire, etkileşimi başlatmak için hasta ile buluşma öncesinde bir yer planlar. Bu ön görüşmeye "etkileşim öncesi evre" adı verilir [83].

Hemşire ile hasta birbirini tanımaya başladığında, hemşire; empati kurarak kişi ile arasındaki iletişimin niteliğini oluşturur. Hemşire bu aşamada, hastayı gözlemleyip sağlık durumunu değerlendirir, sorunları önem sırasına göre sıralar. Hemşire-hasta arasındaki karşılıklı rollerin belirlendiği bu evreye "oryantasyon" adı verilir [83, 84].

Hemşire ve hasta, bir araya geldiklerinde sorunlarına çözüm bulmaya ve hedeflerine ulaşmaya çalıştıkları bu evreye çalışma evresi adı verilir. Bu süreçte hemşire, hastasını sağlıkla ilgili duygusal ifadelerini paylaşmaya teşvik eder ve gerektiğinde davranış değişikliklerine destek olur. Ayrıca etkili bir etkileşim için terapötik iletişim tekniklerini uygular [83].

Hemşire ve hasta, bakım sürecinin yakında sonlanacağını bilerek bir araya gelirler. Bu aşamada hemşire ve hasta, iletişim başarısını değerlendirir ve birey, diğer sağlık ekibi üyeleri ile tanışırılır. Bu evreye sonlandırma evresi adı verilir [83].

Hemşire ve hasta arasında güven ilişkisi kurulması, hasta ile etkileşimde bulunulması ve hastaya konuşma fırsatı tanınması, iletişimin başlaması açısından kritik bir adımdır. Hastayı içtenlikle dinlemek, anlayabileceği şekilde sorular sormak, hassas konularda zorlamamak, alınan cevaplara uygun ve samimi bir şekilde yanıt vermek, hastanın tepkilerini yargılamadan kabullenmek; etkili iletişim kurma sürecinde önemli faktörler arasındadır [85].

Araştırmalar, hasta merkezli bir yaklaşımın benimsendiği durumlarda hemşirelerin ve hastaların iyi iletişim kurabildiklerini, bu durumun ise pozitif hemşire-hasta iletişiminin temel unsuru olduğunu göstermektedir. Bu sebeple, hemşirelerin etkili etkileşim yeteneklerine sahip olmalarını sağlamak, hasta memnuniyetini artırmak ve olumlu bakım sonuçlarını desteklemek açısından büyük bir önem taşımaktadır [86, 87].

2.5. KRİZ

2.5.1. Krizin Tanımı ve Özellikleri

Kriz, kelime anlamıyla; "bir işin veya olayın geçtiği karmaşık dönem", "üstesinden gelmesi zor olan bir durum" veya "ani şekilde ortaya çıkan kötü gidiş yönündeki tehlikeli bir dönem ve gelişmeler" anlamına gelir. Kavram olarak ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan olaylar ya da koşullar sonucunda ana yapıların, değerlerin ve normların olumsuz bir biçimde etkilenmesi olarak tanımlanır [88]. Kökeni Yunancadan gelmekte olup krisis kelimesine dayanır. Sosyal bilimlerde "bir ülkede toplumun ya da bir kuruluşun yaşamında ortaya çıkan güç dönem, buhran, bunalım" olarak tanımlanmaktadır [22].

Bir olayın kriz olarak adlandırılmasında olayın çeşitlilik göstermesinden dolayı birçok açıklama mevcuttur. Bu nedenle, krizin türünün belirlenmesi, hem tanımının yapılmasında hem de bu krize karşı nasıl bir yaklaşım sergilenmesi gerektiği konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü krizin ekonomik, mali, finansal, siyasi, ahlaki gibi çeşitli türleri bulunmaktadır. Bu durum, hangi olayın kriz olarak adlandırıldığının kişiye ve özelliklerine göre değişiklik gösterebileceği anlamına gelir [89, 90].

Krizin dikkat edilmesi gereken en önemli özelliği ise belirsizliktir. Belirsiz bir yerde olmak, yöneticilerin ve çalışanların her türlü tehdit, zaman baskısı ve sürprize maruz kalmasını beraberinde getirir. Kriz sonrasında oluşabilecek tehditler, işletmelerin hedeflerini ve yönetim tarzlarını olumsuz etkiler. Krizin özellikleri şu şekildedir [91].

- Kriz, kurumun hedeflerini tehdit eden bir faktördür.
- Kriz için alınabilen önlemler, krizin ortaya çıkmasına engel olmayabilir.
- Kriz sırasında bilgi kaynağındaki eksikliklerden dolayı olumsuz sürece girilebilir.
- Krizler, karar vericilerde gerilimli bir ortam oluşturabilir.
- Kriz öncesi, kriz anı ve kriz sonrasında iyi bir planlamanın yapılması gereklidir.
- Acil bir müdahalenin gerekliliğinden dolayı etkili bir şekilde kriz yönetimi uygulanmalıdır.
- Krizin kontrol altına alınmasında zorluk yaşanabilir.
- Kriz, yaşamda belirleyici bir dönemeç olarak kabul edildiğinde, hem fiziksel hem de psikolojik etkilerinin dikkate alınması kaçınılmazdır.

Çünkü bu durum beklenmedik bir olay olmasına rağmen farklı zaman dilimlerinde ve mekanlarda ortaya çıkabilir. Oldukça hassas ve kritik bir durum olup krize yönelik uygulamaların oluşturabileceği sorunlar kurumu yok olma noktasına dahi sürükleyebilir. Kriz anında bir problem anında o problemi çözüp, engelleyip, durdurup ve karşılık verme süresi oldukça kısıtlı olabilmektedir. Krize yerinde, zamanında, etkili ve güçlü bir şekilde müdahale edilmelidir. Baskı, stres, güvensizlik ve karışıklık gibi örgütler üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Krizlerin bitmiş olması, tekrar ortaya çıkmayacakları anlamına gelmez. Sebebi ise biten bir kriz belirli bir zaman diliminden sonra tekrar ortaya çıkabilir [92].

2.5.2. Krizin Nedenleri

Krizler yetersiz bilgi kaynaklarından, ekonomik belirsizlikler, örgüt içi ve dışındaki çatışmalar, uluslararası ilişkilerin getirdiği değişimler ve siyasal alandaki değişikliklerden dolayı meydana gelmektedirler [93, 94].

Aynı zamanda belirsizliklerin olması, hızlı ortam gelişmeleri, eksik ve gecikmiş bilgi akışının varlığı, iletişim aksaklıkları, siyasi ve politik farklılıkların olması gibi bir dizi sorunun varlığından da kaynaklanmaktadır [93, 94]. Krizlere neden olan faktörler, iç ve dış faktörler olarak iki grupta toplanmaktadır.

2.5.2.1. Kurum İçi Faktörler

Kurum içi faktörler, işletmelerin krize engel olamamasının temel nedeni olarak öne çıkmaktadır. Bu durumun başlıca sebeplerinden biri, liderlerin krizi fark edememeleri veya krizden kurtarma konusunda yetersiz olmalarıdır [95].

Kurumun kültürü, çalışanların özellikleri, kültürel şebekesi, ve yönetim biçimi öne çıkan faktörlerdir. Kurum içinde yaşanan sorunlar tek başına bir kriz oluşturabileceği gibi, farklı sorunlarla birleşerek krizin boyutunu artırabilir ve olumsuz durumları hızlandırabilir [94].

Kurum içi faktörlerin öne çıkanları arasında örgütsel yapıdan kaynaklı sorunlar, çalışanlara yeterince inisiyatif verilmemesi, aşırı kontrolcü yönetim tarzı, dış ortama ilgisizlik, iletişimden kaçınma davranışları, bürokratik yönetim tarzı, yöneticilerin yetersiz yönetsel bilgi düzeyleri, karar vermede eksiklik, yeniliklere karşı duyarsızlık, sezgi ve tahmin gücünün yetersizliği, etkin iletişim sisteminin olmaması ve bilginin

niteliği ile ilgili sorunlar ön plana çıkmaktadır [93].

Kurumların kriz durumu yaşamasının en önemli sebeplerinden biri, üst düzey yöneticilerin tecrübesiz ve yetersiz bir donanıma sahip olmalarıdır. Bu faktör, üst düzey yöneticilerin çevresel değişimleri izleme, bu değişikliklere ilişkin bilgi toplama, yorumlama ve değerlendirme konularında yaşadıkları deneyimsizlik ve yetersizlikler, öngörü ve sezgi eksiklikleri, yeni sorunların benzersiz doğasını kavramama ve onlara eskiden kullanılan çözümleri uygulama eğilimleri şeklinde kendini gösterir. Bu durumlar, krizleri reddetme eğilimi olarak görülür [94].

Olası bir krizin sonucunda yapılacak hamlelerde kararsızlık durumunda, geri dönüşü olmayan bir çıkmaza girilmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle, "en kötü karar, kararsızlıktan iyidir" prensibi hatırlanmalı ve böyle durumlarda hemen bir karar verilmesi, kriz anında atılması gereken en önemli adımdır [96].

2.5.2.2. Kurum Dışı Faktörler

Krizle sebep olan dış faktörler, kurumların kontrolü dışında meydana gelen geniş kapsamlı olaylardır. Bu olaylar genellikle buldukları şehri, ülkeyi ve hatta dünyayı etkileyebilir. Kriz başlangıcı itibarıyla, kurumlar hızlı ve ani tepkiler vermeleri gerekmektedir. Bu süreçte, kurumun vereceği tepkinin hızı ve doğruluğu, krizin oluşmasında büyük bir önem taşır [95]. Kurum dışı etmenler çevre sisteminden kaynaklanan unsurlar veya dış çevre unsurları olarak da nitelendirilebilir. Çevre düzeni, kurumu ulusal ve uluslararası seviyede çevreleyen toplumsal, ekonomik, yasal, siyasi, doğal ve teknolojik çevre alt düzeneklerinden oluşmaktadır [94]. Büyük çaplı salgın hastalıklar, yangın, sel baskını, deprem gibi doğal afetler, ve teknolojik yenilikler dış değişkenlere örnek gösterilebilir [97].

- **Doğal Afetler kaynaklı krizler:** Doğal afet kaynaklı krizler o bölgede yaşayan bireylerin yaşamına etki eden ve büyük çaplı yardım gerektiren olaylar olarak nitelendirilir. Yangın, sel, deprem, tsunami ve pandemik hastalıklar gibi felaketler örnek gösterilebilir. Bu tür krizler, kurum içinde bir sinyal vermeden ortaya çıkar. Bu tarz krizlere önceden önlem almak mümkün değildir ve durum aniden ortaya çıkar [98].

- **Teknoloji kaynaklı krizler:** Hızla evrilen çevresel koşullarda teknolojik ilerlemeler sürekli olarak yenilenmekte ve buna adapte olamayan kurumlar kriz durumlarına daha açık hale gelmektedir [99]. Teknolojinin beraberinde getirdiği yeniliklerin kurumlara entegre edilememesi durumunda olası krizler ortaya çıkabilir. Çünkü başarı elde etmek isteyen işletmeler günümüz çağında, teknolojik değişikliklere ayak uydurmak zorundadırlar. Kurumların işlevselliğini sürdürebilmesi için hizmet üretiminde kullandıkları yöntemleri ve teknikleri değişen teknolojiye göre güncellemeleri ve geliştirmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde, kriz yaşanması kaçınılmaz olacaktır [94].

2.5.3. Kriz Evreleri

Kurum yöneticilerinin oluşabilecek krizlerin verdiği sinyallere sürekli dikkat etmeleri önemlidir. Bu sinyallerin fark edilmesi durumunda, yöneticilerin önceden kurumda oluşabilecek sorunlara karşı yeni müdahaleler ve stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir. Oluşabilecek sıkıntıların önceden sezilememesi veya doğru zamanda kriz sinyali alınamaması durumunda, yönetim açısından sorunların başlangıcına ve dolayısıyla hem kurum hem de işgörenler açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir [100].

2.5.3.1. Kriz Öncesi Dönem

Kriz durumu ortaya çıkmadan önce, krize işaret eden sinyallerin yavaş yavaş veya aniden aşama aşama belirdiği bir dönemdir. Bu evrede, krizin belirtileri gelişir ve bu belirtileri fark edebilmek, kurumun krize karşı tedbir almasını veya krizin etkilerini azaltmasını sağlayabilir. Bu süreç, kurumun dış çevreyle, müşterilerle ve diğer paydaşlarla olan gelişmelere karşı duyarlı olması gereken bir aşamadır [95].

2.5.3.2. Kriz Dönemi

Krizin başlangıcıyla birlikte, kurum içinde psikolojik, mali ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaya başlar. Artan baskılar ve gerilim, işleyişteki karmaşıklığı artırarak aksaklıklara yol açar. Aşırı çalışma, rutin işlere odaklanma, yaratıcılıktan uzaklaşma ve performans düşüklüğüne neden olabilir [95]. Bu evrede liderlik özellikleri önem kazanır. Yöneticilerin stres yönetimi ve zaman yönetimi gibi becerileri, kurumun bu dönemi başarıyla atlattırmasında önemli bir avantaj sağlar. Kurumun personel özellikleri, ürün-pazar ilişkisi ve ekonomik konular, krizi aşmak için ele alınması gereken kritik konulardandır[101].

Ayrıca yönetim kızgın ve telaş içindedir. Karmaşa bu aşamada daha da şiddetlenmiştir. Genellikle plan yapmak gereksiz görülmekte ve günlük faaliyetlere öncelik verilmektedir. Herkes yoğun bir şekilde çalışır, ancak başarı bir türlü gerçekleşmez [94].

Başarı bir türlü gerçekleşmezken müşteriler, çalışanlar, satıcılar ve diğer ilgili kişiler, kurumla ilişkilerini sınırlamaya veya gevşetmeye başlayabilir [94]. Kriz öncesi dönemdeki işaretleri yeterince erken okuyamayan ve gerekli müdahaleleri zamanında yapamayan kurumlar, kaçınılmaz bir şekilde bu döneme geçmek durumundadır [71].

Kriz döneminde her kurumun itibarını koruması, temel hedefleri arasında yer almalıdır [16]. Kriz işaretleri alındıktan ve yorumlandıktan sonra sağlıklı tepkiler verilmediyse, örgütün krizle yüzleşmesi kaçınılmaz hale gelir. Bu aşamayı kısaltmak ve krizi daha hızlı sona erdirmek için etkili bir kriz yönetimi önemlidir. Kriz döneminde uygulanması gereken önlemler şu şekilde özetlenebilir [71].

- Panik yapmaktan kaçınılmalı ve soğukkanlılık korunmalıdır.
- Temel işle ilgilenmeye devam edilmeli, gereksiz işlere odaklanılmamalıdır.
- Dedikodulara kulak verilmemeli ve gerçek bilgilere odaklanılmalıdır.
- "Bir musibet, bin nasihatten iyidir" düşüncesi ile krizden dersler alınmalıdır.
- Krizlerin aynı zamanda fırsatlar yaratabileceği anlayışıyla, ortaya çıkabilecek fırsatlar değerlendirilmelidir.

2.5.3.3. *Kriz Sonrası Dönem*

Krizin final aşamasını oluşturur. Kurum değişime uygun olan çözümlerle krizi ortadan kaldıracaktır ve faaliyetlerine yeni bir ivme kazandırabilir. Bu dönemin süresi, hamleler, karşı hamleler, yasal gelişmeler, medyada yer alış gibi faktörlere bağlı olarak oldukça uzun olabilir. Eğer bu son şans doğru şekilde kullanılmazsa, gelişmelerden giderek tamamen kopulur ve yok oluş başlar [95].

Bu süreç, krizin etkilerinin belirlenmesi ve öğrenme aşamalarından oluşur. Kriz sonrası dönemde, kurumsal katman artışı, prosedürler, kurallar ve bürokrasinin ortaya çıkmasıyla birlikte kontrol ve sıkı yönetim artar. Bu durum, denetim ve sıkı yönetimin fazlalığıyla çalışanlarda baskı, korku, stres, bitkinlik, güvensizlik ve aşırı tepki gibi negatif davranışlara yol açabilir [102].

Kurum, bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için iyileştirme çalışmalarına odaklanmalıdır. Stres yönetimi planları oluşturarak, kurum çalışanlarını psikolojik olarak güçlendirmek de büyük önem taşır [17].

Kriz döneminin sona ermesi, kurumlarda ortaya çıkan olumsuzlukların yanı sıra, meydana gelen fırsatların da değerlendirilmesine imkan tanır. Bu fırsatlardan yararlanarak, kurumun performansını artırmak amacıyla etkili bir ekip kurma süreci başlatılabilir ve krize yönelik detaylı bir durum analizi yapılabilir. Yapılan durum analizlerinden sonra, kurumun krizden ne kadar etkilendiği ve geleceğe yönelik kriz sonrası faaliyet raporu hazırlanmış olacaktır [95].

2.6. KRİZ YÖNETİMİ

Kriz yönetimi, olası sorunların erkenden belirlenmesi, önlenmesi veya sonuçlarının sınırlanması için proaktif adımlar atmak yerine, ortaya çıktıklarında etkili bir tepki verme sürecini içerir [16]. Ayrıca potansiyel bir krizin önceden tespit edilmesi, koruyucu ve önleyici tedbir mekanizmalarının oluşturulması, kurumun krizi tam anlamıyla ortadan kaldırması veya minimum kayıpla atlatması için gereken faaliyetlerin belirlenmesi ve uygulanması sürecini içerir [103].

Kurumun potansiyel zararları önceden belirlenerek bunlar en aza indirildikten sonra olası krizleri önlemek ve geçmiş krizlerden öğrenerek gelişmek amacıyla plan oluşturulur [104].

Kriz yönetimi, bir kurumu ve ilgili taraflarını tehditlere karşı korumak veya tehditlerin etkilerini en aza indirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kriz yönetimi sürecinde, krizin bütün yönleriyle başa çıkılması gereklidir. Krizlerin uygun şekilde ele alınmaması, potansiyel olarak olumsuz sonuçlar doğurabilecek operasyonlar için ciddi bir tehdit oluşturabilir [89].

Yani özet olarak kriz yönetimi kriz sinyallerinin algılanmasıyla birlikte devreye giren bir yönetim süreci olup bu süreç krizin etkilerini en aza indirmek, önlemler almak, olumsuz sonuçları azaltmak ve kriz sonrasında kurumun yeniden yapılanması için gereken adımları içerir [71].

2.6.1. Kriz Yönetiminin Özellikleri

Kriz yönetimi, olası bir kriz anında, kriz sinyallerinin önceden tespit edilip değerlendirilmesi ve kurumun en az zararla krizi atlatabilmesi için gereken önlemlerin alınması ve uygulanma sürecini ifade eder. Bu sürecin temel amacı, örgütü kriz durumuna karşı etkili bir şekilde hazırlamaktır [105]. Bu süreç kurumun bireysel departmanlarını detaylı bir şekilde gözden geçirir ve ardından kurumu bir bütün olarak değerlendirerek uygulanabilecek bir yönetim stratejisi meydana getirir [106].

Bu ifade genellikle beş adımdan oluşur: kriz yönetimine hazır olmak, krizi tanımlamak, krizi dondurmak, krizi çözmek ve krizden iyi bir yarar sağlamak [107]. Kriz yönetiminin özellikleri ise şu şekilde sıralanabilir [71].

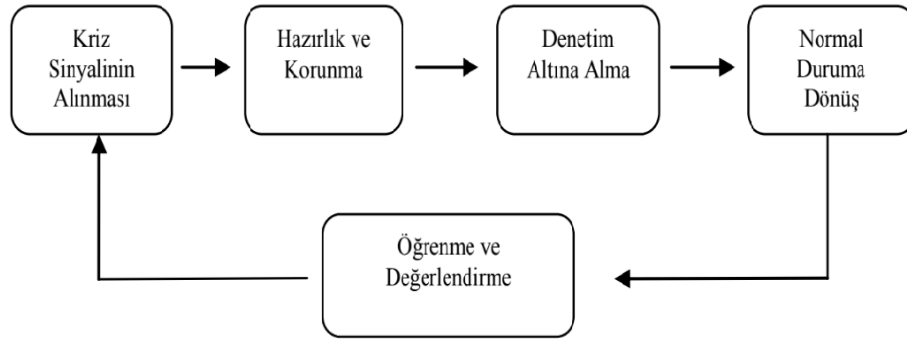
- Kriz yönetimi, kurumun potansiyel krizlere karşı sürekli olarak hazırlıklı olmasını sağlar.
- Kriz yönetimi, birden çok aşamadan oluşan karışık bir süreçtir.
- Kriz yönetimi, kurumun yaşayışını tehlikeye sokabilecek veya olanaksız pozisyona sokan durumlarla ilgilidir.
- Etkili bir kriz yönetimi, kurumun krizi erken zamanda kontrol altına alabilme ve kayıpları sınıflandırabilme avantajına sahiptir.

Bu özelliklerin yanında dört önemli kaynağın sürekli, sistemli ve dikkatli bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Bu kaynaklar; sermaye, hayati fiziksel varlıklar, zaman ve bilgidir [107].

Sonuç olarak etkili bir kriz yönetimi, organizasyonda krizin erkenden kontrol altına alınmasını sağlayarak zarar ve kayıpları sınıflandırma avantajına sahip olup bir kurum kriz yönetimini etkili bir şekilde uygulayabilirse, beklenmeyen olaylara karşı hazırlıklı olabilir ve krizleri minimum zararla atlama şansını elde eder. Belirsizliklere karşı hazır olan ökurumlar, bireylerin zor durumda kalmasını önler, zaman kaybını en aza indirir ve varlıklarını tehlikeye atmaz [108, 109].

2.6.2. Kriz Yönetimi Aşamaları

Krizleri önlemek veya hasarı en aza indirmek için kriz sinyallerini tespit etmek, kurumu olası kayıplara karşı korumak amacıyla gerekli önlemleri almayı içeren aşamalardan oluşur [110]. Şekil 2.3' de kriz yönetiminin aşamaları görülmektedir [111].



Şekil 2.3. Kriz yönetimi aşamaları

2.6.2.1. Kriz Sinyallerinin Alınması

Olumsuz yönlerini önceden göstermeye başlayan kriz dönemi yönetimle ilgili sinyaller gönderir. Kurum yönetimi, bu sinyalleri kriz öncesi süreçte fark etmeli ve doğru bir şekilde değerlendirerek gerekli önlemleri almalıdır. Bu sinyaller fark edilip müdahale edilmezse, kriz kurum için kaçınılmaz hale gelir [112].

Özellikle her kriz farklı sinyaller gönderdiği için, çeşitli erken uyarı sistemlerini kurmak ve işletmek önemlidir. Büyük krizler genellikle küçük olaylardan türemiştir. Sorunlarla hızlı ve kararlı bir şekilde yüzleşmek, daha büyük sorunların ortaya çıkmasını engeller [98].

Bu nedenle yöneticilerin bu sinyallere karşı sürekli tetikte olması gerekmektedir. Yönetim, bu dönemde her durumu ilerde bir krize neden olabileceği gibi ele alıp incelemelidir [113].

2.6.2.2. Hazırlık ve Korunma Aşaması

Kurumlar bu aşamada, olumsuz durumlarla karşılaşma riskini en aza indirme hedefi doğrultusunda müdahale planlarını içeren bir kriz yönetimi metodu geliştirmekle yükümlüdür [17]. Erken uyarılardan elde edilen verileri kullanarak krize karşı önlemler alınmalıdır. Krizin oluşumunu engellemek için bu önlemlerin tek başına alınması yeterli

olmayacaktır. Kurumlar, etkili koruma stratejileri oluşturmali ve kriz sinyallerini dogru bir bicimde değerlendirerek zamanında olayı çözmelidir [109]. Kriz anlarından kaçınmak ve dış etmenleri sürekli izleyip analiz yapmak krize hazırlık ve korunmanın önemli unsurlarındandır [17].

Bu yüzden muhtemel riskleri listelediğinizde, her başlık altında ilgili yöneticilere bazı soruları sormak önemlidir. Örneğin; İleride problem çıkma olasılığı olan bu durumu önlemek ve etkisiz hale getirmek için hangi adımları atmamız gerekiyor? Farklı risklere karşı alınan çeşitli önlemler, bazı durumların diğerlerine göre daha maliyetli olabileceği sonucuna yol açabilir [98].

2.6.2.3. Denetim Altına Alma Aşaması

Bu aşamada hem yöneticiler hem de çalışanlar panik ve stres içindedirler. Artık olası bir kriz değil, gerçek bir krizle karşılaşıldığı belirtilmiş ve kurum bu kriz durumunun içine çekilmiştir. Planlı ve organize bir çalışma krizin kontrol altına alınmasında önem arz etmektedir [114]. Kriz yönetiminde bu aşama, duruma hakim olma ve zarar kontrolü olarak da adlandırılmaktadır [111].

Yöneticiler krizin etkilerini en aza indirme, tamamen sonlandırma ve zararı en aza indirme yönlerini özenle gözden geçirir. Ayrıca krizin sadece olumsuz etkilerini değil, aynı zamanda doğurabileceği fırsatları da bilinçli bir şekilde değerlendirmelidir [17].

Krizi kontrol altına almak, yalnızca yönetilebilir krizler için geçerli olmaktadır. Önleme ve savunma mekanizmalarında herhangi bir zayıflık belirtisi algılandığında gerekli tedbirlerin alınmasında sorunlar ortaya çıkar. Erken uyarı sistemleri düzenli olarak takip edilmezse, önleme ve hazırlık mekanizmalarının etkisiz hale gelme riski ortaya çıkabilir [17].

2.6.2.4. Normal Duruma Dönüş Aşaması

Bu dönemin tamamlanma süreci, kurumun etkin uygulama becerilerine ve uygulama hızlarına bağlı olarak değişebilir. Krizin kontrol altına alınıp sona erdiği aşama, krizin etkilerini tamamen ortadan kaldırmak için alınacak önlemleri ve gerçekleştirilecek faaliyetleri içermektedir [111].

Bu aşamada, kurumlar meydana gelen hasarları hesaplamalı ve onarımları için kısa ve uzun vadeli yapılması gereken uygulamaları ve faaliyetleri planlamalıdır [92]. Krizin atlattıktan sonra örgütün stabil bir pozisyona getirilmesi önem bir konudur. Krizin kökenleri tam anlamıyla belirlendikten sonra, bu nedenlerin ortadan kaldırılmasıyla örgüt, önceki istikrarlı durumuna yeniden kavuşturulabilir [115].

2.6.2.5. Öğrenme ve Değerlendirme Aşaması

Kriz ortadan kaldırıldıktan ve kurum üzerindeki olumsuz etkiler giderildikten sonra, kriz yönetimi süreci son aşamasına ulaşır. Bu evrede meydana gelen kriz sorgulanıp alınan karar ve önlemler gözden geçirilir [115]. Daha sonra geleceğe yönelik uygulamalar ve tedbirler gözden geçirilip kriz döneminden çıkarılacak dersler belirlenir [116].

Bu son aşamada, kurum sadece kendi yaşadığı deneyimlerden dersler çıkarmaz. Aynı zamanda diğer kurumların karşılaştığı sorunlardan da dersler çıkarır. Fakat birçok kurum, bu aşamaya yeterli özen göstermeyi tercih etmemesinden dolayı krizin tekrarlanıp ortaya çıkmasına olanak tanır [17].

Kriz yönetimi, karmaşıklık içeren ve disiplinler arası bir yaklaşım gerektiren bir süreçtir. Bu nedenle, krizle baş edebilmek için, kalite geliştirme amacıyla kullanılan kalite çemberi uygulamalarına benzer bir kriz önleme ve yönetim ekibi oluşturulmalıdır. Herhangi bir krize karşı hazırlıklı olmak için atılacak ilk adım bir krizle yüzleşmeden önce kriz yönetim ekibini oluşturmak olacaktır [98].

2.7. HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ

Hastanelerdeki kriz yönetiminin diğer kurumlardan ayıran önemli bir fark, zaman ve risk kavramlarının kurumdaki çalışma sistemine önemli ölçüde uygulanmasıdır. Hastane yönetimi genellikle diğer kurumlarla benzer özelliklere sahip olabilir, ancak kriz yönetiminde zamanın ve riskin önemi daha belirgin hale gelir [18].

Özellikle afet dönemlerinde gerçekleştirdikleri müdahalelerin ne kadar kritik olduğu açıktır. Krizin başlangıcından itibaren alınan kararların doğru ve zamanında olması, krizin daha olumlu bir şekilde sonuçlanmasına katkı sağlar. Aksi takdirde çözülmeyen krizlerin yeni ve daha etkili krizlere dönüşme olasılığı bulunmaktadır [18].

Bu yüzden sağlık kuruluşlarında olası acil durumların önceden belirlenip azaltılması ve

giderilmesi amacıyla yapılan çalışmalar, kriz yönetimi sürecinde önemli bir yer tutmaktadır [117]. Sağlık kurumlarında ortaya çıkabilecek risk farkörleri ise şunlardır [118];

- Sağlık kurumlarında yaşanacak en önemli risklerin başında salgın hastalıklar gelmektedir. Günümüzde oluşan Covid-19 salgınıyla sağlık kurumlarının sağlık işleyişinde çok ciddi sorunlar yaşanmıştır. Sağlık kurumları çeşitli dönüşümler yapıp pandemi birimlerine dönüşmek zorunda kalmışlardır.
- Sağlık kurumlarında krize dönüşebilecek sorunlardan bir diğeri ise doğal afetlerdir. Sağlık kurumları kendi ülke ve buldukları bölge koşullarında oluşabilecek doğal afetlere hazırlıklı olmalıdırlar. Bu amaçla gerekli alt yapılar ve ilgili birimler oluşturulmalıdır.
- Sağlık kurumlarının sürekli karşılaştığı önemli bir sorun da büyük ölçekli kazalardır. Büyük ölçekte oluşan kazalar sağlık kurum kapasitesini zorlayacak ciddi krizler yaratabilir.
- Sağlık kurumlarında çoğunlukla, sağlık personeli kaynaklı tıbbi hatalar, kuruma hukuki sonuçlara sebebiyet verebilecek krizler yaratabilir. Örneğin yanlış bir müdahale veya ameliyatlar esnasında bölgede unutulmuş bir cisim, hastanın hayatı tehlike yaşamasına neden olabilir.
- Yukarıda sayılan maddelerin yanı sıra sağlık kurumlarındaki iletişimsizlik, mobbing gibi sorunlar da kuruma önemli ölçüde zarar veren krizlere neden olabilmektedir.

Kriz dönemlerinde hastanelerde, yaşanan krizin tipine göre bir organizasyon ve yönetim birimi oluşturmak gerekmektedir. Oluşturulan bu yönetim ekibi gerekli tüm adımları atması gerekmektedir. Zamanında yapılan müdahaleler ile kriz süreci çok daha olumlu sonuçlara ulaşır [117]. Kriz durumlarında hastaneler, erken müdahale sağlamak amacıyla önceden hazırladıkları çeşitli sağlık hizmetleriyle donatılmıştır [119].

Özellikle hem dünyada hem de Türkiye'de meydana gelen afetlerin çok yönlü etkileri ve sonuçları, hastanelerin hem fiziksel hem de işlevsel olarak afetlere daha dayanıklı ve müdahalelere daha hazırlıklı olmaları gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır. Afetler genellikle sağlık sistemlerini ciddi şekilde etkiler ve bu nedenle hastaneler, hızlı ve etkili bir şekilde müdahale edebilmek için gerekli donanıma, eğitime ve planlamaya sahip olmalıdır. Hastanelerde ortaya çıkan kriz anlarından istenen verimin elde edilebilmesi

için kurum tarafından çağdaş yöneticiliğin ortaya konması, kriz öncesi problemlerin farkına varılıp ortaya çıkarılması, kriz anındaki sorunların derhal çözülmesi gerektiği gözle görülür şekilde önem taşımaktadır. Özellikle hastanelerde çalışanların sayısının % 50-60 oranında hemşireler olmasıyla birlikte bu önem hemşireleri yakından ilgilendirmektedir [117].

Hemşireler açısından bu tarzda çalışmaların ve araştırmaların az olması bu konunun hemşirelik mesleği açısından önemini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak hastane yöneticileri karşılaşılabilecekleri kriz anlarını iyi belirleyip kriz anındaki baş etme stratejilerini saptayarak uygun bir kriz yönetimi felsefesi oluşturmalıdır. Ek olarak var olan bir krizin aşılabilmesi için iyi bir planın oluşturulması ortaya çıkan soruların profesyonel bir şekilde cevaplanması, krizi çözecek bir ekibin oluşturulması, etkili bir kriz iletişiminin sağlanması, konu ile alakalı dünyadaki yeniliklerin takip edilmesi ve ortaya çıkan krizlerden anlam çıkarılarak çalışanların moral ve motivasyonunu yükselteci iş ahlakının oluşması gerektiği düşünülmektedir. Tüm bu tedbirlerin alındığı takdirde hastanelerde çalışma şartlarının iyileşeceği ve sağlık sektörünün önemli bir yapı taşları olan hemşirelerin huzur ve güven ortamında çalışması sağlanacağı ön görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Karma (mixed-methods) desende yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerde merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ve kriz yönetimine etkisinin değerlendirilmesidir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışma Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu hastanelerinin (Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi) acil, onkoloji, yoğun bakım ve palyatif bölümlerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın toplam süresi 28 Mart 2023-28 Mart 2024 tarihlerinin arasını kapsamıştır.

- Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tek bir çatı altında kurulmuş olup bünyesinde çalışmamızın yapıldığı acil, onkoloji, palyatif ve yoğun bakım ünitelerini barındırmaktadır.
- Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi , Köroğlu Ünitesi , Kadın Doğum ve Çocuk Ünitesi, Merkez Ünite olmak üzere toplamda üç üniteden oluşmaktadır. Çalışmamızın yapıldığı bölümleri barındırma açısından Köroğlu Ünitesi'nde acil, palyatif ve yoğun bakım bölümleri, Kadın Doğum ve Çocuk Ünitesi'nde acil bölümü ve Merkez Ünite' de ise palyatif ve yoğun bakım bölümleri bulunmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kamu hastanelerinin acil, onkoloji, yoğun bakım ve palyatif ünitelerinde çalışan (Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi) 260 hemşire oluşturmuştur. İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 25 hemşirenin yıllık izinde, 4 hemşirenin raporlu , 6 hemşirenin doğum sonrası ücretsiz izinde olmasından dolayı örnekleme dahil edilmemişlerdir Ek olarak 21 hemşirenin çalışmaya katılmamış ve 22 hemşire de çalışmayı yarıda bırakmıştır. İzzet Baysal Devlet Hastanesinde ise yine aynı

şekilde 10 hemşirenin yıllık izinde olması, 2 hemşirenin raporlu olması, 4 hemşirenin ücretsiz izinde olması ve 6 hemşirenin çalışmaya hiç katılmayı istememesinden dolayı yine örnekleme dahil edilmemişlerdir. Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 158 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın nitel boyutunda hemşirelerin merhamet yorgunluğuna ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerinin derinlemesine görüşmelerle anlaşılabilceğine inanılarak amaçlı örnekleme(ölçüt örnekleme) yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır. Örneklem genişliğine karar vermede veri doygunluğu dikkate alınarak toplamda 30 hemşire örnekleme oluşturmuştur.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Acil, Onkoloji, Yoğun Bakım ve Palyatif bölümlerinde çalışan olmak.
- Hastanede aktif olarak çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.
- Acil, Onkoloji, Yoğun Bakım ve Palyatif bölümlerinde çalışmıyor olmamak.
- Hastanede aktif şekilde çalışmıyor olmamak.

3.5. ARAŞTIRMA SORULARI

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ile merhamet yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ile kriz yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi arasında bir ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ile kriz yönetimi arasında bir ilişki var mıdır?

- Hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyi ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ve kriz yönetimi arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin merhamet yorgunluğuna yönelik düşünce ve deneyimleri nelerdir?

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Araştırmanın nicel kısmındaki veriler araştırmacı tarafından kapsamlı bir literatür incelenmesi sonunda hazırlanmış 26 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği, Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Kriz Yönetimi Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın nicel boyutunda veri toplama işlemi her katılımcı için ortalama 15-25 dakika sürmüştür.

Araştırmanın nitel boyutunda ise nitel araştırmalarda veri toplama yöntemi olarak kullanılan bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde yapılmıştır. Nitel araştırma kapsamında görüşmeyi kabul eden 30 hemşire örnekleme oluşturmuştur.

Çalışmada öncelikle ölçek puanlarına ilişkin güvenilirlik analizi yapılmıştır (Tablo 3.1). Ölçeklerin puanlarının güvenilirliklerini test etmek için Cronbach Alfa içsel tutarlılık testine tabi tutulmuş olup Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında değerler ile ölçülür ve aşağıdaki değerlerde güvenilirlik sağlanmış olur.

$0,01 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek güvenilirliği kabul edilebilir bir seviyededir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek güvenilirliği yüksektir.

Çizelge 3.1. Ölçek puanlarına ilişkin güvenirlik analizi

	Cronbach's Alpha
Merhamet yorgunluğu ölçeği	0,94
İkincil travma	0,80
Mesleki tükenmişlik	0,93
Kriz yönetimi ölçeği	0,95
Kriz öncesi faaliyetler	0,88
Kriz esnası faaliyetler	0,92
Kriz sonrası faaliyetler	0,92
Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği	0,89
Hümanizm	0,87
Umut	0,63
Duyarlılık	0,62
Yardım edici	0,90
Duyguların ifade edilmesi	0,71
Sorun çözme	0,65
Öğretim	0,70
Çevre	0,66
Gereksinimler	0,71
Maneviyat	0,91

Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği, kriz yönetimi ölçeği, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği ve alt boyut puanlarının kabul edilebilir/yüksek güvenirlik seviyelerinde olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.1).

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Anketin birinci bölümünde yer alan Tanıtıcı Bilgi Formu literatür ışığında araştırmacı tarafından özen ve gayretle hazırlanmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formu soruları; cinsiyet, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu gibi demografik bilgiler ile mesleki özellikleri kapsayan 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği-Kısa Ölçek (MYÖ)

Adams ve ark. (2006) tarafından geliştirilen Hür (Dinç) (2018) tarafından ölçeğin Türkçe güvenilirlik-geçerlilik çalışması yapılan Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği anketin ikinci bölümünde yer almaktadır. Ölçek, katılımcılardan her bir ölçek maddesinin deneyimlerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini isteyen bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Bir değerlendirme aracı olan ölçek, katılımcıların ölçek maddelerinin deneyimlerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini sağlar. Nadiren/asla=1 ve çok sık =10 arasında değişebilen 10'lu likert şeklinde olan bir ölçektir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar İkincil travma ve mesleki tükenmişlik alt boyutlarıdır. Ölçekte yer alan "c, e, h, j, l" numaralı maddeler ikincil travmayı ifade ederken, "a, b, d, f, g, i, k, m" numaralı maddeler ise mesleki tükenmişliği ölçmektedir. Ölçek değerlendirmesinde belirli puanlama algoritması ya da kesme noktası belirtilmemiştir. Bunun yerine çalışmalarda ortalama değerler üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Ölçekten minimum 13 ve maksimum 130 puan elde edilebilmektedir. Puanlar arttıkça, kişilerin deneyimledikleri merhamet yorgunluğu düzeyinde artış olmaktadır. 10'lu likert tipinde olan ölçek iki boyuttan oluşmaktadır. Araştırmada, 10'lu likert ölçeği için şu değer aralıkları kullanılmıştır: 1,00-2,80 arası çok düşük, 2,81-4,60 arası düşük, 4,61-6,40 arası orta, 6,41-8,20 arası yüksek, ve 8,21-10,00 arası çok yüksek olarak ölçümlenmiştir [37]. Literatürde sadece hemşirelere özgü merhamet yorgunluğu ölçeği bulunmadığından bu ölçekle çalışılmıştır. Bu çalışmada örneklem gurubu için Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği Cronbach alfa değeri 0.94 çıkmıştır.

3.6.3. Kriz Yönetimi Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde Çalışkan (2020) tarafından geliştirilen Kriz Yönetimi Ölçeği yer almaktadır. Bu ölçek bireylerin kurumlarındaki kriz yönetimine ilişkin algılarını ölçmek için kullanılmaktadır. Beşli likert tipte olan bu ölçek 23 madde ve üç tane alt boyuttan oluşmakta. Ölçeğin genel Cronbach Alfa değeri 0.89 olarak belirtilmiş olup, alt boyutları için ise 0.86 ile 0.91 arasında değişen değerler rapor edilmiştir. Bireylerin ölçekten aldıkları düşük puanlar kriz yönetimindeki uygulamaları yetersiz olarak değerlendirdiklerini göstermektedir. Elde edilen yüksek puanlar krizlerin iyi yönetildiğine dair algıları göstermektedir [120]. Bu çalışmada örneklem gurubu için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.95 çıkmıştır.

3.6.4. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği

Anketin dördüncü bölümünde ise Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçek Cossette ve ark. (2005) tarafından hemşirelerin bakımla alakalı davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanması ise Atar ve Aştı (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek önemlilik, uygulanabilirlik ve yeterlilik, boyutlarından oluşmaktadır [13]. Çalışmada ölçeğin önemlilik boyutu ile çalışılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı önemlilik için 0.99 olarak bulunmuş olup 10 alt boyut ile oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan Watson'ın 10 iyileştirici faktörüne (1= Hümanizm, 2=Umut, 3= Duyarlılık, 4=Yardım Edici İlişki, 5= Duyguların İfade Edilmesi, 6= Sorun Çözme, 7= Öğretim, 8= Çevre, 9= Gereksinimler, 10= Maneviyat) dayanmaktadır. Ölçek toplamda 70 madde içermektedir. Ölçekte yer alan maddeler, klinik uygulamalarda gözlemlenen tutum ve davranışları tanımlamaktadır. Maddeler, üç boyutta değerlendirilmekte olup, her biri beşli likert tipi ölçeklerle ölçülmektedir. Her bir boyut için ölçek toplam puanı, tüm maddelerin (70 madde) puanının toplanmasıyla elde edilmektedir. Her bir boyut için ölçekten alınabilecek minimum puan 70 ve maksimum puan 350'dir. Puanlar arttıkça, bireylerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları olumlu bir şekilde gelişmektedir [13].

3.6.5 Bireysel Derinlemesine Görüşme Formu

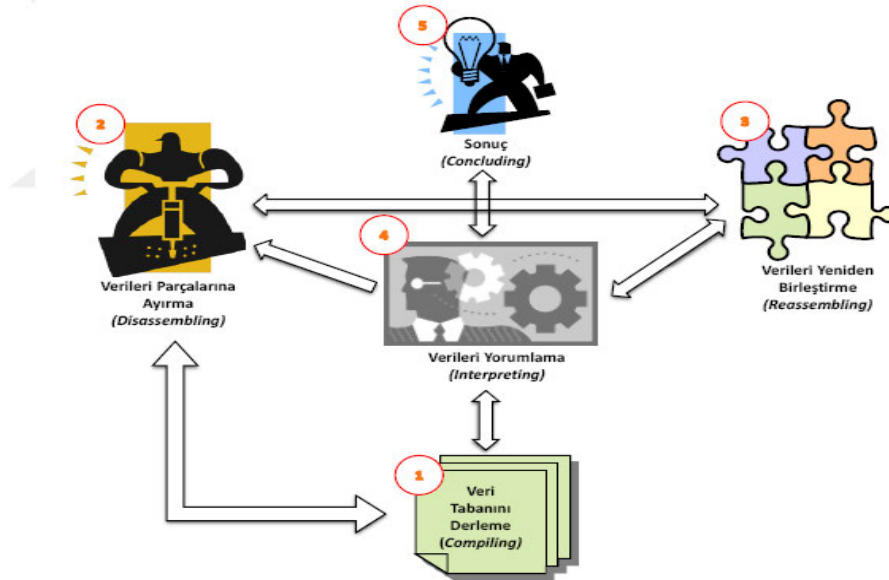
Araştırmacı tarafından hazırlanan 11 adet yarı yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır. Derinlemesine görüşmede soruları oluşturmak için araştırmacı nitel araştırma eğitimi kursu ve beraberinde sınavdan 100 üzerinden 95 alarak sertifikasını almaya hak kazanmıştır. Ve katılımcılarla Merhamet Yorgunluğunun Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi ve Kriz Yönetimine Etkisini değerlendirme konusunda derinlemesine görüşme yapabilmek için kendisi tarafından özen ve gayretle 11 soru hazırlanmış olup hazırlanan sorular alternatif ve sonda sorularla çeşitlendirilmiştir (EK-5).

3.7. VERİLERİN ANALİZİ

158 hemşire ile gerçekleştirilen bu çalışmada nicel kısımdaki tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analizi gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi gerçekleştirilirken ilk olarak hangi testlerin (parametrik/nonparametrik testler) uygulanacağına karar verirken karşılanması gereken

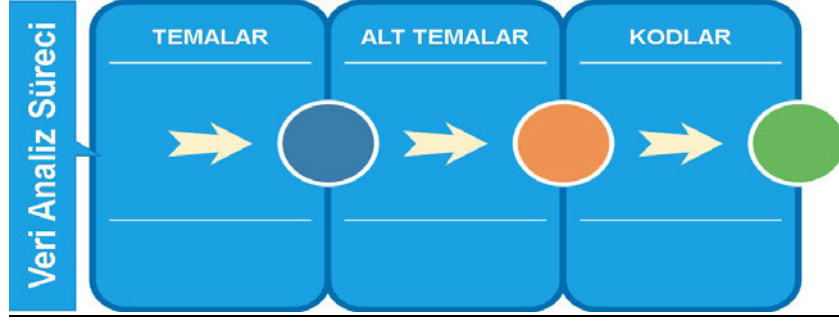
varsayımlar test edilmiştir. Dağılımın normalliğine karar vermek için ise Kolmogorov-Smirnov, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinden yararlanılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırmasında t-testi (Independent sample t-testi), ikiden fazla grubun karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırma testi olarak Bonferroni testleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Ölçekler arası bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerine olan etkisine ise basit regresyona analizi ile bakılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

Çalışmanın nitel verilerin analiz edilmesinde ise bilgisayar destekli veri analiz programı MQXQDA 20 kullanılmıştır. Analiz sürecinde ‘Nitel Analiz Döngüsü’ esas alınmıştır.



Şekil 3.1. Nitel analiz döngüsü

Nitel analiz döngüsünde ifade edildiği üzere sürecin ilk aşamasını sahadan toplanan veriler oluşturmaktadır. İkinci aşama toplanan verilerin kodlanarak ayrıştırılmasıdır. Kodlama aracılığıyla verilerin yeniden anlamlandırılması için bütünleştirme olarak ifade edilen üçüncü aşama yapılmaktadır. Verilerin yorumlanması ve sonuçlandırılması ile döngü sonlandırılmaktadır. Katılımcılara yöneltilen görüşme soruları ile elde edilen veriler kodlanarak anlamlandırılmaktadır.



Şekil 3.2. Nitel veri analiz süreci

Çalışmanın nitel boyutunda tümevarım yöntemi uygulanmıştır. Veriler içerik olarak analiz edilmiş ve bu kapsamda temalar> alt temalar >kodlar oluşturulmuştur. Araştırmada ön kodlar belirlenmemiş ve bunun sonucunda otomatik kodlama süreci uygulanmamıştır. Bu çalışmada Alt Kodların İstatistiği, Kod- Teori Modeli, Kod- Alt Kod- Bölümler Modeli, Hiyerarşik Kod- Alt Kod Modeli, Kod Birlikte Oluşma Modeli modellemeleri uygulanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı (**Protokol No: 20223/176**), Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü, İzzet Baysal Devlet Hastanesi Başhekimliği , Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği onayı alınmıştır (**Ek-7**). Araştırmada veri toplamada kullanılan Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçeği, Kriz Yönetimi Ölçeği ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği izinleri yazarlardan mail yoluyla alınmıştır (**Ek-9**). Araştırmaya katılım sağlamayı kabul eden katılımcılara araştırmanın ne amaçla yapıldığı, literatüre ne katacağı, verdikleri cevapların gizli tutulup başka bir amaçla asla kullanılmayacağı bilgileri verilip her birinden gönüllü bilgilendirilmiş onam formları imzalatılıp alınmıştır (**Ek-8**).

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere iki hastanede de aktif olarak görev yapmakta olan hemşirelerle yapılmış olması nedeniyle sonuçlar sadece bu örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma sırasında araştırmayı kabul etmeyen, kabul ettiği halde yarıda bırakan kişiler olmuştur.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile kriz yönetimine olan etkileri nicel ve nitel olmak üzere iki ayrı başlık altında incelenip tartışılmıştır.

4.1. NİCEL VERİLERE İLİŞKİN BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu başlık altında araştırmaya katılım sağlayan hemşirelerin tanıtıcı bilgileri, merhamet yorgunluğu kısa ölçeği ve alt boyutları , kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutları, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği ve alt boyut bulguları sunulmuş olup verilerin birbiri ile arasındaki ilişkileri detaylı bir şekilde incelenip literatür ışığında değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.1. Tanıtıcı bilgi formuna ilişkin bulgular (N=158).

		n	%
Cinsiyet	Kadın	112	70,89
	Erkek	46	29,11
Medeni durum	Evli	81	51,27
	Bekar	77	48,73
Eğitim durumu	Lise	20	12,66
	Ön lisans	19	12,03
	Lisans	119	75,32
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	63	39,87
	Hayır	95	60,13
Mesleğindeki yıl	0-2	44	27,85
	2-5	33	20,89
	5-10	46	29,11
	10 yıldan fazla	35	22,15
Çalıştığı birim	Acil servis	39	24,68
	Yoğun bakım	90	56,96
	Palyatif	29	18,35
Çalıştığı bölümü isteyerek seçme	Evet	91	57,59
	Hayır	67	42,41
Klinikteki hemşire sayısı	4	4	2,53
	6	18	11,39
	7	12	7,59
	8	6	3,80
	9	25	15,82
	10 ve üzeri	93	58,86
Günlük çalışma süresi	8 saat	14	8,86
	24 saat	144	91,14
Günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısı	1	8	5,06
	2	32	20,25
	3	59	37,34
	4	59	37,34

Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %70,89'unun kadın olduğu görülmektedir. Evlilik durumu üzerine yapılan değerlendirmede ise katılımcıların %51,27'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Lisans eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların oranı %75,32 iken, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin oranı %60,13 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyimleri de incelendiğinde, %27,85'inin mesleğindeki yılının 0-2 yıl aralığında olduğu tespit edilmiştir. Çalışan katılımcıların büyük bir kısmı nöbet usulü (24 saat) çalıştığı gözlemlenmiş olup, %56,96'sı yoğun bakımda görev almaktadır.

Çalışmayan katılımcıların çoğunluğunun (n:91) çalıştıkları bölümü isteyerek seçtikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımcıların buldukları klinikteki hemşire sayısının genellikle 9 ve üzeri olduğu, hemşire başına düşen ve bakım verdiği hasta sayısı genellikle 2'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. (Çizelge 4.1) .

Çizelge 4.2. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği ile tanıtıcı bilgi formu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cinsiyet			
kadın	4,97±2,42	5,58±2,50	5,35±2,40
erkek	5,61±2,20	6,44±2,30	6,12±2,20
t/p	1,54/0,13	1,93/0,06	1,88/0,06
medeni durum			
evli	4,97±2,34	5,57±2,53	5,34±2,38
bekar	5,35±2,39	6,11±2,38	5,82±2,33
t/p	1,01/0,31	1,38/0,17	1,28/0,20
çocuk sahibi olma			
Evet	4,86±2,37	5,31±2,39	5,14±2,31
Hayır	5,36±2,36	6,18±2,47	5,86±2,36
t/p	1,29/0,20	2,21/0,03	1,92/0,06
günlük çalışma süresi			
8 saat	57,11	54,18	52,93
24 saat	81,68	81,96	82,08
z/p	1,92/0,06	2,17/0,03	2,28/0,02
Eğitim düzeyi			
Lise	6,05±2,25	6,88±2,33	6,56±2,24
Önlisans	4,68±2,39	5,37±2,44	5,11±2,35
Lisans	5,08±2,36	5,73±2,47	5,48±2,36
F/p	1,88/0,16	2,28/0,11	0,14/0,87
Meslekte çalışma süresi			
0-2 yıl	5,72±2,69	6,72±2,46	6,33±2,49
2-5 yıl	5,04±1,90	5,76±2,11	5,48±1,95
5-10 yıl	5,50±2,03	6,03±2,26	5,83±2,09
10 yıldan fazla	4,11±2,49	4,53±2,59	4,37±2,49
F/p	3,62/0,01	5,73/0,01	5,13/0,01
Çalıştığı birim			
Acil	5,86±2,40	6,38±2,41	6,18±2,31
Yoğun bakım	4,60±2,30	5,45±2,42	5,13±2,31
palyatif	5,94±2,12	6,28±2,55	6,15±2,35
F/p	6,10/0,01	2,56/0,08	3,91/0,06
Çalıştığı birimdeki hemşire sayısı			
9 ve altı	4,87±2,21	5,68±2,41	5,37±2,27
10 ve üzeri	5,36±2,47	5,94±2,51	5,72±2,42
t/p	-1,26/0,21	-0,66/0,51	-0,91/0,36
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu			
Evet	4,32±2,24	4,92±2,26	4,69±2,16
Hayır	6,29±2,06	7,08±2,19	6,78±2,08
t/p	-5,65/0,01	-6,02/0,01	-6,10/0,01
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı			
2	4,38±2,30	5,22±2,54	4,90±2,38
3	4,99±2,20	5,90±2,29	5,55±2,19
4	5,86±2,42	6,18±2,55	6,06±2,44
F/p	5,15/0,01	1,87/0,16	2,96/0,04

Çizelge 4.2 incelendiğinde ikincil travma, mesleki tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ölçeği kısa ölçek puan ortalamaları kadınlara oranla erkeklerde fazla çıkmış olup fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.2). Literatür incelendiğinde merhamet yorgunluğu düzeyleri çalışmadan farklı olarak erkeklere oranla kadınlarda daha fazla çıkan birçok çalışma vardır [30, 42, 53, 121].

Bir çok çalışmada ise çalışmaya benzer şekilde merhamet yorgunluğu düzeyleri kadınlara göre erkeklerde daha fazla çıkmıştır [122-125].

Çalışmanın bir diğer bulgusu incelendiğinde ikincil travma, mesleki tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ölçeği kısa ölçek puanlarının bekarlarda evli olanlara göre yüksek çıkmasına rağmen anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 4.2). Avcı ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada medeni durumun hemşirelerde merhamet yorgunluğu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür [126]. Yine aynı şekilde Okan (2019) yaptığı çalışmada medeni durumun hemşirelerde merhamet yorgunluğu üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür [127]. Sacco ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada bekar hemşirelerin daha yüksek merhamet yorgunluğuna sahip olduğunu gözlemlenmiştir [128]. Bu çalışmalar kendi çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmadan farklı olarak bazı çalışmalarda merhamet yorgunluğu bekarlara göre evli olanlarda daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir [121, 125, 129]. Evli çalışanların eşinden, aile bireylerinden destek alarak yaşadıkları akla gelmekte ve bu durumun mesleki stresle başa çıkmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Mesleki tükenmişlik puanları çocuk sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2,21;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında çocuk sahibi olanların ($5,31\pm 2,39$) olmayanlara göre ($6,18\pm 2,47$) mesleki tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. İkincil travma, merhamet yorgunluğu ölçeği kısa ölçek puanları çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayanlara göre düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.2). Literatür incelendiğinde merhamet yorgunluğunun çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırmanın yapıldığı çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır. Yapılan bir çalışma incelendiğinde Oktay'ın (2018) hemşirelerde merhamet yorgunluğunu etkileyen etmenlerin ve bunlarla baş etme yöntemlerinin araştırıldığı çalışmada çocuk sahibi olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin çocuk sahibi olmayanlara göre yüksek çıktığı görülmüştür [130]. Çalışma sonuçları bu araştırma ile farklılık göstermektedir.

Çalışmada merhamet yorgunluğu ölçeği kısa ölçek puanları günlük çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (Çizelge 4.2) ($z:2,28;p<0,05$). Bulgular incelendiğinde 8 saat çalışanların, 24 saat çalışanlara göre merhamet yorgunluğu kısa ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde

bir çok araştırmada merhamet yorgunluğu düzeyleri gündüz (8 saat) alışan hemşirelerde nöbet (24) tutan hemşirelere göre düşük çıkmıştır [55, 124, 131]. Çalışmada hemşirelerin günlük çalışma süresi incelendiğinde 8 saat yani gündüz çalışanların sayısının 158 kişide 14 olduğu, 24 saat yani nöbet tutanların sayısının ise 158 kişide 144 olduğu grlmştir (izelge 4.1). Bu da yoğun bakım, acil servis, palyatif gibi özellikli birimlerde genellikle nöbet usulü çalışmanın mevcut olduğu gerçeğini göstermektedir. Bu durum, hemşirelerin mesleklerinin zorlayıcı doğasını ve uzun çalışma saatlerinin olumsuz etkilerini akla getirmektedir.

Bir başka bulgu incelendiğinde merhamet yorgunluğu kısa leği ve alt boyutlarının puanları meslekte çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında ise meslekte 10 yıldan az çalışan hemşirelerde ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu kısa ölçek puanları 10 yıldan fazla çalışan kişilere göre fazla çıkmıştır. 0-2 ve 5-10 yıl çalışan hemşirelerin 10 yıldan fazla çalışan hemşirelere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (izelge 4.2). Bunun en önemli sebeplerinden birinin covid-19 pandemi sürecinde mesleklerine yeni başlayan hemşirelerin bu süreçte hastaların tedavisi ve bakımında doğrudan n saflarda yer alması, atama dönemlerinin pandemi sürecine denk gelerek ekstra zorlu süreç ve yoğun iş temposu ile direk karşılaşmaları dşnlmektedir. Pandemi döneminde hastaların hızla kötüleşebilen durumlarını görüp tüm acı ve travmalara tanıklık eden hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik ortaya çıkmaktadır [132]. Galanis ve ark. (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerde pandemiden dolayı aşırı tükenmişlik ve iş verimliliğinde azalma oldukları grlmştir [133]. Örneğin Kılıç ve ark. (2020) yılında yaptığı araştırmasına göre 1-5 yıl arasında çalışma süresine sahip olan hemşirelerin, daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadıkları sonucuna varılmıştır [53]. Yoder (2010) yılında ortaya koyduğu çalışmasında ise meslekte 30 yıl ve üzeri deneyime sahip hemşirelerde, 5 yıl ve altındaki deneyime sahip hemşirelere kıyasla daha yüksek merhamet yorgunluğu puanları tespit edilmiştir [49]. Bu sonuçlar çalışmanın covidden önce ve sonrası öngörüsünü destekler niteliktedir. Fakat literatür incelendiğinde 2019 yılında yapılan bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun puan ortalaması meslekte yeni olan (0-2 yıl) hemşirelerde daha yüksek bulunmuştur [123]. Kara (2018) yaptığı çalışmada ise meslekte çalışma yılının merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemediği sonucuna varılmıştır [134].

Bu araştırmalar çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Bu yüzden farklı etkenlerin ne olduğu ve bu durumu ortaya çıkaracak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu dşnlmektedir.

Ölçek puanları kişilerin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (izelge 4.2). Literatürde birçok çalışmada merhamet yorgunluğu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamadığı görülmüştür [123, 135-138]. Çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarından farklı olarak Salur (2019) yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi ile merhamet yorgunluğu arasında ise anlamlı farkın olduğu bulunmuştur [139].

Çalışmada mesleki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu kısa leği puanları yoğun bakımda çalışanlarda daha düşük bulunmuştur. Fakat çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir. Çalışmada ikincil travma puanları ise çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Acil serviste ve palyatifte çalışan kişilerin ikincil travma puanlarının yoğun bakımda çalışan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (izelge 4.2). Yoğun bakım ünitelerindeki sağlık çalışanları arasında merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin yaygınlığını değerlendiren bir sistematik derlemede dahil edilen çalışmalarda merhamet yorgunluğu sıklığının % 7,3 ve % 40 olduğu; ikincil travmatik stres sıklığının % 0 - % 38,5 ve tükenmişlik sıklığının % 0 - % 70,1 arasında değiştiği bildirilmektedir [140]. olak'ın (2018) yaptığı çalışmada, yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları, dahili birimlerde göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur [141]. Koca'nın 2018 yılında acil servis, onkoloji, karma servis ve ameliyathane bölümlerinde hemşirelerle yaptığı çalışmada ise merhamet yorgunluğununun çalışan bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [135]. Çalışmanın sonuçları ile bu araştırma benzerlik göstermektedir.

İkincil travma, mesleki tükenmişlik, merhamet yorgunluğu leği kısa ölçek, puanları çalıştığı birimdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (izelge 4.2). Karaca (2019) yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada, hemşireler "iş yükünün fazla olmasının" merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler arasında olduğunu bildirmiştir [142]. Literatür incelendiğinde hemşirelerin çalışma iş yükü, çalışma arkadaşları, bakıma muhtaç olan hastaların acıya maruz kalması gibi durumlar merhamet yorgunluğununun oluşmasına neden olmaktadır

[47]. Doğal olarak aşırı iş yüküne sahip hemşireler sorumlulukları gerektiği gibi yerine getirememesi, iş yetiştirme baskısı ve zaman yetersizliği gibi nedenlerle stres yaşamaktadır. Çınarlı'nın (2019) çalışmasına göre, hemşireler sağlık bakım sistemi ile ilişkili faktörler arasında personel ve kaynak yetersizliğini merhamet yorgunluğuna neden olan unsurlar olarak belirtmiştir [143]. Balanuye'nin (2014) çalışmasında hemşirelerin %43'ü iş yükü düzeyini fazla, %30.8'i ise çok fazla olarak belirtmiştir Hatta yoğun, yorucu çalışma saatlerinin ve aşırı iş yükünün hemşirelik mesleğinde işten ayrılma niyeti ve davranışının daha sık görülmesine neden olduğu belirtilmektedir [144]. Koçaşlı ve ark. (2017) yaptığı çalışmada, hemşirelerin işten ayrılmak isteme nedenleri arasında fazla mesai ve fazla nöbet sayısının ilk sıralarda yer aldığı, hemşire yetersizliği sorununun hemşirelerin fazla nöbet tutmalarına ve daha uzun saatler çalışmalarına neden olması sebebiyle hemşirelerde işten ayrılmayı etkilediği belirtilmiştir [145]. Bir başka konu ise çalıştığı klinikte hemşire sayısının az olması, birimdeki hemşirelerin daha sık nöbete gelmeleri ile sonuçlanmaktadır. Daha sık işe gelmek zorunda kalan hemşireler, daha uzun ve yoğun çalışma saatlerine maruz kalabilirler. Bu durum fiziksel ve duygusal yorgunluğa yol açabilir. Hata yapma olasılığını arttırıp hemşirelerde fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarına yol açabilir. Sık işe gelmenin sonucunda yoğun iş yükü altında çalışan hemşireler, hasta bakımına gereken özeni göstermekte zorlanabilirler. Bu da hastaların bakım kalitesinin düşmesine ve güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olabilir. Ayrıca hemşire sayısının yetersiz olması, hastaların bakımında kalite düşüşüne, hemşirelerin stres ve yorgunluk seviyelerinin artmasına ve genel olarak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin azalmasına neden olabilir. Bu nedenle, hemşire sayısının yeterli düzeyde olması ve iş yükünün dengeli bir şekilde dağıtılması gerektiği söylenebilir.

İkincil travma puanları, mesleki tükenmişlik puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Ortalama değerlere bakıldığında çalıştığı bölümü isteyerek seçen kişilerin isteyerek seçmeyen kişilere göre ikincil travma puanları, mesleki tükenmişlik puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları daha düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2). Tanrıku ve Ceylan (2021) tarafından yapılan çalışmada, kendi isteğiyle çalıştığı birimi seçen hemşirelerin merhamet yorgunluğu puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur [122]. Güçlü (2014) araştırmasında, hemşirelerin kendi isteği dışında çalıştıkları birimlerde çalışma durumunun işten ayrılma niyeti açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir [146]. Bir başka çalışmada ise onkoloji hastaları ile

çalışmayı isteyen hemşirelerin tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir [47]. Araştırmalar çalışma ile paralellik göstermektedir. Çalıştığı bölümü isteyerek seçen hemşirelerin, istemeyerek seçenlere göre daha düşük ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu puanları elde etmesinin birkaç nedeni olabilir. Bunun başlıca nedenleri arasında motivasyon ve tutku, uyum ve memnuniyet, iş doyumunu etmenleri rol oynadığı düşünülmektedir. Çalıştığı bölümü isteyerek seçen kişiler, işlerine daha fazla motive olabilir ve tutkulu bir şekilde çalışabilirler. Bu, onların işlerini daha verimli ve etkili bir şekilde yapmalarına yardımcı olabilir ve dolayısıyla travma, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu puanlarının düşük olmasına katkıda bulunabilir. Ek olarak bu kişiler genellikle çalıştıkları bölüme daha iyi uyum sağladıkları ve işlerinden daha fazla memnuniyet duydukları düşünülmektedir. Bu durumun, genel olarak iş stresinin ve olumsuz duyguların azalmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin birim seçme konusundaki tercihlerine önem verilip bu tercihlerin desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

İkincil travma ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları ortalama bakım verilen hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında 2 hasta bakan hemşirelerin ikincil travma puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları 4 hasta bakan hemşirelere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.2). Upton'un (2018) araştırmasına göre, hemşirelerin ağır iş yükü altında olduklarını ve personel sayısının yetersizliği ile hemşire başına düşen hasta sayısının fazlalığının merhamet yorgunluğunu etkilediği belirtilmiştir [147]. Bu bakımdan araştırma çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Daha az hasta ile çalışan hemşireler genellikle her hastaya daha fazla zaman ayırabilir ve daha derinlemesine ilişki kurma fırsatına sahip olabilirler. Bu durum, hastalarla bireysel bir bakım sağlama imkanı sunabilir.

Çizelge 4.3. Kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutlarının tanıtıcı bilgi formu ile ilişkisi

	Kriz öncesi faaliyetler	Kriz esnası faaliyetler	Kriz sonrası faaliyetler	Kriz yönetimi ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cinsiyet				
Kadın	3,02±0,77	2,91±0,87	2,94±0,92	2,96±0,77
Erkek	2,73±0,81	2,61±0,86	2,83±0,93	2,70±0,76
t/p	2,15/0,03	1,91/0,06	0,70/0,49	1,90/0,06
Medeni durum				
Evli	3,01±0,84	2,90±0,85	2,99±0,91	2,96±0,79
Bekar	2,86±0,73	2,74±0,89	2,82±0,93	2,80±0,75
t/p	1,19/0,24	1,12/0,27	1,16/0,25	1,26/0,21
Çocuk sahibi olma				
Evet	2,92±0,81	2,78±0,84	2,88±0,85	2,85±0,76
Hayır	2,95±0,78	2,85±0,89	2,93±0,97	2,90±0,78
t/p	0,27/0,79	0,46/0,65	0,34/0,74	0,40/0,69
Günlük çalışma süresi				
8 saat	82,50	83,64	68,46	81,71
24 saat	79,21	79,10	80,57	79,28
z/p	0,26/0,80	0,36/0,72	0,95/0,34	0,19/0,85
Eğitim düzeyi				
Lise	3,02±0,83	2,85±0,81	2,99±0,83	2,94±0,75
ön lisans	2,95±0,98	3,00±1,01	3,11±1,18	3,00±1,00
Lisans	2,92±0,76	2,79±0,86	2,87±0,89	2,86±0,74
f/p	0,14/0,87	0,48/0,62	0,62/0,54	0,35/0,71
Meslekte çalışma süresi				
0-2 yıl	3,05±0,57	2,94±0,75	2,86±0,88	2,97±0,59
2-5 yıl	2,72±0,92	2,64±1,00	2,80±0,98	2,70±0,89
5-10 yıl	2,95±0,84	2,82±0,87	2,91±0,90	2,89±0,80
10 yıldan fazla	2,98±0,83	2,86±0,89	3,08±0,95	2,95±0,81
f/p	1,13/0,34	0,79/0,50	0,60/0,62	0,88/0,45
Çalıştığı birim				
Acil	2,70±0,89	2,57±0,93	2,76±0,88	2,65±0,83
Yoğun bakım	3,08±0,68	2,94±0,79	3,04±0,88	3,01±0,69
Palyatif	2,81±0,90	2,81±0,97	2,72±1,05	2,79±0,88
f/p	3,78/0,02	2,53/0,08	1,96/0,14	3,26/0,04
Çalıştığı birimdeki hemşire sayısı				
9 ve altı	3,02±0,73	2,88±0,83	2,88±0,90	2,93±0,69
10 ve üzeri	2,88±0,83	2,79±0,94	2,94±0,94	2,85±0,83
t/p	1,05/0,30	0,63/0,53	-0,39/0,69	0,64/0,52
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu				
Evet	3,09±0,75	2,96±0,85	3,07±0,84	3,03±0,73
Hayır	2,73±0,80	2,64±0,87	2,69±0,98	2,68±0,78
t/p	2,94/0,01	2,30/0,02	2,64/0,01	2,86/0,01
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı				
2	3,08±0,69	2,96±0,79	3,07±0,79	3,03±0,69
3	2,94±0,75	2,79±0,83	2,86±0,99	2,86±0,75
4	2,84±0,88	2,76±0,96	2,86±0,93	2,81±0,85
f/p	1,13/0,32	0,63/0,54	0,78/0,46	0,97/0,38

Çalışmada katılımcıların demografik özellikleri ile kriz yönetimi ölçeği arasındaki ilişkinin bulguları incelendiğinde kriz öncesi faaliyetler puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t:2,15;p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında kadınların (3,02±0,77) erkeklere göre (2,73±0,81) kriz öncesi faaliyet puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ancak kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.3). Literatür incelendiğinde çalışmanın sonuçlarına benzer olarak bir çok çalışmada cinsiyet ile kriz yönetimi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir [118, 148, 149]. Kadın hemşirelerin kriz öncesi faaliyetlerde daha yüksek puan alması, kadınların kriz yönetimi süreçlerindeki önemli rolünü bizlere vurguladığı düşünülmektedir. Öte yandan kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmayışı kriz yönetiminin genellikle ekip çalışması olduğunu akla getirmektedir. Geleneksel toplumsal cinsiyet rollerindeki değişimler, kadın ve erkek hemşireler arasında kriz yönetimi becerilerinde daha fazla benzerlik olmasına yol açabilir. Örneğin geleneksel olarak kadınlar duygusal ve sosyal becerilere daha fazla önem verilmesi beklenirken, erkekler daha çok fiziksel güce odaklanabilir.

Çalışmanın diğer bulguları incelendiğinde kriz esnası faaliyetler, kriz öncesi faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Çizelge 4.3). Literatürde çalışmanın sonuçlarına benzer olarak eğitim düzeyi ile kriz yönetimi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bir çok araştırma vardır [118, 149, 150]. Eğitim düzeyi ile kriz yönetimi becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaması oldukça dikkat çekmektedir. Eğitim programlarının kriz yönetimi becerilerini geliştirmeye yönelik yeterli odaklanmaması veya yeterli pratik deneyim sağlamaması durumunda, eğitim düzeyi ile kriz yönetimi becerileri arasında beklenen ilişkinin zor olabileceği düşünülmektedir.

Kriz esnası faaliyetler, kriz öncesi faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları meslekte çalışma yılı ile istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (Çizelge 4.3). Bahar ve arkadaşları (2019) araştırmasında, mesleki deneyimin artmasıyla birlikte hemşirelerin problem çözme yeteneklerinin de arttığı gözlemlenmiştir [151]. Karakurt ve Ekinci'nin (2015) çalışmasında çalışma yılının artmasıyla hemşirelerin problem çözme yeteneklerinin arttığı sonucuna ulaşılmış [152]. Meslekte çalışma yılı, hemşirelerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmak için geliştirdikleri problem çözme yeteneğini artırabilir. Ancak çalışmada meslekteki çalışma yılının kriz yönetimi ile arasında anlamlı bir farklılığın olmaması yine dikkat çeken bir

bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat literatürde benzer bulgulara sahip örnek çalışmaların olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde çalışma ile benzer olarak çalışma yılının kriz yönetimi ile arasında anlamlı farkın olmadığı bulunan bir çok araştırma vardır [114, 118, 148, 153].

Çalışmanın bir diğer bulgusu incelendiğinde yine aynı şekilde kriz esnası faaliyetler, kriz öncesi faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanlarının çocuk sahibi olma durumu, günlük çalışma süresi, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ve çalıştığı birimdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir.($p>0,05$) (Çizelge 4.3). Literatürde bu sonuçlar doğrultusunda benzer çalışmalara rastlanmamıştır.

Kriz esnası faaliyetler, kriz öncesi faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.3). Literatür incelendiğinde Soysal ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada medeni durum ile kriz yönetimi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur [154]. Akçınar (2023)'in çalışmasında da medeni durum ile kriz yönetimi arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları bu çalışmalarla paralellik göstermektedir [153]. Evli olan hemşireler genellikle bir destek sistemiyle daha fazla ilişkili olabilirler. Bu, kriz durumlarında duygusal destek alabilecekleri anlamına gelebilir. Evli hemşireler bekar hemşirelere göre kriz dönemlerinde daha güvende ve daha güçlü hissedebilirler, bu durumun da kriz yönetimi becerilerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir. Fakat kriz öncesi faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında yoğun bakımda çalışan kişilerin kriz öncesi faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanlarının acil serviste çalışan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.3). Çalışmadan farklı olarak bazı çalışmalarda çalışılan birim ile kriz yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir [118, 149, 150].

Kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanları çalıştığı birimi isteyerek seçme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2,30;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında çalıştığı birimi isteyerek seçen kişilerin ($2,96\pm0,85$) isteyerek seçmeyen kişilere göre ($2,64\pm0,87$) kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3). Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumunda olan hemşirelerin daha yüksek kriz yönetimi ölçeği puanları elde etmeleri, motivasyonun ve aktif katılımın önemli bir göstergesi olabilir. Çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin, kriz süreçlerine daha aktif bir şekilde motive olup katılım göstermeye ve bu süreçlerde özverili şekilde enerji ve çaba harcamaya daha yatkın olabilecekleri düşünölmektedir. Çalıştığı birimi isteyerek seçen hemşirelerin motivasyonlarının yüksek olmasının beraberinde kriz yönetimi puanlarını etkileyebileceği düşünölmektedir. Bu yüzden hemşirelerin istedikleri yerlerde çalışmalarını konusunda gerekli özenin gösterilmesi gerektiği düşünölmektedir.

Çizelge 4.4. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim ölçeği puanlarının tanıtıcı bilgi formu ile ilişkisi

	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Böhhe ölçeği
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Cinsiyet											
Kadın	3,86±0,69	4,11±0,71	3,82±0,80	4,16±0,67	3,96±0,74	3,86±0,76	4,02±0,70	4,17±0,63	4,38±0,58	3,97±0,78	4,06±0,57
Erkek	3,79±0,69	3,93±0,69	3,63±0,76	4,15±0,60	4,10±0,65	3,94±0,70	3,98±0,69	4,11±0,66	4,38±0,48	3,84±0,79	4,01±0,49
t/p	0,57/0,57	1,46/0,15	1,40/0,46	0,11/0,91	1,11/0,27	0,58/0,57	0,30/0,70	0,52/0,60	0,05/0,96	0,95/0,34	0,48/0,63
Medeni durum											
Evli	3,91±0,69	4,12±0,64	3,82±0,80	4,20±0,65	4,05±0,68	4,00±0,69	4,06±0,65	4,20±0,64	4,41±0,53	4,01±0,77	4,10±0,52
Bekar	3,76±0,69	3,99±0,77	3,70±0,78	4,11±0,66	3,95±0,76	3,77±0,77	3,95±0,74	4,09±0,63	4,35±0,58	3,85±0,80	3,98±0,57
t/p	1,34/0,18	1,10/0,27	0,97/0,33	0,88/0,38	0,91/0,37	1,93/0,06	0,98/0,33	1,07/0,27	0,67/0,50	1,23/0,22	1,37/0,17
Çocuk sahibi olma											
Evet	3,84±0,67	4,04±0,64	3,78±0,74	4,14±0,64	4,01±0,64	3,89±0,63	4,02±0,62	4,20±0,56	4,36±0,53	3,99±0,68	4,05±0,47
Hayır	3,83±0,71	4,07±0,75	3,76±0,82	4,17±0,66	3,99±0,77	3,88±0,80	4,00±0,74	4,12±0,68	4,40±0,57	3,89±0,85	4,04±0,59
t/p	0,12/0,90	0,22/0,83	0,15/0,88	0,35/0,73	0,13/0,90	0,09/0,93	0,22/0,83	0,76/0,45	0,46/0,65	0,76/0,45	0,14/0,89
Günlük çalışma süresi											
8 saat	73,25	79,36	85,61	75,89	87,07	86,43	79,14	86,61	84,61	82,89	80,93
24 saat	80,11	79,51	78,91	79,85	78,76	78,83	79,53	78,81	79,00	79,17	79,36
z/p	0,54/0,59	0,01/0,99	0,53/0,60	0,31/0,70	0,65/0,51	0,60/0,55	0,03/0,98	0,61/0,54	0,44/0,66	0,29/0,77	0,12/0,90
Eğitim düzeyi											
Lise	3,74±0,45	3,86±0,56	3,63±0,56	4,15±0,53	3,85±0,63	3,71±0,63	3,84±0,53	3,98±0,63	4,21±0,57	3,84±0,70	3,90±0,44
ön lisans	4,12±0,63	4,52±0,50	4,04±0,75	4,53±0,54	4,18±0,69	4,18±0,64	4,32±0,54	4,39±0,47	4,48±0,46	4,25±0,68	4,32±0,43
lisans	3,81±0,73	4,01±0,73	3,74±0,82	4,10±0,67	4,00±0,73	3,87±0,76	3,98±0,73	4,14±0,65	4,40±0,56	3,90±0,81	4,02±0,57
f/p	1,96/0,14	5,28/0,06	1,45/0,24	3,79/0,07	1,01/0,37	2,20/0,11	2,54/0,08	2,14/0,12	1,37/0,26	1,77/0,17	3,24/0,06
Meslekte çalışma süresi											
0-2 yıl	3,75±0,65	3,91±0,75	3,73±0,69	4,19±0,55	4,00±0,66	3,84±0,63	3,98±0,56	4,08±0,69	4,42±0,53	3,84±0,73	4,00±0,49
2-5 yıl	3,87±0,80	4,21±0,78	3,76±1,01	4,10±0,81	3,98±0,92	3,85±1,02	4,07±0,93	4,16±0,69	4,30±0,74	3,94±0,98	4,05±0,75
5-10 yıl	3,75±0,60	4,05±0,63	3,72±0,76	4,13±0,67	3,93±0,59	3,89±0,64	3,94±0,7	4,16±0,58	4,42±0,45	3,84±0,80	4,01±0,46
10 yıldan fazla	4,02±0,73	4,11±0,67	3,87±0,73	4,22±0,60	4,10±0,74	3,96±0,68	4,07±0,64	4,21±0,59	4,38±0,52	4,17±0,59	4,13±0,51
f/p	1,36/0,26	1,24/0,30	0,29/0,83	0,25/0,86	0,37/0,78	0,18/0,91	0,38/0,77	0,29/0,83	0,38/0,77	1,48/0,22	0,41/0,75
Çalıştığı birim											
Acil	3,65±0,58	3,79±0,71	3,44±0,64	3,90±0,52	3,82±0,71	3,64±0,60	3,86±0,56	3,95±0,65	4,22±0,49	3,74±0,70	3,83±0,41
Yoğun bakım palyatif	3,95±0,70	4,23±0,65	3,92±0,79	4,29±0,63	4,10±0,71	4,04±0,74	4,05±0,70	4,23±0,63	4,45±0,51	4,05±0,78	4,15±0,55
Palyatif	3,72±0,76	3,88±0,74	3,72±0,86	4,11±0,77	3,93±0,73	3,73±0,80	4,06±0,83	4,19±0,58	4,41±0,71	3,82±0,89	3,99±0,63
f/p	3,02/0,06	6,96/0,01	5,35/0,01	5,27/0,01	2,23/0,11	5,01/0,01	1,15/0,32	2,70/0,07	2,42/0,09	2,50/0,09	5,03/0,01
Çalıştığı birimdeki hemşire sayısı											
9 ve altı	3,89±0,62	4,13±0,66	3,86±0,67	4,29±0,60	4,09±0,62	4,00±0,68	4,03±0,61	4,21±0,61	4,50±0,46	3,96±0,77	4,12±0,47
10 ve üzeri	3,80±0,74	4,01±0,74	3,70±0,86	4,07±0,67	3,94±0,77	3,81±0,77	3,99±0,75	4,11±0,65	4,30±0,60	3,91±0,80	3,99±0,59
t/p	0,82/0,41	1,03/0,31	1,27/0,21	2,08/0,04	1,33/0,18	1,61/0,11	0,32/0,75	1,01/0,32	2,27/0,02	0,37/0,71	1,50/0,14
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu											
evet	4,05±0,62	4,28±0,60	3,99±0,75	4,33±0,55	4,20±0,64	4,12±0,68	4,17±0,66	4,30±0,59	4,48±0,47	4,16±0,74	4,22±0,48
Hayır	3,55±0,68	3,75±0,74	3,46±0,74	3,92±0,70	3,73±0,73	3,57±0,70	3,79±0,69	3,95±0,65	4,26±0,63	3,62±0,74	3,79±0,54
t/p	4,79/0,01	4,96/0,01	4,35/0,01	4,17/0,01	4,32/0,01	4,94/0,01	3,49/0,01	3,50/0,01	2,54/0,01	4,54/0,01	5,29/0,01
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı											
2	4,04±0,69	4,30±0,68	4,05±0,73	4,37±0,57	4,18±0,66	4,13±0,70	4,16±0,71	4,36±0,58	4,52±0,50	4,14±0,86	4,24±0,54
3	3,84±0,69	4,12±0,64	3,78±0,80	4,18±0,65	4,04±0,72	3,93±0,75	3,94±0,66	4,08±0,71	4,38±0,53	3,91±0,77	4,04±0,54
4	3,69±0,68	3,83±0,73	3,56±0,76	3,99±0,67	3,84±0,73	3,68±0,71	3,97±0,70	4,08±0,56	4,30±0,60	3,81±0,73	3,91±0,53
f/p	3,18/0,04	6,10/0,01	4,77/0,01	4,19/0,02	2,88/0,06	4,84/0,01	1,41/0,25	2,92/0,06	1,88/0,016	2,14/0,12	4,73/0,01

Çizelge 4.4 incelendiğinde hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici davranışlar, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği puanları genellikle kadınlarda daha fazla çıkmasına rağmen cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4). Bingöl ve Demir'in 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada kadınlar beklentilerini, düşündüklerini, kaygılarını daha sık ve daha açık ifade edebilir; derin arkadaşlık ilişkilerine erkeklerden daha fazla önem verir; diğer insanlara karşı daha duyarlı, sevgi dolu, incelikli, insanlarla olmayı seven özellikler gösterdikleri söylenmektedir [155]. Ünsar ve ark. (2009) kadınların erkeklere oranla daha empatik oldukları ve daha fazla duygusal tepkiler verdiklerini belirtmişlerdir [156]. Sertgöz ve Demir'in (2022) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde etmişlerdir [157]. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise cinsiyete göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar sonucunda da anlamlı bir fark bulunmamıştır [158]. Çalışmanın sonuçları bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan kadın sayısının erkek sayısına göre fazla olması ölçekte kadınların aldığı puanların ortalamasını, erkeklerden aldıkları puanların ortalamasından biraz daha yüksek çıkmasına sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca duyarlılık, yardımseverlik ve empati gibi özellikler daha çok kadınlara özgün kabul edildiğinden puanların az da olsa cinsiyet bakımından kadınlarda yüksek çıkması düşünülebilir.

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici davranışlar, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği puanları evlilerde daha fazla çıkmasına rağmen medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4). Çalışmaya benzer olarak Kumru'nun (2019), yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada medeni durumlarına göre BOHHEÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [159].

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici davranışlar, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği puanları çocuk sahibi olma durumu ve günlük çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4).

Hemşirelik bakımını ayrıcalıklı kılan özellik, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır [160]. Bu doğrultuda hemşirelerin çocuklu ya da çocuksuz olma durumlarının ve günlük çalışma süresinin bakıma verdikleri önemde çok etkili bir durum olmadığı söylenebilir.

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici davranışlar, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4). Çalışmadan farklı olarak Kaçmaz ve Çam (2019) yaptıkları çalışmada ise bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği ve alt boyutları puanları eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermiştir. Çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça BOHHEÖ aldıkları toplam puan ortalamalarında da anlamlı olarak arttığı sonucu çıkmıştır [161].

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici davranışlar, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, ve bakım odaklı hemşire hasta etkileşim ölçeği puanları meslekte çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4). Çalışmadan farklı olarak Bayraktar ve Eşer'in (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalışma sürelerine göre BOHHEÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [66]. Sertgöz ve Demir'in (2022) yaptıkları çalışmada 1 yıl ve altı ile 5 yıl ve üzeri çalışma süresi olan hemşirelerin BOHHEÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır [157].

Çalışmada hümanizm, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat, duyguların ifade edilmesi puanları ise çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat yardım edici puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:5,27;p<0,05$) (Çizelge 4.4). Sorun çözme puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:5,01;p<0,05$). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:5,03;p<0,05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında yoğun bakımda çalışan kişilerin puanlarının acil serviste çalışan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Umut puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:6,96;P<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında yoğun bakımda çalışan kişilerin umut puanlarının acil serviste ve palyatifte çalışan

kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4). Duyarlılık puanları çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($F:5,35;p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında yoğun bakımda ve palyatifte çalışan kişilerin duyarlılık puanlarının acil serviste çalışan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4). Genellikle bakıldığında puanların yoğun bakımlarda daha yüksek olduğu karşımıza çıkmaktadır. Yoğun bakım birimleri, genellikle ciddi sağlık sorunları olan hastaların tedavi edildiği yerlerdir. Bu nedenle, bu birimlerde çalışan hemşireler, hastaların daha karmaşık sağlık sorunlarını ele almak ve daha fazla dikkat göstermek zorunda kalabilirler. Yoğun bakım hemşireliğinde etkin bir bakım ve hemşire – hasta etkileşimi her zamankinden daha önemlidir. Çünkü burada karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanınmasının yapılması, sürekli olarak izlenmesi, hastaları koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerin uygulanması gerekmektedir [162]. Ayrıca yoğun bakım hemşirelerinin kritik durumlarda düşünebilme ve karar verebilme, ekip olarak çalışabilme ve iş birliği yapabilme ve gerektiğinde yönlendirebilme gibi yeteneklere de sahip olmaları gerekmektedir [163]. Bu nedenlerden dolayı puanların birimlere göre yoğun bakımda fazla çıktığı düşünülmektedir.

Yardım edici puanlar hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2,08;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında 9 hemşire bulunan kliniklerin ($4,29\pm0,60$) 10 ve üzeri hemşire bulunan kliniklere göre ($4,07\pm0,67$) yardım edici puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gereksinimler puanları çalıştığı bölümdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ($t:2,27;p<0,05$). Ortalama değerlere bakıldığında 9 hemşire bulunan kliniklerin ($4,50\pm0,46$) 10 ve üzeri hemşire bulunan kliniklere göre ($4,30\pm0,60$) gereksinimler puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hümanizm, umut, duyarlılık, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, maneviyat, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği puanları çalıştığı bölümdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0,05$) (Çizelge 4.4). Bu durum, çalıştığı bölümdeki hemşire sayısından daha çok başka faktörlere bağlı olabileceğini veya bu ölçümlerin daha genel bir bakış açısı gerektirdiğini düşündürülebilir.

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme ,öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği puanları çalıştığı bölümü isteyerek seçme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedirler. Ortalama değerlere bakıldığında isteyerek seçen kişilerin isteyerek seçmeyen kişilere göre bu puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.4). İsteyerek seçilen bir bölümde çalışmak, genellikle hemşirelerin işlerine karşı daha büyük bir motivasyona ve tutkuya sahip olduklarını gösterebilir. Bu tutku ve motivasyon, hemşirelerin daha fazla çaba göstermelerine, daha iyi bir bakım sunmalarına ve bu nedenle bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi puanlarının daha yüksek çıkmasını sağlayabilir. Ayrıca isteyerek seçilen bir bölümde çalışmak, genellikle çalışan açısından iş tatmininin daha yüksek olduğunu gösterebilir. İş tatmini, hemşirelerin işlerine daha bağlı olmalarını, daha iyi bir performans sergilemelerini ve dolayısıyla daha yüksek puanları elde etmelerini sağlayabilir.

Hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ve sorun çözme puanları günlük bakım verilen hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında 4 hasta bakan kişilerin puanlarının 2 hasta bakan kişilere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.4). Literatürde benzer sonuçlara rastlanmamıştır. Bu durum, daha az hasta ile çalışan hemşirelerin, hastalara daha fazla zaman ve dikkat ayırma fırsatına sahip olduklarını ve bu nedenle daha derinlemesine bir hemşire-hasta etkileşimi gerçekleştirebildiklerini düşündürebilir. Ayrıca, daha az hasta ile çalışan hemşirelerin, hastalara daha bireysel ve kişiselleştirilmiş bakım sağlama olanağına sahip olduklarına işaret edebilir. Aynı zamanda fazla hasta bakmanın sonucunda oluşan ağır iş yükünün, hemşirelerin iş tatmini ve bakım kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Çizelge 4.5. Ölçek ve alt boyut puanları arası ilişkiye yönelik bulgular

		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
İkincil travma (1)	R	1,00	0,88	0,95	-0,16	-0,18	-0,21	-0,19	-0,37	-0,28	-0,21	-0,16	-0,19	-0,29	-0,21	-0,20	-0,04	-0,22	-0,27
	P		0,01	0,01	0,05	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,05	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,63	0,01
Mesleki tükenmişlik (2)	R	0,88	1,00	0,98	-0,17	-0,20	-0,23	-0,21	-0,40	-0,32	-0,28	-0,18	-0,27	-0,38	-0,29	-0,30	-0,06	-0,32	-0,35
	P	0,01		0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,43	0,01	0,01
Merhamet yorgunluğu ölçeği (3)	R	0,95	0,98	1,00	-0,17	-0,20	-0,23	-0,21	-0,40	-0,32	-0,26	-0,18	-0,25	-0,35	-0,27	-0,27	-0,06	-0,29	-0,32
	P	0,01	0,01		0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,49	0,01	0,01
Kriz öncesi faaliyetler (4)	R	-0,16	-0,17	-0,17	1,00	0,76	0,65	0,91	0,23	0,16	0,21	0,26	0,16	0,21	0,07	0,12	0,22	0,07	0,21
	P	0,05	0,03	0,03		0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0,01	0,04	0,01	0,41	0,13	0,01	0,40	0,01
Kriz esnası faaliyetler (5)	R	-0,18	-0,20	-0,20	0,76	1,00	0,74	0,95	0,35	0,31	0,37	0,32	0,26	0,32	0,23	0,23	0,22	0,28	0,36
	P	0,03	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Kriz sonrası faaliyetler (6)	R	-0,21	-0,23	-0,23	0,65	0,74	1,00	0,83	0,26	0,22	0,19	0,27	0,19	0,23	0,17	0,22	0,16	0,15	0,25
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,03	0,01	0,04	0,06	0,01
Kriz yönetimi ölçeği (7)	R	-0,19	-0,21	-0,21	0,91	0,95	0,83	1,00	0,32	0,26	0,30	0,32	0,23	0,29	0,17	0,21	0,23	0,19	0,31
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01
Hümanizm (8)	R	-0,37	-0,40	-0,40	0,23	0,35	0,26	0,32	1,00	0,66	0,68	0,63	0,66	0,67	0,58	0,53	0,46	0,53	0,79
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Umut (9)	R	-0,28	-0,32	-0,32	0,16	0,31	0,22	0,26	0,66	1,00	0,70	0,66	0,62	0,60	0,52	0,51	0,39	0,53	0,77
	P	0,01	0,01	0,01	0,04	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Duyarlılık (10)	R	-0,21	-0,28	-0,26	0,21	0,37	0,19	0,30	0,68	0,70	1,00	0,68	0,68	0,72	0,64	0,50	0,39	0,62	0,82
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Yardım edici (11)	R	-0,16	-0,18	-0,18	0,26	0,32	0,27	0,32	0,63	0,66	0,68	1,00	0,68	0,67	0,55	0,53	0,48	0,54	0,80
	P	0,05	0,02	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Duyguların ifade edilmesi (12)	R	-0,19	-0,27	-0,25	0,16	0,26	0,19	0,23	0,66	0,62	0,68	0,68	1,00	0,78	0,63	0,54	0,49	0,59	0,83
	P	0,02	0,01	0,01	0,04	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Sorun çözme (13)	R	-0,29	-0,38	-0,35	0,21	0,32	0,23	0,29	0,67	0,60	0,72	0,67	0,78	1,00	0,77	0,61	0,51	0,66	0,87
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Öğretim (14)	R	-0,21	-0,29	-0,27	0,07	0,23	0,17	0,17	0,58	0,52	0,64	0,55	0,63	0,77	1,00	0,72	0,58	0,73	0,85
	P	0,01	0,01	0,01	0,41	0,01	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01	0,01
Çevre (15)	R	-0,20	-0,30	-0,27	0,12	0,23	0,22	0,21	0,53	0,51	0,50	0,53	0,54	0,61	0,72	1,00	0,61	0,62	0,78
	P	0,01	0,01	0,01	0,13	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01	0,01
Gereksinimler (16)	R	-0,04	-0,06	-0,06	0,22	0,22	0,16	0,23	0,46	0,39	0,39	0,48	0,49	0,51	0,58	0,61	1,00	0,45	0,68
	P	0,63	0,43	0,49	0,01	0,01	0,05	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01	0,01
Maneviyat (17)	R	-0,22	-0,32	-0,29	0,07	0,28	0,15	0,19	0,53	0,53	0,62	0,54	0,59	0,66	0,73	0,62	0,45	1,00	0,79
	P	0,01	0,01	0,01	0,40	0,01	0,06	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,01
Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği (18)	R	-0,27	-0,35	-0,32	0,21	0,36	0,25	0,31	0,79	0,77	0,82	0,80	0,83	0,87	0,85	0,78	0,68	0,79	1,00
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	

Çizelge 4.5 incelendiğinde çalışmanın ölçek ve alt boyut arası ilişkilerin derecesini ve yönünü belirlemek üzere ilişkiye istatistiksel olarak bakıldığında ikincil travma boyut puanları ile kriz öncesi faaliyetler (düşük düzey), kriz esnası faaliyetler (düşük düzey), kriz sonrası faaliyetler (düşük düzey), kriz yönetimi ölçeği (düşük düzey), hümanizm (orta düzey), umut (düşük düzey), duyarlılık (düşük düzey), yardım edici (düşük düzey), duyguların ifade edilmesi (düşük düzey), sorun çözme (düşük düzey), öğretim (düşük düzey), çevre (düşük düzey), maneviyat (düşük düzey), bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği (düşük düzey) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki vardır (Çizelge 4.5). (Sırasıyla; r: -0,16, r: -0,18, r: -0,21, r: -0,19, r: -0,37, r: -0,28, r: -0,21, r: -0,16, r: -0,19, r: -0,29, r: -0,21, r: -0,2, r: -0,22, r: -0,27; $p<0,05$). Mesleki tükenmişlik boyut puanları ile kriz öncesi faaliyetler (düşük düzey), kriz esnası faaliyetler (düşük düzey), kriz sonrası faaliyetler (düşük düzey), kriz yönetimi ölçeği (düşük düzey), hümanizm (orta düzey), umut (orta düzey), duyarlılık (düşük düzey), yardım edici (düşük düzey), duyguların ifade edilmesi (düşük düzey), sorun çözme (orta düzey), öğretim (düşük düzey), çevre (orta düzey), maneviyat (orta düzey), bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği (orta düzey) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki vardır (Tablo 4.10). (Sırasıyla; r:-0,17, r:-0,20, r:-0,23, r:-0,21, r:-0,40, r:-0,32, r:-0,28, r:-0,18, r:-0,27, r:-0,38, r:-0,29, r:-0,30, r:-0,06, r:-0,32, r:-0,35; $p<0,05$). Buradan da anlaşılacağı üzere ikincil travma ve mesleki tükenmişlik boyut puanları arttıkça, kriz öncesi faaliyetlerin (düşük düzey), kriz esnası faaliyetlerin (düşük düzey), kriz sonrası faaliyetlerin (düşük düzey), kriz yönetimi ölçeği (düşük düzey), hümanizm (orta düzey), umut (düşük düzey), duyarlılık (düşük düzey), yardım edici (düşük düzey), duyguların ifade edilmesi (düşük düzey), sorun çözme (düşük düzey), öğretim (düşük düzey), çevre (düşük düzey), maneviyat (düşük düzey), bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi ölçeği (düşük düzey) puanları azalmaktadır.

Çizelge 4.6. Kriz yönetimi ölçeği ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi

Bağımlı değişken: Kriz yönetimi ölçeği

	B	St. Hata	Beta	t	P	VIF
Sabit	3,27	0,15		21,11	0,01	
Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	-0,07	0,03	-0,21	-2,72	0,01	1,00

F(1,156)=7,37 p:0,01 R²:0,05 Durbin-Watson:1,91

Kriz yönetimi ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi puanlarının yordanmasına yönelik hipotezler regresyon analizi ile incelenmiştir. Regresyon analizi Bağımsız değişken X hakkında sahip olunan bilgilerden hareketle bağımlı değişken Y tahmin edilmeye çalışılmaktadır [164]. Regresyon analizinin varsayımlarına bakıldığında Durbin-Watson istatistiği ile gözlemlerin bağımsızlığına bakılmıştır. Test istatistiği 0-4 arasında değişmekte olup, 2 değeri artıkların ilişkisiz olduğu yani otokorelasyon olmadığı anlamına gelmektedir. 3'ten büyük bir değer bitişik artıklar arasında negatif bir korelasyonu gösterirken 1'in altındaki değer pozitif bir korelasyonu belirtir [165]. Yapılan analizde Durbin-Watson değerleri 1,81 ile 1,91 arasında değişmekte olup otokorelasyon olmadığı değerlendirilmiştir.

Kriz yönetimi puanlarının merhamet yorgunluğuna ilişkin bulguların incelenmesine yönelik kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir [F (1,156) = 7,37 p<0,05]. Merhamet yorgunluğu puanları ile kriz yönetimi puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Merhamet yorgunluğu puanlarındaki 1 birimlik artış, kriz yönetimi puanlarında -0,07 katlık bir değişime neden olacaktır. Merhamet yorgunluğu puanları, Kriz yönetimi puanlarındaki değişimin %5'ini açıklamaktadır (R²:0,05) (Tablo 4.6). Merhamet yorgunluğu puanlarının artması kriz yönetimi puanlarının düşük olmasına ve tam tersi durumda merhamet yorgunluğu puanlarının azalması kriz yönetimi puanlarının artmasına işaret etmektedir.

Çizelge 4.7. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkiye yönelik bulguların incelenmesi

Bağımlı değişken: Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Ölçeği

	B	St. Hata	Beta	T	P	VIF
Sabit	4,46	0,11		41,97	0,01	
Merhamet Yorgunluğu Ölçeği	-0,08	0,02	-0,32	-4,29	0,01	1,00

F(1,156)=18,36 p:0,01 R²:0,11 Durbin-Watson:1,81

Bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi puanlarının ilişkisine yönelik kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir [F (1,156) = 18,36 p<0,05]. Merhamet yorgunluğu puanlarının, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi puanları ile anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Merhamet yorgunluğu puanlarındaki 1 birimlik artış, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi puanlarında -0,08 katlık bir değişime neden olacaktır. Merhamet yorgunluğu puanları, bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi puanlarındaki değişimin %11'ini açıklamaktadır (R²:0,11) (Çizelge 4.7). Aynı şekilde merhamet yorgunluğu puanlarının artması bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi puanlarının düşük olmasına, merhamet yorgunluğunun puanlarının azalması ise bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi puanlarının artmasına işaret etmektedir.

4.2. NİTEL VERİLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENİP TARTIŞILMASI

Çalışmanın nitel boyutunda 30 hemşire ile bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce araştırmacı tarafından hazırlanan 11 adet yarı yapılandırılmış sorularla katılımcıların rahat hissedebileceği bir ortam sağlanıp bu görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sırasında görüşmeler ses kaydı cihazı ile kaydedilmiş olup daha sonra ses kayıtları yazıya çevrilip analizi gerçekleştirilmiştir. Nitel bulguların analizinde tüme varım yöntemi uygulanmıştır. Verilerin içerik olarak analiz edilmiş ve bu kapsamda temalar – alt temalar – kodlar oluşturulmuştur. Araştırmada ön kodlar belirlenmiş ve bunun sonucunda otomatik kodlama süreci uygulanmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Çizelge 4.8’de yer almaktadır. Katılımcılar ‘K’ harfiyle kodlanmış ve 30 katılımcı tablodaki gibi numaralandırılmıştır.

Çizelge 4.8. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular

KATILIMCI	YAŞ	CİNSİYET	EĞİTİM	MEDENİ DURUM	KIDEM
K1	46	Kadın	Lise	Evli	12 Yıl
K2	34	Erkek	Lisans	Evli	10 Yıl
K3	28	Kadın	Önlisans	Evli	8 Yıl
K4	32	Erkek	Lisans	Evli	10 Yıl
K5	35	Erkek	Lise	Evli	8 Yıl
K6	24	Kadın	Lise	Bekar	2,5 Yıl
K7	24	Kadın	Lisans	Bekar	1,5 Yıl
K8	29	Kadın	Önlisans	Evli	11 Yıl
K9	28	Kadın	Lisans	Evli	6 Yıl
K10	42	Kadın	Lisans	Bekar	17 Yıl
K11	26	Kadın	Önlisans	Evli	5 Yıl
K12	44	Kadın	Lisans	Evli	19 Yıl
K13	39	Kadın	Lisans	Evli	16 Yıl
K14	41	Kadın	Lisans	Evli	19 Yıl
K15	33	Erkek	Lisans	Evli	8 Yıl
K16	31	Erkek	Lisans	Evli	9 Yıl
K17	24	Kadın	Lisans	Bekar	5 Yıl
K18	27	Kadın	Lisans	Bekar	4 Yıl
K19	30	Erkek	Lisans	Evli	8 Yıl
K20	23	Kadın	Lisans	Bekar	4 Yıl
K21	30	Erkek	Lisans	Evli	12 Yıl
K22	33	Kadın	Lisans	Evli	10 Yıl
K23	31	Erkek	Lisans	Bekar	7 Yıl
K24	29	Erkek	Lisans	Evli	5 Yıl
K25	28	Erkek	Lisans	Bekar	4 Yıl
K26	29	Erkek	Lise	Evli	5 Yıl
K27	26	Kadın	Lise	Bekar	4 Yıl
K28	32	Kadın	Lise	Evli	8 Yıl
K29	30	Kadın	Lisans	Bekar	6 Yıl
K30	31	Erkek	Lise	Evli	10 Yıl

Katılımcılara ilişkin demografik bulgular incelendiğinde katılımcıların yaş aralığı en düşük 23 ve en yüksek 46 olarak görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti incelendiğinde 12 erkek ve 18 kadın bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde 20 lisans mezunu, 3 önlisans mezunu ve 7 lise mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde 20 evli ve 10 bekar bulunmaktadır. Katılımcıların kıdem süreleri en düşük 1,5 yıl ve en yüksek 19 yıl aralığındadır (Çizelge 4.8).

Araştırmada, hemşirelerin mermahet yorgunluğuna ilişkin etkilerinin belirlenmesi amacı doğrultusunda yapılan içerik analizi sonucunda onbir (11) tema, on altı (16) alt tema ve bunlara ilişkin kodlar Çizelge 4.9’da görselleştirilmiştir.

Çizelge 4.9. İçerik analizi sonucunda oluşturulan temalar, alt temalar ve kodlara ilişkin bulgular

TEMA-1: HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE MERHAMETİN ÖNEMİ	
<p><i>Alt Tema-1: Yoğun Birimler</i></p> <p>Kod-1: Hasta tedavisinin/bakımının büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır</p> <p>Kod-2: Acil gibi yoğun birimlerde merhamet duygusu yüksek olmalıdır</p> <p><i>Alt Tema-3: Empati</i></p> <p>Kod-1: Empati kurmak için önemli kabul edilmektedir</p> <p><i>Alt Tema-5: Mesleki</i></p> <p>Kod-1: Meslek için olmazsa olmaz olarak görülmektedir</p>	<p><i>Alt Tema-2: Duygu</i></p> <p>Kod-1: Vicdani bir duygudur</p> <p>Kod-2: Ahlaki bir duygudur</p> <p><i>Alt Tema-4: Profesyonellik</i></p> <p>Kod-1: Profesyonellik merhametten daha önemlidir</p>
TEMA-2: HASTA TEDAVİ VE BAKIMI NASIL HİSSETTİRMEKTEDİR?	
<p><i>Alt Tema-1: Beklenen İyileşme Gerçekleştiğinde</i></p> <p>Kod-1: Tatmin/doyum duygusunu yükseltmekte</p> <p>Kod-2: Mesleki motivasyonu arttırmakta</p> <p>Kod-3: Vicdani bir duygu uyandırmakta</p> <p>Kod-4: Başarılı olma hissiyatı uyandırmakta</p> <p>Kod-5: Terapi hissiyatı oluşturmakta</p>	<p><i>Alt Tema-2: Beklenen İyileşme Gerçekleşmediğinde</i></p> <p>Kod-1: Mutsuzluk oluşturmakta</p> <p>Kod-2: Duygulardan ziyade profesyonel davranılmakta</p> <p>Kod-3: Yorucu olmakta</p> <p>Kod-4: Yetersizlik hissi yaratmakta</p>
TEMA-3: MERHAMET YORGUNLUĞU KAVRAMINI DAHA ÖNCE DUYDUNUZ MU?	
Kod-1: Evet duydum	Kod-2: Hayır duymadım
TEMA-4: MERHAMET YORGUNLUĞU YAŞAMAK, HANGİ DURUMLARDA GERÇEKLEŞEBİLİR?	
<p>Kod-1: Sürekli ve uzun nöbetlerde</p> <p>Kod-2: Fiziksel yorgunlukta</p> <p>Kod-3: Ruhsal yorgunlukta</p> <p>Kod-4: Vefat eden hastalarla çok fazla bağ kurulmasında</p> <p>Kod-5: Yoğun çalışma koşullarında</p>	<p>Kod-6: Anlayışlı hastaların bakımında</p> <p>Kod-7: Sabredilmeyen durumlarda</p> <p>Kod-8: Hastalara karşı empati kurulduğunda</p> <p>Kod-9: Mesleki doyumun azalması durumunda</p> <p>Kod-10: Mobbinge uğrama durumunda</p>
TEMA-5: MERHAMET YORGUNLUĞUNUN HEMŞİRE YAŞANTISINA ETKİLERİ	
<p><i>Alt Tema-1: Verimliliğe Etkisi</i></p> <p>Kod-1: İş verimliliği düşmekte</p> <p>Kod-2: İsteksizlik artmakta</p> <p><i>Alt Tema-3: Kişisel Yaşama Etkisi</i></p> <p>Kod-1: Etki etmemesi için profesyonel davranılmakta</p> <p>Kod-2: Özel yaşam negatif etkilenmekte</p> <p>Kod-3: Yorgunluk birey psikolojisini olumsuz etkilemekte</p> <p>Kod-4: İş-yaşam çatışmasına sebep olmakta</p>	<p><i>Alt Tema-2: Motivasyona Etkisi</i></p> <p>Kod-1: Yorgunluk arttıkça motivasyon düşmekte</p> <p>Kod-2: Hastaların iyileşmesi motivasyonu arttırmakta</p> <p><i>Alt Tema-4: İş Tatminine Etkisi</i></p> <p>Kod-1: Takdir edilmediğinde iş tatminsizliği oluşmakta</p> <p>Kod-2: İşin hakkı ile yapılması tatmin düzeyini arttırmakta</p> <p>Kod-3: İş tatminine etkisi yoktur</p> <p>Kod-4: Yorgunluk bireylerde tükenmişlik/ doyumsuzluk/ tatminsizliğe neden olmakta</p>
TEMA-6: MERHAMET YORGUNLUĞUNUN ÜSTESİNDEN GELMENİN YOLLARI	
Kod-1: Sosyalleşmek/etkinliklere katılmak	Kod-6: Geçici hastaneden uzaklaşmak

Tablo 4.9. (devamı). İçerik analizi sonucunda oluşturulan temalar, alt temalar ve kodlara ilişkin bulgular

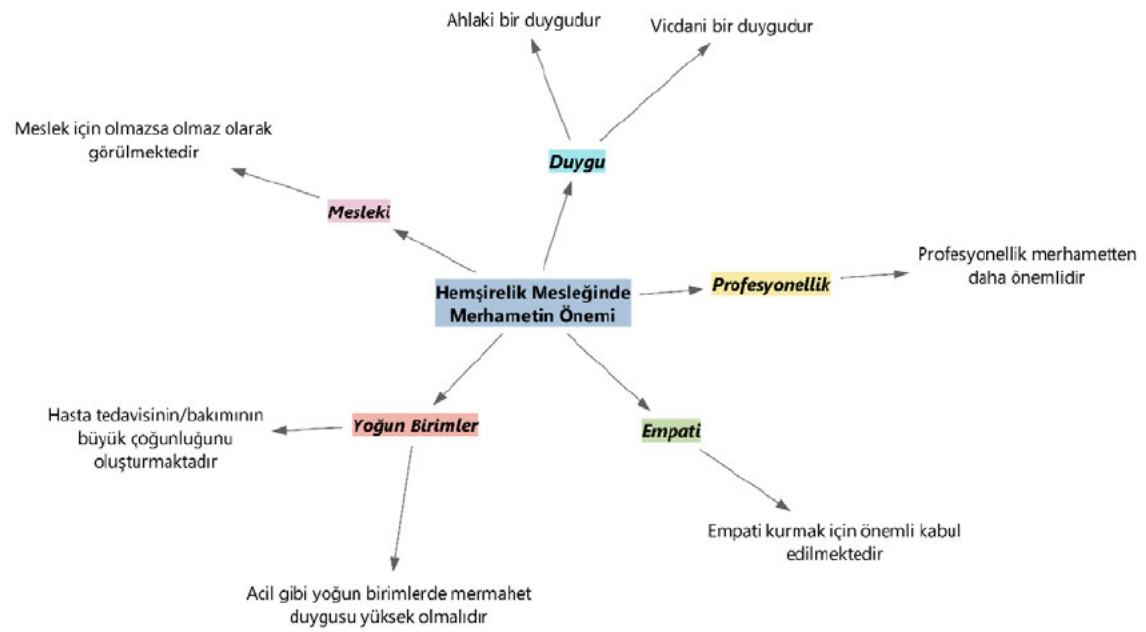
Kod-2: Takdir edilmek Kod-3: Birimler arası değişiklik yapmak Kod-4: İş yoğunluğunu azaltmak Kod-5: Psikolojik destek almak	Kod-7: İlişkide sınırlar belirlemek Kod-8: Stresle baş etme yöntemleri uygulamak Kod-9: Çözüm bulunamadığında kabullenmek
Alt Tema-1: Sorunla Baş Etmenin En Etkili Yolu	
Kod-1: Mesleği bırakmak Kod-2: Birimler arası yer değiştirmek	Kod-3: Sınır koymak Kod-4: Psikolojik yardım almak
TEMA-7: MERHAMET YORGUNLUĞUNUN HEMŞİRE VE HASTA ETKİLEŞİMİNE ETKİLERİ	
Kod-1: Negatif enerji yayan hemşireler, hastaların iyileşme sürecini uzatmakta Kod-2: Merhamet yorgunu hemşireden hastalar tedavi almak istememekte Kod-3: Hastaları anlamaya çalışan hemşirelere güven artmakta Kod-4: Özverisiz hemşireler-hastaların paniklemesine neden olmakta	Kod-5: İş verimi düşük hemşireler, hastanın geç iyileşmesine neden olmakta Kod-6: Asık suratlı ve mutsuz hemşireler, hastaları mutsuz etmekte Kod-7: Aralarındaki ilişki - hastayı olumlu yada olumsuz etkilemekte
TEMA-8: MERHAMET YORGUNLUĞUNDA ZOR DURUMLAR VE BENİMSENEN YAKLAŞIMLAR	
Kod-1: Hasta ile fazla bağ kurmak nedeniyle ölüm durumunda kendinin sorunlu tutulması Kod-2: Yoğun çalışma sonucu hasta bakımının önemszenmemesi Kod-3: Hasta için faydalı olamayacağı düşüncesi hasta değişikliğinin tercih edilmesi	Kod-4: Stres unsurlarının baş göstermesi sonucu hasta ile iletişiminin kesilmesi Kod-5: Hasta bakımının zor olduğu durumlarda öfke patlamasının yaşanması Kod-6: Yoğun bakımda sık sık ex olayının yaşanması ölümlerin normalleştirilmesi
TEMA-9: MERHAMET YORGUNLUĞUNUN KRİZ YÖNETİMİNDE OYNADIĞI ROL	
Alt Tema-1: Karar Verme Sürecinde Oynadığı Rol Kod1: Karar verme yetkisi yok olmakta Kod-2: Doğru karar verilememekte Kod-3: Hızlı karar verilememekte Kod-4: Kriz durumunda duyarsızlaşıp işe odaklanılmakta	Alt Tema-2: Stres Durumunda Oynadığı Rol Kod-1: Kriz durumunda stresle başa çıkılmamakta Kod-2: Kriz anında panik durumu oluşmakta Kod-3: Kriz durumunda empati yeteneği kısıtlanmakta Kod-4: Kriz anında sağlıklı düşünme ortadan kalkmakta
TEMA-10: KRİZ DURUMUNDA HEMŞİRELER NASIL MOTİVE OLMAKTA	
Kod-1: Profesyonel davranarak Kod-2: Soğukkanlı kalarak Kod-3: Kendilerini teselli ederek Kod-4: Hastayı iyileştirmeye çalışarak	Kod-5: Mesai sonrası özel yaşamı düşünerek Kod-6: Açık alanda hava alarak Kod-7: İnsanlardan tepki almamak adına sakin gibi davranarak

Tablo 4.9. (devamı). İçerik analizi sonucunda oluşturulan temalar, alt temalar ve kodlara ilişkin bulgular

TEMA-11: HEMŞİRELERİN KARŞILAŞTIĞI EN ZOR KRİZ NEYDİ? NASIL BAŞA ÇIKILMAKTA?	
<p><i>Alt Tema-1: En Zor Kriz</i></p> <p>Kod-1: Deprem</p> <p>Kod-2: İlk ex tecrübesi</p> <p>Kod-3: Trajik olaylar</p> <p>Kod-4: Yanlışlıkla hemşirenin hastaya zarar vermesi</p> <p>Kod-5: İş kazası</p>	<p><i>Alt Tema-2: Nasıl Başa Çıktı?</i></p> <p>Kod-1: Soğukkanlı kalarak</p> <p>Kod-2: Daha fazla mücadele ederek Kod-3:</p> <p>Tecrübe</p>

TEMA-1: Hemşirelik Mesleğinde Merhamet Kavramının Önemi

Hemşireler tarafından merhamet kavramının önemine yüklenen anlamın ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.1’ de yer almaktadır.



Şekil 4.1. Hemşirelerin merhamet kavramına yüklediği önem

Katılımcılara ilk soru hemşirelik mesleğinde merhamet yorgunluğu nedir diye sorulduğunda mesleki açıdan merhamet duygusunun olmazsa olmaz olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar hastayı anlamak için empatinin önemli olduğunu merhametin hem ahlaki hem de vicdani bir duygu olduğunu ifade etmişlerdir. Fakat merhamet

kavramı onlar için çok önemli olsa da profesyonelliğin önemli olduğunu da vurgulamışlardır. Katılımcılara göre yoğun birimlerde çalışabilmek için merhamet duygusunun önemli ve yüksek olduğu söylenmiştir. Katılımcıların bu ifadeleri hemşirelik mesleğinde merhametin temel bir unsur olduğunu vurgulamaktadır. Hastaları anlamak, empati kurmak ve vicdani değerlere bağlı kalmak, hemşirelerin merhamet duygusunu ön planda tutmalarının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Çünkü merhamet, hemşirelik mesleğinde ahlaki bir boyuta sahip olup, profesyonel bakımın önemli bir unsuru olarak kabul edilir. Bunun yanında merhamet hemşireliğin evrensel mükemmel bir bileşeni olarak görülür [166]. Merhametli bakım, hastanın fizyolojik durumunu olumlu yönde etkileyen, iyileşme sürecini hızlandıran, hasta memnuniyetini artıran ve aynı zamanda hiçbir ek maliyeti olmayan bütünlük odaklı bir yaklaşım modelidir [166]. Katılımcıların diğer cevaplarına bakıldığında merhametin gerekli görüldüğü gibi bir de profesyonellik ve teknik becerilerin de önemli olduğu belirtilmiştir. Bu durum, hemşirelerin duygusal bağ kurma ve hastalara destek olmanın yanında mesleki gerekliliklere ve becerilere de odaklanmalarının önemini ortaya koymaktadır. Çünkü meslekte profesyonellikten uzak kalmak birey üzerinde çok yönlü olumsuz etkiler bıraktığı gibi, kurumları da genel olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Erbil ve Bakır (2009) mesleki profesyonelliğin mesleğin standartlarının oluşturulmasında ve kaliteli bir bakımın verilmesinde oldukça önemli bir detay olarak görüldüğünü, hizmet alanla hizmet verenlerin memnun kalmayacağı ve bunun sonucunda da kurumsal sorunların patlak vereceğini dile getirmişlerdir [167]. Bu bakımdan katılımcıların görüşleri literatürle paralellik göstermektedir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

Bence merhamet olmadan, hemşirelik yapılmaz. Merhametin olması gerekir. Çünkü onlara karşı empati kurmamız önemli (K1, K5). İnsanın empati kurması gereken yerlerin en önemli baş rolü olacak olan yer de bence hastane ve hastalık durumudur. Empati kurarak yardımcı olmayı gerektiren bir meslek bence (K11) Yani merhameti olmayan insan zaten hastaya sağlıklı bir şekilde yaklaşamaz. Merhameti olacak ki karşısındakinin şeyini yani nasıl anlatayım? Cümle kuramadım ama ile empati kurup ona göre sağlık hizmeti verebilecek (K13).

Hemşirelikte merhamet olmazsa olmaz. Çünkü her şey merhametinle hani oluyor. Şöyle ki zaten merhamet duygunun olmazsa zaten işini layıkıyla tam yapma eğiliminin dışına çıkma gibi bir durum oluyor. Yani yorgun olabiliyorsun. Çok nöbeti geliyor olabiliyorsun. Böyle durumlarda işin tembeline kaçma ihtiyacı duyabiliyoruz. Ama işin içine merhamet girdiği zaman bunu ekarte ediyorsun (K2). Yani zaten meslekte bu meslekte merhamet olmazsa olmaz (K3). Çünkü her şeyimiz merhametle bir bütün (K15).

Bana göre hasta bakımının en temel unsurlarından bir tanesi merhamettir. Mesleğimizin en önemli konulardan bir tanesidir. Benim açımdan hastaya duyduğum merhamet tedavinin, bakımın yüzde doksanını oluşturur (K4). Hastaya verdiği bakımdan mutlu olmaz. Çünkü o kişinin merhameti yok. Dediğim gibi bence merhamet bizim mesleğimiz için olmazsa olmaz bir kavram. Bilgiden daha ziyade merhamet gerekli bence (K7).

Merhamet benim için ikinci sırada. Çünkü biz profesyonel bir mesleğe sahip olduğumuz için ilk önce bilgi ve bilimin eşliğinde merhametle meçh ederek yaklaşmalıyız (K22). Bazı şeylerin benim görevim olduğunu bilmek eskisi kadar duygusal yaklaşmamama sebep oluyor. O yüzden şu an biraz daha profesyonel yaklaşıyorum her şeye. Buna merhamet yorgunluğu da diyebilirsiniz ama ben öyle olduğunu düşünmüyorum (K8). Öncelikle benim bilimsel bilgiyle yapmış olduğum işim bu işimin yanında da merhametimin olması, kardeş ilişki diyebilirim (K10).

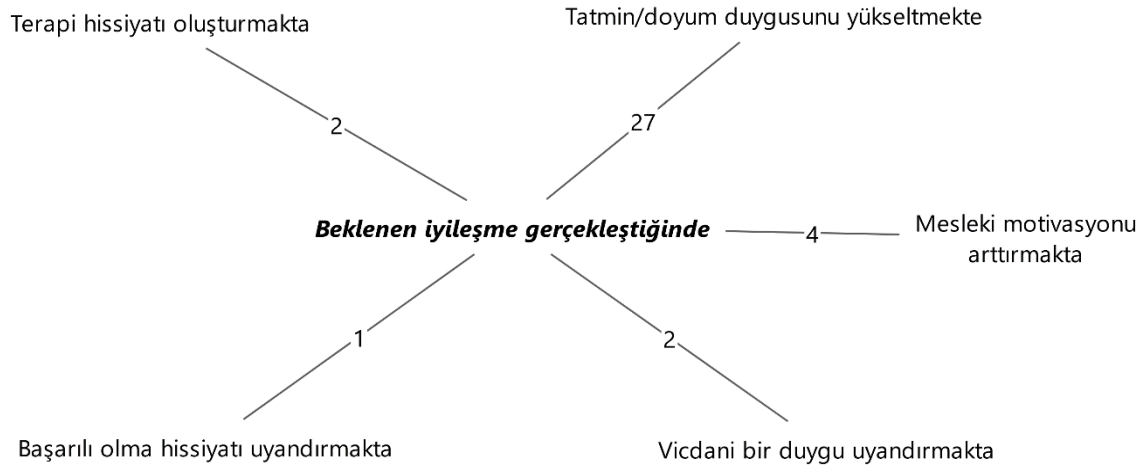
Merhametin önemi. Şimdi biz acile çalıştığımız için acilde çok fazla hasta geliyor. Ve bu hastalara gerçekten bakım yükü bazen çok olabiliyor. Eğer merhamet duygumuz gerçekten az olsa buna bazen dayanmak zor olabiliyor. O yüzden bence özellikle böyle yoğun çalışan yerlerde merhamet duygusu çok önemli (K9). bizim hastalar genel olarak yatağa bağımlı hastalar tedavi yani ilgiye, merhamete muhtaç hastalar. Bu yüzden merhamet olmadan kesinlikle yapılacak bir şey olduğunu düşünmüyorum. O yüzden çok önemli (K20).

Vicdani bir duygudur. Hasta bakımıyla ilgili hastaların tüm fiziksel ve normal ihtiyaçları için merhamet bir derece önde geldiğini düşünüyorum (K12). Çünkü her şeyimiz merhametle bir bütün. Vicdan ve merhamet. Vicdanlı olması lazım (K15). Çünkü yaptığın işi vicdanen yaparak hareket etmen lazım (K16.) Öncelikle şunu söyleyeyim. Bizim meslek kesinlikle merhamet olmadan, vicdan olmadan yapılacak bir meslek kesinlikle değil (K20) Bizim mesleğimiz daha çok tedaviden ziyade bakıma dayalı bir meslek. Bakımda bana göre tamamen kişinin yani hemşirenin vicdaniyla alakalı (K21).

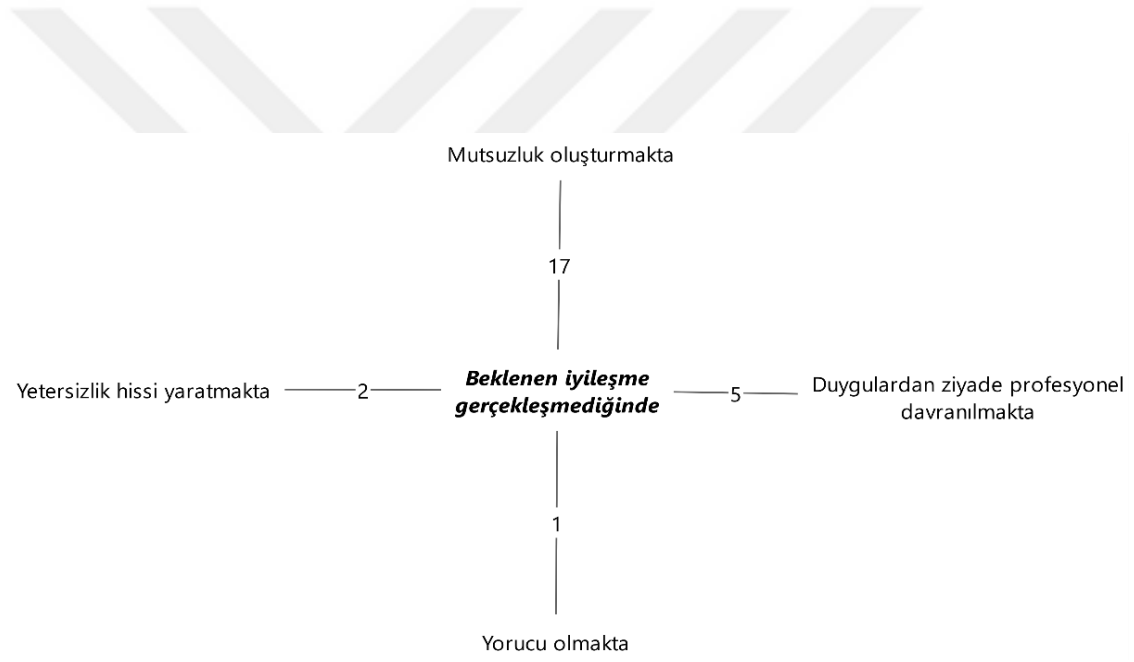
Öncelikle zaten meslek seçimiyle başlamak lazım bence. Merhamet durumuna, duygularıyla işlerine yön veren insanlar değilsek zaten bu mesleği sadece profesyonelce yapmamız yeterli verim sağlamaz. O yüzden masa başında oturup işte bilgisayarla veya ne bileyim cihazlarla iş yapmak da çok farklı bizim mesleğimiz. Merhamet primerde bence olması gereken insanın da en önemli ahlaki özelliklerinden hani taşınması gereken büyük bir bence özellik mesleğimizde. Gerekli buluyorum (K14).

TEMA-2: Hemşirelerin Hasta Bakımı ve Tedavilerinde Hissettikleri

Katılımcılarla yapılan görüşmede ikinci soruda hastaya verdiğiniz tedavi ve bakımın neler hissettirdiği ve beklenen iyileşme hastada gerçekleşmezse veya gerçekleşirse neler hissettikleri sorularak katılımcıların görüşleri alınmıştır.



Şekil 4.2. Hemşirelerin hastaların iyileşmesinde hissettikleri



Şekil 4.3. Hemşirelerin hastaların iyileşmemesinde hissettikleri

Katılımcılarda beklenen iyileşme hastada gerçekleştiğinde hemşirede tatmin doyum duygusunun yükseldiği mesleki motivasyonda artmaların olduğu başarılı olma hissini oluşturduğu vicdani bir duygu uyandırdığı ve terapi hissiyatı oluşturduğu gözlemlenmiştir. Eğer beklenen iyileşme gerçekleşmez ise kendilerinde mutsuzluk, yetersizlik hissi oluşturduğu ve sürecin yorucu olduğu görüşleri ortaya çıkmıştır. Bu cevapların yanında bazı katılımcılar bu tarz duygulardan kendini arındırdıklarını ve profesyonelce davrandıklarını ifade etmişlerdir. Beklenen iyileşmenin gerçekleşmesi durumunda, hemşirelerde tatmin doyumunun artması ve mesleki motivasyonun yükselmesi, başarılı

olma hissi ve vicdani bir doyumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca, terapi hissiyatının oluşması, hemşirelerin hastalara sağladıkları bakımın etkili ve olumlu bir etki yarattığına dair bir algı oluşturabilir. Öte yandan, beklenen iyileşmenin gerçekleşmemesi durumunda katılımcıların kendilerinde oluşan mutsuzluk, yetersizlik hissi ve sürecin yorucu olması, duygusal zorlukların karşılaşılan güçlükleri nasıl etkilediği konusunda görüşleri bize sunmaktadır. Bu durumlar, hemşirelerin duygusal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir ve mesleki tatminlerini azaltabilir. Bu durum, hemşirelerin duygusal zorluklarla başa çıkma stratejilerini ve mesleki profesyonelliklerini nasıl sürdürdüklerini anlamak açısından bizlere farklı bakış açısı sunmaktadır.

Katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

Verdiğim tedavinin hastaya yarar sağladığını görürsem tabii ki de mutlu olurum. Yani yapılan işin o zaman doğru olduğunu gösterir (K3). Eğer hastaya uyguladığım tedavi fayda sağladığı zaman ya da bunun faydasını gördüğümü gözlemlediğimiz zaman bu bizi mutlu ediyorsa gerçek anlamda işimizi iyi yaptığımızı hissettiriyor (K2). Eğer pozitif yönde hasta için olumlu sonuçlar doğurduysa Bu beni elbette ki mutlu eder. Mesleki doyum sağlar (K4, K6). Ben hemşire olmaktan çok böyle onur duyuyorum. Hastaya verdiğim en ufak bir su bile benim için böyle şey ne denir ona tatmin duygumu geliştiriyor. Tedavi bakımı her şeyiyle ben ilgilendiğim için beni bu meslek gerçekten tatmin ediyor (K18).

Bazen şimdi buraya evde bakım hastaları falan da geliyor. Onlara verdiğimiz tedavi genellikle yardımcı destek tedavi gibi oluyor böyle için falan da geliyorlar. Oyları yetiştirmediği için evet biraz daha zor olabiliyor. İyileşen hastalara göre ama şöyle düşünmek lazım. Onlar da sonuçta bu tedaviyi almazlarsa hayat kalitesi daha da kötüleşecek. Yani biraz bu şekilde kendimizi motive ediyoruz. Normalde kötü ama (K9).

Tabii motivasyonunu artırır insanın hastanın iyileşmesi (K8). Yoğun bakımda olduğum için doyuma ulaştığımı hissediyorum. Motive oluyorum bu sayede (K10). Hastaya verdiğim bakım ve tedavide yani eğer olumlu bir sonuç alırsam buna doyum oluyor. Yani diyorum ki ben birine iyi geldim. Ben biri için bir iyilik yaptım. Ve karşılığında o bireyin iyileştiğini görüyorum. Bu beni mesleğe daha da sıcaklaştırıyor. Yorgunluğunu alıyor (K7).

Çok iyi hissediyoruz. Çok mutlu oluyoruz. Biz yenidoğan yoğun bakımcı olunca biraz mesleki memnuniyetimiz daha fazla. Çocuklar büyüyor. O kadar verdiğimiz emeğin karşılığında. Yani büyüyorlar, bize resim atıyorlar, ziyaret ediyorlar. Verdiğimiz emeğin karşılığını alıyorlar unutmadıkları için. Çok güzel bir his bu gerçekten (K13).

Ya ben bakımlara falan çok özenen biriyim o yüzden bakımlarım falan çok uzun sürüyor. Hatta

benimle dalga geçiyorlar. Çok irdeliyordu diye. Ama ben bakım yapmayı çok seviyorum. Mutlu oluyorum. Dağılmış bakımsız bir hastayı çiçek gibi yapıp onun o yüzündeki gülümsemeyi görünce dünyalar benim oluyor. O yorgunluğumu falan unutuyorum. Huzur veriyor diyebilirim (K27).

Yani şöyle, şimdi hastanın profili bu konuda önemli. Eğer hasta iyileşebilecek bir hasta ise, elimizden ne geliyorsa, yaptıysak, iyileşemediyse bu beni çok üzer, etkiler de açıkçası. Ama hani şey profili kötü bir hastaysa yani beklentisi son dönemse e bu beni çok etkilemez açıkçası. Onun için hayırlısı böyleymiş düşüncem olur (K1).

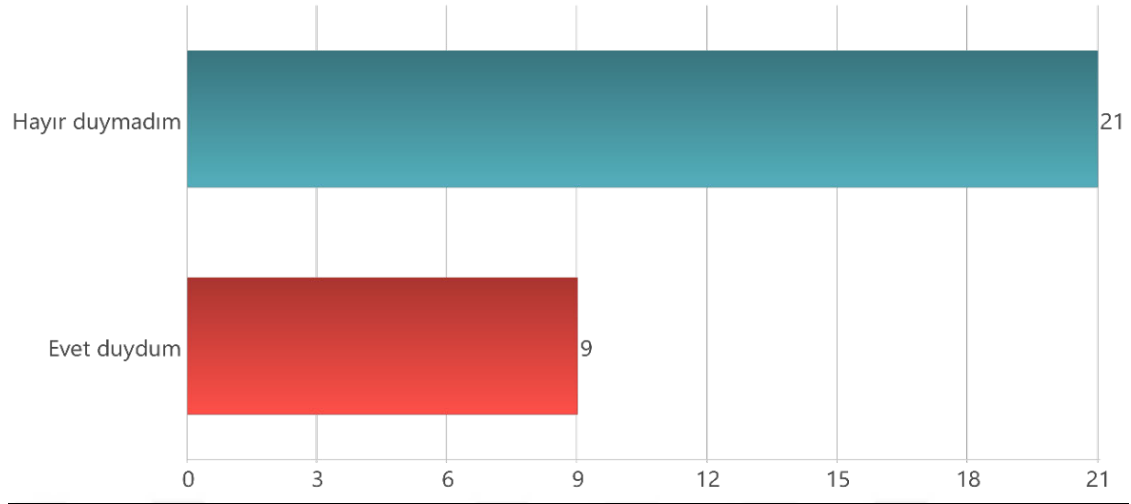
Verdiğim tedavinin hastaya cevapsız, yani yanıtız olduğunu görürsem de tabii ki üzülürüm. Ki o zaman biz hastaya yanlış tedavi uyguladık. Ya da yanlış şekilde birşey yaptık. Hastaya bir yarar sağlayamadık sonuç olarak yani bu beni olumsuz bir şekilde üzer (K3). Eğer uyguladığımız tedavi doğru şekilde bir reaksiyon yaratmıyorsa ve bizde böyle bir gözlem hani öncelikle hatayı bir kendimizde arama ihtiyacı hani hissediyoruz. Ondan dolayı bu da insanı mutsuz ediyor. Huzursuz ediyor (K2). Eğer verdiğimiz tedavi ve bakın hastanın iyileşmesini sağlamamışsa benim düşüncem yaptığım işin tamamen boşa gitmiş olması yönündedir (K4).

Yani gerçekleşirse tabii ki sevinirim. Gerçekleşmezse de hani ne kadar empati yapsak da bir yerden sonra empatiyi kesmek zorundayız. Zamanla unutuyoruz yani. Hani bazı şeylerin üzerini kapatıyoruz. Soğukkanlı olmak gerektiğini düşünüyorum her şekilde (K5). Yetersiz geldiğimi düşünüyorsam da bu beni demoralize ediyor (K6).

Ya ben mesleğime profesyonel olarak bakıyorum. Sadece işimi yaparım. Karışmam yani (K15). Vallahi bu şeyleri artık profesyonel yaklaşıyorum çünkü benim on yedi yıl oldu artık (K10). Şu anda hastanın iyiliği, hastanın faydası en üst düzeyde benim için olumlu ya da olumsuz olması beni moralmen çok etkilemiyor artık. Eskiden etkileniyordum daha fazla ama. Şu anda öyle değilim. Şu anda etkilenmiyorum. İşimi iş yerinde bırakabiliyorum (K10).

Kendimizi kötü hissediyoruz. Bebek olduğu için özellikle daha hassas davranıyoruz. Tedaviye yanıt vermediği zaman zaten biz hızlıca tedavi protokolümüzü değiştirip hemen yanıt almayı taraftar oluyoruz. Çok fazla antibiyotikte illaki ya da işte tedavide şey kalacağız diye uğraşmıyoruz. Çünkü bebeklerin seyri değişebiliyor. O yüzden çok hızlı tedavisini değiştirip yanıt almayınca zaten onun farkına varıp hemen tedavi protokolümüzü değiştiriyoruz (K13).

TEMA-3: Merhamet Yorgunluğu Kavramının Daha Önce Duyulması



Şekil 4.4. Merhamet yorgunluğu kavramının daha önce duyulması

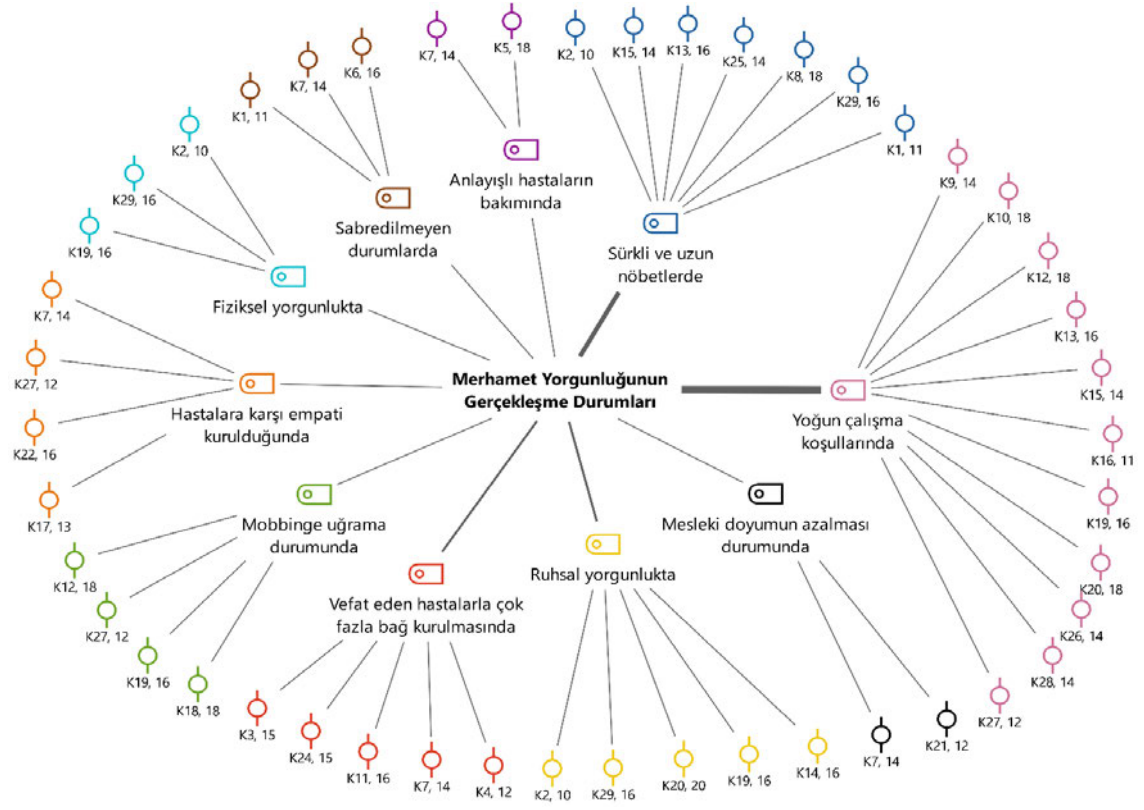
Katılımcıların her birine merhamet yorgunluğu kavramını daha önce duyup duymadıkları sorulmuştur. Bu soru karşısında katılımcılardan 21 kişi bu kavramı daha önce hiç duymadıklarını 9 kişi ise bu kavrama daha önce duyduğunu ve bildiğini söylemişlerdir. Bu kavramı duyan hemşirelerden bazıları kimisi tez yapan arkadaşından, kimisi üniversite okurken anket yaparken sorulduğunu, kimisi üniversitede aldığı etik dersinde olduğunu ifade etmişlerdir. Öncelikle, 21 katılımcının bu kavramı daha önce duymamış olması, merhamet yorgunluğu teriminin hemşireler arasında genel olarak bilinirliğinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, hemşirelerin bu konuda farkındalık düzeyinin artırılması ve daha fazla vurgu yapılması gerekliliğini işaret edebilir. Diğer yandan, 9 katılımcının bu kavramı daha önce duyduklarını belirtmeleri, bazı hemşirelerin bu terimle zaten tanışık olduklarını ve bu konuda bir farkındalık düzeyine sahip olduklarını düşündürmektedir. Bu durum, belirli eğitim programları veya akranları aracılığıyla bilgi edinme gibi faktörlerin, merhamet yorgunluğu kavramının bilinirliğine katkıda bulunabileceği görüşünü doğrulamaktadır. Bu görüş de eğitimlerin hemşirelerin yaşamında ne kadar önemli olduğunu aklı getirmektedir.

Katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

Merhamet yorgunluğunu duymamıştım (K1, K2, K3, K5, K6, K7, K10, K11, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20, K22, K23, K24, K26, K28).

Evet duydum (K4, K9, K27, K29, K30). Aslında çoğu hemşirenin maruz kaldığı bir yorgunluk diye biliyorum (K25). Bir tane arkadaşım tez yapıyor, sürekli bahsediyor (K8). Üniversite okuduğum yıllarda yine bir anket yapılırken sorulmuştu. Derslerde de etik dersinde hatırlıyorum (K21). Ben onu şöyle düşünüyorum. Merhamet yorgunluğundan daha ziyade anladığım kadarıyla tükenmişlik sendromu diye düşündüm kendi açımdan. Tabii ki bu tükenmişlik sendromu zaman zaman biz hemşirelerde oluyor (K12).

TEMA-4: Merhamet Yorgunluğunun Gerçekleştiği-Ortaya Çıktığı Durumlar



Şekil 4.5. Merhamet yorgunluğunun ortaya çıkış nedenleri

Katılımcıların her birine merhamet yorgunluğunun hangi durumlarda gerçekleşebileceği sorulup varsa kendi deneyimlerinden de örnek verebileceği söylenmiştir. Ortaya çıkan cevaplar şu şekildedir

- yoğun çalışma koşullarında
- mesleki doyumun azalma durumunda
- ruhsal yorgunlukta

- vefat eden hastalarla çok fazla bağ kurulmasında
- mobbing e uğramak durumunda
- hastaya karşı empati kurulduğunda
- fiziksel yorgunlukta
- sabredilmeyen durumda
- anlayışla karşıladığımız hastaların bakımında

Yoğun çalışma koşulları ve fiziksel yorgunluk, hemşirelerin enerjisini azaltabilir, bu da duygusal tükenmişliği arttırdığı düşünülmektedir. Vefat eden hastalarla duygusal bağ kurma ve ardından yaşanan kayıplar, duygusal olarak zorlayıcı bir deneyim olabilir. Mesleki doyumun azalması ve meslek içi mobbing, hemşirelerin işlerinden zevk almamalarına ve motivasyon kaybına neden olabileceği düşünülmektedir. Figley merhamet yorgunluğunu hemşirelerde bakımın bedeli olarak ifade eder [36]. Artan iş yükü içinde karmaşık hasta gereksinimlerini karşılamak, duygusal destek sağlamak ve ölümcül vakalara bakım vermek, onları merhamet yorgunluğu riski bakımından en hassas meslek grubu haline getirmektedir [48]. Bu durumları değerlendirirken, hemşirelerin duygusal sağlıklarını korumak ve merhamet yorgunluğu ile başa çıkabilmeleri için destekleyici önlemlere ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Eğitim programları, duygusal destek mekanizmaları ve mesleki stresle başa çıkma stratejileri, hemşirelerin bu zorlayıcı durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Katılımcıların görüşleri şu şekildedir;

Şunu söyleyeyim eğer ki sürekli nöbet tutuyorsanız, sürekli çalışıyorsanız ve artık normal insani hani boyutun dışına çıkıyorsanız bu kişide öncelikle fiziksel yorgunluk. Daha sonrasında ruhsal yorgunluk yaratıyor. Zaten bir kişinin normal ruhsal yorgunluğu üst safhaya çıktığı zaman ister istemez merhamet yorgunluğu da hani oluşuyor. Ve hem çalışanı hani kendimizi hem de hastamızı negatif yönde etkiliyor (K2). Dediğin gibi hani yirmi dört saat sürekli nöbet tuttuğumuz için sabır derecemiz azalıyor hastalara karşı (K1). Ben gınaşırı nöbet tuttuğum zaman merhamet yorgunluğu artıyor (K8). En büyük sıkıntılardan yoğun nöbetler. Çok fazla mesai kendini tükenmiş hissetmeye neden oluyor ve bu da merhamet yorgunluğuna neden oluyordur diye düşünüyorum (K13).

Mesela benim hastanede bazı hastaları çok fazla şey yaptığım oluyor. Yoğun bakımda özellikle. Çok fazla bağ kurduğum oluyor hastalarla. O hastalar mesela vefat ettiklerini ya da kötü bir

sorunla karşılaştıklarında beni etkiliyor. Aile yaşamımda, özel yaşamımda da mutsuz oluyorum mesela üzülüyorum. Aileme de bunu yansıtıyorum mesela **(K3)**. Mesela anlayışla karşıladığımız hastalarda genelde aynı sorunları yaşıyoruz. İster istemez bir yorgunluk oluşuyor bizlerde. Süreklilik bir sebep diyebilirim **(K5)** Çaba gösterip de yanıt alamamak. Hastanın o yanıtı verememesi o merhameti yorgunluğunun en önemli açısı olabilir çalışan için **(K11)**.

Yoğun çalışma koşulları sosyal hayatımızdan uzaklaşma, dışarıda yeterince ailemizle vakit geçiremememe, yaptığımız çalışmalar, verdiğimiz emeğin karşılığını tamamen alamama geliyor. Bu gerek maddi, gerek manevi hastalarımız ve hasta yakınları tarafından saygınlığımızın olmaması. Kendi kurumum açımdan söylüyorum. Kendi kurumumda dahi yeteri kadar değer verildiğini düşünmememden kaynaklı bunların birikmesi sonucu oluştuğunu düşünmekteyim **(K4)**.

Merhamet yorgunluğu bence zamanla hastalara olan empati yeteneğimizin ve verdiğimiz bakımdan aldığımız doyumun azalması ve mesleğe karşı ilgisizliğimiz diyebilirim. Kendi deneyimlerimden yola çıkarsam. Uzun süre mesela mesleğimizin ilk yılında bize izin verilmiyor. Bir yıl onu hak etmemiz gerekiyor o izni. O bir yıl içinde yaşadıkları insanı dolduruyor. Yani bir uzun süre ortamdaki uzak için sürekli yaşananlar üst üste gelmesi yaşadığımız zorluklar. Yani kolay bir meslek değil evet. Sürekli mesela sürekli hastaneyi görmek bile insanı yıpratıyor. Ki bunu geçtim. Hastayla olan bağımız çok etkiliyor yani bunu. Size karşı tavrı, hastaya gösterdiğiniz sabır hem merhamet hem sabır gerektiren bir meslek. Ama tabii doluyor bir süre sonra. İnsanın sabrı da insan yaptığından kötü hissedebiliyor yani yaptığında **(K7)**.

Şöyle uzun süreli çalıştığında yoğun bakımda mutlaka bu durumla karşılaşıyoruz. Hepimiz karşılaştık çünkü. Bir zaman sonra insan kendini tamamen soyutlayıp işimi yapayım, günümü geçireyime dönebiliyor. Bunun olmaması için mutlaka bir mola verilmesi lazım. Hani ben dedim ya kendim ara verdim. Bir dönem farklı bir yerde çalıştım. Şu anda tekrar geri döndüğümde farklı gözle bakabiliyorum. Ama sürekli içinde olan insan merhamet yorgunluğuna kapılıyor. İster istemez kapılıyor. O yüzden arada mola vermek çok önemli. Mesela doğum yapıyorsunuz. Doğumdan sonra bir mola veriyorsunuz. İşte askerlik varsa askere gidiyorsa bir arkadaşımız askerlikte bir mola veriyor. Ama hiçbir şeyiniz yoksa ya da evlilik bile bir mola vermek için fırsat olabiliyor. İzinlerinizi alabiliyorsunuz üst üste. Bu da bir mola olabiliyor ama rutinde bekarsanız sürekli gelip gittiğiniz için ve hep aynı yerde çalıştığınızda buna kapılmanız kaçınılmaz **(K10)**.

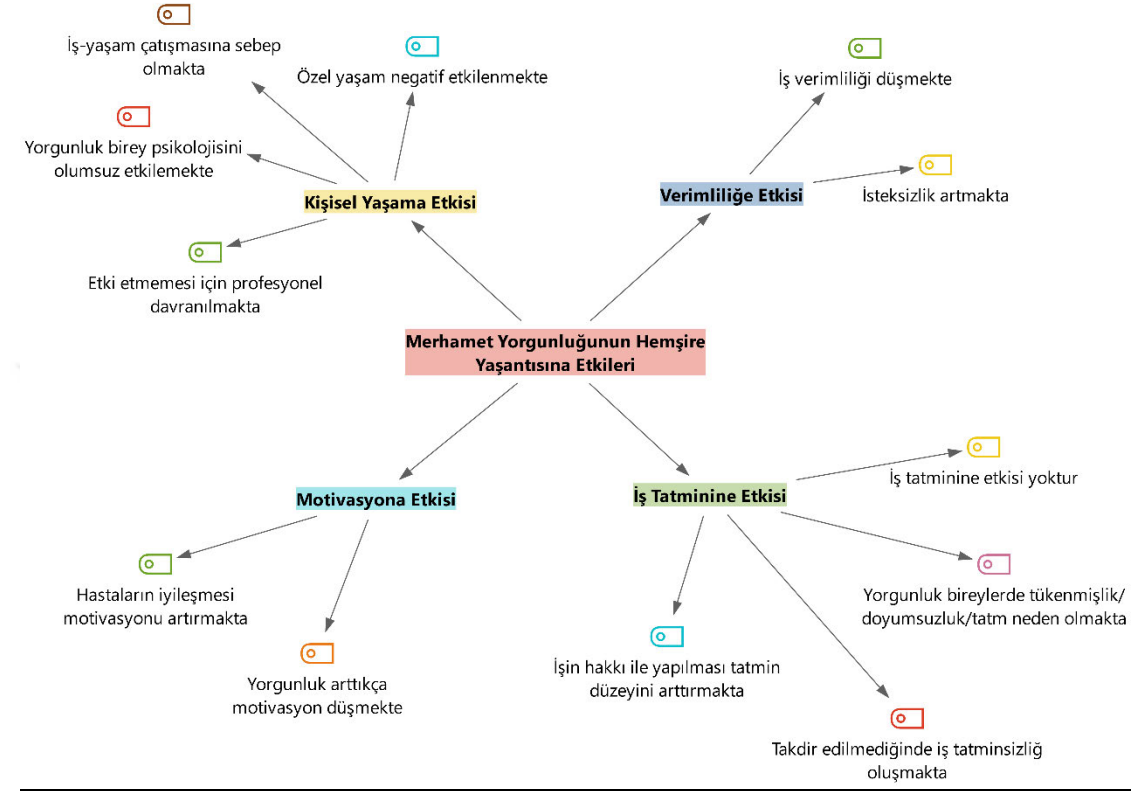
Yani dediğim gibi bu personelin eksikliği olabilir, hemşirenin eksikliği, mesailerin fazla olması artı yönetim tarafından mobbing uygulanıyor olabilir. Yani bu tükenmişlik sebebi olabilir yani bir çok konu **(K12)**. Merhamet yorgunluğu yani yoğun çalışma temposunda gelişebilir **(K13)**. Bana göre merhamet yorgunluğu yoğun iş temposunda, bir hastanede mobbing varsa klinikte mobbing varsa ben hep şöyle düşünüyorum. Biz hemşireleri ya biz işimizi yapsak sadece kendi işimizi, hastaya odaklansak başka işlerle uğraşmasak, ilaç peşinde koşmasak, malzeme peşinde koşmasak, saçma sapan iş yükleri olmasa üzerimizde, hastaya odaklansak merhamet yorgunluğunun daha geç olacağını düşünüyorum artık **(K19)**. Maalesef bir kişi üç hasta

bakıyoruz. Üçüncü basamak hasta takip ettiğimiz oluyor. İşte bunlar zaten hemşirede merhamet yorgunluğuna onun beraberinde böyle tükenmişliğe, psikolojik olarak çökmeye, beden olarak da yıpranmaya sebep oluyor (K20).

Benim kendim gerçekten vicdanen hükümlü hissedip yaptığım şeyler. Fakat bu yaptıklarımızın çevremiz tarafından değer görmemesi, algılanmaması benim yaptığım hizmetin benden sonraki insan tarafından aynı şekilde yürütülmemesi. Birkaç gün sonra yaptığım işin aksak bir şekilde bana devredilmesi beni gerçekten üzen, yoran bir durum. Yani dediğim gibi hani benim gözümle göremez hiç kimse. Benim elimle dokunamaz hiç kimse ama belli kriterler çerçevesinde herkesin aynı sistemi devam ettirmesini bekliyorum. Hastaya yaklaşımla ilgili. Bunu görmeyince gerçekten üzülüyorum, yoruluyorum. Ya da dediğim gibi hani ortamımızdaki hastaya müdahaledeki fiziki şartlarımızı güzelleştirmek daha böyle ergonomik hale getirmek de benim işteki merhametimi sunmamı etkiliyor diye düşünüyorum (K14). Yani şöyle düşünüyorum. Yani sürekli vicdanla çalıştığımız için ortaya çıkan bir durum. Yani bakım sırasında mesela. Yani hasta sana muhtaç, sen işini yapmak zorundasın, iyi davranmak zorundasın. Zaten hasta psikolojik olarak kötü hissediyor kendini. Birinin eline kaldığı için. Bu durumlarda ortaya çıkabilir (K17).

TEMA-5: Merhamet Yorgunluğunun Hemşire Yaşantısı Üzerine Etkileri

Merhamet yorgunluğunun hemşirelerin yaşantısı üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.6' da yer almaktadır.



Şekil 4.6. Merhamet yorgunluğunun hemşirenin yaşantısı üzerine etkileri

Katılım sağlayan 30 hemşireye beşinci soruda merhamet yorgunluğunun hemşirenin üzerinde ne gibi etkilere sebep olabileceği sorulmuştur. Bu soru iş verimliliği ve motivasyonu, mesleki tatmin ve kişisel hayatı üzerine ne gibi etkileri olabileceği gibi ek sonda sorularla çeşitlendirilmiştir. İş verimliliği ve motivasyon üzerindeki etkilerine yönelik cevapların şu şekilde olduğu görülmüştür;

- İş verimliliği düşmekte
- İsteksizliği arttırmakta
- Yorgunluk arttıkça motivasyonun düştüğü
- Çalışanın motivasyonu yanında hastaların da motivasyonunu düşürdüğü

Mesleki tatmin ve kişisel hayatı üzerindeki etkilerine yönelik cevapların şu şekilde olduğu görülmüştür;

- Özel yaşamını negatif yönde etkilediği

- İş-yaşam çatışmasına sebep olduğu
- Yorgunluğun birey psikolojisini olumsuz yönde etkilediği
- İşin hakkı ile yapılması durumunda tatmin düzeyinin arttığı
- Bireylerde tükenmişlik ve doyumsuzluğa sebep olduğu
- Takdir edilmediğinde iş tatminsizliğinin oluştuğu

Genel olarak, hemşirelerin verdiği cevaplar, merhamet yorgunluğunun sadece iş verimliliğini değil, aynı zamanda kişisel hayat, mesleki tatmin ve motivasyon gibi kritik alanları da etkileyebilecek önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Merhamet yorgunluğu, hem bireysel hem de mesleki yaşamda olumsuz etkilere neden olur; iş tatminsizliği, verimlilik kaybı, tıbbi hataların ve bakım maliyetlerinin artışı gibi faktörlerle beraber, hastalar ve sağlık çalışanları için dezavantajlı sonuçlar doğurur [132]. Yılmaz ve Üstün (2018)'e göre, merhamet yorgunluğunun bireyde ortaya çıkardığı belirtiler arasında duygusal tükenme, sinirlilik, vücut ağırlığında aşırı kayıp ve baş ağrısı bulunmaktadır [47]. Jenkis ve Warren (2012) ele aldıkları çalışmada merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin bakım verirken daha isteksiz ve bitkin olduklarını ve bu durumun çalışanın kendini duygusal olarak iyi hissetmeyip hizmet sundukları hastalara karşı duyarsız tavırlar sergilemesine sebep olduklarını söylemişlerdir [3]. Bu bağlamda, kurumsal düzeyde etkili destek ve yönetim stratejilerinin uygulanması, hemşirelerin bu zorlayıcı durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların merhamet yorgunluğunun hemşire yaşantısına etkilerine ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Verimlilik:

Benim açımdan merhamet yorgunluğu arttıkça iş verimi düşer (K4). Bence merhamet yorgunluğu iş verimliliğini düşürür. Çünkü belli bir şeye, mesela belli bir hastaya bütün odağınızı, merhametimizi verdiğimiz için diğer hastalar daha az çalışma gösteririz. O hastalarla daha fazla ilgileniriz. Yani hasta seçmek gibi bir şey olur. Sonuçta yirmi dört saat çalışıyoruz. Bir zaman verimliliğimize olumsuz etkileri oluyor (K3). Sürekli kötü hasta görürsem bu beni çok etkiler. verimimi azaltır. (K1, Konum 13). Yani şöyle söyleyebilirim. Eğer yorgunsam ve merhamet olarak

yorgunsam tabii ki bu benim iş verimimi de etkiler. Çünkü yani psikolojik olarak da etkilediği için bu benim hem çalışma gücümü hem de hastaya olan verimimi de etkiler (K6).

Merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşire bence iş verimliliğini tabii olumsuz etkiler. Yani işe gelirken ayakları geri geri gider bence. Ve hastadan olumlu bir etki olumlu bir geri dönüş olsa bile o yorgunluğunu tolere edemeyebilir (K7). Merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşire iş verimliliğinde bir düşme olmayabilir belki. Sıradanlaşmıştır. İşini dört dörtlük de yapabilir. Ama bizim karşımızdaki bir canlı. Onun da duyguları, onun da hisleri var. Yani hastaya yaklaşımı farklı olabilir, üslubu sert olabilir. Bu da hastaya kendini kötü hissedebilir (K19).

Motivasyon:

Hastaların sağlıklı bir şekilde iyileştiğini gördüğüm zaman bu benim motivasyonumu daha da yükseltir (K1). Ancak, merhamet yorgunluğu olan bir insanın motivasyonunun iyi olması beklenemez (K4). Motivasyonunu bence azaltır. Çünkü yani duygularıyla hareket etmek zorunda kalırsın. Bu yüzden de motivasyon azalır ve kendinde bir yük olarak hissedersin (K17). Robot değiliz. Kesinlikle yorgunluk kavramı var bizim için. İnsan yoruldukça özellikle vicdanen yoruldukça hani fiziksel uyuyunca geçer vicdanımız sonuçta geçmiyor. Ve onu notürlemek gerekiyor bir şekilde. Motivasyonu da yani olumsuz etkiler (K7). Merhamet yorgunluğu yaşayan işe daha isteksiz gelir, daha mutsuz gelir. Çünkü zaten yorulmuş, üstelik hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak yorulmuş artık. O yüzden bence iş kalitesini kesinlikle olumsuz etkiler. Motivasyonunda da bozulma olur (K9).

Motivasyon diye bir şey kalmıyor ki. Kesinlikle kalmıyor. Yani o yorgunluk hani ya o yorgunluğu hastaya da yansıttığımız için ayrı bir vicdani yük de oluşuyor. Bu yüzden tamamıyla sosyal hayatımızın kendi hayatımız, aile hayatımız, arkadaş hayatımız her şey alt üst oluyor diyebilirim (K20). Ya şöyle bence motivasyonu ve mesleki tatmin duygusu düştüğü için zaten bu yorgunluk oluşur. Yani aslında bu dediklerimiz o yorgunluğa sebep olur. Ha tabii o yorgunluk devam ettikçe olumsuz etkileri de tabii ki artar (K28).

İş Tatmini:

İş tatmini ile merhamet yorgunluğu arasında bir alaka olduğunu düşünmüyorum (K3). Mesleki tatmin açısından fazla etkileneceğimi zannetmiyorum. En azından kendim için bu yorumu yapabilirim. Bu konuda biraz daha duyarsız kalabilirim sadece. Başkaları için olumsuz olabilir. Ben ise nötr kalabilirim (K5). Tatmin üzerinde merhamet yorgunluğumun bir etkisi olacağına çok düşünmek istemiyorum. Şöyle bu merhamet konusu mesleki olarak da hani primerde olması gereken bir durum, vicdan olması gereken bir durum diyorum ya. Ya bunu şöyle bir anneyle hani karşılaştıralım. Annenin evladına verdiği, gösterdiği şefkat, merhamet, karşılık beklemeden yaptığı bir şeydir (K14).

Ne kadar merhamet yorgunluğuna sahip olsam da verdiğim emeğin karşılığını alabiliyorsam bu beni mutlu eder (K4). Kendimden eminsem hani verdiğim bakımdan tedaviden olurum. Kalbiniz varsa evet. Ben bundan tatmin olurum (K1).

hastaya birebir tedaviyi biz yapıyoruz. Evet belki tedaviyi kalemin teslim alıyoruz ama onu uygulayan biz. Biz hastayla en yakın teması yapan biziz. Ve bu konuda takdir görmek istiyoruz açıkçası. Böyle olduğunu düşünüyorum ve görmediğimiz sürece de merhamet yorgunluğumuz artıyor (K6).

Yani bu konularda tükenmişlik yaşar diye düşünüyorum (K12). Aslında çok fazla etkisi olur. Bir kere zaten yaptığı işten doyum almaz, mutlu olmaz, mutlu olmadığı için de hastaya bakarken hata yapma riskini doğurur. Kendini daha fazla yorgun hisseder. Bu sadece iş yaşantısı için değil, arkadaşlarıyla iletişim sıkıntıları yaşayabilir. İş yerinde çatışmalara neden olabilir (K13). Mesleki tatminim de azaltır gibi geliyor. Çünkü yine aynı dediğim gibi bir yük olarak görüyorsun. Ve zaten diğer meslek gruplarından farklı olarak hemşirelerde fazla olduğu için kendi işini yapmakta daha zorlanabiliriz. Yani bir örnek vereyim. Hastaya iğne yapacaksın ama çok acıdığını söylüyor ve sen 0 vicdanen çok rahatsız olduğun için. Stres olabilirsiniz (K17).

Kişisel Yaşam:

Ben bir hastayla fazla bağ kurarım. O hastayı bütün şeyimi veririm. Bütün ilgimi veririm. bütün enerjimi o hasta üzerinde harcarım. Sonra giderim eve çocuğumu harcayacak herhangi bir şeyim kalmaz. Enerjim kalmaz. Bu sefer de çocuğumu ihmal etmiş olurum (K3).

Yani buradan eve gittiğimiz zaman bile o hani bir o huzursuzu bir panik atak falan bence devam eder özel yaşantımızda da. Çünkü burada hani bırakıp gidiyoruz diyoruz ama düşünmüyoruz diyoruz ama o bizim bir yerlerimizde kalıyor. Diye ederim. Ne kadar böyle hani huzurluca oturuyorum falan desek de bence çok huzurlu oturamıyorum. Ben öyle düşünüyorum açıkçası (K1).

Bana göre bir insan eğer işini severek yapıyorsa sosyal hayatında da mutlu olur. Eğer insan işini sevmiyorsa, sevmemeye başladıysa bu sosyal hayatını, aile yaşantısına da yansır. Bu konuda merhamet yorgunluğu, insanın işini, işinden soğumasına işini severek değil, zorunlu yapmasına sebep olur. Benim düşüncem bu yönde (K4).

ben kendi açımdan düşündüğümde eğer nöbet çıkışlarında özellikle ya da iş çıkışlarında özellikle mesai sürecinde yaşadığım olumsuzluklar sosyal ortama da yansıyor. Eğer o gün kötü geçmişse, gün içindeki eşim olsun, dostlarım olsun, onlara karşı oluşan tavrım keyfim, her şeyim değişiyor (K4).

Bir zaman sonra yoğun bakımda uzun süre çalıştığınızda psikolojikmen bunaltıya girebiliyorsunuz. Mutlaka bir tedavi gerektiriyor bu. Yani dedim ya insan psikolojikmen bir rahatsızlığa kapıldığında bütün hayatın etkileniyor. Alt üst oluyor her şey. Eski düzenin olmuyor. Ya ben kendimden örnek vereyim mesela. Daha önceden ben ilk işe başladığım zamanlarda sürekli eve gittiğimde bulaşık bırakmayan, işte evimi düzenleyen, sürekli süpüren, silen bir insandım. Ama zaman geçtikçe yorgunluğa kapıldıkça evimin mesela haftada bir sürmeye başladım. Bulaşıklarımı ben hayatta bırakamam titiz bir insanım. Ama bulaşıklarımı bırakmaya

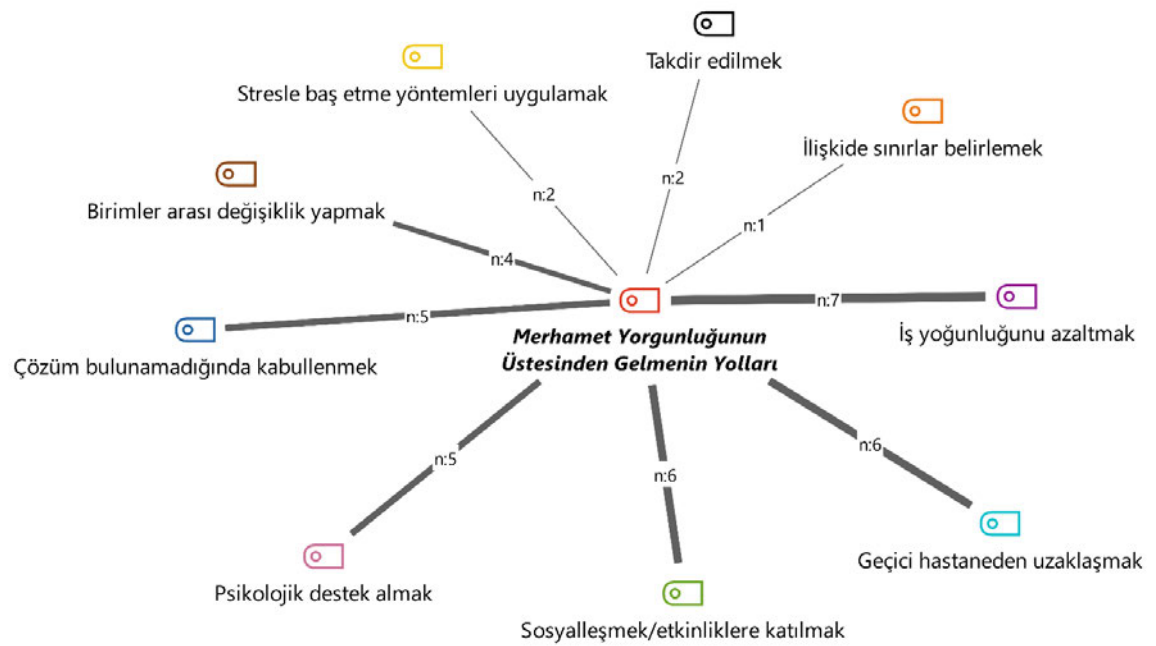
başladım. Bıraktıkça da onları yıkamayasım geldi mesela (K10). Atıyorum kendi öz bakımınız, giyiminiz, kuşamınız, sosyal aktiviteniz etkiliyor. Merhamet yorgunluğu, depresif hallere de soktuğu oluyor. Yani öyle olunca da bakımını yapmadığın da oluyor. Yani zaten özel hayatımızı çok etkiliyor çalışma şartlarımız. Hani bu sizin de bildiğiniz bir şey zaten şekilde yani. Çok etkiliyor (K11). Şöyle hemşire evlidir. Ailesine yansır. Eşine, çoluk çocuğuna yansır. Ortamdaki durumuna yansır. Agresif bir şekilde davranabilir (K12).

Yani şimdi şöyle mesela nöbetlerden çıkınca bir yorgunluk var. Hani çocuğumuz bir dışarıya çıkmak istiyor. Bir parka gitmek istiyor ama yorgun olduğumuz için çocuğa vakit ayıramıyoruz. Hani bu direkt etki ediyor (K15). Mesela aynı yoğun bakımda kaldığım sürece tahammül seviyemin azaldığını düşünüyorum. Bu da sosyal hayatımda ya da aile hayatında falan hani en ufak bir şey söylediklerinde ya da ben söylediğimde karşımdaki anlamayınca ikinci kez böyle aynı şeyi tekrarlamak istemiyorum mesela. Bir kere söyledim ve karşı taraf direkt bunu anlasın istiyorum. Bu gibi dışarı çevremde, sosyal hayatımda bu gibi etkileri oldu bende (K18).

Beni etkilemiyor. Ben burada hani profesyonel işimizi yapıp gitme taraftarıyım. Tabi ki hastaya merhametle yaklaşıyoruz ama hani o çizgiyi ayırt ediyorum. (K16).

TEMA-6: Merhamet Yorgunluğunun Üstesinden Gelme Yolları

Hemşirelerin merhamet yorgunluğunun üstesinden nasıl geldiklerinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.7' de yer almaktadır.



Şekil 4.7. Merhamet yorgunluğunun üstesinden gelme yolları

Görüşmenin 6. sorusunda katılımcılara merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşirenin bu durumla başa çıkabilmesi için neler yapabileceğinden bahsetmeleri istenmiştir. En çok ön plana çıkan cevaplara baktığımızda katılımcıların çoğunluğu iş yoğunluğunun azaltılması önerisini vermiştir. Daha sonra yoğunluk bakımından sırayla hastaneden geçici olarak uzaklaşmak, sosyalleşmek, psikolojik destek almak ve en son çözüm bulunamadığında durumu kabullenmek en sık tercih edilen yöntemler olarak ifade edilmiştir. Ek olarak takdir edilmek, stresle başa çıkma yöntemlerini uygulamak ve hastalarla ilişki sınırını belirlemek bir diğer yöntemler olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde Najjar ve ark. (2009) merhamet yorgunluğuyla karşılaşan bireyler için kişisel, mesleki ve kurumsal düzeyde stratejiler önermişlerdir [56]. Maytum'un (2004) araştırmaları, bireylerde merhamet yorgunluğu durumunun ortaya çıkmasıyla başa çıkma mekanizmalarının önemine vurgu yapmaktadır. Merhamet yorgunluğu ile başa çıkabilmek için yapılabilecek en önemli stratejilerin başında daha çok eğitim gelmektedir [168]. Weidlich ve Ugarriza (2015), bakım sağlayıcı destek programı eğitimleri sayesinde öz farkındalık ve enerji yönetiminin arttığını, ayrıca merhamet yorgunluğuyla başa çıkma yöntemlerinin geliştiğini ifade etmektedir [169]. Literatür incelendiğinde genelde merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejileri olarak daha çok merhamet yorgunluğu ile alakalı verilen eğitimlerden bahsedilmektedir. Çalışmada ise katılımcılar daha çok düzenli bir çalışma programı oluşturmak, fazla mesaiyi azaltmak veya iş yükünü daha etkili bir şekilde yönetmek gibi faktörlerin üzerinde durmuşlardır. Katılımcıların öncelikli olarak iş koşullarını düzeltme ve kendi duygusal sağlıklarına daha fazla odaklanma eğiliminde oldukları göze çarpmaktadır. Örneğin kısa bir mola, izin almak veya değişik bir çevrede zaman geçirmek , arkadaşlarla vakit geçirmek, sosyal etkinliklere katılmak ve meslektaşlarla iletişim kurmak, merhamet yorgunluğu ile baş edebilme açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Profesyonel danışmanlık, terapi veya destek gruplarına katılım, literatürdeki eğitim faktörünün yanında merhamet yorgunluğu ile baş etme stratejileri konusunda önemli bir destek sağlayabilir. Katılımcıların merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmenin yollarına ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Yaşadıklarımı sindirebilmesi önemli. Sosyal medyada gördükleriniz, haberler. Hepsi bence bunların bir merhamet yorgunluğu diye düşünüyorum. O yüzden de bunları hani sindirebilmek önemli olan. Bunu alışkanlık haline getirebilmek önemli olan diye düşünüyorum (K1). Baş etmenin en etkili yolu bence çözebileceğin sorunlar varsa çözmek, çözemiyorsan çok fazla düşünerek, yorumlayarak canını sıkmamak gerekiyor. Biraz bazı şeyleri kabul etmek olduğu gibi o duruma hani uyum sağlamaya çalışmak tabii ki bu işini olumsuzlaştırmak olarak demiyorum

düzeltemediğin çözemediğin problemleri çok fazla üzerine gitmemek gerektiğini düşünüyorum (K14).

Şöyle ki şimdi bu durumda bir nevi stresli baş etme hani yöntemleri devreye giriyor. Şimdi herkesin mesela stresle baş etme yöntemi farklıdır. Kimi su içer. Kimisi farklı farklı yerlere gider. Kimisi de çok sevdiği bir hobi gerçekleşerek hani bunu ekarte ediyor. Şahsen ben bunu hissettiğim zaman veya kendimi mutsuz eksik ve kendi işimde yetersiz olduğumu hissettiğim zaman genelde ben tek başıma bir yerlere gidip bir etkinlikte bulunuyorum genellikle ve kendimi orada hani o sessizlikte en çok sevdiğim şey orada oturup bir şeyler içmek. Bunu gerçekleştirerek kendimi deşarj ediyorum. Deşarj ediyoruz o zaman (K2).

Kendini dizginlemeyi öğrenmeli öncelikle. Yani sınırlarını korumalı. Öncelikle her hastaya hasta düzeyinde davranmalı. Sınırları bilmeli. Yani hastaysa hasta işte çocuksa çocuk. Yani sınırlarını bilmeli diye düşünüyorum ya da ne bileyim psikiyatristle, psikologla görüşüp psikolojik destek alabilir. Eğer kendisi başa çıkamıyorsa tabii ki (K3).

Bence baş etme yöntemi olarak biraz ara verilebilir. Bir tatil. Kısa bir süre de olsa. Hani bizim mesleğimiz için beş gün bile inanın çok fark eden bir gün. Hani kimine göre beş yetersiz ama bizim için bir yenilenme, bir beş gün ortamdaki uzaklaşma iyi gelen bir şey. Psikolojik destek alabiliriz. Tabii ki her bireyin alabileceği gibi. Bence Türkiye şartlarında yaşayan her bireyde almalı (K7). İzne ayrılmak isterim tabii ki. Yani eğer çok yorulmuşsam ve merhamet olarak da çok yorulmuşsam izin almak isterim. Birazcık hastaneden uzaklaşmak. Hastalardan uzaklaşmak. Tedaviden, bunlardan uzaklaşmak ve birazcık dinlenmek isterim. Hem zihin olarak hem de vücut olarak yorgunluğumu atmam isterim (K6).

Benim baş etme stratejim sık yıllık izin almak. Yıllık izin aldığım zaman motivasyonum yüksek bir şekilde geliyorum. Max iki aya bir mesela beş günlük yıllık izin iyi geliyor. Ondan sonra ay içerisinde boşluk yapabilirsem. Yani demek istediğim şey çok yoğun çalıştığım zaman yorgunluğum artıyor. Olabildiğince esnetmeye çalışıyorum bu sistemi. Mesaimi azaltmaya çalışıyorum. Parası batsın. O moddayım yani (K8).

Yani boş günlerini değerlendirebilir anca. Çünkü hastanede gerçekten baş etme daha zor oluyor. Ancak of günlerinde arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirebilir. Eğer destek alması gerekiyorsa bir psikiyatri biriminden destek alabilir bence. Özellikle psikologlarla. Destek düşünebilir. Belki bununla ilgili böyle yazılmış kaynaklar var. Kitaplar var kendi başına da birkaç kitap falan okursa iyi gelebilir. Bir de böyle birkaç terapiler falan var. Resim terapisi, nefes terapisi, yoga, bu tarz şeyler var (K9).

Dediğim gibi ara vermek önemli. Yani bir yoğun bakımda ısrarla uzun süreli bir hemşirenin çalışmaması gerektiğini düşünüyorum. Yani seviyor olabiliriz. Ben de çok seviyordum ve sevmeme rağmen yönetim beni uzaklaştırdığı için bir yer değişikliği oldu. Hani yoğun bakımlar arasında değişim bile işe yarıyor. Farklı bölüm farklı bir şey ben de bunu soruyorum. Sürekli aynı yerde olmak gerçekten. Aynı yerde ve aynı bölümün hastaları olmamalı. Bir değişim olmalı.

İnsan kendini yeniliyor. Farklı çalışıyorsun. Bu da senin biraz daha yorup zorluyor. İnsanın düşünce tarzını da değiştiriyor. Hep aynı yerde monotonluk oluyor. Monotonluktan uzaklaşmak gerekiyor. Hemşirelik monotonluğu çok kabul eden bir şey değil aslında. Bu bir zaman sonra bunalıma sokuyor insanı. Ve hep aynı şeyler, aynı yer, aynı insanlar, aynı ortam. İşi yapmasam da olura getiriyor. O yüzden bir değişim şart. Hatta insanların farklı insanların seni denetliyor olması bile önemli. O bile seni bir motive ediyor. Bir çalışman için bir şey oluyor. Ortamın oluyor yani. Hani böyle düşünüyorum (K10).

şimdi şöyle mobing dedik. Tükenmişlik sendromunda daha çok işte personel yokluğundan, mesailerin fazla olmasından yani benim görüşüm bu çalışan insanları, hemşireleri, personeli, sağlık personeliyle. Yani sendromdan çıkması için ya idare tarafından bir ödül olabilir. Teşekkür olabilir. Yani bir takdir olabilir. Bu durumlarda en küçük de olsa katkı sağlayacağını düşünüyorum (K12)

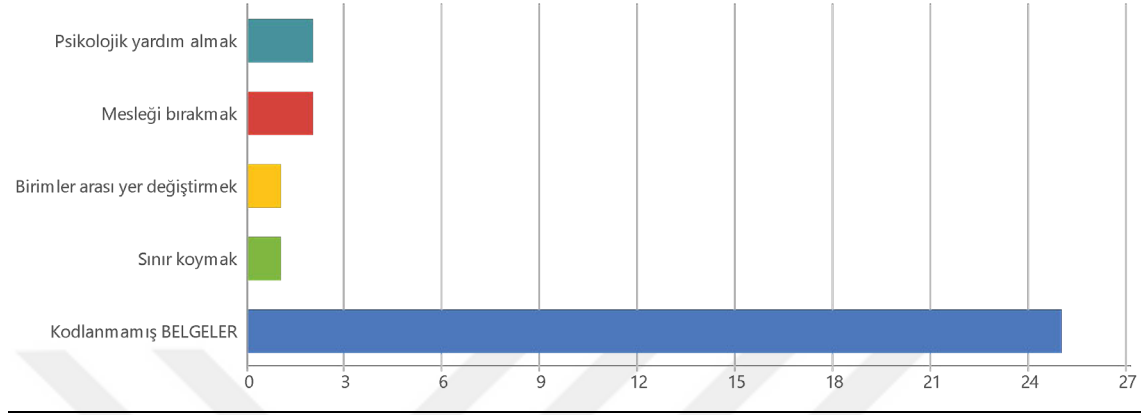
Bence ilk başta şeyden kaynaklanıyor. Yirmi dört saat nöbet usulünü kaldırmamız gerekiyor. En önemli sıkıntı orada. Yani on iki saat çalışmak bile çok fazla kendine vakit ayırmana, dinlenmene ve iş yerinde kalma süreni azalttığı için yorgunluk da azalıyor. Yani bir on iki saat çıkıp eve gitmek var. Bir de yirmi dört saat nöbet sonrası eve gitmek var. Bunlar çok önemli şeyler. Ya da sekiz, on altı, on altı, sıfır sekiz çiftlerinde bile yani daha verimli ve daha dinlenmiş ayırmış oluyor. Biz hemşirelerde en büyük problemlerden bir tanesi bence sosyal aktivitelerimiz yok. Bunu da hep yorgunluğa ve hani şeye bağlıyoruz. Aslında öncelikle nöbet sayılarımızın ve mesai saatlerimizin azalmasıyla beraber insanların hobiler edinmeye teşvik biraz birleşmemiz falan da yok. Bu konuda da çok problem yaşıyoruz (K13).

Yani en basit terapi alabilir diye düşünüyorum. Çünkü insan kendini çok sorgulamaya başlıyor. Hani ekip kendim ve ekip arkadaşlarım, çalıştığım ortam da böyle olduğu için herkes kendini sorguladığı oluyor. Yani bazen oturup konuştuğumuzda bile diyoruz yani terapi mi alsak? Yani hani işin içinden çıkamadığımız çok durum oluyor kısacası. O yüzden ben terapiye alınması taraftarıyım (K20).

Yani işine daha profesyonel yapmaya çalışıyorsa bence merhamet yorgunluğunu bir tık daha azaltabilir diye düşünüyorum. Ama merhamet yorgunluğuna herkes bence bütün hemşirelerin yakalanabileceğini düşünüyorum. Çünkü yani belli bir biyolojik mesela yaşlandığımız zaman olacaklar bellidir yani. Hastalıklarımız, şeylerimiz artar ve bunu olağan görebilir ama maruz kaldığımız genç hastalarımız da oluyor bizim servisinde. O yüzden kayıf alacak aktiviteler yapmalı sağlığını iyileştirici hobiler edilmeli (K23).

Yani çalışma süreleri özellikle kısaltılabilir. Hastane içi aktiviteler arttırılabilir. Yani daha çok bunu yönetici takımın gelip de arkadaşlar nasılsınız demesi. Ondan sonra Başhemşire'nin gelip bizi şey yapması, motive etmesi, yaptığınız şeylerine teşekkür ederiz demesi arkadaşlarımız olsun, sorumlu hemşirelerimiz olsun, vet çok güzel bir bakım yapıyorsunuz demesi. Biz pozitif yönde etkiliyor. Bunun dışında yıllık izinler. Biraz daha bence diğer memurlardan yirmi gün oluyor ama

bizim belki otuz gün olabilir. Kırk gün arttırılabilir. Psikolojik destek sağlanabilir. Ya Osmanlı'da bile kasaplara bir ay, iki ay kafa izni veriyorlarmış. Ama biz hemşireyiz ama böyle bir durumumuz olmuyor. Yani tekrardan yönetmeliğinin değişmesi gerekiyor, sağlık camiasında. Problemin temelini yatan şey bu (K24).



Şekil 4.8. Merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmenin en iyi yolu

Şekil 4.8’de merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmenin en iyi yoluna ilişkin bulgular gösterilmektedir. 30 belge içerisinde bu soruya yönelik 25 belge kodlanmamış, sadece 5 belge kodlanmıştır. Katılımcılar çoğunlukla en iyi çözüm sorusuna yanıt vermemişlerdir. Yanıt verenler içerisinde en iyi çözümün psikolojik yardım almak, mesleği bırakmak, yer değiştirmek ve hastalara sınır koymak olarak ifade etmişlerdir. Katılımcıların merhamet yorgunluğunun üstesinden gelmenin en iyi yoluna ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Merhamet yorgunluğu bence maddi olarak ölçülmez evet. Ne kadar çok para kazansan da merhamet yorgunluğu size geçer diye düşünüyorum. Bence hem psikolojik yardım almak, Bir de ben hani inanç da olarak hani dua ederek bence bunun üstesinden geliriz diye düşünüyorum ama gene de psikolojik yardım almak en iyisi (K1).

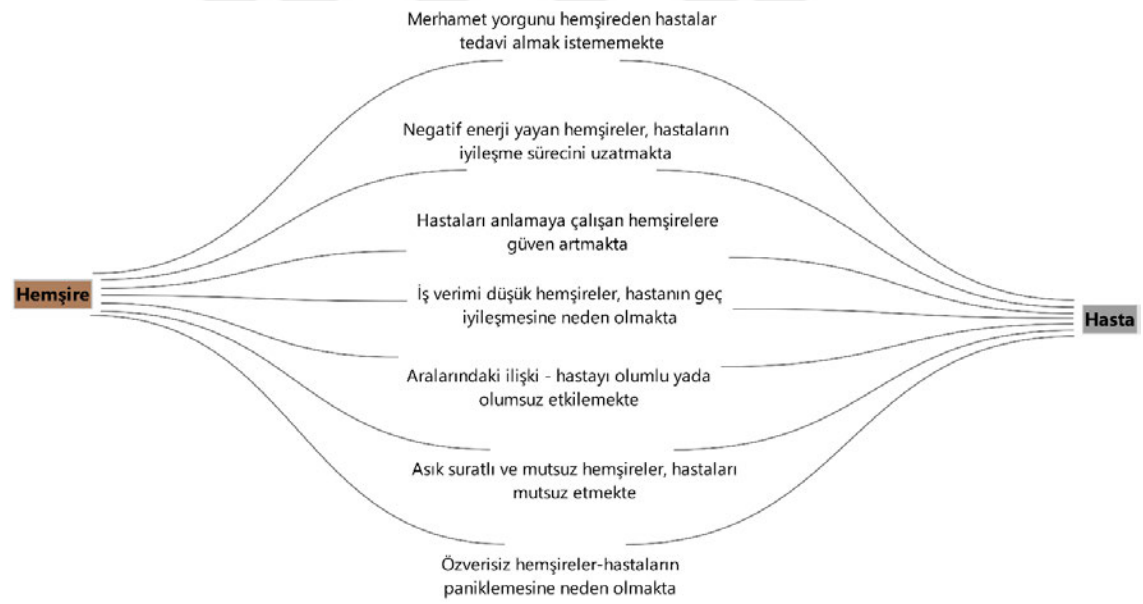
Hastalara karşı tavrımızla olan sınırı korumak. Yani resmiyeti. Aynen, korumak karşımızdakinin hasta olduğunu unutmamak. Yani o hasta ben hemşireyim. Aynen öyle yani (K3). Meslekten çıkmak. Direkt bu meslekten çıkmak yani (K15) Mesleği bıraksın direk. Bence tek çözüm yolu bu (K27).

Şöyle aslında baş etmek için insanlar çok bunalmadan yerlerini mutlaka rutin olarak değiştirmek lazım, yoğun bakımı sevebilir kişi farklı yoğun bakımlarda çalışabilir. Bir dönüşüm olmalı. Yani yoğun bakımda kendi arasında belki bir dönüşüm olmalı. Bir de hep aynı insanlarla görüşmemekte fayda var. İş yerini iş yerinde bırakmakta fayda var. Özel arkadaşlarımızla sosyal

hayatımızla haşır neşirde olmalıyız diye düşünüyorum. Mutlaka sosyal hayatımız olmalı. Kafamızı dağıtabilmeliyiz. Tatilimizi mutlaka yapmalıyız. Tatil çok önemli. Ailenizle zaman geçirmeliyiz. Farklı arkadaşlarımızla zaman geçirmeliyiz. Ya bizi motive edecek şeylere biraz daha zaman ayırmak lazım. Kişisel gelişim için de kitap okumak olabilir, müzik dinlemek olabilir. Spora gitmek olabilir. Ki ben mesela spora gidiyorum şu an. Beni çok güzel motive ediyor. İkinci üniversiteyi okudum mesela. Bu arada felsefe okudum (K10).

TEMA-7: Merhamet Yorgunluğunun Hemşire-Hasta Etkileşimine Etkileri

Yedinci soruda hemşirelere merhamet yorgunluğunun hemşire ve hasta etkileşiminde ne tür etkilere sebep olacağı sorulmuştur. Ek olarak bu soruya kendilerini bir hasta gibi düşünerek onların yerine kendilerini koyarak cevap vermeleri ve bir de hemşire tarafından düşünerek cevap vermeleri istenmiştir. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.9’ da yer almaktadır.



Şekil 4.9. Merhamet yorgunluğunun hemşire-hasta etkileşimine etkileri

Katılımcıların cevapları incelendiğinde merhamet yorgunluğunu yaşayan hemşirelerin iş veriminin düştüğü ve bu durumdan dolayı hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkilediği, asık suratlı ve mutsuz hemşirelerin aynı zamanda tedavi gören hastaları da mutsuz ettiği görüşlerine varılmıştır. Ek olarak kendilerini hasta yerine koyan katılımcılar hastaların merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerden tedavi ve bakım almak istemeyeceklerini söylemişlerdir. Negatif enerji veren ve öz verisiz çalışan hemşireler hastaları psikolojik

olarak da negatif etkilemekle birlikte hastaları anlamaya çalışan hemşirelere karşı hastaların güven düzeyi artacağı görüşlerine varılmıştır. Uslu ve Korkmaz (2017) çalışmanın sonuçlarına göre merhamet yorgunluğunun sonucunda hemşirede hastaya karşı bir duyarsızlaşma oluşur. Bu duyarsızlaşma ile birlikte merhamet yorgunluğu, hasta memnuniyetinin ve bakımın kalitesinde düşmeye, hasta-hemşire etkileşiminin bozulmasına, alınan izin sayılarında artmalara ve verilen bilgilerin yanlış bir şekilde yorumlanmasına yol açar [45]. Hemşireler, travma geçiren hastalara bakım verirken, kendi ihtiyaçlarını ihmal ederek tüm enerjilerini hastalara odaklayabilirler. Bu durum, hemşirelerin merhamet enerjisini tüketmelerine ve kendi onarım süreçlerini aşmalarına neden olabilir [55]. Bu bakımdan katılım sağlayan hemşirelerin görüşleriyle literatürle paralellik göstermektedir.

Katılımcıların merhamet yorgunluğunun hemşire ve hasta etkileşimine etkileri konusundaki görüşleri şu şekildedir;

Hasta bence şey hani senin onu anladığını görürse sana güven duyar. Bence hani sana da güven duyduğu için kendini teslim eder yani her şeyiyle. Evet doğru biliyorsunuz. Şey hemşire açısından da benim açımdan da ona empati kurarak yaklaşırsa sağlıklı bir ilişki de kurulur. İki kişi arasında, hasta, hemşire arasında (K1). Öncelikle hemşire tarafından mesela değerlendireyim. Yorgunluk öncelikle iş verimini düşürüyor. Hasta açısından ise hasta negatif yönde etkileniyor. Evet istediği hizmeti alamıyor. İsteddiği hizmeti alamadığı için de beden imgesini oluşturamıyor ve sağlığına geç kavuşuyor ya da kavuşmuyor (K2).

Hastanın bana karşı olan tavırları bu konuda beni çok fazla etkiliyor. Bir hastayla olumlu ilişki kuruyorsam ona yapacağım tedavi, bakım, her türlü yaklaşım pozitif yönde oluyor. Ama eğer hasta birine zıt gidiyorsa saygısız bir çerçevede konuşuyorsa verdiğim tedaviye karşı geliyorsa o zaman merhamet yorgunluğum devreye giriyor ve hastaya olan bakış açım son derece negatif oluyor (K4).

Merhamet yorgunluğu yaşayan hemşire aslında toplumumuzun şu dillendirdiği sürekli surata asık hemşire. Bence tam olarak budur. Ve hasta için de tabii ki de kötü olduğunu düşünüyorum. Çünkü suratı asık ve mutsuz olması aşırı kötü bir durumdur. Yorgunluğumuz yüzümüze vurduğunda biz birebir iletişimde olduğumuz için bizimki çok belli oluyor ve insanlar tarafından suratı asık, mutsuz. Evet. Bu şekilde dilleniyoruz (K6).

İnsanın enerjisi, psikolojisi size yansır. E tabii hastasınız zaten. Hasta psikolojisindediniz. Karşınızdaki insan olumsuzsa size karşı yani size olmasa bile olumsuz bir enerjisi, bir tavı varsa kişisel olmasa bile bunu hissedip siz iyileşme sürecinizi geriletebilir bu durum (K7).

Ben bir örnekle anlatayım size. Bilinçli hastalar merhamet yorgunluğu yaşayan hemşireyle yaşamayan hemşirenin hastaya yaklaşımını gördüklerinde o hemşirenin kendine bakmasını

istemiyorlar. Merhamet yorgunluğu olan hemşireden kaçmak istiyor hasta. Diğer hemşireden sürekli bir talebi oluyor bu hemşireler için sıkıntılı. Şöyle sürekli sen bana bak diye yalvaran hastayla karşılaşmıştım. Hemşirelik sadece tedavi yapmaktan ibaret değil. Güler yüz, anlayış, bunu da insan istiyor (K10).

Yani şöyle düşünüyorum. Ben hasta olsam ve merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşire tarafından bakım verilse bana. Bu benim öncelikle kesinlikle psikolojik durumumu çok olumsuz yönde etkiler. Ve ayrıca iyileşme sürecimi de etkiler. Yani yoğun bakımda çalışan bir hemşire olarak söylüyorum. Burada uzun süreden uzun süre yatan hastalar mevcut. Uzun süre boyunca bu merhamet yoksunluğu yaşayan bir hemşire tarafından bakılmak beni gerçekten her açıdan yıpratır. Yani biz burada zaten sadece hani fiziksel bir bakım vermiyoruz psikolojik olarak da destekliyoruz hastayı. Ve psikolojinin birçok alanda fiziksel iyileşmeyi etkilediğini bildiğimizden dolayı olumsuz etki yaşayacağını düşünüyorum (K20).

Ya ben daha önceden beş defa ameliyat oldum. Daha önceden ameliyatlarımda benle ilgilenen hemşireler böyle çok aşırı mutsuz ve agresif davranıyorlardı. Yani ağrım var dediğim zaman mesela çok ipelemiyorlar gibiydi. Sonra hani bağırp çağırınca artık en sonunda gelip bir şeyler yapmıyorum ben kendim hasta olduğum için yani uzun süre böyle üç beş defa ameliyat olduğum için biliyorum. Hemşirelerin tavırlarını. Ama hepsi tabii bu şekilde değildi. Özellikle bu yeni başlayanlar hemşireliği daha yeni gelmiş olan insanlar onlar daha işte taze olduğu için, daha yorulmadıkları için onlar daha çok ilgiyle alakalıydılar. Ama biraz daha böyle kırk beş elli yaşlarında doğru olan hemşireler onlar biraz daha artık yorgun düştükleri için herhalde. Onlar biraz daha böyle katı davranıyorlardı (K24).

Hemşire çok o hastayla ilgilenmek istemez. İşe geç kalır. Önemsemez. Hastaya bişe olur çok takmaz havada kalır verdiği bakım ve tedavi. E hasta da böyle birinden hizmet almak istemez hasta içinde kötü olur (K26). Hemşire verimli çalışamaz. İstekli olamaz. Kafası hep dolu olur. Önemsemeyen biri haline gelir. Bunun sonucunda hem kendisi için hem de hasta için sonucu kötü olan durumlar meydana gelir. Öyle bir insanın bana bakmasını istemem. Böyle bana sıcak ve sevecen bir hemşire olsun isterim. Belki de isteksiz davranması benim iyileşme sürecimi bile geciktirebilir (K27).

TEMA-8: Merhamet Yorgunluğu Nedeniyle Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşiminde Yaşanan Zor Durumlar Ve Benimsenen Yaklaşımlar

Katılımcılara sekizinci soruda şahsi olarak merhamet yorgunluğu nedeniyle bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde zorlandıkları bir durum yaşadılar mı eğer yaşadılarsa bu durum karşısında nasıl bir yaklaşım belirlediniz diye sorulmuştur. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.10' da yer almaktadır.



Şekil 4.10. Merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine etkileri

Bu kapsamda, merhamet yorgunluğunu yaşayan hemşireler hasta ile fazla bağ kurması sonucu ölüm durumunda kendini suçlu hissetmekte, yoğun çalışma nedeniyle bazen hasta bakımı artık önemsenmemekte, hasta bakımının zorlaştığı durumlarda öfke patlaması yaşanmakta, hastaya faydalı olunamayacağı düşüncesi sonucu hasta değişimi tercih edilmekte, yoğun bakımda sık sık ölüm olaylarının yaşanması nedeniyle ölümlerin normalleştirilmesi bulgularına ulaşılmıştır. Özellikle hemşireliğin temelinde bakım verme rolünün olması araştırmada yapılan bu görüşmenin ve ortaya çıkan görüşlerin önemini bizlere sunmaktadır. Bu konun üzerinde çok fazla duran Figley (2002) merhamet yorgunluğunu hemşirelerde hastalara verilen bakım hizmetinin bedeli olarak ifade etmiştir [36]. Ek olarak bu bulgular merhamet yorgunluğunu özetler nitelikte olup bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimindeki etkisini bizlere göstermektedir. Çalışmanın nicel bulgular bölümünde de ikisi arasında anlamlı ilişkinin bulunması çalışmanın güçlü yönünü ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Katılımcıların merhamet yorgunluğunun zor durumları ve benimsenen yaklaşımlarına ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Bir gün nöbete gelmiştim. Hastam kanamalı bir hastaydı. Gayet iyiydi. Bilinci açıktı. Yemeğini yiyordu. Kendi iyiydi yani. Servise çıkabilecek düzeydeydi. Sonra hastam birden kötüleşti. Bilinci kapandı. İşte halüsinasyonlar görmeye başlandı ve hastam tekrar kanadı. Bu sefer kendimi sorunlu hissettim. Hastayla o kadar çok bağ kurmuştum ki. Kendimi yanlış ve tedavimi uyguladım. Bir şeymi yaptım. Diye hep kendimi sorguladım mesela. Ya işte bu da benim hastayla fazla bağ kurmamdan kaynaklanıyor (K3).

Hastayla böyle bir etkileşimde daha önce bunu yaşamayan hemşire ya da sağlık çalışanı yoktur.

Yani çünkü her alanın kendine göre bir zorluğu var. Kendine göre strese sebebiyet olacak stresörleri var. Ben de çoğu zaman hani yaşadım. o an daha çok o ortamdan kaçma isteği duyarsın. Uzaklaşma isteği. Çünkü ortamda olduğun zaman daha sağlıklı düşüneneceğini biliyorsun. Ve o raddeye gelmeden hani sağlıklı düşünmeye hani şeyin dışına çıkmadan o alandan uzaklaşma isteği duyuyorsun **(K2)**.Evet ara ara bu tür durumlarla karşılaşıyorum. Çok sık olmamakla birlikte Eğer hastaya yaklaşımlarımın hasta için faydalı olmayacağını kanısına vardığım zaman. Yani merhamet yorgunluğumdan kaynaklı yaptığım hal ve hareketler hastaya yönelik yaptığım aktiviteler eğer hastayı olumlu etkilemiyorsa ilk yapacağım şey hasta değiştirmek oluyor. Kabul ettirebilirim diğerk çalışma arkadaşlarımdan. Onun dışında eğer olumlu bir sonuç alamazsam elimden geldiği kadar hasta bakımını sürdürmeye devam ediyorum **(K4)**.Ya tam olarak yorgunluk demek mi bu bilmiyorum ama ben bundan önce yeni doğan yoğun bakımdaydım. Orada bazen böyle çok kötü bebekler olduğunda biz de çok üzülüyoruz. Bir de aynı bebeğe kronik hastalığı olduğu için özellikle gibi bunlara çok uzun süre bakıyoruz. Üç ay bazen bebekler kalabiliyor bizde. Öyle olduğunda gerçekten yorulduğumuz, çok üzülüğümüz, artık ona bakmak istemediğimiz dahi maalesef bebek olmasına rağmen oluyor. O zaman da nasıl yapıyoruz? Kendimizi bir şekilde toplamaya çalışıyoruz. Bazen mesela ben çok üst üste o bebeğe bakmışımdır. Yanımdaki arkadaşına rica ediyorum. Diyorum ki ya ben çok üst üste baktım. Artık beni kötü etkiliyor. Düzelmiyor hastam, iyileşmiyor. Bugünlük hani değişebilir miyiz? Ben senin hastana baksam, sen benim aslan baksam diye yapabiliyoruz. Evet biraz iyi geliyor, ara vermek **(K9)**.

Bir hastam vardı. Çok ajiteydi. Sabretmem gerekiyordu ama sabredemedim. Bir süre sonra patladım. Sinirimden ve hastaya karşı tavrımın yanlış olduğuna yani yanlış bir şey yapmadım evet ama daha sakin kalabilirdim dedim. Kendi kendime bunları düşünerek muhasebesi yaptım. Sonra bunu düşünerek o an geçip içeri oturup ağladım. Ama yine de yaşanmış oldu yani o an **(K7)**.

Defakasyon almakta çok zorlanıyorum. Gerçekten hastanın diğerk bakım yani bunlar zor gelen şeyler ve ağır olan bakımlar. Bunları yapmak için de ekstra bir sabır gerektiriyor. O sabır kalmayınca zor oluyor yani. Günaşırı nöbetlerde veya yorgun olduğum dönemlerde bunlar daha da ağır geliyor. Elimden geleni yapıyorum. Yaptıktan sonra hemen bir hava almaya çıkıyorum. Başka türlü kafamı toparlayamıyorum **(K8)**.

Yetişkin yoğun bakımlara çalışırken çok yoğun nöbetler tutuyorduk. Yedi gün aşırı falan geriyorduk. Ve çok fazla ex veriyorduk. Artık hani ex verdiği zaman gene hani bir üzüntü olur, bir şey olur. Ama biz böyle şey hani bir hastalığa gittik, bakmak yükümlülüğümüz azaldı diye bir moda giriyorduk. Çünkü inanılmaz yorgunduk. Eve neredeyse uyumaya gidiyorduk gibi bir dönem geçirdik. Hani gerçekten hani eksi olduğuna şey yapıyorduk yani sevinmek diyemem buna ama bir hasta gitti diye düşünüyorduk o gözle bakıyorduk. Yani öyle bir dönem geçirdim.

Sonrasında hani onun vicdanını da yapıyorsun ama gerçekten çok sıkıntılı hiç eşine vakit ayıramıyorsun, evine vakit ayıramıyorsun. Ben şeyin isyanındaydım mesela. Aldığım fazla mesai parası evime verdiğim dışarıdan yemek parasıyla temizlikçi parasına yetmiyor falan modundaydım. Çünkü eve hiç uğramıyordum. Yani eve gidiyordum. Zaten nöbet inanılmaz yorgun geçmiş. Zaten bir gün öncesinde de yorgunsun. Eve gidiyordum, uyuyordum. Akşam eşim gelince uyanıyordum. Yemek yok. Yok yapacak halim de yok. Ertesi gün nöbete gideceğim. Sürekli dışarıdan yemek söyle. Yani hani dönem biraz kötüydü benim için. O dönem çok fazla yaşadım. Sonra onun vicdan muhasebesini çok yaptım ama yani o dönem belki yani onu yapmamız gerekiyordu öyle söyleyeyim (K13).

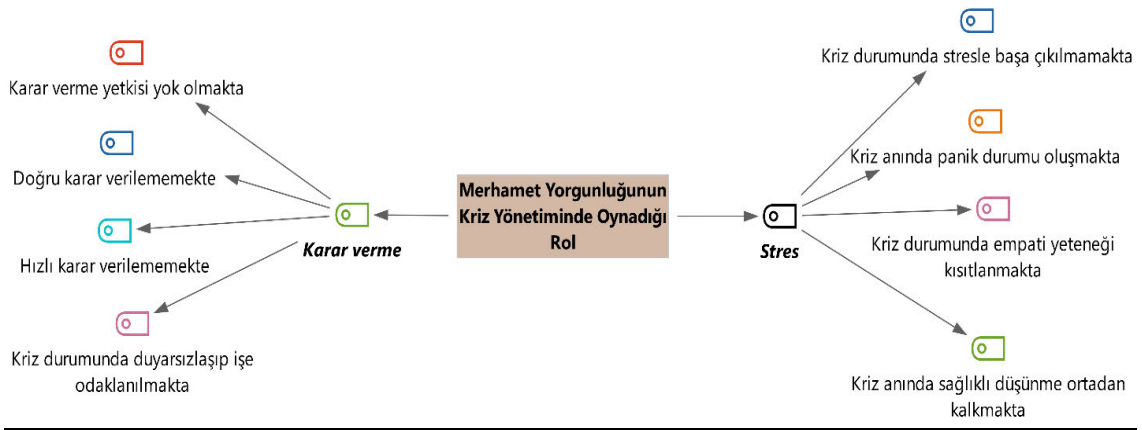
Yani direkt hastanın mesela konuşan bir hastada genelde merhamet yorgunluğum devreye girmiş oluyor. Hani konuşuyorum, konuşuyorum. Nöbetimin son saatlerine doğru artık perdesini kapatıyorum mesela. Hani hasta beni görsün istemiyorum. Hani iletişimimi kesiyorum. (K18) Yani hoş bir çözüm yolu değil. Ama yani hastayla iletişimimi kapatıyorum. O yorgunluğun üzerimdeki vermiş olduğu tepki herhalde (K18).

Evet yaşadım. Özellikle yaş ilerledikçe ve çalışma sürem arttıkça yaşadığım çok anlar oluyor. Belki bölümümle alakalı bilmiyorum. Bazen önemsemediğim boş verdiğim zamanlar oluyor (K25). Çok yoğun geldiği zaman hastalar genelde üstünkörü geçtiğimi hissettiğim dönemler oluyor. Artık ayaklarım ağrıyor, dizim ağrıyor, sırtım ağrıyor. Kafam zaten almaz duruma geliyor bazen nöbetlerde. Çünkü çok hasta çıkıyor, çok hasta geliyor. Sirkülasyon çok yüksek artık yoruluyorum yani. Ve bunun bir karşılığının da olmayacağını düşündüğüm için bazen üstünkörü geçiyorum (K24).

Evet sürekli yaşıyorum. Özellikle onkoloji hastaları genellikle önemli zorluklarla karşılaştıkları için onlara karşı bence biraz daha hassas olmak gerek. Özellikle çok sık nöbetlere geldiğimde, Nöbetler yorucu geçtiğinde ve akşam 8 den sonra algım azalıyor tahammül seviyem düşüyor. Fayda sağlamak konusunda kötü oluyr bu. Empati hissimde azalıyor. Hatta bazen ağlamaklı nöbetler geçirdiğim bile oldu (K29).

TEMA-9: Merhamet Yorgunluğunun Hemşirelerde Kriz Yönetiminde Oynadığı Rol

Dokuzuncu soruda katılımcılara merhamet yorgunluğunun hemşirelerde kriz yönetiminde nasıl bir rol oynadığı sorulmuştur. Daha sonra bu soru iki adet sonda sorularla (1: Kriz anında karar verme yeteneğini nasıl etkiler, 2: Kriz anında stresle başa çıkabilmeyi nasıl etkiler) çeşitlendirilmiştir. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.11' de yer almaktadır.



Şekil 4.11. Merhamet yorgunluğunun kriz yönetiminde oynadığı rol

Verilen cevaplar incelendiğinde karar verme sürecinde kriz durumunda karar alma yetkisi yok olmakta, doğru karar verilememekte ve hızlı karar alınamadığı cevapları görülmüştür. Ek olarak bazı katılımcılar kriz durumunda duyarsızlaşıp, sadece işine odaklandıklarını ifade etmişlerdir. Kriz anında stresle başa çıkmada ise kriz durumunda stres ile başa çıkılmamakta, panik durumu oluşmakta, empati yeteneği kısıtlanmakta ve sağlıklı düşünme ortadan kalmakta cevapları görülmüştür. Alan (2018) çalışmasında merhamet yorgunluğunun karar vermede yetersizliğe ve zorluk yaşamaya, duygusal açıdan duyarsızlaşmaya sebep olduğu belirtmektedir [132]. Ayrıca merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerde mesleki problemler ortaya çıkmakta, merhamet duygusunda ve empati yeteneğinde bozulma olduğu görülmektedir [170]. Katılan hemşirelerin bu görüşleri literatürle paralellik göstermektedir. Ek olarak araştırmanın nicel bulgularında da aynı şekilde merhamet yorgunluğunun kriz yönetimi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmektedir. Katılımcıların bu görüşleri de araştırmanın nicel boyutunu destekler nitelikte olup merhamet yorgunluğu varlığının hemşirelerde kriz yönetiminde oynadığı rolün etkisini karşımıza çıkarmaktadır. Katılımcıların merhamet yorgunluğunun kriz yönetiminde oynadığı role ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Kriz yönetmek, hızlı karar vermeyi doğru karar vermeyi ve zamanında karar vermeyi gerektiren bir durumdur. Merhamet yorgunluğu ise kişide bu kavramların oluşmasında birebir etkili bir kavram. Eğer motive çalışkan bir hemşireyseniz, bir personelsiniz merhamet yorgunluğunuz yoksa kriz yönetimini çok da iyi yönetebilirsiniz. Çok daha hızlı karar verip, çok daha doğru kararlar alabilirsiniz. Eğer merhamet yorgunluğunuz varsa birçok şeyi gözden kaçırabilirsiniz. Geç tepki de verebilirsiniz. Bu da kriz yönetimini olumsuz etkiler (K4).

Olumsuz olarak etkiler. Hızlı karar veremeyebilirim. Bazı kişiler soğukkanlı olabiliyor ama ben olamıyorum. Dedim ya hala bir çözüm bulamadım diye. Bunlar o merhamet yorgunluğumun,

tükenmişliğimin sebebi diye düşünüyorum (K27).

Şöyle merhamet yorgunluğu yaşıyorsak zaten psikolojik bir bunaltı içindeyiz. Bunaltı içerisinde insan doğru karar veremiyor. Krizi yönetme gibi bir durumu olabileceğini zannetmiyorum. Olamıyor çünkü, kendini bile kollayamıyor arkadaşlarım. Sırf hastaları için değil kendilerini de kollayamıyorlar. O yüzden hiçbir türlü karar verme yetkileri yok. Yönlendirildiğinde bile yönlendirmeye de çok fazla gidemeyebiliyorlar. O yüzden aslında müthiş bir etkisi var. Olumsuz etkisi var diyebilirim (K10). Ben öyle bir durumda ağladığımı biliyorum. Ağlamışlığım var. Başa çıkamıyorsunuz. Yapacağınız hiçbir şey yok diye düşünüyorum (K18).

Kriz hastayı ilgilendiren bir krize hastanın sağ kalımına etkisi olacaksa kesinlikle krize karşı duyarsız olurum, işimi yaparım (K14). Kriz anında merhamet yorgunluğunu tamamen bir kenara koyup mevcut sıkıntıyı çözmek gerekiyor. Bu da hani merhamet yorgunluğunun buna bir etkisinin olduğunu düşünmüyorum açıkçası (K21). Bu iş profesyonel bir iş olduğu için o aşamada bunu görmüyorsun. Bundan vazgeçiyorsun yani. Bu hasta bana böyle davranıyordu ziyade o anda o yapman gereken bir görev var. O anda yapman gereken bir müdahale var. Bunu yapmak zorunda bir kendini bildiğin için bunu zaten aynı profesyonelce karşısındaki sana kötü de davransa yani biz şöyleyiz yani bize kötü davransa da senin elinle merhamete muhtaç olduğunu bildiğin insana maalesef öyle bir çizgi atamazsın (K16).

Bu konu tamamen tecrübe ve doğuştan gelen soğukkanlılıkla alakalı olduğunu düşünüyorum. Mesela merhamet yorgunluğu varlığında kriz anında ne yaptığımı, ne yapacağımı bilmediğim zamanlar da oldu. Serviste çalıştığım zamanlarda kriz anlarım oldu. Yakın arkadaşlardan yardım bekledim ve o yardım bana geldiğinde çok mutlu oldum ve hani bunu bir an önce öğrenip daha profesyonel olmam gerektiğine karar verdim ve o gün biraz daha yoğun bakım isteme amacım oldu benim yani açıkçası o şekilde bir etkisi oldu (K5).

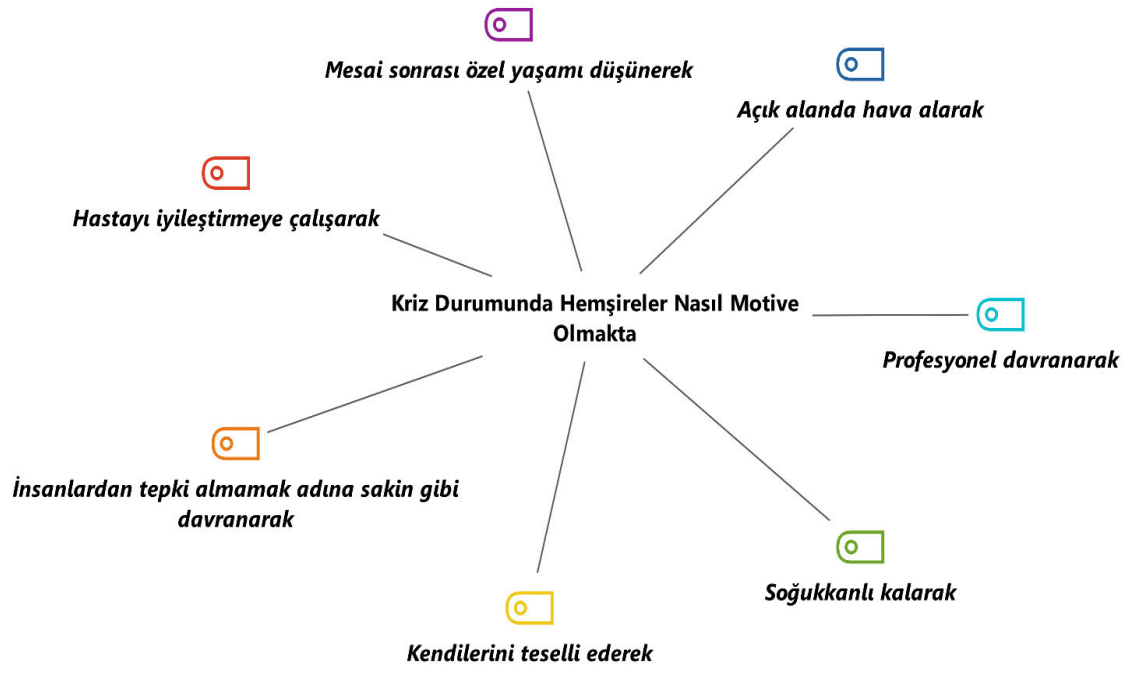
Yani daha önce yaşadığım bir şeyi anlatacağım. Yoğun bakımda çalışıyordum ve bir ekimiz vardı. Hasta yakınları aşırı ajiteydi. Yani hasta kötüyken de ajiteydiler. Hastanın böyle olacağını biliyordular. Biz içeride hastayı toplamaya uğraşırken sonra birden böyle yoğun bakım kapısı açıldı ve hasta yakınıyla göz göze geldim. Normalde kapılarımız sensörlüydü. Kartlı giriş vardı. Ama hasta yakını çok farklı sekreter kapısından yani bu oluyor. O da hasta yakınıyla böyle direkt göz göze gelmişim ve hasta yakından ajite olduğunu bildiğim için çok aşırı panik yaptım. Ve donmuştum yani. Böyle bir süre donup kaldım. Ondan sonra tabii hasta yakınının yanına gittim. Hemen sakinleştirmeye çalışırdım. Beyefendi hani başınız sağ olsun. Çok üzgünüz. Ama şu an içeriye alamayız. Hasta kötü bir durumda zaten. Hani toparlayalım hemen göstereceğiz size falan diye. Böyle. Birazcık ortama yatıştırmaya çalışmıştım. Ama tabiki de bir panik anı oluyor (K6). Merhamet yorgunluğu empati yeteneğini kısıtlıyor demiştik. Yani algıları da şey yapabilir, kapatabilir bence. Ve kriz anında uyarı sinyallerini algılama önemlidir. Yani empatimiz yokken o algıları algılayamıyorken, uyarıları fark edemeyip kriz anını fark edemeyebiliriz. Bence uyarılardan haberdar olamayıp kriz anında geç kalmamak önemli o an. Doğru kararlar vermek

için dei. Hasta için en iyisini yapmak önemli ve empatimiz yokken ve bıkmışken zaten bunları başaramayabiliriz. Stresle başa çıkmada o zaman olumsuz bir şekilde başa çıkamayıp bu stresin altında kalabiliriz bence. Çünkü hasta yani insan yaşamı gerçekten çok stresli zaten. Bu yorgunluk derken double bir stres olup o anı mahvedebiliriz (K7).

O anki kriz anında karar vermeye stresle başa çıkamaz. Kötü etkiliyor. Çünkü sağlıklı düşünemiyor o anda. Zaten kendisi farklı bir açıdan bakıyor ve kendinin sürekli haklı olduğunu, haksız olsa bile haklı olduğunu düşünüyor. O yüzden bence krizi yönetemiyor ve olaylar ya daha büyüyor ya da hani geri dönüşüme kırgınlıklara neden oluyor. Kendi ekip arkadaşları için söyleyeyim bunu. Yani kriz yönetimi çok başarısız oluyor öyle söyleyeyim. Başka hani diyebilecek bir kelime bulamadım ama (K13).

TEMA-10: Kriz Yönetiminde Hemşireler Nasıl Motive Olmakta

Onuncu soruda katılımcıların her birine kriz yönetimi sırasında kendilerini nasıl motive ettikleri ve bu süreçte morallerini nasıl yüksek tuttukları sorulmuştur. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.12’de yer almaktadır.



Şekil 4.12. Kriz yönetiminde hemşireler nasıl motive olmakta

Bu kapsamda, kriz durumunda hemşireler profesyonel davranarak, soğukkanlı kalarak, kendilerini teselli ederek, hastayı iyileştirerek, mesai sonrası özel yaşamı düşünerek, açık alanda hava alarak ve insanlardan tepki almamak adına sakin davranarak motive olduklarını söyledikleri görülmüştür. Katılımcıların bu görüşlerinin hemşirelerin kriz

anlarında nasıl motive olduklarını anlamamıza yol göstereceği, soğukkanlılıkları ve kişisel yaşamlarını dengeleme çabaları onların kriz anlarında etkili bir şekilde çalışmalarını sağlayacağı düşünülmektedir. Özellikle hemşirelerin yaşamının büyük bir bölümünü iş yaşamı oluşturmaktadır. Bir çok araştırmada çalışmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun krizlerle karşılaştıkları görülmektedir [105, 171-173]. Bu bakımdan kriz durumlarında motive olabilmenin önemi daha çok akla gelmektedir. Ayrıca çalışmada hemşirelerle yapılan görüşmede onların iş sonrası özel yaşamını düşünmeleri, açık alanda vakit geçirmeleri ve olumsuz tepkilerden kaçınmak gibi stratejilerinin olması, literatüre hemşirelerin kriz anlarında ruh halini iyileştirme ve motivasyonlarını artırma konusunda önemli bir bakış açısı sunup katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Katılımcıların kriz durumunda nasıl motive olduklarına ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Kriz durumlarında haliyle ister istemez bir merhamet yorgunluğu insanla oluşuyor. Kişisel ve ruhsal olarak çöküyoruz. Ben o olay hani en son olay dediğimi anlattığım olay olduğunda açıkçası ben o gün nöbetten çıktığımda direkt açık bir hava açık bir alana gidip sadece oturup uzun uzun düşünüp kendimi motive etme ihtiyacı duymuştum (K2).

Çekinmeden ve en profesyonel şekilde yaptığım için hani kendimi motive edebiliyorum. Hani olması gereken bu. Başkası da yapsa bu şekilde yapacak. Ben de yapsam bu şekilde yaptığının doğru olduğuna tabii ki doğru olduğuna inanarak yaptığım için motivasyonumu hep yüksek tutuyorum (K5).

Soğukkanlı yaklaşabiliyorum bence. Benimki birazcık karakteristik. Ama merhamet yorgunluğuyla da birazcık eşleştirmeye çalışsam gene etkiler bence. Yani eğer yıpranmışsan belki sağlıklı düşünemeyebilir ve bu kadar soğukkanlı olamayabilirsin (K6). Aslında kriz anında çok soğukkanlı kalıyorum. Öyle söyleyeyim. Soğukkanlı kaldığım için de hani o anda olayı yatıştırmaya daha sonrasında çözüm bulmaya genelde odaklandığım için (K13).

Şöyle o kriz maksimum bir saat sürüyor. Hadi bilemedim iki saat sürüyor. O kafada olduğum için bu bitecek. Toparlayacağız bir şekilde sonuçta. Bir sonuca ulaşacak. Kafamı o şekilde olduğu için rahatım. Yani beni yormaz. Hatta beni daha çok motive eder zamanı daha çabuk hızlı geçtiğini düşünüyorum o anlarda (K8). Nöbet saatimize bakıyoruz. Kaç saatimiz kaldı diye. Geri sayım yapıyoruz. Az kaldı diyerekten motive ediyoruz. Bir de yani bizim yoğun bakımda bir lafımız var her gecenin bir sabahı var diye, bu cümleyi kurarak kendimizi motive etmeye çalışıyoruz (K18).

Etkilendiğinde eğer çevrendeki insanlara hissettirirsen sana daha fazla tepki gösterme eğilimine girerler. O yüzden dediğim gibi öncelikle bu durumun beni etkilemediğini varsayarım. Öyle hissettirmek, göstermek isterim. Belki de çok fazla etkilenmiş, üzülmüş de olabilirim. Ama bu benim içimde çözmem gereken bir şey öncelikle. Yani kendi işimde çözersem karşıya daha iyi

ifade ederim. O yüzden çok fazla etkilenip böyle akutrijit tepkiler göstermem. Sakinimdir yani genelde (K14).

Hastalara faydalı olabilecek bir şeyler yaptığınız zaman bu yorgunluk açıkçası hissettirmiyor bana kendini. Özellikle acil servisteki hastaların akut gelişen sorunları olduğu için çözüm odaklı. Yani bir çözüme ulaşabiliyorsun. Hastanenin yüzünü güldürüp, bir ağrısını dindirebiliyorsun. Veya yaptığın bir müdahaleyle o hastanın hayatını kurtarmak bu da insanı motive ediyor açıkçası (K21).

o kriz anlarının geçici olduğunun bir kere eminim yani. Yani bu hastanenin de sürekli orada eve gittiğin zaman bir güzel bir yemek ondan sonra arkadaşlarımla dışarıda gezeceğim güzel bir ortamı düşünüyorum. Yani hastaneyi hastanede bırakabilirsen kesinlikle merhamet bıkınlığı yaşamazsın. Çünkü her gün hastaneye girişin yeni bir başlangıç gibi olur sana. Kendini motive edecek şeyler bulmak zorundasın (K23).

TEMA-11: Hemşirelerin Bölümlerinde Çalışırken Karşılaştıkları En Zor Kriz Durumları ve Başa Çıkma Yöntemleri

Görüşmenin son sorusunda katılımcılardan bölümlerinde çalışırken karşılaştıkları en zor kriz durumunu anlatmaları ve bu durumla nasıl başa çıktıkları sorulmuştur. Bu kapsamda katılımcılara ilişkin bulgular Şekil 4.13’ de yer almaktadır.



Şekil 4.13. Hemşirelerin karşılaştığı zor durumlar ve bunların üstesinden gelme

Yoğun bakım, acil, onkoloji ve palyatif bakım birimlerinden katılım sağlayan hemşireler en zor kriz anlarını trajik olaylar, ilk ex tecrübesi, deprem, iş kazası ve yanlışlıkla hemşirelerin hastaya zarar vermesi olarak ifade etmişlerdir. Literatürde benzer şekilde yoğun bakım, acil, onkoloji ve palyatif bakım birimlerinde görev yapan hemşirelerin, daha fazla ölüm vakası ve trajik olaylarla karşılaştıkları karşımıza çıkmaktadır [174, 175]. Diğer taraftan yaşanan krizlerle başa çıkabilmek için soğukkanlı kalmak, tecrübeli olmak ve daha fazla mücadele etmek önemli unsurlar olarak vurgulanmıştır. Bu bulgular hemşirelerin ne derece zorlu ve çeşitli problemlerle karşılaşabileceğini bize göstermekte

olup karşılaşılan bu zorluklarla nasıl mücadele edilebileceği konusunda görüşler sunmaktadır. Sebebi ne olursa olsun hemşirelerin karşılaştıkları zorluklar karşısında soğukkanlı ve mücadeleci bir yapıda olmanın gerekliliğini dile getirmeleri, hemşirelik mesleğinin kutsallığını ve katılımcıların mesleki değerlere verdiği önemi bize göstermektedir. Bu sebeplerden dolayı hemşirelerin kriz yönetimi konusunda desteklenmeleri ve çalışmaya benzer çalışmaların artmasının en zor kriz anlarıyla baş etmede fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların zor kriz durumları ve başa çıkmaya ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Yani benim en kriz anı mesela depremdi. Mesela depreme nasıl bir işbirliği yapacağımız konusunda çok şaşırmışım mesela. Ama ben gene soğukkanlı olarak bununla başa çıkabildim. Hani mesela hangi hastayı buradan uzaklaştırabilir ya da kendimi nasıl korurum diye mesela böyle bir strateji kendime geliştirdim mesela. Birde şey var. Bir tane hasta vardı, bakım veriyorduk personelimizle sonrasında bu hasta iyi değil dedi. Sonra başka bir hastaya geçtik. O hastaya da şey pozisyonu falan verdik. Sonra başka bir hastaya geçerken hasta asistan ama biz hani tabii tecrübeli olduğumuz için. Hani elektrotlar falan hani çıkmıştır falan dedik. Ama sonra ben gidip baktığımda hasta arrest olmak üzereydi gerçekten. Ve o anda yani o krizi yönetmemiz bir anda arrest oldu. Bir anda arrest olduğu için arkadaşlarla hemen müdahale ettik ve krizi çok iyi yönettik ve hastayı toparlayıp iyileştirdik (K1).

Beklemediğim ilk hastamı eks verdiğimde bu durumu yaşadım. Amfizem olmuştu. Yoğun bakımda. TK'ydı kendisi. Trafik kazasıydı hatta günümüz güzel geçeceğine dair sabah geldiğimizde hastalarımızla konuşmuştuk. Ve bir anda komplikasyonla gelişen bir hastamda amfizem oluştu. Bütün bölümlerin hocaları dahi geldi yani benim ilk eksimdi o ve unutmayacağım bir travma yaşamıştım (K5).

Yani biz yoğun bakımdayken genelde ajite hastalarla çok uğraşıyoruz. Ve kısıtlaması olmayan bir hastaydı. Normal yatıyordu ama deliryuma girdiği anda hasta yataktan atlamaya çalıştı. Birden gelişti her şey. Koştur koştur yanına bir hemşire arkadaşım daha vardı tabii ki. Hı hı. Hemen başına gittik. Hastayı sabitlemeye çalıştık ama aşırı ajiteydi. O ara doktorlarımız arandı. Onlar geldi. Tabii birkaç tane sedatif diyebilirim yapmıştık. Hastaya kısıtlamaya almıştık. Yani zor bir geceydi. Hastada uzun süre gerçekten sakinleşmedi. Kriz ortamı oluşmuştu diyebilirim (K6).

Bir hemşire arkadaşım yanlışlıkla istemeden bir hastaya zarar verdi. Ama hani şey kalıcı bir zarar değildi ama o an için çok büyük bir şeydi. Hiç yapılmaması gereken ve olmayan bir şeydi. Sakin kalmaya, olaya çözüm bulmaya çalıştık ama gerçekten çok zordu. Çünkü hani bir seker kalır mı? Kalıcı bir hasar olur mu diye gerçekten çok endişe ettik. Bu süreçte sadece soğukkanlı olmaya çalıştım (K13).

Bir vakamız vardı. İki aylık bebek. Annesi bu beyaz sesler bildiğimiz beyaz sesler makine sesleri elektrik bisküvi işte çamaşır makinesi bulaşık makinesi çocuklar kolik olan çocuklar ağlamaları durduğu için annesi bebeğin başında elektrikli fön makinesini çalıştırıyor Gaz sancısı dursun. Ağlaması kesilsin. Diye bunu yapıyor. Saç kurutma makinesini çocuğun başına koyuyor. O da tabii battaniyenin üzerinde olduğu için babasının dükkani da bir üçüncü katta. Bir bodrum kata inecek. Deri dükkani var. Yemek getirmeye iniyormuş sonra yemek yemeyi bebeğin babasına yemeğini, eşini, yemeğini getirdikten sonra çıkıyor, bakıyor ki çocuk kömür gibi olmuş. Saçları yanmış, battaniye tabii ki o arada. Çocuğun saçları yanıyor. Boğazdan yukarısı yanıyor. Yani çocuk kömür gibi oluyor. İşte acile getiriyorlar. Tabii aile o durumda yani ne yapsa yeri de diyelim yani. Panik. Yani o durumda karşılaşacağı nasıl söyleyeyim? Tabii anne olduğumuz için biraz da olayı hemşirelik de var. Annelik de var. Bebek de olduğu karmaşası. Epey bir yaşıyorsun. Orada üzülüyorsun. Yani anneye, babaya nasıl bir teselli vereceksin o anda. Tamam sakinleştireyim ama yani acılarını da yaşamak zorundalar. Sonuçta bebeği sevk ettik. Ankara'ya sevk ettik. Tabii öğrendiğimize göre sonunda bebek ex olmuş. Yani öyle bir durum karmaşası da yaşıyorsun. Çok zor yaşanan bir olay olduğu için bu tarz vakalar kriz anı yaratıyor kesinlikle. Nasıl müdahale edeceğini çok şey yapamıyoruz. Kavrıyamıyoruz. İşte kavrıyamıyorsun. Senin duygularınla dediğim gibi annelik giriyor araya. Hemşirelik giriyor araya. Tamam krizde çözdük. Hastayı sevk ettik. Ama sonuçta orada yaşananlar var. Bir bebek var, aile var. Onlar senin hep aklında ve hafızanda kalıyor. On dokuzuncu yılı mı çalışıyorum ve şu anda sekiz yıldır acilden çıktım. Ve hala olay aklımda yani. On kaç yıl olmuş? Yani böyle bir kriz anları da oluyor (K12).

Üç tane yeni başlayan ekip arkadaşımınla beraber nöbet tutuyorum. Hastalarımız gerçekten akut hastalar. Yani yoğun bakım sürecine ihtiyacı olan hastalar ve yeni mesleğe başlayan insanlar ne kadar okulda üst düzey eğitim görseler de bunu sahaya yansıtmak için belli bir deneyime ihtiyaç var. Deneyimsizlikler, öngörüsüzlükler, işleri çok fazla sarpa sardırabiliyor. Çok üzülüp, çok sinirlenip, çok gerilip günü bitirmek de varken bunun yerine onların yapması gereken, yapmadıkları şeylere de el atıp, göz atıp nasıl çözdüm? Daha fazla çalışarak. Üç çalışacaksan beş çalıştım. Beş kalkacaksam on beş kalktım. Yerden bu şekilde çözdüm, yönettim. Ama yirmi dört saatlik bir nöbeti, bir ortalama belki bir saat, iki saat hani dinlenerek geçirdim (K14).

Yani aklıma gelen ilk şey yoğun bakımımızda oksijen tüpünün yere düşüp patlamasıydı. O sırada hepimiz kaçtık. Yani birbirimizin üstüne bile düştüğümüz oldu. Yani çok zor bir durumdu. Bu durumda hiçbir şey yapamadık yani. O yani o anda hiçbir şey yapamadık. Daha sonrasında camları açmak aklımıza geldi. Daha sonra teknik servisi aradık. Bu şekilde başa çıktık. Ama o sırada bir sürü şey düşündük yani hastalar var. Biz kendi canımız var tam bir kriz ortamı oldu. Bu şekilde çözmeye çalıştık (K17).

Gece dört sularında. Arkadaşım hani ben dinlenme saatindeydim. Çıktım. Hastaları devralacağım. Arkadaşımı göndereceğim o anda gözüme ilişti. Hastanın drenajı olmuş. Direninden. Yaklaşık bir bin cc son bir saatte drenajı olmuş. Arkadaşım bunu fark etmemiş

hastanın tansiyonları bir anda çakıldı. Yani direkt drenini sağıp geleninin olup olmadığına baktım. Cerrah yok. Cerrahi evinde. Direkt cerrahı aradım. Böyle böyle dedim hasta kanıyor. Hani o da bana nasıl kanıyor dedi? Ne kadar kanamış falan deyince hocam hasta kanıyor. Çabuk gel buraya. Telefonu kapatıp hastaya döndüğümü hastaya sıvı desteği dreninden bu pozisyonunu alma. Kan gazı alma. Yani o gelene kadar hem o dinamisini kontrol ediyoruz, kan gazıyla, vitalleriyle kan bankasıyla iletişime geçmiştik hızlıca hazırda çünkü hasta kanıyor. Hani bu drenaj değil cerrahta on beş dakika içinde geldi. Acil mesela burada merhamet yorgunluğu olur. Yani burada arkadaşımın belki bir hatası olabilir takip noktasında bir eksiği, açığı olabilir. Mesela onu düşünerekten bazı şeyleri fazla sorgulamadım (K19).

İki hastanın serviste ex olması diyebilirim. Bide daha yeni başlamışım. Acil arabasını çekmeyi bile bilmiyoruz iki arkadaşla. Ne yapacağımızı nasıl müdahale edeceğimiz bilmiyoruz. Odaları ikisinin de birbirinden çok uzak. Bir oraya koşturuyoruz bir oraya. Asistan o sıra acile hasta bakmaya gitmiş oda yok. Hemen mavi kod verdik falan ama çok stresli bir andı. Ve iki hastayı da o gün kaybetmiştik. Ama yaşları da baya vardı yani. Beklentinin az olduğu hastalardı. O gece arkadaşımınla oturup resmen şok geçirmiş gibi oturup ağlamıştık hiç unutmam (K26).

Bir gün serviste nöbet tutuyorum. Gece saat sabah 4 gibi falandı. Arkadaşı dinlendirmeye gönderdim. Bende tek başıma kaldım. Neyse o sıra iş yoktu bende hemşire odasında uyuklamaya başlamışım. Serviste de beyinden ameliyat olmuş ve tamamen sinirli kafayı oynatmış kişilik bozukluğu oluşmuş bir hasta vardı. Hasta gecenin o saatinde kalkmış benim odama kadar gelmiş ve ben gözlerimi açtığımda resmen yüzüme saçları degecek bir şekilde hastayı bana bakarken gördüm. Ama çok korktum. Önce hemen gözlerimi açmadım bana yanlışlıkla bişe yapar diye. Neyse sonra bi anda gözlerimi açıp hastayı üzerimden atıp bas bas bağırdım napıyorsun sen diye. Hastada korktu bende çok korktum. Beyaz kod verdim. Hasta yakınları falan herkes kalktı yanıma geldi falan. Neyse ama hastanın kötü bir suçu yokmuş Bende sonradan ona üzüldüm. Böyle bir kriz anım oldu (K28).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada hemşirelerde merhamet yorgunluğunun bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ve kriz yönetimine olan etkisi araştırılmıştır. Hemşireler ile yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Çalışmaya katılım sağlayan hemşirelerin ikincil travma, mesleki tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ölçeği kısa ölçek puan ortalamaları kadınlara oranla erkeklerde fazla ve bekarlarda evli olanlara göre yüksek çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği,
- Çalışmaya katılan hemşirelerde çocuk sahibi olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde mesleki tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu görüldüğü,
- Çalışmaya katılım sağlayan hemşirelerin günlük çalışma süresi incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun (158) yirmi dört saat yani nöbet usulü çalıştığı ve nöbet tutanlarda gündüz (8 saat) çalışanlara göre merhamet yorgunluğu ve alt ölçeklerinin anlamlı olarak yüksek çıktığı,
- Çalışmada meslekte 0-2 ve 5-10 yıl çalışan hemşirelerin 10 yıldan fazla çalışan hemşirelere göre ikincil travma, mesleki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu kısa ölçek puanları anlamlı biçimde daha yüksek çıktı,
- Çalışmada katılımcıların önemli bir kısmının yoğun bakım birimlerinde (%56,96) çalıştığı, mesleki tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları yoğun bakımda çalışanlarda daha düşük bulunup çalışılan birime göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği,
- Çalışmada çalıştığı bölümü isteyerek seçen hemşirelerin isteyerek seçmeyenlere göre ikincil travma puanları, mesleki tükenmişlik puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu,
- Çalışmada 2 hasta bakan hemşirelerin ikincil travma puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları 4 hasta bakan hemşirelere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu,
- Çalışmada ikincil travma puanları, mesleki tükenmişlik puanları ve merhamet yorgunluğu kısa ölçeği puanları kişilerin eğitim düzeyine göre ve çalıştığı birimdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği,

- Çalışmada katılımcıların kriz esnası faaliyetler, kriz öncesi faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler, kriz yönetimi ölçeği puanları medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı, çocuk sahibi olma durumu, günlük çalışma süresi, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı ve çalıştığı birimdeki hemşire sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği,
- Çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin acil serviste çalışan kişilere göre kriz öncesi faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanları anlamlı biçimde daha yüksek olduğu,
- Çalışmada çalıştığı birimi isteyerek seçen kişilerin, isteyerek seçmeyen kişilere göre kriz esnası faaliyetler, kriz sonrası faaliyetler ve kriz yönetimi ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu,
- Çalışmada BOHHEÖ ve alt boyutları puanları cinsiyete göre kadınlarda ve medeni duruma göre evlilerde daha fazla çıkmasına rağmen anlamlı bir farkın olmadığı,
- Çalışmada BOHHEÖ ve alt boyutları puanları eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, çocuk sahibi olma durumu ve günlük çalışma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı,
- Çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yardım edici puanlar, sorun çözme puanları, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim ölçeği puanları acil serviste çalışan kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu,
- Çalışmada BOHHEÖ ve alt boyutları puanları çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerin isteyerek seçmeyenlere göre daha yüksek olduğu,
- Çalışmada BOHHEÖ ve alt boyutları puanları 4 hasta bakan hemşirelerin 2 hasta bakan hemşirelere göre anlamlı biçimde daha düşük olduğu,
- Çalışmada merhamet yorgunluğu kısa ölçeği ile kriz yönetimi ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim ölçeği puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.
- Çalışmada 30 hemşire ile yapılan görüşmede büyük bir çoğunluğunun merhamet yorgunluğu kavramını hiç duymadığı, hemşirelik mesleğinde merhamet duygusunun olmazsa olmaz olduğu, beklenen iyileşme hastada gerçekleşirse hemşirelerde tatmin doyumun arttığı, beklenen iyileşme gerçekleşmediğinde ise mutsuzluk ve sürecin yorucu olduğunu söyledikleri,
- Çalışmada yapılan görüşmede hemşireler yoğun çalışma koşullarında, mesleki doyumun azalma durumunda, ruhsal yorgunlukta ,vefat eden hastalarla çok fazla bağ

kurulmasında, mobbing e uğramak durumunda, hastaya karşı empati kurulduğunda , fiziksel yorgunlukta, sabredilmeyen durumda, anlayışla karşıladığımız hastaların bakımında merhamet yorgunluğunun gerçekleşebileceğini söyledikleri,

- Çalışmada yapılan görüşmede hemşireler merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin bu durumla başa çıkabilmesi için iş yoğunluğunun azaltılması, hastaneden geçici olarak uzaklaşmak, sosyalleşmek, psikolojik destek almak ve en son çözüm bulunamadığında durumu kabullenmek en sık tercih edilen yöntemler olarak ifade edildiği,
- Çalışmada yapılan görüşmede merhamet yorgunluğu sebebiyle karar verme sürecinde kriz durumunda karar alma yetkisi yok olmakta, doğru karar verilememekte ve hızlı karar alınamadığı,
- Çalışmada yapılan görüşmede hemşireler kriz anında profesyonel davranarak, soğukkanlı kalarak, kendilerini teselli ederek, hastayı iyileştirerek, mesai sonrası özel yaşamı düşünerek, açık alanda hava alarak ve insanlardan tepki almamak adına sakin davranarak motive olduklarını söyledikleri,
- Çalışmada yapılan görüşmede hemşireler en zor kriz anlarını trajik olaylar, ilk ex tecrübesi, depresyon, iş kazası ve yanlışlıkla hemşirelerin hastaya zarar vermesi olarak ifade etmişlerdir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler geliştirilmiştir.

1. Sağlık kurumlarının, merhamet yorgunluğunun belirtileri ve etkileri hakkında hemşirelere özellikle erişilebilir destek grupları (terapi, eğitim programları, seminer, konferans) sağlaması,
2. Kurumların, hemşirelerin iş yükünü azaltacak ve iş stresini yönetmelerine yardımcı olacak politikaları ve uygulamaları benimseyip daha dengeli çalışma saatleri ve dinlenme imkanları sağlaması,
3. Kurumların, hemşireler arasında destek grupları veya mentörlük programları oluşturması,
4. Acil, yoğun bakım, onkoloji ve palyatif gibi merhamet yorgunluğunun sık yaşandığı birimlerde çalışanların çalışma sistemlerinin iyileştirilmesine yönelik gerekli sağlık politikalarının oluşturulması,
5. Hemşirelerin hastalarla etkili iletişim kurma ve empati gösterme konusunda desteklenmesi
6. Hemşireler ve hastalar arasındaki etkileşimi değerlendirmek için geri bildirim

- mekanizmalarının oluşturulması,
7. Sağlık kurumları tarafından, hemşirelere etkili ve düzenli olarak kriz eğitimleri düzenlenmesi, kriz yönetimi protokollerini gözden geçirilip güncellenmesi,
 8. Çalışmanın farklı kurum ve örneklem ile tekrarlanması,
 9. Hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılmasına yönelik hemşire sayısının artırılması,
 10. Sonuçların kurum yöneticileri ve klinisyenler ile paylaşılması,
 11. Konu ile ilgili algı ve deneyimleri ortaya çıkarabilecek kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

- [1] H. Hökelekli, *Ailede, Okulda, Toplumda Değerler Psikolojisi ve Eğitimi*, 2. Baskı İstanbul: Timaş yayınları, 2013.
- [2] R.M. Meyer, A. Li & JI. Gold, “Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction,” *Journal Of Pediatric Nursing*, c. 30, sayı 1, ss. 174-183, 2015.
- [3] B. Jenkins & N.A. Warren, “Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses,” *Critical Care Nursing Quarterly*, c. 35, sayı 4, ss. 388-395, 2012.
- [4] C.C. Cingi, & Eroğlu. E, “Sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu,” *Osmangazi Tıp Dergisi*, c. 41, sayı 1, ss. 58-71, 2019.
- [5] J.L. Young, Derr. D, M. Cicchillo & S. Bressler, “Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses,” *Critical Care Nursing Quarterly*, c. 34, sayı 3, ss. 227-234, 2011.
- [6] S.K. Coetzee, & H.C. Klopper, “Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis,” *Nursing & Health Sciences*, c. 12, sayı 2, ss. 235-243, 2010.
- [7] P. Potter, T. Deshields, & S. Rodriguez, “Developing a systemic program for compassion fatigue,” *Nursing Administration Quarterly*, c. 37, sayı 4, ss. 326-332, 2013.
- [8] G.J. Devilly, R. Wright, & T. Varker, “Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals,” *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, c. 43, sayı 4, ss. 373-385. 2009.
- [9] M. Şirin, & A. Yurttas, “Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu,” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, c. 8, sayı 2, ss. 123-130, 2015.
- [10] K.D. Neff, “The development and validation of a scale to measure self-compassion”, *Self and identity*, c. 2, sayı 3, ss. 223-250, 2003.
- [11] A. Özcan, *Hemşire-Hasta İlişkisi Ve İletişim*, Ankara: Sistem ofset , 2006.
- [12] N.K. Dalpezzo, Nursing care: a concept analysis in *Nursing Forum*. Wiley Online Library, 2009.

- [13] N.Y. Atar, & T.A. Aştı, “Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği” *Florence Nightingale Journal of Nursing*, c. 20, sayı 2, ss. 129-139, 2012.
- [14] T. Karaağaç, “Kriz yönetimi ve iletişim”,*İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, c.2, sayı 49, ss.117-132, 2013.
- [15] Y. Canpolat, “Risk toplumunda halkla ilişkiler şirketlerinin kriz ve kriz iletişimine yönelik bakış açılarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma,” *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, c. 1, sayı 3, ss. 1-12, 2012.
- [16] M. Akdağ, “Halkla ilişkiler ve kriz yönetimi,” *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, sayı 14, ss. 1-20, 2005.
- [17] H. Tutar, *Kriz Ve Stres Yönetimi: Stresle Başa Çıkma* 1. Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004.
- [18] S. Güleç, & H. Gökmen, “Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi Ve Hasta Güvenliği,” *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, ss. 166-178, 2009.
- [19] N. Sayın, Ortaöğretim kurumlarında kriz yönetimi stratejisinin incelenmesi (*İstanbul ili örneği*), *Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2008.
- [20] C. Birimoğlu, & S. Ayaz, “Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamaları,” *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, c. 2, sayı 3, ss. 40-48, 2015.
- [21] R. T. Kasuya, P. Polgar-Bailey, & R. Takeuchi, “Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians,” *Postgraduate Medicine*, c. 108, sayı 7, ss. 119-123, 2000.
- [22] *Türk Dil Kurumu Sözlük’üne* <https://sozluk.gov.tr/> adresinden ulaşılabilir (Erişim tarihi: 10.10.2023).
- [23] F. Gör, “İlköğretim din kültürü ve ahlak bilgisi öğretim programında merhamet değeri”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye, 2013.
- [24] P. Gilbert, & L. Woodyatt, “An evolutionary approach to shame-based self-criticism, self-forgiveness, and compassion,” *Handbook of the Psychology of Self-Forgiveness*, ss. 29-41, 2017.

- [25] G. A. Gök, "Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu," *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 20, sayı. 2, ss. 299-313, 2015.
- [26] F. Raes, E. Pommier, K.D. Neff, & D. Van gucht, "Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale," *Clinical Psychology & Psychotherapy*, c. 18, sayı. 3, ss. 250-255, 2011.
- [27] A. Schopenhauer, *Merhamet (Çev: Z. Kocatürk)*. İstanbul: Dergah Yayınları, 2014.
- [28] A. Bradshaw, "Compassion: what history teaches us," *Nursing Times*, c. 107, sayı. 19-20, ss. 12-14, 2011.
- [29] Ö. Şahin, "Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi," Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay, Türkiye, 2020.
- [30] F.N. Polat, & R. Erdem, "Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği," *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, sayı 26, ss. 291-312, 2017.
- [31] C.R. Snyder, & S.J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*, New York: Oxford University Press, 2001.
- [32] R. Kaymakcan, & H. Meydan, "Ahlaki karakter ve eğitimi," *Ensar Vakfı Değerler Eğitimi Merkezi*, ss. 16-18, 2012.
- [33] Ş.H. Akın, "Merhamet kavramı ve Schopenhauer'in merhamet yaklaşımının değerlendirilerek farklı düşünürlerin görüşleriyle karşılaştırılması," *Türkiye Biyoetik Dergisi*, c. 5, sayı 3, ss. 126-131, 2018.
- [34] İ. Helvacı, & M. Turhan, Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: silifke'de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma "*İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*," c.1, sayı.4, ss. 58-68, 2013.
- [35] B.H. Stamm, "Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test," *Treating compassion fatigue*, Routledge, ss. 107-119, 2013,
- [36] C.R. Figley, "Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care," *Journal of Clinical Psychology*, c. 58, sayı 11, ss. 1433-1441, 2002.
- [37] R.E. Adams, J.A. Boscarino, & C.R. Figley, "Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study," *American*

Journal of Orthopsychiatry, c. 76, sayı 1, ss. 103-108, 2006.

- [38] S.K. Coetzee, & H.K. Laschinger, "Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review," *Nursing & Health Sciences*, c. 20, sayı 1, ss. 4-15, 2018.
- [39] F. McHolm, "Rx for compassion fatigue," *Journal of Christian Nursing*, c. 23, sayı 4, ss. 12-19, 2006.
- [40] L.A. Slatten, K.D. Carson, & P.P. Carson, "Compassion fatigue and burnout: What managers should know," *The Health Care Manager*, c. 30, sayı 4, ss. 325-333, 2011.
- [41] S.R. Jenkins, & S. Baird, "Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study," *Journal of Trauma Stress*, c. 15, sayı 5, ss. 423-432, 2002.
- [42] C. Hooper, J.Craig , D. Janvrın, M. Wetsel, & E. Reimels, "Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties," *Journal of Emergency Nursing*, c. 36, sayı 5, ss. 420-427, 2010.
- [43] T. Şuer, "Posttravmatik stres bozukluğu," *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, c. 47, ss. 205-210, 2005.
- [44] C. Maslach, & S.E. Jackson, "The measurement of experienced burnout," *Journal of Organizational Behavior*, c. 2, sayı 2, ss. 99-113, 1981.
- [45] Y. Uslu, & F.D. Korkmaz, "Hemşirenin hissi tarafı: şefkat yorgunluğu," *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, c. 33, sayı 1, ss. 123-133, 2017.
- [46] M.T. Rourke, "Compassion fatigue in pediatric palliative care providers," *Pediatric Clinics of North America*, c. 54, sayı 5, ss. 631-644, 2007.
- [47] G. Yılmaz, & B. Üstün, "Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu," *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, c. 9, sayı 3, ss. 205-211, 2018.
- [48] T. Pehlivan ve P. Güner, "Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler," *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, c. 9, sayı 2, ss. 129-134, 2018.
- [49] E.A. Yoder, "Compassion fatigue in nurses," *Applied nursing research*, c. 23, sayı 4, ss. 191-197, 2010.
- [50] R. Gallagher, "Compassion fatigue," *Canadian Family Physician*, c. 59, sayı 3, ss. 265-268, 2013.

- [51] B. Lombardo, & C. Eyre, "Compassion fatigue: a nurse's primer," *Online journal of issues in nursing*, c. 16, sayı 1, 2011.
- [52] J. Berger et al., "Compassion fatigue in pediatric nurses," *Journal of pediatric nursing*, c. 30, sayı 6, ss. 11-17, 2015.
- [53] S. Kılıç, "Devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde travmatik stres belirtileri, mesleki tatmin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun incelenmesi," Yüksek lisans tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, Türkiye, 2018.
- [54] E. Bağcıvan, "Çocuk hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun mesleki yaşam kalitesi ile ilişkisi," Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, Türkiye, 2019.
- [55] Y. Dikmen ve Y. Aydın, "Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?" *Journal of Human Rhythm*, c. 2, sayı 1, 2016.
- [56] N. Najjar, L.W. Davis, K. Beck-Coon & C. Carney, "Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers," *Journal of Health Psychology*, c. 14, sayı 2, ss. 267-277, 2009.
- [57] E. K. Korkmaz & M. Ardahan, "Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik," *Sağlık ve Toplum*, c. 28, sayı 1, ss. 11-16, 2018.
- [58] N.J. Bush, "Compassion fatigue: Are you at risk?," *Oncology Nursing Forum*, *Oncology Nursing Society*, 2009.
- [59] D. Hiçdurmaz, & A. Figen, "Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi," *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, c. 7, sayı 3, ss. 295-303, 2015.
- [60] D. Wentzel, & P. Brysiewicz, "The consequence of caring too much: compassion fatigue and the trauma nurse," *Journal of Emergency Nursing*, c. 40, sayı 1, ss. 95-97, 2014.
- [61] S. Öncel, & M. Yılmaz, *Hemşirelikte Temel Kavramlar*, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2023.
- [62] D. Engster, "Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care," *Hypatia*, c. 20, sayı 3, ss. 50-74, 2005.
- [63] C. Birimoğlu, & A. Sultan, "Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamaları," *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, c. 2, sayı 3, ss. 40-48, 2015.

- [64] R. Acaroğlu, "Bakımda etik", 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya: 2003.
- [65] Z.A. Şahin, H. Polat, & S. Ergüney, "Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi," *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 12, sayı 2, ss. 1-9, 2009.
- [66] D. Bayraktar, & E. İsmet, "Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları," *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 20, sayı 3, ss. 188-194, 2017.
- [67] Z. Göçmen Baykara, "Hemşirelik bakımı kavramı," *Tıp ve Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, c. 1, sayı 2, ss. 92-99, 2014.
- [68] S. Mlinar, "First-and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours," *Nursing Ethics*, c. 17, sayı 4, ss. 491-500, 2010.
- [69] D. U. Yılmaz, E. A. Korhan, & L. Khorshid, "Evulation of nursing care quality in a palliative care clinic," *Journal of Human Sciences*, c. 14, sayı 3, ss. 2968-2980, 2017.
- [70] J. Needleman, P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart, & K. Zelevinsky "Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals," *New England Journal of Medicine*, c. 346, sayı 22, ss. 1715-1722, 2002.
- [71] H. Can, *Organizasyon ve Yönetim*, Ankara: Siyasal Kitapevi, 1999.
- [72] D. Finfgeld-Connett, "Meta-synthesis of caring in nursing," *Journal of Clinical Nursing*, c. 17, sayı 2, ss. 196-204, 2008.
- [73] M. Shattell, "Nurse-patient interaction: a review of the literature," *Journal of Clinical Nursing*, c. 13, sayı 6, ss. 714-722, 2004.
- [74] A. Tutuk, D. Al, & S. Doğan, "Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi," *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, c. 6, sayı 2, ss. 36-41, 2002.
- [75] E. Yalçın, "Akut psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin perspektifinden hasta-hemşire etkileşimi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2010.
- [76] F.S. Bongard, *Current Yoğun Bakım Tanı Ve Tedavi*, Güneş Kitabevi, 2004.
- [77] M. Korkmaz, & T. Hİ, "Yoğun bakım ünitesinde hemşire-hasta iletişimi,"

Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, c. 11, sayı 4, s. 14, 2014.

- [78] L. Birol, *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2004.
- [79] S. Cossette, C. Caraa, N. Ricarda, & J. Pepin "Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale," *International journal of nursing studies*, c. 42, sayı 6, ss. 673-686, 2005.
- [80] S.K. Haworth, & N.M. Dluhy, "Holistic symptom management: modelling the interaction phase," *Journal of advanced nursing*, c. 36, sayı 2, ss. 302-310, 2001.
- [81] N. Yalçın Atar, & T. Aştı, "Hemşire-hasta etkileşimi," *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, c. 19, sayı 1, ss. 54-59, 2011.
- [82] A. Zaybak, E. G. İsmailoğlu, & E. Efteli, "Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları," *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, c. 1, sayı 2, ss. 24-37, 2014.
- [83] P. A. Potter, & A.G. Perry, *Fundamentals of nursing*, 6th Ed. St Louis: Elsevier Mosby Company, 2005.
- [84] A. Tomey, & R. Alligood, "Nursing theorists of historical significance," *Nursing theorists and their work*, ss. 54-67, 2006.
- [85] G. Uyer, "Hemşire-Hasta İletişiminde İletişimin Hasta Yönünden Önemi," *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, c. 8, sayı 2, ss. 90-94, 2000.
- [86] R. Allande-Cussó, "Assessment of the nurse-patient interaction competence in undergraduate nursing students," *Nurse Education Today*, c. 96, s. 627, 2021.
- [87] B. Kennedy, "Three nursing interventions' impact on HCAHPS scores," *Journal of nursing care quality*, c. 28, sayı 4, ss. 327-334, 2013.
- [88] B. Aykaç, "Kamu yönetiminde kriz ve kriz yönetimi," *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 3, sayı 2, ss. 123-132, 2001.
- [89] W.T. Coombs, *Applied Crisis Communication And Crisis Management: Cases And Exercises*, Sage Publications, 2013.
- [90] C.C. Aktan, & H. Şen, "Ekonomik kriz: Nedenler ve çözüm önerileri," *Yeni*

Türkiye Dergisi, c. 2, sayı 42, ss. 1, 2001.

- [91] N. Büyükkaracıgan, “Türkiye’de Yerel Yönetimlerde Kriz ve Afet Yönetim Çalışmalarının Mevzuat Açısından Değerlendirilmesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, sayı 12, ss. 195-219, 2016.
- [92] G. Haşit, “İşletmelerde kriz yönetimi ve türkiye'nin büyük sanayi işletmeleri üzerinde yapılan araştırma çalışması”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, Türkiye, 1999.
- [93] F.N. Genç, “Kriz yönetimi ve kamu yönetiminde uygulanabilirliği,” *Verimlilik Dergisi*, sayı 4, ss. 7-22, 2009.
- [94] S. Kadıbeşli, *Kriz Geliyorum Der, Kriz İletişimi ve Yönetimi*, İstanbul: Kapital Medya, 2001.
- [95] M. Tüz, *Kriz ve İşletme Yönetimi*. İstanbul: Alfa yayımları, 2001.
- [96] T. Koçel, *İşletme Yöneticiliği, Yönetim Ve Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş Ve Güncel Yaklaşımlar*, İstanbul: Beta Yayınları, 2005.
- [97] B. Pekcan, “Otomotiv sektöründe kriz yönetimi: küresel finans krizini yaşayan bir otomotiv firmasının krize tepki verişi biçimleri,” Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2010.
- [98] R. Luecke, *Kriz Yönetimi, Felâketleri Önleme Becerinizi Geliştirin*, Çeviren: Önder Sarıkaya. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2009.
- [99] Z. Gündüz, “Yiyecek-içecek işletmelerinde kriz yönetimi: restoran yöneticilerine yönelik bir uygulama (İzmir İli Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyaal Bilimler Enstitüsü, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2020.
- [100] H. Tağraf, & N.T. Arslan, “Kriz oluşum süreci ve kriz yönetiminde proaktif yaklaşım,” *CÜ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, c. 4, sayı 1, ss. 149-160, 2003.
- [101] İ. Titiz, “Kriz dönemi yönetsel kararların kriz sonrası işletme stratejileri üzerine etkileri,” *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c. 8, sayı 2, ss.146-148, 2003.
- [102] N.T. Durusu, “Kriz dönemi yönetim stratejileri”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye , 2006.
- [103] T. Asunakutlu, & B. Safran, “Stratejik yönetim açısından kriz kaynaklarına ilişkin bir değerlendirme,” *Öneri Dergisi*, c. 6, sayı 21, ss. 51-58, 2004.

- [104] Ş. Esen, & H. Uyar, “Küresel Krizin Yerel Ekonomilere Etkileri: Bartın ve Karabük ili Otel işletmeleri üzerine bir araştırma”, *Ekev Akademi Dergisi*, c.15, sayı 46, ss.357-370, 2011.
- [105] A. Köroğlu, “Turizmde kriz yönetimi (otel işletmelerinde ve seyahat acentalarında bir uygulama)”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir, Türkiye, 2004.
- [106] B. Briggance, “Understanding california's nursing crisis”. *San Francisco: California HealthCare Foundation*, 2001.
- [107] M. Güneş & E. Beyazıt, “Özel işletmelerde kriz yönetimi üzerine genel bir değerlendirme,” *Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi*, c.2, sayı2, ss.15-33, 2010.
- [108] M. Aksu, *Kriz Yönetimi: Krizleri Fırsata Çevirmenin Yolları*, İstanbul: Kumsaati Yayınları, 2010.
- [109]. H. Can, *Organizasyon ve Yönetim*, Ankara: Siyasal Kitabevi, 1999.
- [110]. H. Can, & S. Güney, *Genel işletme*, 1. Baskı, Ankara: Arıkan Yayın Evi, 2011.
- [111]. Z. Baltaş, *Krizde Fırsatları Görmek ,Yöneticiler İçin Krizde Yönetim El Kitabı*, İstanbul: Remzi Kitapevi, 2004.
- [112] M. Tekin, & M. Zerenler, *Krizi Yönetebilmenin Sırları* 1. Baskı, Konya: Çizgi Kitapevi, 2005.
- [113] B. Öztürk, ”Kriz yönetimi ve örnek bir uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2010.
- [114] A. Gül, “İstanbul ilinde üç farklı statüdeki hastanede çalışan hemşirelerin kriz ile karşılaşma durumları, kriz yönetimine bakışı ve kişilik özellikleri”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2010.
- [115] N. Kahraman, “İstanbul ilindeki bir özel hastanede çalışan hemşirelerin kriz ve kriz yönetimi ile ilgili düşünceleri”, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Haliç Üniversitesi , İstanbul, Türkiye, 2009.
- [116] S. Avgan, “Kriz yönetimi ve Türkiye'de krizlerin tarihsel gelişimi: Bursa'daki işletmelerde kriz yönetimi üzerine bir araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uludağ Üniversitesi,Bursa, Türkiye, 2010.
- [117] Ş. Kavuncubaşı, *Y.S. Hastane, S.K. Yönetimi*, Ankara, : Siyasal Kitabevi, 2000.

- [118] Z. Çın, & H. Uzun, "Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi (Şanlıurfa Örneği)", *Journal of Social Research & Behavioral Sciences*, c. 8, sayı 16, ss.23-18, 2022
- [119] F. Vatan, & D. Salur, "Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, c. 3, sayı. 1, ss. 32-44, 2010.
- [120] A. Çalışkan, "*Kriz yönetimi: bir ölçek geliştirme çalışması*", *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, c. 5, sayı 2, ss. 108-123, 2020.
- [121] P. Mangoulia, E. Koukia, G. Alevizopoulos, G. Fildissis, & T. Katostaras "Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece", *Archives of Psychiatric Nursing*, c. 29, sayı. 5, ss. 333-338, 2015.
- [122] G. Tanrıku, & B. Ceylan, "*Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu*", *Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 30, sayı 1, ss. 31-36, 2021.
- [123] A. Özcan, "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Hatice Polat), 2019.
- [124] M.A. Al Barmawi, & M. Subih "Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses", *Brain and Behavior*, c. 9, sayı. 4, ss. 114-126, 2019.
- [125] R. Jarrad, "Compassion fatigue and substance use among nurses", *Annals of General Psychiatry*, c. 17, ss. 1-8, 2018.
- [126] A. Avcı, "Covid-19 tanısı alan hastaya bakım veren hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve iş doyumunu arasındaki ilişki", *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 5, sayı 2, ss. 43-52, 2022.
- [127] T. Okan, "Hemşirelerin duygusal emeklerinin örgütsel sinizme etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye, 2019.
- [128] T.L. Sacco, "Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses", *Critical Care Nurse*, c. 35, sayı 4, ss. 32-42, 2015.
- [129] G. Yılmaz, "Onkoloji hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu, iş doyumunu, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine psikoeğitimin etkisi", Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye, 2016.
- [130] D. Oktay, "Hemşirelerde merhamet yorgunluğu, etkileyen etmenler ve baş etme

stratejilerin saptanması", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yakın Doğu Üniversitesi, KKTC, 2018.

- [131] T. Denk, "Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye, 2019.
- [132] H. Alan, "Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü", *Journal of Health and Nursing Management*, c. 5, sayı 2, ss. 141-146, 2018.
- [133] P. Galanis, "Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Advanced Nursing*, c. 77, sayı 8, ss. 3286-3302, 2021.
- [134] D. Kara, "Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul, 2018.
- [135] F. Koca, "Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Maltepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2018.
- [136] F. Çınar, F.E. Aslan, "Ameliyathane hemşirelerinin merhamet düzeylerinin ölçülmesi: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", *Kocaeli Tıp Dergisi*, c. 7, sayı 3, ss. 222-229, 2018.
- [137] H. Yu, A. Jiang, & J. Shen, "Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey", *International Journal of Nursing Studies*, c. 57, ss. 28-38, 2016.
- [138] S. Hunsaker, "Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses", *Journal of Nursing Scholarship*, c. 47, sayı 2, ss. 186-194, 2015.
- [139] H. Salur, "Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde psikolojik sermaye ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişki", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Okan Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [140] M.M. Van Mol, "The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review", *PloS One*, c. 10, sayı 8, ss. 101-115, 2015.
- [141] Y. Çolak, "Dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisinin incelenmesi", Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz

Üniversitesi, Antalya, Türkiye, 2018.

- [142] S. Karaca, "Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun hasta güvenliğine etkisi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstinye Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [143] T. Çınarlı, "Acil hemşirelerinde merhamet yorgunluğunu etkileyen faktörler", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye, 2019.
- [144] G.Ç. Aydın, S. Aytaç, & Y. Şanlı, "Hemşirelerde algılanan stres ve stres semptomlarının işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkisi", *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, ss. 526-538, 2020.
- [145] S. Koçaşlı, D. Aktaş, & K. Avcı, "Bir eğitim araştırma hastanesinde hemşirelerin kurumdan ayrılmayı isteme nedenlerinin incelenmesi", *HEAD*, c. 14, sayı 2, ss. 127-130, 2017.
- [146] A. Güçlü, "Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye, 2014.
- [147] K.V. Upton, "An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: A mixed methods study", *Journal of Compassionate Health Care*, c. 5, sayı 1, ss. 1-27, 2018.
- [148] S. Şahinli, "Sağlık yöneticilerinin stratejik liderlik davranışlarının kriz yönetimi üzerine etkisi: İstanbul ili özel hastaneler uygulaması", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, Türkiye, 2018.
- [149] N. İbrahimoglu, "İşletmelerde Liderlik ve Kriz Yönetimi İlişkisi", *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, c. 10, sayı 2, ss. 135-140, 2011.
- [150] B. Atabay, "Sağlık kurumlarında kriz yönetimi ve örnek bir uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli, Türkiye, 2019.
- [151] Z. Bahar, "Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin problem çözme becerileri", *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, c. 1, sayı 2, ss. 3-14, 2019.
- [152] N. Karakurt, & M. Ekinci, "Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, c. 4, sayı 4, ss. 574-593, 2015.
- [153] M. Akçınar, & S.Ç. Koçyiğit, "Pandemi Döneminde Özel Hastanelerde Kriz

Yönetimi Faaliyetleri Konusunda Çalışan Algıları: Ankara İli Örneği," *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, c. 9, sayı 2, ss. 240-258, 2023.

- [154] A. Soysal, H.M. Paksoy, & M. Özçalıcı, "Kriz yönetiminde liderlik yeteneğinin bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi," *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, c.6, sayı 1, ss. 222-248, 2011.
- [155] G. Bingöl, & A. Demir, "Amasya Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri," *Göztepe Tıp Dergisi*, c. 26, sayı 4, ss. 152-159, 2011
- [156] S. Ünsar, "Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Duygusal Zeka Düzeyleri," *Üniversite ve Toplum Dergisi*, c. 9, sayı 1, ss. 13-27, 2009.
- [157] B. Sertgöz, & S. Demir, "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları," *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, c. 15, sayı 1, ss. 3-12, 2022.
- [158] E. Azgın, "Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları ile Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki", Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, Türkiye, 2019.
- [159] B.E. Kumru, "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acı Badem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2019.
- [160] Ş. Gül, & L. Dinç, "Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi," *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, c. 5, sayı 3, ss. 192-208, 2018.
- [161] E.D. Kaçmaz, & O. Çam, "Psikiyatri Hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi," *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, c. 10, sayı 1, ss. 65-74, 2019.
- [162] Ş. Aslanbay, "Yoğun Bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2015.
- [163] E. Çınar, "Trakya üniversitesi hastanesi ve Edirne devlet hastanesi yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakımı hizmetlerinin değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trakya Üniversitesi, Edirne, Türkiye, 2007.

- [164] E. Eymen, *Tez Önerisi Nasıl Hazırlanır*, İstanbul: İstatistik Merkezi Yayın No:2, 2007.
- [165] B.C. Field, & M.K. Field, *Environmental Economics: An Introduction*, McGraw-Hill, 2017.
- [166] A.K. Uğurlu, & F. Eti Aslan, "Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi?" *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, c. 9, s. 3, 2017.
- [167] N. Erbil, & A. Bakır, "Meslekte Profesyonel Tutum Envanterinin Geliştirilmesi," *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, c. 6, sayı 1, ss. 290-302, 2009.
- [168] J.C. Maytum, M.B. Heiman, & A.W. Garwick, "Compassion Fatigue and Burnout in Nurses Who Work with Children with Chronic Conditions and Their Families," *Journal of Pediatric Health Care*, c.18, sayı 4, ss. 171-179, 2004.
- [169] C.P. Weidlich, & D.N. Ugarriza, "A Pilot Study Examining the Impact of Care Provider Support Program on Resiliency, Coping, and Compassion Fatigue in Military Health Care Providers," *Military Medicine*, c. 18, sayı 3, ss. 290-295, 2015.
- [170] L.A. Cross, "Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis," *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, c.21, sayı 1, ss. 21-28, 2019.
- [171] S. Şahin, "Kriz ve kriz yönetimi kapsamında küçülme: konaklama işletmelerinde örnek bir uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir, Türkiye, 2005.
- [172] M. Meydan, "Kriz yönetimi ve muhtemel bir krize karşı işletmelerin hazırlıklarına yönelik alan araştırması" (Denizli Tekstil İşletmeleri Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon, Türkiye, 2005.
- [173] F. Akım, & A. Serra Görpe, "Liderin/Yöneticinin kriz iletişimindeki rolü ve önemi", Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 2005.
- [174] V. Todaro-Franceschi, *Compassion Fatigue and Burnout in Nursing: Enhancing Professional Quality of Life*, Springer Publishing Company, New York, 2024.
- [175] C. Harris, & M.T.Q. Griffin, "Nursing on Empty: Compassion Fatigue Signs, Symptoms, and System Interventions," *Journal of Christian Nursing*, c. 32, sayı 2, ss. 80-87, 2015.

7.EKLER

7.1. EK:1 TANITICI BILGI FORMU

Tanıtıcı Bilgi Formu	
1-Cinsiyetiniz 1. Kadın 2. Erkek	9-Günlük çalışma süreniz ne kadardır? 1. 8 saat 2. 16 saat 3. 24 saat
2- Medeni durumunuz? 1. Evli 2. Bekar	10- Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4
3- Eğitim durumunuz? 1. Lise 2. Önlisans 3. Lisans 4. Yüksek lisans 5. Doktora	
4-Çocuk sahibi olma durumu? 1. Evet 2. Hayır	
5-Hemşirelik mesleğinde kaç yıldır çalışıyorsunuz? 1. 0-2 yıl 2. 2-5 yıl 3. 5-10 yıl 4. 10 yıldan fazla	
6-Hangi birimde çalışıyorsunuz? 1. Onkoloji 2. Acil servis 3. Yoğunbakımlar 4. Palyatif	
7- Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz? 1. Evet 2. Hayır	
8- Çalıştığınız klinikteki hemşire sayısı kaçtır? 1. 4 2. 5 3. 6 4. 7 5. 8 6. 9 7. 10 ve üzeri	

7.2. EK:2 MERHAMEY YORGUNLUĞU KISA ÖLÇEĞİ

Ek. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek (MY-KÖ)

İş ve yaşam durumunuza ilişkin aşağıdaki ifadeleri değerkendirin. 1 ila 10 arasında derecelendirilmiş değerkendirme ölçeğini kullanarak deneyimlerinizi en iyi yansıtan rakamları yazın:

Asla/Nadiren											Çok Sık
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

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

7.3. EK:3 KRİZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

KRİZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ		KESİNLİKLE KATILMAM	KATILMAM	KARASIZIM	KATILIRIM	KESİNLİKLE KATILIRIM
MADDELER						
1. Boyut: Kriz Öncesi Faaliyetler						
1	Kurumumuz yöneticileri, kriz yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kurumumuzda krizler, kriz yönetimi ekibi ile yönetilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kurumumuzda krizi başarı ile yönetebilecek tecrübeli personel mevcuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kriz yönetim ekibinin rol, sorumluluk ve hedefleri açık bir şekilde belirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kriz yönetimini kolaylaştırabilmek için, kriz senaryolarımız mevcuttur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kriz öncesinde olası senaryolar için tatbikatlar yapılmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kriz plânı, hangi krize karşı ne tür tedbir alınması gerektiğini ortaya koyar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kriz plânımızın olması, kriz ânında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Boyut: Kriz Esnası Faaliyetleri						
10	Kriz esnasında, tüm paydaşların görüş/şikayetleri dikkate alınır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Kriz esnasında, tüm karar verme süreçlerinde kullanılan sistematik bir yöntem vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Kriz esnasında, iyi organize olan fonksiyonel ekiplerimiz vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kriz esnasında, olay/vaka raporlama mekanizması vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kriz esnasında, karşılaşılabileceğimiz vakalar için hızlı bir müdahale süreci vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Kriz esnasında, çalışanlarımızı iyileştirme/koruma planları geliştirilmiş ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kriz esnasında, etkin bir kurum içi/dışı haberleşme sistemimiz vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Kriz esnasında, iş yapılması için her türlü donanım/teçhizat temin edilmektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Kriz esnasında, bilgi ve becerilerimizi kullanma fırsatı sağlanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Boyut: Kriz Sonrası Faaliyetler						
20	Kriz sonrası durum analizleri sonucunda gerekli yönetsel değişiklikler yapılır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kriz sonrası çalışanlara yeni görev ve sorumluluklar verilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kriz sonrası kurum içi gerekli eğitimler verilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Kriz sonrası kurumun ihtiyacı olan kaynaklar temin edilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4. EK:4 BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİM ÖLÇEĞİ

	ÖLÇEK MADDELERİ	Hiç 1	Biraz 2	Orta Derece 3	Çok 4	Son Derece 5
Hümanizm	1.Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğimi hissettirmek	1	2	3	4	5
	2.Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak	1	2	3	4	5
	3.Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek	1	2	3	4	5
	4.Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek	1	2	3	4	5
	5.Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak	1	2	3	4	5
	6.Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak	1	2	3	4	5
Umut	7.Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	9.Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek	1	2	3	4	5
	10.Hastanın iyileşme çabasını önemsemek	1	2	3	4	5
	11.Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5
	12.Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5

	13.Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak	1	2	3	4	5
Duyarlılık	14.Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak	1	2	3	4	5
	15.Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek	1	2	3	4	5
	16.Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5
	17.Hastanın durumuna yönelik kendi duygularınızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5
	18.Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5

	19.Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek	1	2	3	4	5
Yardım Edici	20.Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek	1	2	3	4	5
	21.Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5
	22.Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek	1	2	3	4	5
	23.Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak	1	2	3	4	5
	24.Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak	1	2	3	4	5
	25.Hasta konuşurken sözünü kesmemek	1	2	3	4	5

	26.Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek	1	2	3	4	5
Duygu İ. E.		1	2	3	4	5
	28.Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek	1	2	3	4	5
	29.Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak	1	2	3	4	5
	30.Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak	1	2	3	4	5
	31.Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	32.Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek	1	2	3	4	5
Sorun Çözme	33.Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	34.Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	35.Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	36.Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5

	37.Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak	1	2	3	4	5
	38.Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5
	39.Hastayı, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5

Öğretim	40.Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5
	41.Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	43.Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak	1	2	3	4	5
	44.Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek	1	2	3	4	5
	45.Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarırken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek	1	2	3	4	5
	46.Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek	1	2	3	4	5
	47.Hastaya, tedavilerinin yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5
Çevre	48.Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek	1	2	3	4	5
	49.Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn;sırt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırmayı düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5
	50.Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek	1	2	3	4	5
	51.İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip	1	2	3	4	5

	hafifletmediğini kontrol etmek					
	52.Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5
	53.Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5

	54.Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek	1	2	3	4	5
Gereksinimler	55.Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığında yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	56.Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) hastaya nasıl uygulanacağını bilmek	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
	58.Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek	1	2	3	4	5
	59.Hasta yakınlarını, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastanın onayı ile)	1	2	3	4	5
	60.Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek	1	2	3	4	5
	61.Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek	1	2	3	4	5
	62.Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek	1	2	3	4	5
	63.Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi	1	2	3	4	5
	64.Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak (örn; uyku, hijyen vb.)	1	2	3	4	5
Maneviyat	65.Hastaya, kendini iyi hissetmesi için destek olmak	1	2	3	4	5
	66.Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek	1	2	3	4	5
	67.Hastaya, yaşamındaki önceliklerini belirlemesi için yardım etmek	1	2	3	4	5
	68.Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek	1	2	3	4	5
	69.Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek	1	2	3	4	5

70.Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn; dua etmek, meditasyon, belirli törenlere katılmak vb.)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---



7.5. EK:5 BİREYSEL DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME FORMU

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Size göre hemşirelikte merhametin önemi ve rolü nedir? Anlatır mısınız?

2. Hastaya verdiğiniz tedavi ve bakım size neler hissettirir? Bahseder misiniz?

sonda: beklediğiniz iyileşme gerçekleşmezse neler hissedersiniz?

Sonda: Beklediğiniz iyileşme gerçekleşirse neler hissedersiniz?

3. Merhamet Yorgunluğu kavramını daha önce duydunuz mu?

4. Merhamet yorgunluğu yaşamak, hangi durumlarda gerçekleşebilir?

Sonda: Kendi deneyimlerinizden örnekler verebilir misiniz?

5. Merhamet yorgunluğunun, bir hemşirenin yaşantısı üzerinde ne gibi etkileri olabilir? Bahseder misiniz?

Sonda: iş verimliliği ve motivasyonu üzerinde nasıl bir etki yapabilir?

Sonda: mesleki tatmini üzerinde ne gibi etkileri olabilir?

Sonda: Kişisel hayatı üzerinde ne gibi etkileri olabilir?

6. Merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşire, bu durumla başa çıkmak için neler yapabilir? Bahseder misiniz?

sonda: Kendi baş etme stratejilerinizden ve deneyimlerinizden örnek verir misiniz?

Sonda:size göre baş etmenin en etkili yolu hangisidir?

7. Merhamet yorgunluğu, hemşire-hasta etkileşiminde ne tür etkilere sebep olabilir?

Sonda: hasta tarafından.....

Sonda: Hemşire tarafından.....

8. Merhamet yorgunluğu nedeniyle bakım odaklı hasta etkileşiminizde zorlandığımız bir durum yaşadınız mı? Nasıl bir yaklaşım benimsediniz?

9. Merhamet yorgunluğunun, hemşirelerde kriz yönetiminde nasıl bir rol oynadığını düşünüyorsunuz?

Sonda:Kriz anında karar verme yeteneğini nasıl etkileyebilir?

Sonda:Kriz anında stresle başa çıkmada nasıl bir etki edebilir?

10. Kriz yönetimi sırasında kendinizi nasıl motive ediyorsunuz? Örnek verebilir misiniz?

Alternatif: Bu süreçte moralinizi nasıl yüksek tutuyorsunuz?

11. Bölümünüzde çalışırken karşılaştığımız en zor kriz durumu neydi? Bahseder misiniz?

Sonda:Bu durumla nasıl başa çıktınız?

**7.6. EK:6 BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**



**Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu**

Osman ZENGİN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik

Sayın Osman ZENGİN,

"Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi ve Kriz Yönetimine Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvurunuz (Protokol NO. 2023/176) kurulumuzun 07.05.2023 tarihli ve 2023/04 toplantısında değerlendirilerek etik olarak **uygun bulunmuştur**. Bilgilerinize sunarız.

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)

Prof. Dr. Mehmet BRYİGİT (Üye)

Prof. Dr. Altay EREN (Üye)

Prof. Dr. H. Birol YALÇIN (Üye)

İzinli

Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Doç. Dr. Abdullah DURAKOĞLU (Üye)

Av. Zuhal Demirci (Üye)

7.7. EK:7 KURUM İZİNLERİ



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38244951-605-242674360
Konu : Doç. Dr. Ayşe Demiray (2024-29)

02.05.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Bilimsel Araştırma Komisyon Kararı yazımız ekinde sunulmuş olup, araştırmayı başlatmak üzere ilgili tesislerin eğitim birimine başvurulması hususunda;
Gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Halil İlker YENCİLEK
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Doç. Dr. Ayşe Demiray

Dağıtım:
Ayşe Demiray
Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliğine
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Başhekimliğine



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

BOLU İZZET BAYSAL EAH İDARI VE MALİ HİZMETLER
MÜDÜRLÜĞÜ
BOLU İZZET BAYSAL EAH ÖZLÜK BİRİMİ
23.03.2023 14:58:09 E-33443051-903.99-211999613



Sayı : E-33443051-903.99-211999613
Konu : Etik Kurul Onayı-Osman ZENGİN

23.03.2023

Sayın Osman ZENGİN
Hemşire

İlgi : 22.03.2023 tarihli ve 211913800 sayılı yazınız.

İlgi, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, "Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi ve Kriz Yönetimine etkisinin değerlendirilmesi"adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Etik Kurul onay sonrası Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereği bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN
Başhekim



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

BOLU İZZET BAYSAL Dİ SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ
MÜDÜRLÜĞÜ

BOLU İZZET BAYSAL Dİ EĞİTİM BİRİMİ
29.03.2023 13:05:26 E-68246970-770-212396066



Sayı : E-68246970-770-212396066
Konu : Hemşire Osman ZENGİN'in Yüksek
Lisans Tez Çalışması İzni

29.03.2023

Sayın Osman ZENGİN

İlgi : 29.03.2023 tarihli yazınız.

İlgili dilekçenizde belirtmiş olduğunuz "Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi ve Kriz Yönetimine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmanızı; etik kurul onayı ve Sağlık Müdürlüğü izni ile belgelerin eğitim birimimize bildirilmesi durumunda kurumumuzda yürütmeniz uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Rıdvan ERDİN
Başhekim

7.8. EK:8 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu araştırma, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda hazırlanmakta olan 'Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğunun Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi ve Kriz Yönetimine Etkisinin Değerlendirilmesi' başlıklı yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu Çalışma tez danışmanı Doç. Dr. Ayşe Demiray (Sorumlu Araştırmacı) ve Osman Zengin (yardımcı araştırmacı) tarafından yürütülecektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olacaktır. Bu sebeple sizler çalışmaya katılıp katılmamak konusunda serbestsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret asla istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız takdirde size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlı olup çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahip bulunacaksınız. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel durum teşkil etmeyecektir. Çalışmadan çekilmeniz taktirde sizinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırma yayınlansa dahi kişisel bilgileriniz asla verilmeyecektir. Lakin araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait bilgilerinize ulaşabilirsiniz. Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikayetiniz varsa Sosyal Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Hamit COŞKUN' a bildirebilirsiniz. Her tür şikayetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir. Araştırma sonunda, araştırma sonucu ile bilgi talep etmeniz durumunda, elde edilen bilimsel bilgiler paylaşılabilir. Lütfen sorularınızı araştırma sonunda araştırmacıya hiç çekinmeden sorunuz.

Araştırmamızın sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi için bu bilgilendirme formunu okuyup onaylamanız gerekmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve katkıda bulunduğunuz için çok teşekkür ediyoruz.

Okudum ve kabul ediyorum.

İmza:

Tarih:

Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Ayşe Demiray