



**ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM
DALI**

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ İLE
MERHAMET YORGUNLUĞU ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melike GÜZEL

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL**

Adıyaman/2024

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL BAKIM
YETKİNLİĞİ İLE MERHMET YORGUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melike GÜZEL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ İLE MERHAMET YORGUNLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Melike GÜZEL

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eylül/2024, Sayfa: 76

Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu düzeylerini belirlemeyi, aralarındaki ilişkiyi incelemeyi ve etkileyen değişkenleri saptamak amacıyla gerçekleştirildi. Şubat-Mart 2024 tarihleri arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve katılan 188 hemşire ile yürütülen bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmada Katılımcı Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği (MYKÖ) ve Psikososyal Bakım Yeterliliği Öz Değerlendirme Ölçeği (PBYÖDÖ) kullanılarak veriler toplandı. Analiz sürecinde ise tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklem Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (Oneway ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi ve LSD post hoc testi uygulandı. Katılımcıların %55,9'unun 26-30 yaş aralığında, %52,7'sinin erkek ve %71,8'inin bekar olduğu belirlendi. PBYÖDÖ toplam puan ortalaması $64,14 \pm 13,47$, MYKÖ toplam puan ortalaması $68,73 \pm 23,70$ olarak bulundu. PBYÖDÖ ile MYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. ($r:0,041$; $p<0,578$). Medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ'nün bilgiyi kullanma alt boyutu arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Cinsiyet ve çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Yaş değişkenine göre MYKÖ'nün "İkincil Travma" alt boyutu arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve "Mesleki Tükenmişlik" alt boyutu arasında anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Bu çalışma kapsamında, psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, bu iki kavram arasındaki ilişkiyi daha detaylı bir şekilde inceleyen ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; Merhamet yorgunluğu; Psikososyal bakım; Yoğun bakım.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOSOCIAL CARE COMPETENCE AND COMPASSION FATIGUE OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE

Melike GÜZEL

Department of Nursing Fundamentals

Adıyaman University, Graduate Education Institute, September/2024, Page: 76

Assoc. Prof. Dr. Ceyda BAŞOĞUL

This study was conducted to determine the psychosocial care competence and compassion fatigue levels of intensive care nurses, to examine the relationship between them, and to determine the affecting variables. In this descriptive and correlational study conducted with 188 nurses working and participating in Şanlıurfa Training and Research Hospital between February and March 2024, data were collected using the Participant Information Form, Compassion Fatigue Brief Scale (CFS) and Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale (PBYÖDÖ). Descriptive statistics, Independent Samples Test, One-Way Analysis of Variance (Oneway ANOVA), Pearson Correlation Analysis and LSD post hoc test were applied in the analysis process. It was determined that 55.9% of the participants were between the ages of 26-30, 52.7% were male, and 71.8% were single. The total mean score of PBESÖ was found as 64.14 ± 13.47 , and the total mean score of MYKÖ was found as 68.73 ± 23.70 . When the relationship between PBESÖ and MYKÖ was examined; no relationship was found between them. ($r:0.041$; $p<0.578$). A significant difference was found between the information use sub-dimension of PBESÖ according to the marital status variable ($p<0.05$). A significant difference was found between MYKÖ and its sub-dimensions according to the gender and unit of employment variables ($p<0.05$). A significant difference was found between the “Secondary Trauma” sub-dimension of MYKÖ according to the age variable ($p<0.05$). A significant difference was found between MYKÖ and the “Occupational Burnout” sub-dimension according to the economic status variable ($p<0.05$). Within the scope of this study, a direct relationship was not found between psychosocial care competence and compassion fatigue. However, additional research is needed to examine the relationship between these two concepts in more detail.

Keywords: Nurse; Compassion fatigue; Psychosocial care; Intensive care.

TEŞEKKÜR SAYFASI

Bu yüksek lisans tezinin hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

Öncelikle, tez danışmanım Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL’a değerli rehberliği ve bilimsel katkıları için minnettarlığımı ifade ederim. Danışmanımın uzmanlığı ve yönlendirmeleri, araştırmamın derinliğini ve kalitesini artırmada büyük rol oynamıştır.

Ailemden anneme, babama, ablalarım ve özellikle abim Aykut GÜZEL’e, sürekli destek ve anlayışları için teşekkür ederim. Bu süreçteki sabır ve destekleri, akademik çalışmalarımı sürdürmemde bana büyük güç vermiştir.

Klinik sorumlu hemşireme, çalışma arkadaşlarıma ve tez çalışmasına katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma teşekkürlerimi sunarım. Katkılarınız, çalışmamın başarılı bir şekilde tamamlanmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur.

Tezime bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren Öğr. Gör. Güray KARAÇİL’a değerli katkıları için teşekkür ederim. Sağladığınız bilgiler ve deneyimler, araştırmamın kapsamını genişletmiş ve nitelikli bir çalışma yapmamı sağlamıştır.

Son olarak, üniversitemizin akademik ve idari personeline süreç boyunca sağladıkları destek ve profesyonel yardımlar için teşekkür ederim. Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sağladığınız katkılar büyük önem taşımaktadır.

Herkese katkıları ve destekleri için teşekkür ederim.

Melike GÜZEL

Adıyaman Üniversitesi

23.08.2024

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Melike GÜZEL

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hemşirelikte Kavramlar	3
2.1.1. İnsan.....	3
2.1.2. Sağlık ve hastalık	3
2.1.3. Bakım ve holistik bakım kavramı	3
2.1.4. Yoğun bakım ünitesi.....	4
2.1.5. Yoğun bakım hemşireliği	5
2.2. Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Yaygın Olarak Görülen Psikososyal Tepkiler.....	7
2.2.1. Öfke.....	8
2.2.2. Güçsüzlük	10
2.2.3. Deliryum	11
2.2.4. Depresyon	11
2.2.5. Anksiyete	12
2.2.6. Umut-Umutsuzluk	13
2.2.7. Spiritüel sıkıntılar.....	14
2.3. Psikososyal Bakım	14
2.3.1. Düzey 1: Temel iletişim ve tanılama becerileri	15
2.3.2. Düzey 2: Rutin-koruyucu psikolojik bakım	15
2.3.3. Düzey 3: Özelleşmiş psikolojik girişimler	15

2.3.4. Düzey 4: Terapi.....	16
2.4. Psikososyal Değerlendirme	16
2.5. Mental Durum Değerlendirilmesi	17
2.6. Yetkinlik	17
2.7. Merhamet Yorgunluğu.....	18
2.7.1. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tasarımı	21
3.2. Araştırmanın Hipotezi.....	21
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.3.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri	21
3.3.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri	21
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	22
3.6.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri.....	22
3.6.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri.....	22
3.7. Veri Toplama Araçları.....	22
3.7.1. Katılımcı bilgi formu	23
3.7.2. Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği (PBYÖDÖ).....	23
3.7.3. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği (MYKÖ)	23
3.8. Verilerin Toplanması.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.11. Verilerin Analizi.....	25
4. BULGULAR	27
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
4.2. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	27
4.3. Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme ve Merhamet Yorgunluğu Yaşama Durumları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
4.4. PBYÖDÖ'deki İfadelere İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Sonuçları	31
4.5. MYKÖ'deki İfadelere İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Sonuçları	31

4.6. Katılımcı Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyutlar

Puan	Ortalamaları	Arasındaki	İlişkiye	Yönelik
Bulgular.....				32
4.6.1. Cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular...				32
4.6.2. Cinsiyet değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				32
4.6.3. Medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				33
4.6.4. Medeni durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				34
4.6.5. Yaş değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				34
4.6.6. Yaş değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				35
4.6.7. Çalışılan birim değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				37
4.6.8. Çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				38
4.6.9. Ekonomik durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				40
4.6.10. Ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				41
4.6.11. Öğrenim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				42
4.6.12. Öğrenim durumu değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				43
4.6.13. Çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				44
4.6.14. Çalışma yılı değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				44
4.6.15. Çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				45
4.6.16. Çalışma şekli değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular.....				46

4.7. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve Alt Boyutları ile MYKÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi.....	46
5. SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER	48
5.1. Sonuçlar	48
5.2. Tartışma.....	49
5.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin özelliklerinin tartışılması	49
5.2.2. Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile PBYÖDÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması	50
5.2.3. Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile MYKÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması.....	54
5.2.4. Psikososyal bakım yetkinlikleri ile merhamet yorgunluğu yaşamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması	58
5.3. Öneriler.....	61
KAYNAKÇA.....	62
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR SAYFASI

	Sayfa
Tablo 2.1. Psikososyal bakım düzeyleri.....	14
Tablo 3.1. Ölçeklerin ve alt boyutların Cronbach's Alpha (α) güvenirlik katsayılarına ilişkin bilgiler.....	24
Tablo 3.2. Ölçeklerin ve alt boyutlarının örneklem sayısı, Kolmogorov-Smirnov test sonucu ve çarpıklık-basıklık değerleri.....	26
Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre dağılımı.....	28
Tablo 4.3. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumlarına ilişkin görüşleri.....	29
Tablo 4.4. Hemşirelerin psikososyal bakım verme durumlarına ilişkin görüşleri.....	30
Tablo 4.5. PBYÖDÖ'deki ifadelere ilişkin betimleyici istatistikler ve sonuçları.....	31
Tablo 4.6. MYKÖ'deki ifadelere ilişkin betimleyici istatistikler ve sonuçları.....	31
Tablo 4.7. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı.....	32
Tablo 4.8. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı.....	33
Tablo 4.9. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre dağılımı.....	33
Tablo 4.10. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.11. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı.....	34
Tablo 4.12. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı.....	35
Tablo 4.13. Hemşirelerin MYKÖ'nün "İkincil Travma" alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı.....	36

Tablo 4.14.	Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışılan birim değişkenine göre dağılımı.....	37
Tablo 4.15.	Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışılan birim değişkenine göre dağılımı.....	38
Tablo 4.16.	Hemşirelerin çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edinilen bulgular.....	39
Tablo 4.17.	Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre dağılımı.....	40
Tablo 4.18.	Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre dağılımı.....	41
Tablo 4.19.	Hemşirelerin ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve ‘‘Mesleki Tükenmişlik’’ alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edinilen bulgular.....	42
Tablo 4.20.	Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre dağılımı.....	42
Tablo 4.21.	Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre dağılımı.....	43
Tablo 4.22.	Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma yılı değişkenine göre dağılımı.....	44
Tablo 4.23.	Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma yılı değişkenine göre dağılımı.....	45
Tablo 4.24.	Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma şekli değişkenine göre dağılımı.....	45
Tablo 4.25.	Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma şekli değişkenine göre dağılımı.....	46
Tablo 4.26.	PBYÖDÖ ve alt boyutları ile MYKÖ ve alt boyutları değişkenlerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları.....	47

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MYKÖ	Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği
PBYÖDÖ	Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği
KLPH	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TDK	Türk Dil Kurumu
Oneway ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
α	Alfa

1. GİRİŞ

İnsan, biyopsikososyal ve spirütüel boyutları olan bir canlıdır ve bu boyutlar da kendi arasında hiyerarşik bir düzene sahiptir [1-3]. Boyutların herhangi birinde gerçekleşecek olan değişim diğer boyutları da etkileyebilmekte ve beraberinde bireyde bazı problemlere neden olabilmektedir [1, 4, 5]. Hemşirelerin bireyleri tüm boyutları ile ele almaları bakımın kalitesini oldukça arttıracak ve hastalığında seyrini, tedaviye uyumunu, hastalıkla baş etme sürecini, hastanede yatış süresini olumlu yönde etkileyecektir [6, 7]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık kavramı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır [8]. Hastalık kavramı ise bir kriz durumudur [9, 10]. Bu bağlamda fiziksel rahatsızlıklar, bireyin yaşadığı olumsuz deneyimler, sosyal yaşamındaki iletişim sorunları, günlük aktivitelerini yerine getirememe gibi yaşam kalitesini düşüren problemler bireyde krize neden olabilmektedir. Bireyin yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar da beraberinde psikososyal tepkilere yol açabilmekte ve bu kriz sürecini tek başına yönetmek birey için zor bir süreç haline gelebilmektedir [11-14]. Hemşirelik, hastaların zor anlarında onlara destek olan, hastaya şefkat ve sevgiyle yaklaşan, tedavisi ve bakımında gerekli empatiyi ve merhameti sağlayan bir meslek grubudur [15]. Hemşireler, bireylere kaliteli bakımın sağlanması için fiziksel gereksinimlerinin yanında psikososyal gereksinimlerinin de giderilmesi yönünden önemli bir yere sahiptir [16, 17]. Psikososyal bakım, bireylerin sağlığını tehdit eden veya edebilecek durumların değerlendirilip, duygusal ve psikolojik problemlerle karşılaşıldığında destek olarak uyum sağlanılmasını hedefleyen bir yaklaşım biçimidir [18]. Destek olurken hemşirelerin merhamet duygusunu bakıma yansıtabilmeleri ise bakımın kalitesini arttırmak açısından oldukça önemlidir. Merhamet kavramının bakıma kazandırılması; hasta-hemşire arasındaki güven duygusunu arttırdığı, bireyin korku ve endişelerinde azalma gözlemlendiği ve iyileşmesi yönünde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir [19, 20]. Fakat hemşirelerin iş yükünün fazla olması, travma ve acılara uzun süre maruz kalmaları, empati kurmaları ve bireylerin psikososyal gereksinimlerin giderilmesi yönünde çaba sarf etmeleri sonucunda yoğun stres yaşamakta olup buna bağlı merhamet yorgunluğu yaşayabilmektedirler [21]. Merhamet yorgunluğu; yaşanan sorunlara, acı ve travmalara şahit olmak, empati kurmak ve aynı zamanda sürekli temas halinde olmaktan dolayı yaşanan psikolojik yorgunluk olarak tanımlanmaktadır [22]. Özellikle kritik hastalıkların tedavisinin ve bakımının yapıldığı öncelikli birim olan yoğun bakım ünitelerinde hastalarda farklı birçok stresöre bağlı psikososyal sorunlarla daha fazla karşılaşılmaktadır [23, 24]. Herridge ve arkadaşlarının

yaptığı araştırma sonuçlarına bakıldığında yoğun bakımda yatan hastalarda görülen psikososyal tepkilerin taburculuk sonrasında da 5 yıla kadar devam ettiği gözlemlenmiştir [25]. Aynı zamanda yapılan çalışmalara bakıldığında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta ve işleyişe bağlı zorluklar nedeniyle merhamet yorgunluğu yaşama düzeyinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir [26, 27].

Literatür incelendiğinde; sağlık bakım uygulamalarında hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamaları sonucunda uygulanan bakım kalitesinde ve hastaya tahammül seviyesinde azalma, hastaya karşı duyarsızlaşma, iş doyumsuzluğu ve empati kaybı gibi mesleki etkileri olduğu belirlenmiştir [28-31]. Hemşirelerin psikososyal bakım konusundaki bilgi ve beceri eksiklikleri, hastalara bütüncül bakım anlayışıyla yaklaşımlarını zorlaştırabilir ve merhamet yorgunluğuna yol açarak verilen bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilir. Hastaya uygulanacak bakımın kalitesini etkileyen psikososyal bakım yetkinliği ve merhamet yorgunluğu kavramları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri ile yaşadıkları merhamet yorgunluğunu birlikte incelemenin önemli olduğu düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu düzeylerinin belirlenmesi, düzeyleri etkileyen değişkenlerin saptanması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlandı.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğu düzeyi nedir?
2. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlik düzeyi nedir?
3. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğu düzeyini etkileyen sosyodemografik faktörler nelerdir?
4. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlik düzeyini etkileyen sosyodemografik faktörler nelerdir?
5. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile deneyimledikleri merhamet yorgunluğu arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelikte Kavramlar

2.1.1. İnsan

İnsan, biyolojik, psikolojik, toplumsal, kültürel ve ruhsal boyutlarıyla zengin bir varlıktır. Bu boyutlar arasında karşılıklı ilişkiler bulunur ve insanın her bir boyutta belirli ihtiyaçları vardır. Herhangi bir boyutta meydana gelen değişim, diğer boyutları da etkileyebilir. Dolayısıyla, insanın bütünlüğünü korumak ve sürdürmek, hemşirelik bakımının temel hedeflerindendir [1, 4, 5].

2.1.2. Sağlık ve hastalık

DSÖ'ye göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve zihinsel açıdan tam bir iyilik halidir [8]. Bu tanımlama, sağlığın sadece bedensel değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve manevi boyutları da içeren çok yönlü bir kavram olduğunu gösterir [32]. Sağlık, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönleriyle ayrılmaz bir bütünü oluşturur [33]. Her bir yön birbirini etkiler ve birbirinden etkilenir; bu nedenle, sağlıklı kalmak için bu yönlerin uyum içinde ve bütünsel olarak devam etmesi önemlidir. Bu bütünlüğün bozulması, bireyler için kriz durumu olarak hastalığa yol açar [34].

Hastalık, biyolojik, psikolojik, sosyal, toplumsal ve manevi boyutlara sahip bir olgu olup yaşamı, kimliği ve varoluşu tehdit eden bir kriz durumuna işaret eder [35]. Hastalık, yalnızca fizyolojik boyutta değil, aynı zamanda bireyin duygusal, zihinsel, sosyal ve manevi boyutlarını da içeren bir bozulma olarak tanımlanır [36]. İnsan biyopsikososyal bir varlıktır ve tüm boyutlar arasında etkileşim vardır. Fiziksel yapı ve işlev bozuklukları ruhsal boyutu etkileyebilirken, ruhsal çatışma ve stresler de fiziksel işlevleri etkileyebilir [36-38]. Dolayısıyla, hemşirelerin holistik bakımı iyi bilmesi ve uygulaması son derece önemlidir [39].

2.1.3. Bakım ve holistik bakım kavramı

Bakım, hemşireliğin varoluşunun temel nedeni olarak kabul edilir [40]. Hemşirelik uygulamalarında, bakım en önemli unsur olarak değerlendirilir ve bu bakım, etik ve ilişki temelli yönleri bulunan, subjektif ve çok katmanlı bir olgudur. Bu, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur. Hemşirelik, hastaların sadece tıbbi ihtiyaçlarını değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve ruhsal gereksinimlerini de karşılayarak kapsamlı bir hizmet sunar.

Dolayısıyla, bakımın önemi, hemşirelik mesleğindeki en belirgin öğelerden biridir ve hastaların sağlık ve refahlarını desteklemek için hayati bir role sahiptir [41]. Holistik bakım, bakım hizmetlerinin sunulması sırasında bireye bütüncül bir yaklaşımın önemini vurgulayan bir kavramdır. İnsanın tüm boyutlarıyla birlikte ele alınması gerektiğini savunur ve her bireyin benzersiz olduğunu, dolayısıyla çevresiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini öne sürer. Herhangi bir boyutta meydana gelen değişiklik veya yetersizlik durumunun diğer boyutları da etkilediğine dikkat çeker. Bu özel hemşirelik uygulaması, fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve spiritüel ihtiyaçları içeren tüm boyutları kapsayarak kişinin sağlık ve refahını destekler [1, 42, 43].

2.1.4. Yoğun bakım ünitesi

Yoğun bakım üniteleri, kritik sağlık durumlarına sahip hastaların özel birimlerde tedavi edildiği önemli bir sağlık hizmeti sunar. Bu üniteler, hastaların bir veya birden fazla organ ya da organ sistemlerinde ciddi fonksiyon bozukluğu olduğunda gerekli yoğun bakımı sağlar. Yoğun bakım üniteleri, modern teknolojiyle donatılmış olup, hastaların hayati fonksiyonlarını izlemek ve tedavi etmek için gelişmiş cihazlardan yararlanır. Ayrıca, burada hasta takibi ve tedavisi kesintisiz olarak 24 saat boyunca sürdürülür [44].

Ülkemizde yoğun bakım üniteleri, hastaların özel ihtiyaçlarına göre belirlenen çeşitli kriterlere dayalı olarak üç farklı seviyede düzenlenir. Bu düzenleme, hastaların durumu, tedavi gereksinimleri, yatak kapasitesi, personel niteliği ve teknik donanım gibi faktörlere göre yapılır.

“I. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri” olarak adlandırılan birimler, hastaların rutin takip ve tedavi gereksinimlerinin karşılanamadığı durumlarda daha yakından izlendiği yerlerdir. Bu birimlerde, organ yetmezliği gelişmemiş ve mekanik ventilasyon gerektirmeyen hastalar özel bir gözetim altında tutulur. Hastalar, invaziv olmayan yöntemlerle sürekli olarak izlenir ve monitörize edilir. Gerekli durumlarda hastanın daha ileri tedavi veya bakım gerektiren birimlere sevki sağlanır. Bu birimler, hastaların stabilizasyonu ve tedaviye başlanması için önemli bir ilk adımı temsil ederler.

“II. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri” olarak adlandırılan birimler, hastaların ileri düzeyde yaşam desteğine ihtiyaç duyduğu durumlarda hizmet verir. Bu birimlerde, hastaların invaziv olarak monitörize edilmesi sağlanır ve solunum desteği gereksinimlerine göre tedavi uygulanır.

“III. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri”, karmaşık hastalıkların tedavi edildiği özel birimlerdir. Bu birimlerde, hastaların bir veya birkaç organının işlevini yerine getiremediği durumlarda kritik tedaviler uygulanır ve sürekli gözlem altında tutulurlar. Özellikle renal replasman tedavisi gibi hayati öneme sahip işlemler burada gerçekleştirilir ve hastaların durumu titizlikle takip edilir. Yoğun bakım personeli, hastaların 24 saat boyunca kesintisiz sağlık hizmeti almasını sağlar ve iki hastaya bir hemşire veya sağlık personeli bakacak şekilde düzenleme sağlanır. Bu sayede, her hastanın gereksinimleri ve tedavi süreci daha yakından takip edilir, sağlık bakım kalitesi artar ve hastaların memnuniyeti sağlanmış olur [45-48].

Yataklı tedavi birimleri, multidisipliner bir yaklaşımla yönetilir [49]. Bu, farklı sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek hastaların sağlık durumunu en iyi şekilde yönetmeyi amaçlayan bir çalışma modelidir. Bu ekip, özel eğitim almış ve acil tıbbi müdahalelerde hızlı bir şekilde hareket edebilecek donanımına sahiptir. Aynı zamanda, hastaların konforunu ve refahını artırmak için çeşitli becerilere sahip sağlık uzmanlarından oluşur [50]. Hekimler ve hemşirelerin yanı sıra, diyetisyenler, eczacılar, fizyoterapistler ve psikologlar gibi farklı uzmanlar bu ekibi oluşturur [45]. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların durumlarını yakından izler, değişiklikleri raporlar ve hastaların bakımı ve tedavisi için önemli bir rol oynarlar. Bu sayede, yoğun bakım ekibinin başında yer alırlar ve hastaların sağlık durumunu en yakından takip edenler arasındadırlar [51].

2.1.5. Yoğun bakım hemşireliği

Yoğun bakım hemşireliği, kritik hastaların sağlık durumlarını optimize etmeyi hedefleyen özel bir hemşirelik hizmetidir. Bu hizmet, hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik dengelerini en üst seviyede korumak için titizlikle tasarlanmış bir süreçle gerçekleştirilir. Yoğun bakım hemşireleri, alanlarında özel eğitimlerden geçer ve belirli protokollere ve uygulamalara tabi tutulurlar. Bu sayede, kritik hastalara en etkili bakımı sağlamak için gerekli becerilere sahip olurlar. Ayrıca, sürekli olarak araştırma yaparlar ve yeniliklere açık bir şekilde yaklaşırlar, böylece güncel bilimsel ve klinik gelişmeleri hastaların iyileşme süreçlerine entegre edebilirler. Bu sayede, yoğun bakım hemşireliği, kritik hastaların bakımında en yüksek standartları ve en iyi sonuçları sağlamak için önemli bir rol oynar [52, 53]. Yoğun bakım hemşirelerinin temel görevleri arasında yaşamsal işlevlerin sürekli olarak izlenmesi ve gerektiğinde müdahale edilmesi, bakım ve tedavi prosedürlerinin uygulanması bulunur. Özellikle bilinci kapalı hastalarda malnütrisyon riskinin azaltılması için beslenme

tedavisi sağlanması da önemlidir. Kişisel hijyen standartlarının korunması ve hastanın bakımının titizlikle yürütülmesi de yoğun bakım hemşirelerinin sorumlulukları arasındadır. Ayrıca, hastaların tıbbi kayıtlarının tutulması ve hasta ile hasta yakınları arasında terapötik iletişimin sağlanması ve gerekli eğitimin verilmesi de önemli fonksiyonel hizmetlerdir. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak ve hastaların en iyi şekilde desteklenmesini sağlamak için bu görevleri yerine getirirler. Bu şekilde, kritik hastaların bakımında önemli bir rol oynarlar ve hastaların sağlık ve iyilik halini desteklerler [49, 54].

Yoğun bakım birimleri, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik yönden zorlu bir süreç yaşadığı, genellikle yüksek bağımlılık düzeyine sahip oldukları ve hastanın tüm ihtiyaçlarının karşılanması için yoğun çaba harcanması gereken birimlerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin temel sorumluluğu, hastaları kritik şartlar altında bütünsel bir şekilde değerlendirmektir. Bu değerlendirme, hastanın fiziksel sağlığının yanı sıra, duygusal ve psikolojik durumunu da içermelidir. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların bu zorlu süreçte ihtiyaç duyabilecekleri tüm yönleriyle ilgilenmeli ve onları desteklemelidirler. Bu şekilde, hastaların en iyi şekilde tedavi edilmesi ve iyileşme süreçlerinin en etkili şekilde yönetilmesi sağlanır [55, 56].

Aktaş'ın çalışmasından çıkan sonuçlar, yoğun bakım hemşirelerinin iş yoğunluğu nedeniyle hastalarla yeterince iletişim kuramadıklarını ve bu durumun hastaların olumsuz hissetmelerine neden olduğunu göstermektedir. Ayrıca, yoğun bakımdaki diğer hastaların durumlarının kötüleşmesi, hemşirelerin dikkatini dağıtabilir ve bu durum da hastaların duygusal ihtiyaçlarının ihmal edilmesine yol açabilir. Hastanın sağlık durumunun kritik olması, hemşirelerin öncelikli olarak fizyolojik bakıma odaklanmalarına ve hastanın duygusal ve psikososyal gereksinimlerini göz ardı etmelerine neden olabilir. Bu durumda, hemşirelerin bütünsel bir bakış açısıyla hastaları değerlendirmesi ve hem fizyolojik hem de duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için çaba göstermesi önemlidir. Bu şekilde, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik iyilik hali desteklenir ve tedavi sürecinin daha etkili olması sağlanır [50].

Yoğun bakım hemşiresinin görev tanımında, hastanın psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik önemli bir rol olduğu yönetmelikte belirtilen 15. madde de “Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar” şeklinde vurgulanmaktadır. Bu, hastanın sadece bedensel olarak iyileşmesi değil, aynı zamanda duygusal ve psikolojik olarak da desteklenmesi gerektiğini

vurgular. Yoğun bakım hemşireleri, hastaların ve ailelerinin duygusal ihtiyaçlarını anlamak ve uygun bir hemşirelik yaklaşımıyla bu ihtiyaçları karşılamak için önemli bir rol oynarlar. Bu şekilde, hastaların tedavi sürecinde tam bir iyileşme ve sağlık için gereken destek sağlanır [57].

Hastaların psikososyal bakım gereksinimlerinin karşılanması, onlarla etkili iletişim kurulması ve hem hastanın hem de ailesinin psikososyal ihtiyaçlarının farkında olunması gibi müdahalelerle gerçekleştirilir [58]. Ancak, birçok çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün fazlalığı, acil müdahalelere aktif katılımları ve psikososyal bakım konusundaki bilgi ve beceri eksiklikleri gibi engellerin, psikososyal bakımın ihmal edilmesine neden olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durumda, bakımın sadece fiziksel boyutta kalması ve hastanın duygusal ve psikososyal ihtiyaçlarının ihmal edilmesi söz konusu olabilir. Hemşirelerin psikososyal bakım konusundaki bilgi ve becerilerinin artırılması, iş yükünün azaltılması ve acil müdahalelerin yanı sıra psikososyal destek için de zaman ayrılması, bu engellerin aşılmasına yardımcı olabilir. Bu sayede, hastaların bütünsel olarak iyileşmesi ve sağlık durumlarının geliştirilmesi için daha etkili bir bakım sağlanabilir [50, 59, 60].

2.2. Yoğun Bakımda Yatan Hastalarda Yaygın Olarak Görülen Psikososyal Tepkiler

Psikolojik etkisi olmayan bir hastalık neredeyse yok gibidir. Her hastalık, kişinin psikolojik durumunu etkiler ve genellikle korku, üzüntü, kızgınlık, depresyon, mutsuzluk ve çaresizlik gibi duyguları harekete geçirir. Her birey, hastalıkla başa çıkma sürecinde farklı tepkiler gösterebilir, bu tepkiler kişinin geçmiş deneyimlerine, baş etme stratejilerine ve kişiliğine bağlı olarak şekillenir. İnkâr, itaatsizlik, saldırganlık ve hatta intihar girişimi gibi uyumsuz tepkilerle karşılaşılabilir. Ancak, bu tepkiler genellikle geçicidir ve zamanla azalır [61].

Hasta ile ilk karşılaşmada, kişinin tepkisinin geçici mi yoksa kalıcı mı olduğunu belirlemenin kesin bir yolu yoktur. Profesyonel hemşirelik, kişi ve çevresini bir bütün olarak ele alır. Sadece bedensel sağlık değil, psikolojik sağlık da önemlidir ve hastalığa verilen yanıtı etkiler. Bu nedenle, holistik bir yaklaşım benimsenir; bu da hastalığın sadece fiziksel etkilerini değil, psikolojik etkilerini de dikkate alır [61].

Yoğun bakım üniteleri, hastaların hem bedensel hem de psikososyal yönden çeşitli stres faktörleriyle karşılaştıkları yerler olarak bilinir [62]. Yoğun bakım ortamlarında, tıbbi ekipmanlar hastalara nitelikli tedavi sağlarken, aynı zamanda tanıdık olmayan bir çevre,

yaşamı tehdit eden sağlık sorunları, gürültü, izolasyon, sürekli aydınlatma, yatağa bağımlılık ve ağırlı müdahaleler gibi birçok faktör psikososyal tepkilere neden olabilir [63-65].

Bu stres faktörlerine hastaların tepkisi, tıbbi tanı, hastalığın ilerleyişi, kültürel farklılıklar, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim seviyesi, zihinsel durum ve başa çıkma yöntemleri gibi kişisel özelliklere bağlı olabilir. Bu nedenle, yoğun bakım ekipleri, hastaların bireysel ihtiyaçlarını değerlendirir ve uygun destek ve bakımı sağlayarak psikososyal refahlarını desteklemeye çalışırlar [62, 66].

Yoğun bakım ünitelerindeki stres faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli psikososyal tepkiler arasında öfke, çaresizlik, deliryum, depresyon, anksiyete, umut ve umutsuzluk ile manevi sıkıntılar yer almaktadır [67-69]. Özellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalar üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda, hastaların %80'inde anksiyete, depresyon ve deliryum gibi psikososyal tepkilerin ortaya çıktığı tespit edilmiştir [70]. Bu tepkiler, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırabilir ve yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca günlük işlevlerini etkileyebilir. Ayrıca, bazı hastalarda bu tepkilerin taburculuk sonrasında da uzun süre devam ederek normal yaşamlarını etkileyebileceği belirtilmektedir [71, 72].

2.2.1. Öfke

Öfke, bir bireyin ihtiyacının karşılanmaması veya engellenmesi durumunda ortaya çıkan bir duygu durumudur. Bu duygu, bireyin algıladığı potansiyel zarar veya tehdide tepki olarak ortaya çıkar ve emosyonel bir savunma mekanizması olarak işlev görür [73, 74]. Hastalık yaşantısında, özellikle sağlık kaybı, kronik hastalık, beden imajı değişiklikleri, kısıtlamalar, kontrol kaybı gibi durumlar, bireyde öfke ve gücenme duygularını tetikleyebilir. Bu duygular genellikle yetersizlik, çaresizlik ve yalnızlık gibi hislerle ilişkilendirilir [61]. Öfkenin sağlıklı bir şekilde ifade edilememesi, saldırgan davranışlara yol açabilir. Bu saldırganlık hem çevreye hem de bireye yönelik olabilir [75]. Öfke durumunda bedensel belirtiler oldukça çeşitlidir. Kalp hızında artış, yüksek kan basıncı ve kan glikoz düzeyinde yükselme gibi fizyolojik tepkilerin yanı sıra kas spazmları, yumruk sıkma, yüzde kızarma, el ve ayaklarda titreme, ekstremitelerde seyirme, terleme, vücut ısısında artış hissi ve baş ağrısı gibi belirtiler de ortaya çıkabilir. Bu belirtiler, öfkenin bedensel olarak nasıl ifade edildiğini gösterir ve bireyin vücutta nasıl bir stres reaksiyonu yaşadığını yansıtır. Bu durum, öfkenin fizyolojik etkilerini anlamak ve yönetmek için önemlidir [76, 77].

Khalaila ve ekibinin (2011) alışmasına göre, analjezik ve anestetik ilaçlar kullanan hastalarda iletişim güçlüğü yaşandığında, öfke, kaygı ve depresyon gibi duygusal sorunların ortaya çıktığı gözlenmiştir [78]. Benzer şekilde, mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, iletişim eksikliği nedeniyle öfke, korku ve stres yaşandığı bilinmektedir [79]. Pene ve Kissane'in (2016-2018) araştırmasına göre, kanser hastalarının %20,2'sinde öfke eğilimi gözlemlenmiştir. Bu durumda, hastalarla etkili iletişim kurmanın ve psikososyal müdahalelerin (terapi, gevşeme egzersizleri, eğitim vb.) fkenin kontrol edilmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir [80]. Bu bulgular, hastaların sağlık hizmetleri alımı sırasında iletişim eksikliğinin ve duygusal zorlukların önemini vurgular. Sağlık alışanlarının, hastaların duygusal ihtiyaçlarını anlamak ve etkili iletişim kurmak için gereken desteği sağlamaları kritiktir. Ayrıca, psikososyal müdahalelerin, hastaların duygusal refahını desteklemede önemli bir rol oynadığına işaret eder.

Yoğun bakım hastalarında, mekanik ventilasyon veya trakeal entübasyon gibi prosedürler sonucu trakeaya yerleştirilen tp, larenksi bloke ederek hastanın sesini engelleyebilir. Mekanik ventilasyon veya trakeal entübasyon gibi durumlar, hastanın normal iletişim yeteneklerini kısıtlar ve kendini ifade etmesini engeller. Sesin engellenmesi, hastanın temel bir iletişim aracını kaybetmesine yol açar ve bu da hastada huzursuzluk, sıkıntı ve öfke hissiyatını artırabilir [80]. Bu durumda, sağlık çalışanlarının hastanın duygusal ve iletişim ihtiyaçlarını anlaması ve alternatif iletişim yöntemleri sunması önemlidir. Hastaya kğıt ve kalem vererek yazılı iletişim kurmasına veya işaret dilini kullanmasına olanak tanımak, iletişim kopukluğunu azaltabilir. Ayrıca, hastanın duygusal durumunu düzenli olarak değerlendirmek ve gerektiğinde psikososyal destek sağlamak da önemlidir. Bu şekilde, hastanın duygusal refahı korunabilir ve öfkenin yönetilmesine yardımcı olunabilir.

Tanılanmayan, değerlendirilmeyen ve müdahale edilmeyen öfke, bireyin duygusal ve zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Öfkenin sürekli olarak bastırılması veya görmezden gelinmesi, bireyde içsel bir sıkışma ve huzursuzluk hissine yol açabilir. Bu durum zamanla depresyon gibi daha ciddi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir [81].

Hemşirelerin hastalarının öfke duygusunu tanıyabilmeleri ve uygun müdahalelerde bulunabilmeleri önemlidir [82]. Bu noktada, öfkenin etkisiz baş etme şekli olarak değerlendirilmesi ve buna uygun bir yönetim stratejisi geliştirilmesi gereklidir.

Hemşirelerin hastalarla iletişim kurarken göz teması kurmaları ve terapötik bir ilişki geliştirmeleri önemlidir. Ancak, hastanın öfke ifadeleri kişiselleştirilmemeli ve hastaya

öfkesini ifade etmesi için fırsatlar tanınmalıdır. Öfkenin kontrol edilmesine destek olmak için gevşeme egzersizleri gibi teknikler kullanılabilir ve hastaya tartışmak yerine sorunu çözme teklif etmek yardımcı olabilir. Ayrıca, öfkeyi tetikleyen nedenlerin tahmin edilmesi ve hastanın engellenme tepkilerinin gözlemlenmesi de önemlidir. Bununla birlikte, bakım ve tedavi planında tutarlılık sağlamak için sınırların belirlenmesi ve hastanın bakımının iyileştirilmesi için öfkeyi tetikleyen faktörlerin azaltılması gereklidir. Bu yaklaşım, hastaların duygusal ihtiyaçlarını anlamak ve öfkenin etkili bir şekilde yönetilmesine yardımcı olmak için önemli bir adımdır [9, 78, 80, 83, 84, 85].

2.2.2. Güçsüzlük

Güçsüzlük, kişinin kendisi ve çevresindeki olaylar üzerindeki kontrol eksikliğini algılaması anlamına gelir. İnsanlar genellikle hayatlarında ve çevrelerindeki durumlarda bir tür kontrol ve etkinlik hissetmek isterler. Ancak, bu kontrol duygusunun kaybı, kişinin kendi etkinliği ve yaşamına dair görüşlerini olumsuz şekilde etkileyebilir [75].

Yoğun bakım ünitelerindeki hastalar genellikle kendilerini güçsüz hissederler ve bu duygu, çevresel faktörlerle daha da pekişebilir. Yoğun bakım ortamının özellikleri, hastaların güçsüzlük hissine katkıda bulunabilir [73]. Bu güçsüzlük hissine katkıda bulunan ilk faktör, hastaların kontrol yitimi hissetmeleridir. Hastalar, hastaneye yatışlarından sonra birçok deneyim ve işlemle karşılaşarak pasif hale gelebilir ve bağımlılıkları artabilir. Örneğin, ventilatör desteği, üriner kateter kullanımı, beslenme desteği alınması gibi durumlar hastanın bağımlı hale gelmesine ve güçsüzlük hissi oluşmasına sebep olabilir. İkinci olarak, hastaların bilgi eksikliği de güçsüzlük duygusunu artırabilir. Tedavi ve hastalık prognozu hakkında yeterli bilgilendirilmemek, hastada güçsüzlük hissine neden olabilir. Tıbbi terminolojinin ve aletlerin bilinmemesi, hastanın kontrolünü kaybettiği hissini tetikleyebilir [73, 86]. Bu nedenle, hastayı tetkiklere hazırlarken veya tedavi uygularken gerekli bilgilendirmelerin yapılması, hasta ile iş birliği geliştirilmesi ve güven ilişkisi kurulması tedaviye uyumu arttırabilir ve olası sorunların önlenmesinde önemli bir rol oynar [32, 35]. Sonuç olarak, yoğun bakım ünitelerindeki hastaların güçsüzlük hissi, çevresel faktörlerin yanı sıra kontrol kaybı ve bilgi eksikliği gibi etmenlerle ilişkilendirilebilir. Bu nedenle, hastaların kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağlamak için bilgilendirme, iş birliği ve güven ilişkisinin önemi büyüktür.

2.2.3. Deliryum

Deliryum, psikososyal tepkiler arasında en sık karşılaşılan, hızlı ilerleyen bilişsel ve algısal bozukluklarla karakterize geçici bir akut beyin disfonksiyonu olarak tanımlanır [87, 88]. Yoğun bakıma kabul edilen hastaların yaklaşık %90'ında bir dereceye kadar deliryum belirtileri gözlemlenir [89]. Deliryumla ilişkili temel risk faktörleri arasında daha önce demans öyküsü, hipertansiyon, alkol kullanımı, kabul sırasında mevcut olan bir hastalık gibi durumlar sıralanırken; koma, belirli ilaçların kullanımı, hareketsizlik, ağrı, uykusuzluk, sosyal izolasyon gibi etkenler de deliryum gelişimine katkıda bulunabilir [90, 91]. Deliryum tablosu çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Hiperaktif deliryum genellikle halüsinasyonlar ve sanrılarla ilişkilendirilirken, hipoaktif deliryumda daha çok konfüzyon görülür [90]. Hiperaktif deliryumda hastalar kendilerini ekstübe etme, kateterleri çekme gibi riskli davranışlar sergileyebilirken; hipoaktif deliryumda ise psikomotor yavaşlama, apati ve azalmış yanıt verme gibi sorunlar daha yaygındır [92].

Deliryumun yoğun bakımda gelişen hastalarda fonksiyonel gerileme, artmış mortalite ve morbidite riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durum, mekanik ventilasyon süresinde ve hastanede yatış süresinde artışa neden olabilir [93, 94]. Bode ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 277 hastanın 118'inde deliryum tespit edilmiştir. Bu bulgu, yoğun bakım hastalarında deliryumun yaygın bir sorun olduğunu ve ciddiye alınması gerektiğini göstermektedir [95]. Bu nedenle, deliryumun erken tanınması ve uygun tedavinin sağlanması hastaların klinik seyrini olumlu yönde etkilemesi açısından önemlidir. Hastaların sirkadiyen ritimlerinin sürdürülmesi ve net bir iletişim kurularak yer, zaman ve kişi oryantasyonunun sağlanması gereklidir [93].

2.2.4. Depresyon

İnsanlar yaşamlarının çeşitli dönemlerinde keyifsiz, bezgin ve depresif hissedebilirler. Bu duygusal iniş çıkışlar normaldir. Ancak, majör depresif bozukluk olarak bilinen depresyon, sadece geçici duygudurum değişikliklerinden çok daha fazlasını ifade eder. Bu, uzun süreli bir depresif duygudurum, düşük özsaygı, pesimist düşünceler ve en az iki hafta boyunca önceki aktivitelerden zevk alamama veya bu aktivitelere ilgi kaybı gibi belirtilerin görüldüğü bir psikiyatrik rahatsızlıktır [61]. Depresyon, toplum sağlığını en çok tehdit eden sorunlardan biridir. Yaygın görülmesi, kronikleşme eğilimi göstermesi, işlev kaybına yol açması, intihar riskinin artması, iş gücü kaybına neden olması ve ekonomik yükleri beraberinde getirmesi gibi nedenlerle özellikle önemsenmesi gereken bir durumdur [96].

Tıbbi bir hastalığı olan bireylerde depresyon riski önemli ölçüde artar. Aile öyküsü, stresli yaşam olayları ve önceki depresyon geçmişi gibi faktörler, depresyonun belirtilerini etkileyebilir [61]. Özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda depresyon belirtileri oldukça sık görülür [97]. Depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi, özellikle yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda önemlidir çünkü depresyon, taburcu olan hastalarda uzun süre devam edebilir ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir [98].

Rabiee ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalar, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarının üçte birinde depresyon belirtilerinin ortaya çıktığını ve bu belirtilerin 12 ay boyunca devam ettiğini göstermektedir [97]. Depresyonun fiziksel semptomları, tıbbi durumlarla karıştırılabilir. Ancak yorgunluk, ölüm veya intihar düşünceleri, uyku bozuklukları, motivasyon eksikliği, sosyal izolasyon, ilgi kaybı gibi bilişsel ve davranışsal belirtiler, tanı koymada daha belirleyici olabilir [10]. Tedavi edilmeyen depresyonun tıbbi olarak hasta olan insanlar üzerinde çeşitli olumsuz etkileri vardır. Bu etkiler arasında daha uzun hastane kalış süreleri, kötüleşen uyku kalitesi, düşük yaşam kalitesi, artan doktor ziyaretleri ve hatta morbidite ve mortalite riskinde artış bulunur. Tedavi edilmeyen depresyon ayrıca hastanın tedaviye uyumunu da olumsuz yönde etkileyebilir [61, 99]. Bu nedenle, depresyon belirtilerinin tanınması ve uygun müdahalelerin yapılması son derece önemlidir [100]. Bu, hastaların iyileşme süreçlerini desteklemeye ve yaşam kalitelerini artırmaya yardımcı olabilir.

2.2.5. Anksiyete

Anksiyete, birey tarafından genellikle kaynağı belirlenemeyen ve gerginlik, kaygı ve tedirginlik hissi ile yaygın korku veya dehşete kadar varabilen bir rahatsızlık durumunu ifade eder [61]. Hafif düzeydeki anksiyetenin kişinin ruhsal gelişimine katkı sağladığı düşünülürken, ileri düzeydeki anksiyetenin uyum sürecini olumsuz etkileyen bir engel olarak görüldüğü belirtilmektedir [101, 102]. Anksiyetenin nedenleri bireyden bireye değişiklik gösterebilir. Bu rahatsızlığın belirtileri arasında hiperventilasyon, hızlı kalp atışı, titreme, aşırı terleme, ağız kuruluğu, kas gerginliği, kafa karışıklığı, unutkanlık, dikkat eksikliği, uyku sorunları, sinirlilik ve endişe bulunabilir [101, 103, 104]. Hastaneler, hastalar için anksiyete kaynağı olabilir. Özellikle yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların, ailelerinden ayrı kalmaları, yeni bir ortama uyum sağlama çabaları, ölüm korkusu, ağrılı müdahaleler ve hareketsizlik gibi zor deneyimlerle karşılaşmaları oldukça yaygındır [104, 105]. Yapılan araştırmalar, hastanede yatan hastalarda değişen düzeylerde anksiyete

görüldüğünü ortaya koymaktadır. Oflaz ve Vural'ın (2010) çalışmasında %24.5, Alaca ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışma sonucunda ise %11 oranında anksiyete bildirmişlerdir. Bu oranlar, yoğun bakım ünitelerinde daha da yükselebilmektedir. Özellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalar arasında, anksiyete bozukluğunun yaygınlığı %70-80 arasında olduğu rapor edilmiştir [23, 106]. Hemşireler, hastanın anksiyete sorunlarıyla başa çıkmasına yardımcı olmak için çeşitli stratejiler uygulamalıdır. Bu stratejiler arasında hastanın duygularını ifade etmesine fırsat vermek, öfke veya ağlama gibi dışa vurumlara izin vermek, terapötik ilişki kurmak, anksiyete düzeyini izlemek, baş etme kapasitesini değerlendirmek ve uygun müdahaleleri planlamak yer alır. Ayrıca, çevresel uyarıcıları azaltmak, psikiyatrik tedavi için yönlendirme yapmak, psikoeğitim ve duygusal destek sağlamak, gevşeme egzersizlerine yönlendirmek gibi tedavi yaklaşımları da önemlidir [7, 12, 107, 108].

2.2.6. Umut-Umitsuzluk

TDK'ya göre, umut kavramı "bireyde ummaktan doğan güven duygusu" olarak ifade edilmektedir [109]. Bireyin geleceğe dair olumlu beklentiler içine girmesi, kendisini iyi hissettiren ve motivasyonunu artıran bir güç olarak da tanımlanabilmektedir [110]. Umut duygusunun azalması bireylerde umutsuzluk hissinin artmasına neden olabilir. Umutsuzluk yaşayan bir bireyde, yaşam enerjisi düşer ve anlam arayışında bozulmalar ortaya çıkabilir [111-113]. Hastalık sürecinde, bireyin karşılaştığı zorlu tedaviler, kronik hastalık teşhisi, hastane yatış süresinin uzaması, semptomların şiddetlenmesi, kötü seyirli prognoz, hastalığın tekrar etmesi, sosyal destek eksikliği, belirsiz durumlar ve etiketlenme gibi faktörler umutsuzluğa yol açabilir [85, 114]. Umutsuzluk duygusu, hastalığa uyumu olumsuz yönde etkiler. Hastaların baş etme enerjisi ve umutları azaldıkça, hastalığa uyumları da azalır [38]. Umutsuzluğa karşı mücadele etmek ve pozitif eylemler başlatmak ve sürdürmek için, bireyin kendi içsel motivasyon kaynaklarını keşfetmesi ve bu kaynaklara ulaşmak için desteklenmesi önemlidir. Ayrıca, geçmişte yaşadığı başarı ve deneyimlerin hatırlanması ve cesaretlendirilmesi, umutsuzluğa karşı psikososyal bakımda önemli bir rol oynar. Bu nedenle, bireyin umutsuzluğa karşı mücadele etmesine yardımcı olmak için içsel motivasyon kaynaklarının ve geçmiş başarı hikayelerinin hatırlanması ve cesaretlendirilmesi önemlidir [115].

2.2.7. Spiritüel sıkıntılar

Spiritüel distres, bireyin çevresindeki değerler ve inançlarının tehdit altında hissettiği veya varoluşsal kriz yaşadığı durumlarda ortaya çıkar. Bu durum, dini kaygıları içeren bir manevi boşluk olarak tanımlanır [116, 117]. Hastaneye yatış, bireyin yaşamının tehlikede olduğu, kriz yaşadığı, ölüm korkusu hissettiği, hastalıkla karşılaştığı, sosyal rollerinde değişim yaşadığı veya çevresindeki ortamın değiştiği stres faktörleriyle karşılaştığı bir süreçtir. Bu süreçte, hastalık tedavisi ve bakımıyla ilgili sorunlarla karşılaşabilirler. Hastanede yatan hastalar, yalnızlık ve terk edilmişlik hissi yaşayabilir ve içe kapanabilirler. Bu durum, spiritüel bakım ihtiyacının artmasına neden olabilir [118].

Spiritüel ihtiyaçlar arasında "güven, umut, sevgi, doğruluk, yaşamın anlam ve amacını bulma isteği, ilişkiler, bağışlayıcılık, yaratıcılık, deneyim kazanma, duygusallık, konuşma, teselli, ritüeller, dua etme ve ibadet" gibi unsurlar bulunmaktadır [119]. Spiritüel ihtiyaçları karşılanmayan hastalarda ağrı, öfke, kendini suçlama, tedaviyi reddetme, değersizlik hissi, umutsuzluk gibi belirtiler görülebilir [33]. Hastanın spiritüel yönden değerlendirilmesinin amacı, yaşamın anlam ve amacını nasıl bulduğunu ve bu doğrultuda nasıl davrandığını anlamaktır [61, 117]. Hemşireler, spiritüel bakımı geliştirmek için öncelikle kendi geçmiş deneyimlerinden etkilenmemeli ve yargılayıcı olmamalıdır [61]. Bütüncül hemşirelik yaklaşımıyla, hastaların manevi ihtiyaçlarını, inançlarını ve uygulamalarını anlamalı ve destek olmalıdır [120, 121].

2.3. Psikososyal Bakım

Tunmore (1990), psikolojik bakımı genel hastane uygulamasında dört düzeyde kategorize etmiştir. Tablo 2.1'de psikososyal bakım düzeylerine açıklamaları ile yer verilmiştir.

Tablo 2.1. *Psikososyal bakım düzeyleri*

Psikososyal Bakım Düzeyleri	
Düzy 1	Temel iletişim ve tanılama becerileri: Bilgi verme, görüşme, dinleme, empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
Düzy 2	Rutin-koruyucu psikolojik bakım: Hasta/ailesinin stresle baş etme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
Düzy 3	Özelleşmiş psikolojik girişimler: Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
Düzy 4	Terapi: Bilişsel terapi, davranış değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

2.3.1. Düzey 1: Temel iletişim ve tanılama becerileri

Psikososyal bakımın temelinde, etkili iletişim ve tanılama becerilerinin oluşturulması yer alır. Hemşireler, bireyin gereksinimlerine bütüncül bir yaklaşımla odaklanarak, görüşme ve gözlem gibi temel bilgi ve becerilerini kullanarak etkili bir psikososyal tanılama yapar. Bu nedenle, başarılı bir psikososyal bakım için terapötik bir ilişki geliştirmek ön koşuldur [10]. Hemşirelerin sunduğu psikososyal müdahalelerde; kabul edici, destekleyici ve empatik olmaları, hastayı bireysel olarak değerlendirmeleri, gereksinimlerini karşılamaları, gerekirse kaynak sağlamaları, danışmanlık yapabilmeleri ve hastanın bilgi eksikliğini gidermek için iyi bir eğitim becerisine sahip olmaları önemlidir [12, 14, 35, 122].

Hemşire, hastasını her açıdan tanımaya ve varsa iletişim engellerini ortadan kaldırmaya özen göstermelidir. İyi bir iletişim kurarak, hastayı bilgilendirmek ve onun durumunu anlamasını sağlamak mümkündür. Bu yaklaşım, hastanın sağlık önerilerine uyumunu ve memnuniyetini artırırken, anksiyeteyi, psikososyal problemleri ve yanlış uygulamaları azaltır [14, 35, 36, 123]. Aksi takdirde, zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, tedavi sürecinin aksamasına ve hastanın uyum sorunları yaşamasına neden olabilir [69].

2.3.2. Düzey 2: Rutin-koruyucu psikolojik bakım

Bu düzeyde, hasta ve ailesinin stresle başa çıkma yetilerini artırmak, hastayla terapötik bir bağ kurmak ve hastanın hislerini dile getirmesi için cesaretlendirmek önem taşır [124]. Hastaların yaşadığı stres, genellikle yakın aile üyelerini de etkiler. Aile üyelerinin kriz ve panik durumlarında başa çıkma becerilerinin artması, hastaya destek olma kapasitelerini olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle, hasta ve ailesi birlikte değerlendirilmelidir [35]. Hastalık durumu veya hastaneye yatma, hasta ve ailesi için bir kriz durumu olup, başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalmasına yol açabilir. Bu yüzden, öncelikle hastanın kullandığı başa çıkma mekanizmalarının tanımlanması gereklidir. Ardından, hastanın duruma veya hastalığa uyum sağlaması için etkili başa çıkma teknikleri öğretilmelidir [125]. Hastaların uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan erken müdahaleler, ruhsal bozuklukların oluşmasını engelleyebilir [69].

2.3.3. Düzey 3: Özelleşmiş psikolojik girişimler

Bu düzey, sorun çözme becerileri ve anksiyete ile başa çıkma teknikleri gibi yetkinlikleri içermektedir. Hemşirelerin, hasta bakımı sırasında psikososyal sorunlarla ilgili yeterliliği, bu aşamada büyük önem taşır. Bu düzeydeki psikososyal müdahalelerde, uzman

klinik hemşireler ve KLP (Konsültasyon Liyzon Psikiyatri) hemşirelerinin bilgi ve becerilerine ihtiyaç vardır. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve psikiyatristlerle iş birliğı yapılır. Hastalara, kaygıyı azaltmak amacıyla gevşeme ve nefes egzersizleri gibi özel yöntemler uygulanır [93]. Özellikle gevşeme yöntemleri, hastaların bedenleri ve hayatları üzerinde kontrol sahibi olduklarını hissetmelerine katkıda bulunur [35].

2.3.4. Düzey 4: Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve aile terapisi gibi psikoterapi yaklaşımları, bu alanda uzmanlaşmış ve gerekli eğitimleri tamamlamış terapistler tarafından uygulanmaktadır. Bu terapiler, özel eğitim ve tecrübe gerektirir ve terapistin bu konudaki yetkinliğı, tedavi sürecinin etkinliğini artırır [35]. BDT sürecinde, hastalar kendi duygularını tanımayı, hastalığı sürdüren faktörleri belirlemeyi ve kaçınma davranışlarıyla başa çıkmayı öğrenirler. Bu terapi, bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyen düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olur [126]. BDT, psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans veya doktora eğitimi almış, uygulama becerisine sahip psikologlar veya psikiyatristler tarafından uygulanabilir. Bu uzmanlık düzeyi, terapinin etkili ve güvenli bir şekilde yürütülmesini sağlar [127, 128].

2.4. Psikososyal Değerlendirme

Mükemmel hemşirelik tanısı oluşturabilmek ve uygun hedefler ile girişimler geliştirebilmek için, psikososyal bilgi her hastanın değerlendirmesinde yer almalıdır. Hemşire, kusursuz bir değerlendirme yaparak hastanın mevcut gereksinimlerini, sorunlarını ve potansiyel problemlerini belirleyebilir. Ayrıca, bu değerlendirme ile daha ciddi sorunlar geliştirme riski yüksek olan hastaları da tespit edebilir [61].

Psikososyal değerlendirme, hastada ortaya çıkan fiziksel semptomların hem hastanın hem de ailesinin yaşamı üzerindeki etkisine odaklanır [61]. Bu süreçte, hastanın stres etmenleri, başa çıkma yetenekleri, ilişkileri, manevi durumu, kültürel değerleri ve mesleki özellikleri gibi birçok unsur değerlendirilir. Bu bilgiler, hastanın psikososyal durumunu anlamak ve uygun tedavi planını oluşturmak için önemlidir [129].

Hastaya yapılacak psikososyal değerlendirme, genellikle aşağıdaki unsurları içerir:

1. Hastanın stres etmenleri ve bunlarla başa çıkma yetenekleri
2. İlişkileri ve sosyal destek ağı
3. Maneviyatı, dini veya felsefi inançları

4. Kültürel değerleri ve etkileşimleri
5. Mesleki özellikleri ve çalışma koşulları
6. Yaşam kalitesi ve genel iyilik hali
7. Geçmişteki psikososyal geçmişi ve önceki psikiyatrik veya psikolojik tedaviler
8. Ailevi dinamikler ve aile yapısı
9. Psikososyal risk faktörleri ve koruyucu faktörler
10. Hastanın yaşamında önemli olan diğer faktörler
11. Mental durum değerlendirmesi

Bu unsurların bir araya getirilmesi, hastanın psikososyal durumunun kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlar ve uygun tedavi ve destek planının oluşturulmasına yardımcı olur [61].

2.5. Mental Durum Değerlendirilmesi

Mental durum muayenesi, hastanın görünümü, davranışları, konuşması, düşünme tarzı, duygu durumu, mizaç, soyut düşünme kapasitesi, bellek, zekâ düzeyi, konsantrasyon, yönelim, muhakeme ve içgörüyü değerlendirir. Kapsamlı bir değerlendirme için, muayene sırasında her kategori ayrıntılı bir şekilde incelenir. Bu kategoriler arasındaki uyum veya uyumsuzluklar önemli ipuçları sağlayabilir. Sıradan ve beklenen cevapların yanı sıra, uygun olmayan cevapların da kaydedilmesi önemlidir. Bu, hastanın zihinsel sağlığı ve işlevselliği hakkında daha kapsamlı bir anlayış geliştirmeye yardımcı olur ve tedavi planının daha etkili bir şekilde şekillendirilmesine katkı sağlar [61].

2.6. Yetkinlik

Türk Dil Kurumu'na göre, yetkinlik "yetkin olma durumu, olgunluk, kemal, mükemmeliyet" şeklinde tanımlanırken, yetkin ise "gerekli olgunluğa erişmiş, olgun, kâmil, mükemmel" olarak tarif edilmektedir [109]. Hemşirelik, insanlık tarihi kadar eski bir meslek olup, toplumun değişen dinamiklerine uyum sağlayarak sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çalışan bir meslektir. Bilgi temelli bir yapısı olan hemşirelik mesleği, sürekli güncellenen sağlık hizmeti sunumunda nitelikli ve yetkin hemşirelere ihtiyaç duyar [130]. Karahan ve Kav'ın (2018) çalışmasına göre, yetkin hemşirelerin sahip olması gereken nitelikler arasında bütünsel bakış açısına sahip olma, kaliteli bakım sağlama, klinik karar alma yeteneği, analitik düşünme ve problem çözme kabiliyeti, sorumluluk alma, kanıta dayalı bilgi, beceri, hassasiyet ve değerleri birleştirme kapasitesi ile işlevsel yeterlilik bulunmaktadır [130].

Hemşirelerin psikososyal bakım konusunda yetkin olmaları ve bu bakımı etkili bir şekilde sağlamaları, ikincil hastalıkların ortaya çıkmasını önlemede, hastaların psikolojik şikayetlerini azaltmada ve hastaların hastaneye yeniden başvurma ihtiyacını azaltmada önemli bir rol oynar. Psikososyal bakımın etkili bir şekilde verilmesi, bireylerin yaşam kalitesine olumlu katkıda bulunur [14, 131]. Uluslararası kuruluşlar, yetkin hemşirelerin sağlık sistemlerinin güvenliği ve kalitesi için kritik önem taşıdığını vurgulamış ve hemşireler arasındaki yetkinlik farklılıklarının hastaların hastalık ve ölüm riskini etkilediğini belirtmiştir [132]. Bu nedenle, hemşirelerin psikososyal becerilerinin güçlendirilmesi ve bu alanda yetkinliklerinin artırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir.

2.7. Merhamet Yorgunluğu

TDK'ya göre, merhamet kavramı "bir kimsenin veya başka bir canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma" duygusu olarak tanımlanmıştır [133]. Merhamet kavramı, çeşitli bilim dalları tarafından incelenmiş ve tanımlanmıştır. Günlük yaşamda ise genellikle acıları paylaşma anlamında kullanılır. Bu duygu, insanları anlama ve derinlemesine inceleme çabalarını ifade eder [134]. Merhamet, sağlık bakımında öncelikli bir değerdir ve çoğunlukla yardıma muhtaç bireylere yardım etme ve onlarla empati kurma içgüdüsünü ifade eder [135]. Merhamet hissi olmadan gerçek anlamda nitelikli ve kapsamlı bir bakım sağlamak mümkün değildir [136]. Hastalara merhamet duymanın önemli olmasının nedenlerinden biri, hastaların bakım sağlayıcılarının şefkatine olan ihtiyaçlarıdır [137]. Hastalar, sadece tıbbi bakım değil, aynı zamanda duygusal ve ruhsal destek de ararlar. Hemşireler, sağlık bakımında hastaların çeşitli ruhsal ve fiziksel zorluklarıyla sık sık karşılaşarak merhamet yorgunluğu yaşayabilirler [136]. Bu yorgunluk, sürekli olarak hastalara duyulan empati ve şefkat ile birlikte yoğun duygusal ve fiziksel enerji harcanması sonucunda ortaya çıkabilir. Merhamet yorgunluğu terimi, ilk olarak Joinson tarafından acil servis hemşireleri için tanımlanmıştır [31]. Joinson (1992), merhamet yorgunluğunu, bakım veren kişinin diğerlerine empati kurma, bakım verme isteği, becerisi ve enerjisinin azalmasıyla karakterize bir durum olarak tanımlamıştır. Bu tür yorgunluk, genellikle fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal açıdan tükenmişlikle ilişkilendirilir. Merhamet yorgunluğu, bakım veren kişinin kendini yorgun, bunalmış, çaresiz ve umutsuz hissetmesine yol açabilir [138]. Sorenson ve arkadaşları, merhamet yorgunluğunu, zamanla hastalara duyulan merhamet duygusunun azalmasıyla giderek artan bir süreç olarak tanımlamışlardır

[139]. Farklı bir tanımlamaya göre kronik rahatsızlığa sahip olan veya travmalara maruz kalmış bireylerle sürekli yoğun etkileşim içinde olan bireyin güçsüz ve zayıf hissettiği bir durumu ifade eder [30]. Merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti sunulan birçok alanda yaygın olarak görülebilen, özellikle sağlık hizmetlerine adanmış hemşire gibi profesyoneller arasında daha sık yaşanmaktadır [140, 141]. Çoğu hemşirede konsantrasyon kaybı, umutsuzluk, yorgunluk ve sinirlilik gibi değişimler gözlemlenmiştir [142, 143]. Coetzee ve Klopper (2010), hemşirelerin merhamet yorgunluğunu, hastalarla uzun süre bir arada olmanın doğurduğu fiziksel, duygusal, ruhsal ve entelektüel açıdan yaşanan değişiklikler olarak tanımlamışlardır [144]. Slatten ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada ise sağlık yöneticileri, sağlık bakım sağlayıcılarının yaşadığı stresin; düşük iş tatmini, artan işten ayrılma oranları, hasta bakım kalitesinde azalma ve üretkenlik düşüşü gibi sonuçlara neden olduğunu gözlemlediklerinde, çalışanların tükenmişlik veya merhamet yorgunluğu yaşama eğiliminde olduğunu belirtmektedirler [141].

Onkoloji klinikleri ve yoğun bakım üniteleri gibi alanlarda çalışan hemşireler, en savunmasız ve yardıma muhtaç hastalarla Onkoloji kliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler, en savunmasız ve yardıma muhtaç hastalarla doğrudan ilgilendikleri için, bu deneyimler genellikle daha fazla merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır [145]. Bu yoğun bakım ortamlarında çalışan hemşireler, hastaların yaşadığı zorlukları, acıları ve mücadeleleri yakından gözlemlemektedirler, bu da duygusal ve ruhsal olarak daha fazla yıpranmalarına sebep olabilmektedir.

2.7.1. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu, genellikle travma geçirmiş ve şiddetli ağrıları olan bireylere yardım etme arzusundan doğan olağan, davranışsal ve duygusal tepkileri içerir [30, 146, 147]. Bu sebeple, sürekli stres faktörleriyle karşılaşmak beklenmedik bir şekilde merhamet yorgunluğuna yol açabilir. Dolayısıyla merhamet yorgunluğu, travmatik deneyim yaşamış olan bakım alan bireylerle sağlık hizmeti sunan hemşireler arasındaki etkileşimin potansiyel bir sonucu olarak kendini gösterebilir [140]. Yoğun bakım biriminde çalışanlar, hastaların hayatlarının sınırında mücadele ettikleri durumlarla, etik kararlarla, sürekli acı çeken hastaların durumlarıyla yüzleşmekten, yetersiz tıbbi destek ve ekipmanla, hastaların ve yakınlarının iletişim zorluklarıyla ve bu gibi nedenlerle yaşadıkları duygusal baskıyla yoğun bir şekilde etkilenebilirler [148]. Sağlık sektöründe çalışan bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu, genellikle çalışanların performansında, verimliliğinde düşüşe ve

yaşam kalitelerinde azalmaya yol açabilir. Bu durum, özellikle sağlık sektöründe görev yapan bireyler arasında yaygın olarak gözlemlenmektedir [137].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın metodolojisi detaylı olarak ele alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu düzeylerinin belirlenmesi, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve düzeyleri etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

H0: Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği düzeyleri ile Merhamet Yorgunluğu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği düzeyleri ile Merhamet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bireysel özellikleridir (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, bulunduğu birimde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, çalışma biçimi, hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı, psikososyal eğitim alma durumları).

3.3.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nden ve Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nden aldıkları puanlardır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu bölgesinde bulunan Şanlıurfa ilinin Eyyübiye ilçesine bağlı 800 yatak kapasiteli Eğitim ve Araştırma hastanesinde Şubat-Mart 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmanın yapıldığı hastanede 155 hemşirenin bulunduğu 3. Düzey 107 yataklı yenidoğan yoğun bakım, 204 hemşirenin bulunduğu pediatri 3. Düzey

71 yataklı yoğun bakım, 33 hemşirenin bulunduğu 3. Düzey 14 yataklı cerrahi yoğun bakım, 37 hemşirenin bulunduğu 3. Düzey 15 yataklı erişkin yoğun bakım, 32 hemşirenin bulunduğu 2. Düzey 15 yataklı koroner yoğun bakım ve 10 hemşirenin bulunduğu 2. Düzey 5 yataklı kadın doğum yoğun bakım birimleri yer almaktadır. Çalışmamızın yapıldığı hastanede “Psikososyal Destek Birimi” bulunmamaktadır ve KLP hemşiresi görev yapmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa’nın Eyyübiye ilçesinde yer alan ve büyük bir hastane olan Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 471 yoğun bakım hemşiresi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Güç analizi, araştırma planlamada ve elde edilen sonuçların güvenilir ve geçerli olmasını sağlayacak şekilde araştırma tasarımının ve yöntemlerinin güvenilirliğini ve geçerliliğini yüksek tutan bir yöntemdir [160]. Örneklem sayısı, yapılan güç analizinde $\alpha=0.05$, etki büyüklüğü=0.25 ve %95 güç öngörülerek toplam 168 hemşire olarak hesaplandı. Veri kaybı olasılığı göz önünde bulundurularak, %15 daha fazla hemşireden veri toplama planlandı. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldı. Araştırma verileri 188 yoğun bakım hemşiresi ile oluşturuldu.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Çalışmanın yapıldığı tarihte izinli veya raporlu olmayan, en az 6 aydır yoğun bakım birimlerinde aktif olarak çalışan ve kendi isteğiyle araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireleri kapsamaktadır.

3.6.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

Yoğun bakım dışındaki birimlerde çalışan ve araştırmaya katılmayı reddeden hemşireleri kapsamaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada nicel araştırma yönteminin kullanılması tercih edilmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu

düzeylerinin belirlenmesi, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve düzeyleri etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla nicel araştırma veri toplama yöntemlerinden biri olan anket formu geliştirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Katılımcı Bilgi Formu (Ek-1), Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği (PBYÖDÖ) (Ek-2) ve Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği (MYKÖ) (Ek-3) kullanılacaktır.

3.7.1. Katılımcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen form, katılımcılara ait mesleki ve sosyodemografik bilgilerin yer aldığı aynı zamanda psikososyal bakım verme durumlarını ve merhamet yorgunluğu düzeylerini tanımlamaya yönelik 22 sorudan oluşmaktadır [81, 149, 150].

3.7.2. Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği (PBYÖDÖ)

PBYÖDÖ, Karataş ve Kelleci (2019) tarafından oluşturulan, kliniklerde çalışan hemşireler için psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmelerine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçek 5'li likert tipinde, toplam 18 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar semptom tanılama (5 madde), müdahale (4 madde), tanılama (4 madde) ve bilgiyi kullanma (5 madde) olarak sınıflandırılmıştır. Ölçekte değerlendirme “Beni hiç tanımlamıyor” (1 puan), “Beni biraz tanımlıyor” (2 puan), “Kararsızım” (3 puan), “Beni iyi tanımlıyor” (4 puan), “Beni çok iyi tanımlıyor” (5 puan) ifadeleri ile yapılmıştır. Bu yüzden elde edilen puan ortalamaları 1'e yaklaştıkça katılımcıların psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmesinin kötü olduğu, puan ortalamaları 5'e yaklaştıkça katılımcıların psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmesinin iyi olduğu sonucu elde edilmiştir. Ölçekte alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 90'dır. Düşük puan, çalışanın psikososyal bakım konusunda kendini yetersiz gördüğünü, yüksek puan ise yeterli gördüğünü göstermektedir. Ölçeğin genel Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı Karataş (2019) tarafından 0.93 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı puanları ise sırasıyla “Semptom Tanılama” 0,93; “Bilgiyi Kullanma” 0,85; “Müdahale” 0,83 ve “Tanılama” 0,80 olarak belirlenmiştir.

3.7.3. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği (MYKÖ)

2006 yılında Adams ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin, merhamet yorgunluğunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Dinç ve Ekinci tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, 1 (nadiren/asla) ile 10 (çok sık) arasında değişen 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçek, ikincil travma ve mesleki tükenmişlik olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki “c, e, h, j, l” maddeleri ikincil travmayı, “a, b, d, f, g, i, k, m” maddeleri ise mesleki tükenmişliği ölçmektedir. Alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları 0.80 ile 0.90 arasında değişmekte olup, yeterli iç güvenilirlik göstermektedir [151]. Çalışmamızda, ölçekte yer alan maddeler numaralarla belirtilmiştir. Buna göre, ikincil travmayı oluşturan maddeler sırasıyla “c:3, e:5, h:8, j:10, l:12” ve mesleki tükenmişliği ölçen maddeler ise “a:1, b:2, d:4, f:6, g:7, i:9, k:11, m:13” olarak numaralandırılmıştır. Ölçek için belirlenmiş bir puanlama algoritması veya kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten en düşük 13, en yüksek 130 puan alınabilir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça, bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır [151]. Dinç ve Ekinci (2018) tarafından yapılan çalışmada, ölçeğin genel Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.876 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı puanları ise sırasıyla “İkincil Travma” 0,748; “Mesleki Tükenmişlik” 0,852 olarak belirlenmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz PBYÖDÖ ve alt boyutları ile MYKÖ ve alt boyutlarına ait Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı puanları Tablo 3.1’de sunulmaktadır.

Tablo 3.1. Ölçeklerin ve alt boyutların Cronbach’s Alpha (α) güvenilirlik katsayılarına ilişkin bilgiler

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha (α) Katsayısı
Alt Boyutlar	Semptom Tanılama	,876
	Bilgiyi Kullanma	,877
	Müdahale	,874
	Tanılama	,861
	Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	,949
Alt Boyutlar	İkincil Travma	,802
	Mesleki Tükenmişlik	,845
	Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	,896

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli Etik Kurul İzni (Ek-4) ve kurum izni (Ek-5) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Veriler, Şubat ve Mart 2024 tarihlerinde, araştırmacı tarafından hastanedeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle birebir-

yüz yüze görüşmeler yoluyla ve gönüllülük esasına dayanarak toplanmıştır. Görüşmelerde, araştırmanın amacı ve anket formunun nasıl doldurulması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir. Çalışma, katılmayı kabul eden ve onamları alınan 188 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Anket formunun katılımcılara uygulanabilmesi için gereken etik kurul onayı "Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu"nın 12.01.2024 tarihli ve 500 sayılı kararı (Ek-4) ile çalışmanın gerçekleştirileceği Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan kurum izni (Ek-5) kullanılmıştır. Katılımcılar, Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak çalışmanın amacı, veri toplama süreci ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya dahil olmuşlardır. Araştırmada kullanılan ölçekler için, PBYÖDÖ'yü geliştiren ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanım izni (Ek-6) alınmıştır. Ayrıca, MYKÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasını gerçekleştiren araştırmacılardan da ölçeğin kullanım izni (Ek-7) alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır: Belirli bir hastanede gerçekleştirilmesi ve katılım beklenen yoğun bakım hemşirelerinin izinli veya raporlu olmaları durumu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.11. Verilerin Analizi

Çalışmanın örneklem büyüklüğü 188 kişidir. Literatür incelendiğinde, örneklem sayısının 30'un üzerinde olması durumunda verilerin normal dağılıma yakın kabul edilebileceği öne sürülmektedir. Ayrıca, örneklem sayısının 100'ü geçmesi durumunda parametrik testlerin kullanılması gerektiği ifade edilmektedir [180, 181]. Örneklem sayısı her iki ölçek için verilerin analizinde parametrik testler için uygun bulunmuştur. Normallik testi için dikkate alınması gereken bir başka yöntem ise Kolmogorov-Smirnov Testi sonucudur. Kolmogorov-Smirnov (p) testi sonuçlarına göre, PBYÖDÖ'nün verileri ($Z=0,000$) normal dağılıma sahip değilken, MYKÖ'nün verileri ($Z=0,200$) normal dağılıma sahiptir. Dolayısıyla, PBYÖDÖ için non-parametrik (parametrik olmayan) testlerin kullanılması, MYKÖ için ise parametrik testlerin kullanılması gerekmektedir. Sadece bu faktörlere bakılmadığı için, örneklem büyüklüğü ve çarpıklık-basıklık değerleri gibi diğer

faktörler de parametrik testlerin tercih edilmesini desteklemiştir. Ayrıca, ikinci ölçeğin Kolmogorov-Smirnov analizi sonucu parametrik testleri tercih etmemize katkı sağlamıştır. Son olarak, ölçeklerde bulunan ifadelerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. PBYÖDÖ'nün çarpıklık değerinin -0,619 olduğu ve basıklık değerinin de +0,129 olduğu, MYKÖ'nün çarpıklık değerinin -0,147 olduğu ve basıklık değerinin de -0,428 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada, hem örneklem sayısının 100'den fazla olması hem de çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 'nin altında olması sebebiyle parametrik testlerin veri analizinde tercih edilmesine karar verilmiştir. Araştırmanın örneklem sayısı, Kolmogorov-Smirnov Test sonucu ve Çarpıklık-Basıklık değerlerine ilişkin bilgiler Tablo 3.2'de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Ölçeklerin ve alt boyutlarının örneklem sayısı, Kolmogorov-Smirnov test sonucu ve çarpıklık-basıklık değerleri

Ölçekler	Maddeler	Örneklem Sayısı	Kolmogorov-Smirnov (p)	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
PBYÖDÖ	18 Madde	188	0,000	-0,619	+0,129
MYKÖ	13 Madde	188	0,200	-0,147	-0,428

Buna göre; örnekleme oluşturan yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile PBYÖDÖ ve MYKÖ ile her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki anlamlı farklılığın tespit edilmesi amacıyla t-testi; yaş, çalışma yılı, çalıştığı birim, çalışma şekli, ekonomik durum ve öğrenim durumu değişkenleri ile PBYÖDÖ ve MYKÖ ile her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki anlamlı farklılığın tespit edilmesi amacıyla da Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testlerinin kullanılmasına karar verildi. İki'den fazla kategoriye sahip değişkenlerin karşılaştırılmasında farkın hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemek için ileri analiz yöntemi olarak post hoc testleri yapıldı ve LSD yöntemi uygulandı. Bununla birlikte PBYÖDÖ ve MYKÖ ile her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson korelasyon analizinin yapılmasına karar verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin analizlerinde SPSS 25.0 paket programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerden elde edilen verilere ait bulgular yer almaktadır.

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Bu bölümde Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait veriler tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		N	%
Yaş	20-25	58	30,9
	26-30	105	55,9
	31 yaş ve üzeri	25	13,2
Cinsiyet	Kadın	89	47,3
	Erkek	99	52,7
Medeni Durum	Bekar	135	71,8
	Evli	53	28,2
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	94	50,0
	Gelir Gidere Eşit	68	36,2
	Gelir Giderden Fazla	26	13,8
Mesleki Öğrenim Durumu	Lise	11	5,8
	Ön Lisans	77	41,0
	Lisans	100	53,2
Toplam		188	100

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %55,9'unun (105 kişi) 26-30 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımında %52,7 (99 kişi) erkek hemşirelerden oluşurken, medeni durum açısından %71,8'inin (135 kişi) bekar olduğu görülmektedir. Ekonomik durumları incelendiğinde, %50,0'ının (94 kişi) gelirinin giderinden az olduğu saptanmıştır. Mesleki öğrenim durumları arasında ise %53,2'sinin (100 kişi) lisans düzeyinde eğitim aldığı gözlemlenmiştir.

4.2. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

Bu bölümde Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin çalışma özelliklerine ait veriler tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre dağılımı

Hemşirelerin Çalışma Özellikleri	N	%
Çalıştığı Yoğun Bakım	Erişkin YB	29 15,4
	Pediyatri YB	45 23,9
	Genel YB	10 5,3
	Koroner YB	23 12,2
	Cerrahi YB	23 12,2
	Yenidoğan YB	52 27,7
	Kadın Doğum YB	6 3,3
Meslekte Çalışma Yılı	0-5 Yıl	138 73,4
	5-9 Yıl	41 21,8
	10 Yıl ve Üzeri	9 4,8
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	14 7,4
	Sürekli Gece	2 1,1
	Gündüz/Gece	172 91,5
Çalışma Biçimi	Hasta Paylaşımı	160 85,1
	İş Paylaşımı	20 10,6
	Diğer	8 4,3
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2	109 58,0
	3	38 20,2
	4	29 15,4
	5	6 3,2
	6	6 3,2
Haftalık Çalışma Saati	40 saat	35 18,6
	48 saat ve üzeri	153 81,4
Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi	İyi	3 1,6
	Orta	74 39,4
	Kötü	111 59,0
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu	Evet	108 57,4
	Hayır	80 42,6
Toplam		188 100

Katılımcı hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım ünitelerine göre dağılımlarında %27,7'si (52 kişi) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde görev almaktadır. Meslekteki çalışma yılları incelendiğinde, %73,4'ü (138 kişi) 0-5 yıl arasında çalışmaktadır. Çalışma şekli açısından %91,5'i (172 kişi) gündüz-gece şeklinde çalışırken, %85,1'i (160 kişi) hasta paylaşımı ile görev yapmaktadır. Hemşire başına düşen hasta sayısı bakımından %58,0'ı (109 kişi) 2 hastaya bakmaktadır. Haftalık çalışma saatlerine bakıldığında ise %81,4'ü (153 kişi) 48 saat ve üzerinde çalıştığını belirtmiştir. Çalışma koşullarını değerlendiren katılımcıların %59,0'ı (111 kişi) koşulların kötü düzeyde olduğunu ifade ederken, çalıştığı birimden memnuniyet durumuna bakıldığında %57,4'ü (108 kişi) memnun olduğunu belirtmiştir.

4.3. Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme ve Merhamet Yorgunluğu Yaşama Durumları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Bu bölümde Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin psikososyal bakım verme ve merhamet yorgunluğu yaşama durumlarına ilişkin görüşleri yer almaktadır. Merhamet Yorgunluğu yaşama durumları ile ilgili özelliklerine ait veriler tablo 4.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşama durumlarına ilişkin görüşleri

Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Yaşama Durumlarına İlişkin Görüşleri		N	%
*Merhamet Yorgunluğunun Olası Sebepleri	Çalışma Koşulları	150	30,9
	Başarma Duygusu	15	3,1
	Kendini Yetersiz Görme	27	5,5
	Hastaların Travmalarına Maruz Kalma	63	13,0
	Yoğun İş Yükü	152	31,3
	Hastalara Uzun Süre Bakım Verme	79	16,2
	Toplam	486	100
*Merhamet Yorgunluğunun Olası Sonuçları	Empati ve Karar Verme Yeteneğinde Azalma	83	20,9
	Sinirlilik	125	31,4
	Bakım Becerilerinde Azalma	45	11,3
	İşe Bağlılığın Azalması	104	26,1
	Tıbbi Hata Riskinin Artması	41	10,3
	Toplam	398	100
Merhamet Yorgunluğunun Hemşirelik Bakımını Etkileme Durumu	Evet	174	92,6
	Hayır	14	7,4
	Toplam	188	100
*Merhametli Yaklaşımın Bakım Sonuçlarına Etkisi	Hastaların Daha Hızlı İyileşmesini Sağlar	113	15,6
	Kronik Hastalıklarla Baş Etme Becerilerinin Gelişmesini Sağlar	63	8,7
	Kaygı ve Endişelerinin Azalmasına Neden Olur	103	14,2
	Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Memnuniyetini Arttırır	109	15,0
	Güvenli Bakım Sağlar	101	14,0
	Zamandan ve Maliyetten Tasarrufun Sağlanmasını Sağlar	47	6,5
	Özgüven Duygusunu Arttırır	93	12,8
	Baş Etme Becerilerini Geliştirir	96	13,2
	Toplam	725	100
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.			

Katılımcı hemşirelerin merhamet yorgunluğuna sebep olabilecek durumları incelendiğinde, %31,3'ü (152 kişi) yoğun iş yükünden, %30,9'u (150 kişi) çalışma koşullarından etkilenmektedir. Merhamet yorgunluğu sonucunda %31,4'ü (125 kişi) sinirliliğe yol açabileceğini belirtirken, katılımcıların %92,6'sı (174 kişi) merhamet

yorgunluğunun hemşirelik bakımına etkisinin olduğunu ifade etmiştir. Hemşireliğe merhametli bakımın dahil edilmesinin %15,6'sının (113 kişi) hastaların daha hızlı iyileşmesini sağlayacağını düşündüğü görülmektedir. Hemşirelerin psikososyal bakım verme durumlarına ilişkin görüşleri tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin psikososyal bakım verme durumlarına ilişkin görüşleri

		N	%
*Psikososyal Yönden Bakım Vermeyi Engelleyen Faktörler	Hemşire Sayısının Yetersiz Olması	27	25,5
	Birimde Hasta Sayısının Fazla Olması	21	19,8
	Psikososyal Açidan Değerlendirmek İçin Yeterli Bilgiye Sahip Olmama	18	17,0
	Psikososyal Bakım Yapılması Gerektiğine İnanmama	2	1,9
	İş Yoğunluğu Nedeni ile Hastanın Psikososyal Gereksinimine Vakit Ayıramama	29	27,3
	Diğer	9	8,5
	Toplam	106	100
Hastaların Psikososyal Sorunların Sorgulama Durumu	Çalışma Saati İçerisinde 1 defa	66	35,1
	Hiçbir Zaman Sorgulamam	35	18,6
	Çalışma Saati İçerisinde 3-4 defa	87	46,3
	Toplam	188	100
*Hastalarda En Sık Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar	Depresyon Belirtileri	83	17,7
	Organik Ruhsal Sorunlar (Deliryum, Demans vb.)	65	13,8
	Hastalığa ve Hastaneye Uyumsuzluk	103	21,9
	Anksiyete/Kaygı Sorunları	107	22,8
	İletişim Problemleri	100	21,3
	Diğer	12	2,5
	Toplam	470	100
Psikososyal Sorun Yaşayan Hastaya İlk Yaklaşım	Konuşmaya Çalışma	153	81,4
	Psikiyatri Konsültasyonu İsteme	9	4,8
	Hekim İstemiyle İlaç Uygulama	26	13,8
	Toplam	188	100
Merhamet Yorgunluğunun Psikososyal Bakım Vermede Engel Olduğunu Düşünme Durumu	Evet	69	36,7
	Kısmen	102	54,3
	Hayır	17	9,0
	Toplam	188	100

*Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir.

Hastalara psikososyal yönden bakım veremeyen hemşireleri engelleyen faktörler arasında %27,3'ü (29 kişi) iş yoğunluğu nedeniyle vakit ayıramadığını, %25,5'i (27 kişi) hemşire sayısının yetersiz olduğunu belirtmektedir. Katılımcı hemşirelerin %46,3'ü (87 kişi) çalışma saatleri içinde 3-4 defa psikososyal sorunları sorguladığını ifade etmiştir. En sık karşılaşılan psikososyal sorunlar arasında %22,8'i (107 kişi) anksiyete/kaygı sorunları, %21,9'u (103 kişi) hastalığa ve hastaneye uyumsuzluk bulunmaktadır. Psikososyal sorun

yaşayan hastaya ilk yaklaşım olarak katılımcıların %81,4'ü (153 kişi) konuşmaya çalıştığını belirtmiştir. Merhamet yorgunluğunun psikososyal bakım vermenin önünde engel olup olmadığı sorulduğunda ise %54,3'ü (102 kişi) kısmen engel olduğunu ifade etmiştir.

4.4. PBYÖDÖ'deki İfadelerle İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Sonuçları

Bu bölümde katılımcı hemşirelerin Psikososyal Bakım Yeterliliği Öz Değerlendirme Ölçeği (PBYÖDÖ) ve alt boyutlarındaki ifadelerle ilgili puan ortalamaları ve standart sapma değerleri ile bu değerlerin isabet ettiği sonuçlar tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5. PBYÖDÖ'deki ifadelerle ilişkin betimleyici istatistikler ve sonuçları

Alt Boyutlar		
	X	SS
Semptom Tanılama	3,69	0,84
Bilgiyi Kullanma	3,57	0,87
Müdahale	3,50	0,86
Tanılama	3,47	0,83
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	64,14	13,47

PBYÖDÖ puan ortalaması $\bar{x}=64,14\pm13,47$, alt boyutlarından; “Semptom Tanılama” alt boyut puan ortalaması $\bar{x}=3,69\pm0,84$, “Bilgiyi kullanma” alt boyut puan ortalaması $\bar{x}=3,57\pm0,87$, “Müdahale” alt boyut puan ortalaması $\bar{x}=3,50\pm0,86$ ve “Tanılama” alt boyut puan ortalaması $\bar{x}=3,47\pm0,83$ olarak tespit edilmiştir.

4.5. MYKÖ'deki İfadelerle İlişkin Betimleyici İstatistikler ve Sonuçları

Bu bölümde katılımcı hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutlarındaki ifadelerle ilgili puan ortalamaları ve standart sapma değerleri tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6. MYKÖ'deki ifadelerle ilişkin betimleyici istatistikler ve sonuçları

Alt Boyutlar		
	X	SS
İkincil Travma	25,32	10,24
Mesleki Tükenmişlik	43,41	15,13
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	68,73	23,70

MYKÖ puan ortalaması $\bar{x}=68,73\pm23,70$, ikincil travma alt boyutu puan ortalaması $\bar{x}=25,32\pm10,24$ ve mesleki tükenmişlik alt boyutu ortalaması $\bar{x}=43,41\pm15,13$ olarak tespit edilmiştir.

4.6. Katılımcı Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Ölçekler ve Alt Boyutlar Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları ile MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının demografik özelliklere göre farklılığı incelenmiştir. Bu amaçla, parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili demografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum) için t-testi uygulanırken, üç veya daha fazla kategorili değişkenler (yaş, çalışma yılı, çalıştığı birim, çalışma şekli, ekonomik durum ve öğrenim durumu) için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

4.6.1. Cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları farklılıklarını belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.7’de yer almaktadır.

Tablo 4.7. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	X	S.S.	Sd.	t	p
Semptom Tanılama	Kadın	89	3,71	0,87	186	,440	,661
	Erkek	99	3,66	0,81			
Bilgiyi Kullanma	Kadın	89	3,55	0,90	186	-,342	,733
	Erkek	99	3,59	0,85			
Müdahale	Kadın	89	3,49	0,84	186	-,045	,964
	Erkek	99	3,50	0,87			
Tanılama	Kadın	89	3,45	0,85	186	-,293	,770
	Erkek	99	3,48	0,82			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Kadın	89	3,56	0,75	186	-,060	,952
	Erkek	99	3,57	0,74			
*p<0,05							

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.6.2. Cinsiyet değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Cinsiyet değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.8’de yer almaktadır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Ölçek	Cinsiyet	N	X	S.S.	Sd.	t	p
İkincil Travma	Kadın	89	5,82	1,88	186	5,089	,000
	Erkek	99	4,39	1,96			
Mesleki Tükenmişlik	Kadın	89	5,93	1,74	186	3,601	,000
	Erkek	99	4,97	1,91			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Kadın	89	5,89	1,66	186	4,511	,000
	Erkek	99	4,75	1,80			
*p<0,05							

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). MYKÖ ile alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

4.6.3. Medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.9’da yer almaktadır.

Tablo 4.9. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	X	S.S.	Sd.	t	p
Semptom Tanılama	Evli	53	3,77	0,71	186	-,817	,415
	Bekar	135	3,65	0,88			
Bilgiyi Kullanma	Evli	53	3,77	0,93	186	-2,011	,046
	Bekar	135	3,49	0,84			
Müdahale	Evli	53	3,52	0,85	186	-,215	,830
	Bekar	135	3,49	0,86			
Tanılama	Evli	53	3,57	0,74	186	-1,040	,300
	Bekar	135	3,43	0,86			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Evli	53	3,67	0,72	186	-1,218	,225
	Bekar	135	3,52	0,75			
*P<0,05							

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Fakat ölçeğin alt boyutları incelendiğinde medeni durum değişkenine göre “Bilgiyi Kullanma” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir ($p<0,05$). “Bilgiyi Kullanma” alt boyutunun

puan ortalaması incelendiğinde bekar bireylere kıyasla evli bireylerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.6.4. Medeni durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Medeni durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.10'da yer almaktadır.

Tablo 4.10. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	X	S.S.	Sd.	t	p
İkincil Travma	Evli	53	4,69	1,84	186	1,593	,113
	Bekar	135	5,21	2,11			
Mesleki Tükenmişlik	Evli	53	5,15	1,82	186	1,263	,208
	Bekar	135	5,54	1,91			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Evli	53	4,97	1,68	186	1,495	,137
	Bekar	135	5,41	1,87			
*P<0,05							

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.6.5. Yaş değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Yaş değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.11'de yer almaktadır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Yaş Aralığı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Semptom Tanılama	20-25	58	Gruplar Arası	1,245	2	,623	,884	,415
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	25	Gruplar İçi	130,359	185	,705		
Toplam				131,604	187			

Tablo 4.11. (Devam) *Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Yaş Aralığı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgiyi Kullanma	20-25	58	Gruplar Arası	4,233	2	2,116	2,843	,061
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	25	Gruplar İçi	137,732	185	,744		
			Toplam	141,965	187			
Müdahale	20-25	58	Gruplar Arası	1,550	2	,775	1,058	,349
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	25	Gruplar İçi	135,573	185	,733		
			Toplam	137,124	187			
Tanılama	20-25	58	Gruplar Arası	1,699	2	,849	1,232	,294
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	25	Gruplar İçi	127,577	185	,690		
			Toplam	129,275	187			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	20-25	58	Gruplar Arası	2,017	2	1,009	1,827	,164
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	25	Gruplar İçi	102,158	185	,552		
			Toplam	104,175	187			
*P<0,05								

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları yaş değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.6.6. Yaş değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Yaş değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.12’de yer almaktadır.

Tablo 4.12. *Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Yaş Aralığı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	20-25	58	Gruplar Arası	29,912	2	14,956	3,668	,027
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	23	Gruplar İçi	754,217	185	4,077		
			Toplam	784,128	187			

Tablo 4.12. (Devam) *Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Yaş Aralığı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Mesleki Tükenmişlik	20-25	58	Gruplar Arası	4,671	2	2,335	,651	,523
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	23	Gruplar İçi	663,914	185	3,589		
	Toplam	668,585	187					
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	20-25	58	Gruplar Arası	11,362	2	5,681	1,723	,181
	26-30	105						
	31 yaş ve üzeri	23	Gruplar İçi	610,062	185	3,298		
	Toplam	621,424	187					
*P<0,05								

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları yaş değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ' nün "İkincil Travma" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). MYKÖ' nün "İkincil Travma" alt boyutu ile yaş değişkeni arasındaki anlamlı farklılığın tespit edilmesine ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edilen bulgular tablo 4.13'te yer almaktadır.

Tablo 4.13. *Hemşirelerin MYKÖ' nün "İkincil Travma" alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Yaş	X	SS
İkincil Travma	20-25	5,54	2,28
	26-30	4,98	1,87
	31 yaş ve üzeri	4,27	1,96
	Toplam	5,06	2,04

Hemşirelerin MYKÖ' nün "İkincil Travma" alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasına sahip yaş aralığı 20-25, en düşük puan ortalamasına sahip yaş aralığı ise 31 yaş ve üzeri olarak görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc LSD testi sonucuna göre 20-25 yaş aralığı puan ortalamasının 31 yaş ve üzeri yaş aralığı puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

4.6.7. Çalışılan birim değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışılan birime göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.14'te yer almaktadır.

Tablo 4.14. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışılan birim değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Birim	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Semptom Tanılama	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	5,326	6	,888	1,272	,272
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10	Gruplar İçi	126,279	181	,698		
	Koroner YB	23						
	Cerrahi YB	23	Toplam					
	Yenidoğan YB	52		131,604	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Bilgiyi Kullanma	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	5,789	6	,965	1,282	,267
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10	Gruplar İçi	136,176	181	,752		
	Koroner YB	23						
	Cerrahi YB	23	Toplam					
	Yenidoğan YB	52		141,965	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Müdahale	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	4,437	6	,739	1,009	,421
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10	Gruplar İçi	132,687	181	,733		
	Koroner YB	23						
	Cerrahi YB	23	Toplam					
	Yenidoğan YB	52		137,124	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Tanılama	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	6,476	6	1,079	1,591	,152
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10	Gruplar İçi	122,799	181	,678		
	Koroner YB	23						
	Cerrahi YB	23	Toplam					
	Yenidoğan YB	52		129,275	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	3,818	6	,636	1,148	,337
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10	Gruplar İçi	100,357	181	,554		
	Koroner YB	23						
	Cerrahi YB	23	Toplam					
	Yenidoğan YB	52		104,175	187			
	Kadın Doğum YB	6						

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışılan birim değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.6.8. Çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışılan birime göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.15'te yer almaktadır.

Tablo 4.15. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışılan birim değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Birim	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	105,203	6	17,534	4,674	,000
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10						
	Koroner YB	23	Gruplar İçi	678,926	181	3,751		
	Cerrahi YB	23						
	Yenidoğan YB	52	Toplam	784,128	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Mesleki Tükenmişlik	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	73,937	6	12,323	3,751	,002
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10						
	Koroner YB	23	Gruplar İçi	594,649	181	3,285		
	Cerrahi YB	23						
	Yenidoğan YB	52	Toplam	668,585	187			
	Kadın Doğum YB	6						
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Erişkin YB	29	Gruplar Arası	81,231	6	13,538	4,536	,000
	Pediyatri YB	45						
	Genel YB	10						
	Koroner YB	23	Gruplar İçi	540,194	181	2,984		
	Cerrahi YB	23						
	Yenidoğan YB	52	Toplam	621,424	187			
	Kadın Doğum YB	6						

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışılan birim değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). MYKÖ ve alt boyutları ile çalışılan birim arasında anlamlı farklılığın tespit edilmesine ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edilen bulgular tablo 4.16'da yer almaktadır.

Tablo 4.16. Hemşirelerin çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edilen bulgular

Alt Boyutlar	Birim	X	S.S.
İkincil Travma	Erişkin Yoğun Bakım	4,34	2,19
	Pediatric Yoğun Bakım	4,42	1,73
	Genel Yoğun Bakım	5,34	1,37
	Koroner Yoğun Bakım	4,88	1,96
	Cerrahi Yoğun Bakım	4,69	2,11
	Yenidoğan Yoğun Bakım	6,03	1,98
	Kadın Doğum Yoğun Bakım	6,80	1,68
	Toplam	5,06	2,05
Mesleki Tükenmişlik	Erişkin Yoğun Bakım	4,56	1,79
	Pediatric Yoğun Bakım	5,25	1,93
	Genel Yoğun Bakım	5,56	0,77
	Koroner Yoğun Bakım	5,34	1,81
	Cerrahi Yoğun Bakım	4,79	2,02
	Yenidoğan Yoğun Bakım	6,28	1,84
	Kadın Doğum Yoğun Bakım	6,08	0,66
	Toplam	5,43	1,89
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Erişkin Yoğun Bakım	4,47	1,80
	Pediatric Yoğun Bakım	4,93	1,72
	Genel Yoğun Bakım	5,48	0,72
	Koroner Yoğun Bakım	5,16	1,78
	Cerrahi Yoğun Bakım	4,75	1,91
	Yenidoğan Yoğun Bakım	6,18	1,77
	Kadın Doğum Yoğun Bakım	6,36	1,00
	Toplam	5,29	1,82

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla; "İkincil Travma" alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip birim kadın doğum yoğun bakım ($\bar{x}=6,80\pm1,68$), en düşük puan ortalamasına sahip birim ise erişkin yoğun bakım ($\bar{x}=4,34\pm2,19$) olarak belirlenmiştir. "Mesleki Tükenmişlik" alt boyutunda ise en yüksek puan ortalamasına sahip birim yenidoğan yoğun bakım ($\bar{x}=6,28\pm1,24$), en düşük puan ortalamasına sahip birim erişkin yoğun bakım ($\bar{x}=4,56\pm1,79$) olarak tespit edilmiştir. Genel ölçek puanlarına bakıldığında ise en yüksek puan ortalamasına sahip birim kadın doğum yoğun bakım ($\bar{x}=6,36\pm1,00$), en düşük puan ortalamasına sahip birim ise erişkin yoğun bakım ($\bar{x}=4,47\pm1,80$) olarak görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc LSD testi sonucuna göre yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölçek toplam puanları erişkin yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, pediatri yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

4.6.9. Ekonomik durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Ekonomik durum değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.17’de yer almaktadır.

Tablo 4.17. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Ekonomik Durum	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Semptom Tanılama	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	2,079	2	1,040	1,485	,229
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	129,525	185	,700		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	131,604	187			
Bilgiyi Kullanma	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	,902	2	,451	,592	,554
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	141,063	185	,763		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	141,965	187			
Müdahale	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	,225	2	,112	,152	,859
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	136,899	185	,740		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	137,124	187			
Tanılama	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	1,175	2	,588	,849	,430
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	128,100	185	,692		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	129,275	187			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	,780	2	,390	,698	,499
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	103,395	185	,559		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	104,175	187			

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ekonomik durum değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.10. Ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.18’de yer almaktadır.

Tablo 4.18. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Ekonomik Durum	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	23,844	2	11,922	2,901	,057
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	760,284	185	4,110		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	784,128	187			
Mesleki Tükenmişlik	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	26,713	2	13,357	3,850	,023
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	641,872	185	3,470		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	668,585	187			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Gelir Giderden Az	94	Gruplar Arası	24,690	2	12,345	3,827	,024
	Gelir Gidere Eşit	68	Gruplar İçi	596,734	185	3,226		
	Gelir Giderden Fazla	26	Toplam	621,424	187			

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları ekonomik durum değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyutlar arasından ölçeğin tamamı ve “Mesleki Tükenmişlik” ile ekonomik durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). MYKÖ ve alt boyutlar arasından “Mesleki Tükenmişlik” ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı farklılığın tespit edilmesine ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edilen bulgular tablo 4.19’da yer almaktadır.

Tablo 4.19. Hemşirelerin ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve ‘‘Mesleki Tükenmişlik’’ alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları ve standart sapma değerlerine ait elde edilen bulgular

Alt boyutlar	Ekonomik Durum	X	SS
Mesleki Tükenmişlik	Gelir Giderden Az	5,78	1,93
	Gelir Gidere Eşit	5,19	1,74
	Gelir Giderden Fazla	4,76	1,92
	Toplam	5,43	1,89
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Gelir Giderden Az	5,60	1,90
	Gelir Gidere Eşit	5,13	1,63
	Gelir Giderden Fazla	4,57	1,83
	Toplam	5,29	1,82

Hemşirelerin MYKÖ ve ‘‘Mesleki Tükenmişlik’’ alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında; ‘‘Mesleki Tükenmişlik’’ alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına sahip ekonomik durum düzeyi gelir giderden az ($\bar{x}=5,78\pm1,93$), en düşük puan ortalamasına sahip ekonomik durum düzeyi ise gelir giderden fazla ($\bar{x}=4,76\pm1,92$) olarak görülmektedir. Genel ölçek puanlarına bakıldığında ise en yüksek puan ortalamasına sahip ekonomik durum düzeyi gelir giderden az ($\bar{x}=5,60\pm1,90$), en düşük puan ortalamasına sahip ekonomik durum düzeyi ise gelir giderden fazla ($\bar{x}=4,57\pm1,83$) olarak görülmektedir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc LSD testi sonucuna göre geliri giderinden az olan hemşirelerin ölçek toplam puanları geliri giderinden fazla olan hemşirelerin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

4.6.11. Öğrenim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Öğrenim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.20’de yer almaktadır.

Tablo 4.20. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Semptom Tanılama	Lise	11	Gruplar Arası	,717	2	,359	,507	,603
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	130,887	185	,707		
	Lisans	100	Toplam	131,604	187			

Tablo 4.20. (Devam) *Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Bilgiyi Kullanma	Lise	11	Gruplar Arası	,978	2	,489	,642	,528
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	140,987	185	,762		
	Lisans	100	Toplam	141,965	187			
Müdahale	Lise	11	Gruplar Arası	1,252	2	,626	,853	,428
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	135,871	185	,734		
	Lisans	100	Toplam	137,124	187			
Tanılama	Lise	11	Gruplar Arası	,843	2	,422	,607	,546
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	128,432	185	,694		
	Lisans	100	Toplam	129,275	187			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Lise	11	Gruplar Arası	,466	2	,233	,415	,661
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	103,710	185	,561		
	Lisans	100	Toplam	104,175	187			

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları öğrenim durumu değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.12. Öğrenim durumu değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Öğrenim durumu değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.21’de yer almaktadır.

Tablo 4.21. *Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre dağılımı*

Alt Boyutlar	Öğrenim Durumu	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	Lise	11	Gruplar Arası	3,300	2	1,650	,391	,677
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	780,828	185	4,221		
	Lisans	100	Toplam	784,128	187			
Mesleki Tükenmişlik	Lise	11	Gruplar Arası	16,038	2	8,019	2,273	,106
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	652,547	185	3,527		
	Lisans	100	Toplam	668,585	187			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Lise	11	Gruplar Arası	9,733	2	4,867	1,472	,232
	Ön Lisans	77	Gruplar İçi	611,691	185	3,306		
	Lisans	100	Toplam	621,424	187			

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları öğrenim durumu değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.13. Çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.22’de yer almaktadır.

Tablo 4.22. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma yılı değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Yılı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Semptom Tanılama	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	,037	2	,018	,026	,974
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	131,567	185	,711		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	131,604	187			
Bilgiyi Kullanma	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	2,128	2	1,064	1,408	,247
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	139,837	185	,756		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	141,965	187			
Müdahale	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	,226	2	,113	,153	,858
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	136,897	185	,740		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	137,124	187			
Tanılama	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	,151	2	,076	,108	,898
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	129,124	185	,698		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	129,275	187			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	,406	2	,203	,362	,697
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	103,769	185	,561		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	104,175	187			

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışma yılı değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.14. Çalışma yılı değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışma yılı değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.23’te yer almaktadır.

Tablo 4.23. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma yılı değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Yılı	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	7,647	2	3,823	,911	,404
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	776,481	185	4,197		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	784,128	187			
Mesleki Tükenmişlik	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	1,802	2	,901	,250	,779
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	666,784	185	3,604		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	668,585	187			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	0-5 yıl	138	Gruplar Arası	2,298	2	1,149	,343	,710
	6-9 yıl	41	Gruplar İçi	619,126	185	3,347		
	10 yıl ve üzeri	9	Toplam	621,424	187			

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışma yılı değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.15. Çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.24'te yer almaktadır.

Tablo 4.24. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma şekli değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Semptom Tanılama	Sürekli Gündüz	14	Gruplar Arası	,528	2	,264	,372	,690
	Sürekli Gece	2	Gruplar İçi	131,076	185	,709		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	131,604	187			
Bilgiyi Kullanma	Sürekli Gündüz	14	Gruplar Arası	1,766	2	,883	1,165	,314
	Sürekli Gece	2	Gruplar İçi	140,199	185	,758		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	141,965	187			
Müdahale	Sürekli Gündüz	14	Gruplar Arası	3,172	2	1,586	2,190	,115
	Sürekli Gece	2	Gruplar İçi	133,952	185	,724		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	137,124	187			
Tanılama	Sürekli Gündüz	14	Gruplar Arası	,171	2	,085	,122	,885
	Sürekli Gece	2	Gruplar İçi	129,105	185	,698		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	129,275	187			
Ölçeğin Tamamı (PBYÖDÖ)	Sürekli Gündüz	14	Gruplar Arası	,597	2	,299	,533	,588
	Sürekli Gece	2	Gruplar İçi	103,578	185	,560		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	104,175	187			

Hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışma şekli değişkenine göre incelendiğinde; PBYÖDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6.16. Çalışma şekli değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutlarına ilişkin bulgular

Çalışma şekli değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 4.25'te yer almaktadır.

Tablo 4.25. Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma şekli değişkenine göre dağılımı

Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	N	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İkincil Travma	Sürekli	14	Gruplar Arası	9,244	2	4,622	1,104	,334
	Gündüz	2	Gruplar İçi	774,884	185	4,189		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	784,128	187			
Mesleki Tükenmişlik	Sürekli	14	Gruplar Arası	11,629	2	5,814	1,637	,197
	Gündüz	2	Gruplar İçi	656,957	185	3,551		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	668,585	187			
Ölçeğin Tamamı (MYKÖ)	Sürekli	14	Gruplar Arası	10,619	2	5,310	1,608	,203
	Gündüz	2	Gruplar İçi	610,805	185	3,302		
	Gece/Gündüz	172	Toplam	621,424	187			

Hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları çalışma şekli değişkenine göre incelendiğinde; MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.7. Hemşirelerin PBYÖDÖ ve Alt Boyutları ile MYKÖ ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Bu bölümde PBYÖDÖ ve alt boyutları olan semptom tanılama, bilgiyi kullanma, müdahale ve tanılama ile MYKÖ ve alt boyutları olan ikincil travma ve mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulguları yer almaktadır. Bu bulgulara ait analiz sonuçları tablo 4.26'da yer almaktadır.

Tablo 4.26. *PBYÖDÖ ve alt boyutları ile MYKÖ ve alt boyutları değişkenlerine ilişkin korelasyon analizi sonuçları (n:188)*

Alt Boyutlar		PBYÖDÖ Toplam	Semptom Tanılama	Bilgiyi Kullanma	Müdahale	Tanılama	MYKÖ Toplam	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik
PBYÖDÖ	r	1							
	p								
Semptom Tanılama	r	,880**	1						
	p	,000							
Bilgiyi Kullanma	r	,883**	,683**	1					
	p	,000	,000						
Müdahale	r	,864**	,613**	,725**	1				
	p	,000	,000	,000					
Tanılama	r	,884**	,766**	,648**	,736**	1			
	p	,000	,000	,000	,000				
MYKÖ	r	,041	-,004	,001	,101	,066	1		
	p	,578	,954	,993	,169	,367			
İkincil Travma	r	,063	-,002	,049	,113	,078	,902**	1	
	p	,391	,974	,507	,124	,290	,000		
Mesleki Tükenmişlik	r	,021	-,005	-,032	,082	,051	,956**	,736**	1
	p	,770	,946	,664	,266	,485	,000	,000	

*p≤0,01: Korelasyon Düzeyi İçin Anlamlıdır.
**Normal dağılıma sahip iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson” korelasyon analizi kullanılmıştır

Korelasyon analizi sonuçlarına göre PBYÖDÖ ve alt boyutları ile MYKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (r:0,041; p>0,05).

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre sonuç, tartışma ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

5.1. Sonuçlar

- ❖ Araştırma bulgularımız sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $64,14 \pm 13,47$ olarak bulundu. Alt boyutlardan en düşük toplam puan ortalamasının $(3,47 \pm 0,83)$ "Tanılama" alt boyutuna, en yüksek toplam puan ortalamasının $(3,69 \pm 0,84)$ "Semptom tanılama" alt boyutuna ait olduğu bulundu.
- ❖ Medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ'nün "Bilgiyi Kullanma" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Yapılan analiz sonuçları incelendiğinde; bekar bireylere kıyasla evli bireylerin psikososyal bakım yetkinliği daha yüksek bulundu.
- ❖ Araştırma bulgularımız sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin MYKÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları $68,73 \pm 23,70$ olarak bulundu. Alt boyutlardan en düşük toplam puan ortalamasının $(25,32 \pm 10,24)$ "İkincil Travma" alt boyutuna, en yüksek toplam puan ortalamasının $(43,41 \pm 15,13)$ "Mesleki Tükenmişlik" alt boyutuna ait olduğu saptandı. Cinsiyet, yaş, çalışılan birim ve ekonomik durum değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).
- ❖ Cinsiyet değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Yapılan analiz sonuçları incelendiğinde; erkeklere kıyasla kadınlarda yaşanan merhamet yorgunluğu düzeyi daha yüksek bulundu ($p < 0,05$).
- ❖ Yaş değişkenine göre MYKÖ'nün "İkincil Travma" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 20-25 yaş aralığı puan ortalamasının 31 yaş ve üzeri yaş aralığı puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).
- ❖ Çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölçek toplam puanlarının, erişkin yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, pediatri yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).

- ❖ Ekonomik durum değişkenine göre MYKÖ ve “Mesleki Tükenmişlik” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda geliri giderinden az olan hemşirelerin ölçek toplam puanları geliri giderinden fazla olan hemşirelerin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu.
- ❖ PBYÖDÖ ile MYKÖ arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmadı ($r:0,041$; $p:0,578$).

5.2. Tartışma

Bu bölümde, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri ile merhamet yorgunluğu düzeylerine ilişkin araştırmanın sonuçları literatür doğrultusunda aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır.

1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özelliklerinin Tartışılması
2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması
3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile MYKÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması
4. Psikososyal bakım yetkinlikleri ile merhamet yorgunluğu yaşamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

5.2.1. Yoğun bakım hemşirelerinin özelliklerinin tartışılması

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve çalışma özelliklerine göre bu bulgular zor çalışma koşullarına rağmen hemşirelerin birimlerinde çalışmaktan memnun olduklarını göstermektedir. Davut'un (2022) çalışmasında, hemşirelerin %53'ünün çalışma koşullarının kötü olduğu ve %60,6'sının birimlerinde çalışmaktan memnun oldukları ortaya konmuştur [81]. Çalışmamızla uyumlu olarak, Davut'un çalışması da benzer sonuçlar göstermektedir.

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme ve merhamet yorgunluğu yaşama durumları ile ilgili özelliklerine göre literatür incelendiğinde; Davut'un çalışmasında genel kliniklerde çalışan hemşirelerin %83,9'u hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini; %71,4'ü bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendirdiklerini; hastayı psikososyal açıdan değerlendiremeyen hemşirelerin %84,52'sinin iş yoğunluğu nedeniyle değerlendiremediğini; hastalarda %81,57 oranında iletişim sorunları, %76,96 oranında anksiyete/kaygı sorunları gözlemlediklerini belirtmiştir

[81]. Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, genel kliniklerde çalışan hemşirelerin %83,7'sinin hemşire sayısının azlığı ve %80,4'ünün iş yoğunluğu nedeniyle psikososyal bakıma yeterince zaman ayıramadıkları belirtilmiştir [152]. Pehlivan'ın yaptığı çalışmada (2013) onkolojik tedavi veren hastanelerde çalışan onkoloji hemşirelerinin %98,7'sinin hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşündüğü; hastayı psikososyal açıdan değerlendiremeyen hemşirelerin %80,3'ünün iş yoğunluğu nedeniyle değerlendiremediği; %96,2'si hastalarda en çok karşılaşılan psikososyal sorunun anksiyete belirtileri olduğu belirtilmiştir [153]. Çalışmanın literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

5.2.2. Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile PBYÖDÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ toplam puan ortalaması $64,14 \pm 13,47$ olarak bulundu. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar göz önüne alındığında, bu puanın ortalama bir düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmamızda hemşirelerin psikososyal bakım becerileri en yüksek alt boyut puanı "Semptom Tanılama", en düşük alt boyut puanı "Tanılama" olarak bulunmuştur.

Karataş'ın yaptığı çalışmada (2019) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $72,06 \pm 9,36$, Demir'in yaptığı çalışmada (2023) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $64,28 \pm 13,13$, Ortakaş'ın yaptığı çalışmada (2022) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $68,22 \pm 12,7$ olarak ölçek toplam puanları çalışmamızdan yüksek bulunmuştur. Ancak Saygın'ın yaptığı çalışmada (2022) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $60,66 \pm 17,46$, Davut'un yaptığı çalışmada (2022) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $57,97 \pm 11,29$, Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $61,43 \pm 13,28$ olarak ölçek toplam puanları çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Farklılıkların evren ve örneklem farklarından, çalışma koşullarından, kültürel normlardan ve hemşirelerin aldıkları psikososyal bakım eğitimlerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin psikososyal bakım becerileri en yüksek alt boyut puanı "Bilgiyi Kullanma" [81, 150, 154]; en düşük alt boyut puanı "Müdahale" olarak görülmektedir [39, 81, 150, 154]. Bu farklılıklar, dil engelleri, kültürel farklılıklar, hastalarla yeterince zaman geçirememeye, yeterli psikososyal değerlendirme becerilerine sahip olmama ve eğitim ile bilgi eksikliğinden

kaynaklanabilir. Ayrıca, çalışmamızın yapıldığı hastanede KLP hemşiresinin bulunmaması, hemşirelerin hastanın psikososyal durumunu daha kapsamlı bir şekilde değerlendirmesini zorlaştırabilmektedir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'nün "Semptom Tanılama" alt boyut toplam puanı $3,69 \pm 0,84$ olarak bulundu. Karataş'ın yaptığı çalışmada (2019) $20,67 \pm 3,05$ puan, Demir'in yaptığı çalışmada (2023) $18,44 \pm 4,20$ puan, Ortakaş'ın yaptığı çalışmada (2022) $18,8 \pm 3,97$ puan, Saygın'ın yaptığı çalışmada (2022) $3,54 \pm 1,13$ puan, Davut'un yaptığı çalışmada (2022) $16,62 \pm 3,84$ puan, Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) $17,85 \pm 4,36$ puan olarak saptanmıştır.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'nün "Bilgiyi Kullanma" alt boyut toplam puanı $3,57 \pm 0,87$ olarak bulundu. Karataş'ın yaptığı çalışmada (2019) $20,79 \pm 3,03$ puan, Demir'in yaptığı çalışmada (2023) $18,66 \pm 4,24$ puan, Ortakaş'ın yaptığı çalışmada (2022) $19,41 \pm 3,70$ puan, Saygın'ın yaptığı çalışmada (2022) $3,41 \pm 1,08$ puan, Davut'un yaptığı çalışmada (2022) $16,93 \pm 3,58$ puan, Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) $17,90 \pm 4,04$ puan olarak saptanmıştır.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'nün "Müdahale" alt boyut toplam puanı $3,50 \pm 0,86$ olarak bulundu. Karataş'ın yaptığı çalışmada (2019) $15,08 \pm 2,75$ puan, Demir'in yaptığı çalışmada (2023) $13,43 \pm 3,37$ puan, Ortakaş'ın yaptığı çalışmada (2022) $15,73 \pm 3,12$ puan, Saygın'ın yaptığı çalışmada (2022) $3,22 \pm 0,98$ puan, Davut'un yaptığı çalışmada (2022) $11,63 \pm 3,17$ puan, Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) $12,69 \pm 3,24$ puan olarak saptanmıştır.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'nün "Tanılama" alt boyut toplam puanı $3,47 \pm 0,83$ olarak bulundu. Karataş'ın yaptığı çalışmada (2019) $15,53 \pm 2,49$ puan, Demir'in yaptığı çalışmada (2023) $13,76 \pm 3,07$ puan, Ortakaş'ın yaptığı çalışmada (2022) $14,18 \pm 3,48$ puan, Saygın'ın yaptığı çalışmada (2022) $3,26 \pm 1,03$ puan, Davut'un yaptığı çalışmada (2022) $12,79 \pm 2,65$ puan, Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) $12,98 \pm 3,21$ puan olarak saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında, çalışmalardan elde edilen bulgular yoğun bakım hemşirelerinin yetkinlik düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, mevcut çalışmanın literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile PBYÖDÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığı mevcut araştırmada, hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerinin yetkinliklerini etkilemediği tespit edildi.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Karataş (2019), Saygın (2022) ve Temur Kaya'nın (2022) çalışmasında da cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Davut'un (2022) çalışmasında cinsiyet değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Cinsiyet bazı alanlarda farklılık yaratabilirken, hemşirelik bakımının kalitesi genellikle bireysel yetenekler, deneyim, eğitim ve mesleki tutumlarla daha yakından ilişkilidir. Bu nedenle, cinsiyetin hemşirelik bakımında belirleyici bir faktör olmadığını söylemek mümkündür. Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Saygın (2022), Demir (2023), Temur Kaya'nın çalışmasında da yaş değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Karataş (2019) ve Davut'un (2022) çalışmasında yaş değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Karataş'ın (2019) çalışmasında, yaşa göre gruplar arasında PBYÖDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Araştırma, 19-25 yaş grubu ile 40-46 yaş grubu arasındaki farkın belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Davut'un (2022) çalışmasında da, yaşa göre gruplar arasında PBYÖDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Araştırma da 20-25 yaş grubu ile 31 yaş ve üzeri yaş grubu arasındaki farkın belirleyici olduğu ortaya konmuştur. Yaşın artmasıyla birlikte empati düzeyinde artış gözlemlendiğini ortaya koymaktadır [155-157]. Yaş değişkenine göre psikososyal bakım yetkinliği arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların farklı sonuçlar vermesi, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ alt boyutlarından "Bilgiyi Kullanma" puan ortalamalarının, evli bireylerde bekar bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,046$). Ölçeğin tamamı ve diğer alt boyutlar incelendiğinde anlamlı bir fark görülmesi de puan ortalamalarının evli bireylerde bekar bireylere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karataş (2019), Saygın (2019) ve Sancak'ın (2021) çalışmasında medeni durum değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat çalışmamıza

benzer şekilde ölçeğin tamamı ve diğer alt boyutlar incelendiğinde anlamlı bir fark görülmesi de puan ortalamalarının evli bireylerde bekar bireylere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evli hemşireler genellikle ev ortamında daha güçlü bir duygusal destek ağına sahiptirler. Bu destek, iş stresiyle başa çıkmalarına ve iş yerinde daha iyi performans göstermelerine yardımcı olabilir. Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin eğitim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Saygın (2022), Temur Kaya (2022), Sancak (2021), Demir (2023) ve Karataş'ın (2019) çalışmasında da eğitim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Davut'un (2022) çalışmasında eğitim durumu değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmada yüksek lisans-doktora mezunlarının ortalamalarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Ortakaş'ın (2023) çalışmasında ise ölçek ve alt boyutları incelendiğinde müdahale alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmektedir. Ortakaş'ın (2023) çalışmasında yapılan ileri analiz sonucunda ise lise mezunu hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının üniversite mezunu hemşirelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi, profesyonellik için temel bir kriterdir çünkü bilgi ve beceriyi birlikte getirir ve bu da bakım kalitesini doğrudan etkiler [156]. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin eğitim düzeyinin, iletişim ve empati becerilerini geliştirmede önemli bir rol oynadığı gözlemlenmektedir [156-158]. Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir fakat konu ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalıştığı birim değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Temur Kaya (2022), Karataş (2019), Ortakaş (2023) ve Sancak'ın (2021) çalışmasında da hemşirelerin çalıştığı birim değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Davut (2022) ve Demir'in (2023) çalışmasında hemşirelerin çalıştığı birim değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Davut'un (2022) çalışmasında özel dal hemşirelerinin ortalamalarının acil serviste çalışan hemşirelerin ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu aynı zamanda oluşan farklılığın eğitim düzeyinden kaynaklandığı ön görülmektedir. Demir'in (2023) çalışmasında ise dahili, cerrahi ve yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal beceri düzeyleri acil serviste çalışan

hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalıştığı birim değişkenine göre psikososyal bakım yetkinliği arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların farklı sonuçlar vermesi, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Saygın (2022), Temur Kaya (2022), Ortakaş (2023) ve Demir'in (2023) çalışmasında da hemşirelerin çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Karataş (2019) ve Davut'un (2023) çalışmasında hemşirelerin çalışma yılı değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışma yılı değişkenine göre psikososyal bakım yetkinliği arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların farklı sonuçlar vermesi, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Temur Kaya (2022), Saygın (2022), Karataş (2019), Sancak (2021) ve Demir'in (2023) çalışmasında da hemşirelerin çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Fakat Davut'un (2023) çalışmasında hemşirelerin çalışma şekli değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre araştırma bulgumuzun literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin ekonomik durum değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Saygın (2022), Karataş (2019) ve Demir'in (2023) çalışmasında da hemşirelerin ekonomik durum değişkenine göre PBYÖDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu gözlemlenmiştir.

5.2.3. Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile MYKÖ ve alt boyutlarına yönelik bulguların tartışılması

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin MYKÖ'nün toplam puan ortalaması $68,73 \pm 23,70$ olarak bulundu. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 130, en düşük puanın ise 13 olduğu göz önüne alındığında, hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin ortalama puanının üzerinde olduğu söylenebilir.

Dikyol'un çalışmasında (2022) hemşirelerin MYKÖ'den aldıkları toplam puan $69,79 \pm 19,50$ olarak ölçek toplam puanları çalışmamızla benzer bulunmuştur. Aydın'ın çalışmasında (2022) hemşirelerin MYKÖ'den aldıkları toplam puan $55,66 \pm 22,22$, Demirci'nin çalışmasında (2023) hemşirelerin MYKÖ'den aldıkları toplam puan $60,55 \pm 21,73$, Polat'ın çalışmasında (2023) hemşirelerin MYKÖ'den aldıkları toplam puan $58,86 \pm 24,38$ ve Yağmuroğlu'nun çalışmasında (2024) hemşirelerin MYKÖ'den aldıkları toplam puan $58,72 \pm 17,69$ olarak ölçek toplam puanları çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda da hemşirelerin yaşadığı merhamet yorgunluğu düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [160-163].

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin MYKÖ'nün "İkincil Travma" alt boyut toplam puanı $25,32 \pm 10,24$ olarak bulundu. Aydın'ın yaptığı çalışmada (2022) $20,41 \pm 9,12$ puan, Demirci'nin yaptığı çalışmada (2023) $22,55 \pm 9,67$ puan, Polat'ın yaptığı çalışmada (2023) $20,22 \pm 10,35$ puan, Yağmuroğlu'nun yaptığı çalışmada (2024) $18,17 \pm 6,41$ puan ve Dikyol'un yaptığı çalışmada $25,83 \pm 8,85$ puan olarak saptanmıştır.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre yoğun bakım hemşirelerinin MYKÖ'nün "Mesleki Tükenmişlik" alt boyut toplam puanı $43,41 \pm 15,13$ olarak bulundu. Aydın'ın yaptığı çalışmada (2022) $35,24 \pm 14,32$ puan, Demirci'nin yaptığı çalışmada (2023) $37,99 \pm 14,22$ puan, Polat'ın yaptığı çalışmada (2023) $38,63 \pm 16,25$ puan, Yağmuroğlu'nun yaptığı çalışmada (2024) $40,54 \pm 12,70$ puan ve Dikyol'un yaptığı çalışmada $43,95 \pm 12,82$ puan olarak saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında, çalışmalardan elde edilen bulgular yoğun bakım hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeylerinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, mevcut çalışmanın literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile MYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığı mevcut araştırmada, hemşirelerin medeni durum, eğitim, çalışma yılı ve çalışma şekli değişkenlerinin merhamet yorgunluğu düzeylerini etkilemediği tespit edildi. Fakat cinsiyet, yaş, çalışılan birim ve ekonomik durum değişkenleri ile merhamet yorgunluğu düzeylerinin arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin cinsiyet değişkenine göre MYKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Çalışmamızda kadın hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan, erkek hemşirelerin

aldıkları toplam puanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Dikyol (2022) ve Polat'ın (2023) çalışmasında da cinsiyet değişkenine göre MYKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Dikyol'un (2022) çalışmasında, kadın hemşirelerin MYKÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puanların erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Polat'ın (2023) çalışmasında ise hemşirelerin cinsiyetleri ile MYKÖ ve ikincil travma alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ve kadın hemşirelerin puan ortalamalarının erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda da kadınların MYKÖ ve alt boyut puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği görülmektedir [164-167]. Fakat Aydın (2022), Demirci (2023) ve Yağmuroğlu'nun (2024) çalışmasında cinsiyet değişkenine göre MYKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Kadınların genellikle daha yüksek empati düzeylerine sahip olmaları, hastalarla daha derin duygusal bağlantılar kurmaları ve hem işte hem de evde çoklu roller ve sorumluluklar üstlenme eğiliminde olmaları nedeniyle merhamet yorgunluğunu daha fazla yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş değişkenine göre MYKÖ'nün "İkincil Travma" alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda 20-25 yaş aralığı puan ortalamasının 31 yaş ve üzeri yaş aralığı puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Benzer bir bulguya Demirci'nin (2023) çalışmasında da rastlanmıştır; burada da hemşirelerin yaş değişkenine göre MYKÖ ve alt boyutları arasındaki puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. MYKÖ ve alt boyutları içerisinde en yüksek puan, 20-28 yaş grubundaki hemşirelerden alınırken, en düşük puanı 39-48 yaş grubundakiler almıştır. Aydın (2022) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, 20-29 yaş grubundaki hemşirelerin MYKÖ ve mesleki tükenmişlik alt boyutu puanlarının, 50 yaş ve üzeri gruptakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Polat (2023) çalışmasında ise, mesleki tükenmişlik alt boyutu ortalama puanları arasında 40-50 yaş aralığındaki hemşirelerin, 30-39 yaş grubundakilere göre daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir. Kelly ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen çalışmada, 21-33 yaş grubundaki hemşirelerin, 50-65 yaş grubundakilere kıyasla daha yüksek seviyelerde tükenmişlik ve ikincil travmatik stres yaşama olasılıklarına sahip oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, Berger ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında 18-39 yaş grubundaki hemşirelerin ortalama puanları anlamlı şekilde yüksek

bulunurken, Şahin (2020) tarafından 26-35 yaş grubundaki hemşirelerin de benzer şekilde yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir. Sacco ve arkadaşları (2015) ise 50 yaş üzeri yoğun bakım hemşirelerinin ortalama puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ancak, Yağmuroğlu (2024) ve Dikyol (2022) çalışmalarında, yaş değişkeni ile MYKÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgular, hemşirelerin yaşlarının MYKÖ ve alt boyutları üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu göstermektedir. Genç hemşirelerin daha yüksek puanlar alması, duygusal dayanıklılık veya travmaya maruz kalma düzeyleriyle ilişkilendirilebilirken, daha yaşlı gruptaki hemşirelerin farklı bir deneyim veya adaptasyon sürecinden geçtiği düşünülebilir. Ancak, bazı çalışmalarda yaşın etkisi bulunmaması, araştırmalar arasındaki farklılıkların ve bağlamların önemini vurgular. Bu sonuçlar, hemşirelik uygulamalarında yaşa dayalı yaklaşımların göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Daha fazla araştırma, bu dinamikleri derinlemesine incelemeye yardımcı olabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışılan birim değişkenine göre MYKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölçek toplam puanları erişkin yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, pediatri yoğun bakım ve koroner yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Aydın'ın çalışmasında da (2022) hemşirelerin çalıştıkları birime göre, MYKÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. MYÖ ve alt boyutlarından en yüksek puanı acil serviste çalışan hemşireler, en düşük puanı ise ameliyathanede çalışan hemşireler almıştır. Tanrıku'nun (2019) araştırmasında, yoğun bakım ve diğer ünitelerde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt ölçek puan ortalamasının, acil servis ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Orhan ve Doğan'ın çalışmasına göre (2021) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer birimlerdeki hemşirelere göre daha yüksek merhamet yorgunluğu yaşadığı saptanmıştır. Berger'in çalışmasına göre ise (2015) stresli alanlar olarak kabul edilen yoğun bakım, onkoloji ve yeni doğan yoğun bakımda çalışan hemşirelerin daha yüksek merhamet yorgunluğu riskine sahip olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızdan farklı olarak Demirci'nin (2023), Polat'ın (2023) ve Dikyol'un (2022) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birime göre MYKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalara bakıldığında;

yoğun bakım ve acil servisler hemşirelik açısından önemli ve stresli alanlar olarak kabul edilir, ancak stres seviyeleri ve çalışma koşulları farklılık gösterebilmektedir. Yoğun bakım birimlerindeki stres genellikle uzun süreli hasta takibi ve karmaşık tedavi gereksinimleriyle ilişkilidir. Acil servislerde ise anlık karar verme gerekliliği ve geniş hasta yelpazesıyla başa çıkma becerisi ön plandadır. Bu sebeple, bu çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği ifade edilebilir; ancak konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin ekonomik durum değişkenine göre “Mesleki Tükenmişlik” alt boyutu ile MYKÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdikleri tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda geliri giderinden az olan hemşirelerin ölçek toplam puanları geliri giderinden fazla olan hemşirelerin ölçek toplam puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Avcı ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada gelir durumunu yeterli bulan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Aydın’ın çalışmasında (2022) gelir durumu ile MYÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna göre gelir düzeyi düşük olan bireylerin, finansal zorluklarla başa çıkarken daha fazla stres yaşayabilecekleri, işlerinden daha az memnuniyet duyabileceği ve bu durumun merhamet yorgunluğunu tetikleyebileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Katılımcı hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinden medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı ve çalışma şekli değişkenlerine göre MYÖ ve alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatür incelemesi sonucunda, bulgularımızla uyumlu sonuçların çoğunlukta olduğu saptanmıştır.

5.2.4. Psikososyal bakım yetkinlikleri ile merhamet yorgunluğu yaşamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

Hemşirelik bakımı, hastayı tam bir birey olarak değerlendirir; tedavi planının yanı sıra hastanın tedaviye uyumu, hastalığı kabul etmesi ve aile desteğinin birleşimini de içeren kapsamlı bir yaklaşımı benimser [168]. Profesyonel hemşirelik, hastayı bir bütün olarak değerlendirir ve psikososyal bakım ihtiyaçlarına göre yanıtlarını ele alır. Bütüncül hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın kalitesini artıracak, sağlık çalışanlarının stresini azaltacak ve iş doyumlarını yükseltecektir [69]. Nitelikli bakım sunabilmeleri için hemşirelerin iş doyumunun yüksek olması çok önemlidir [169]. Ortakaş’ın çalışmasında

(2022) psikososyal bakım yetkinliğinin artırılmasının hemşirelerin iş doyumunu yükseltebileceğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerini geliştirmeleri, iş doyumlarını artırabilir ve dolayısıyla hastalarına daha iyi bakım sağlama kapasitelerini güçlendirebilir.

Sağlık profesyonelleri, hastalara bakım verirken öncelikle onların ihtiyaçlarını anlamalı, kişisel değerlerine saygı göstermeli ve duygusal destek sunmalıdır [165]. Hemşirelik bakımı her zaman derin duygusal bağlar içerir [170]; ayrıca merhamet, hemşireler için önemli bir duygu olarak kabul edilmektedir [171]. Merhametli bakım, hasta memnuniyetini artırarak, hastalar üzerinde olumlu fizyolojik etkilere sahip olan ve iyileşmeyi hızlandıran, maliyeti düşük bir bütüncül yaklaşım modelidir [172, 173]. Hemşirelerin uzun süre kaliteli bakım sağlama ve çalışma ortamında birçok stres faktörüyle başa çıkma gerekliliği, merhamet yorgunluğu yaşamalarına neden olabilmektedir [174]. Bu durum, hemşirenin başkalarının duygularını anlama isteğinde, yeteneğinde ve enerjisinde belirgin bir düşüşe yol açabilir [166]. Merhamet yorgunluğu literatürde genellikle pediatri, acil servisler, yoğun bakım, onkoloji ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde daha sık görülmektedir [29, 137, 138, 175, 176, 177]. Bu kliniklerde çalışan hemşirelerdeki artan merhamet yorgunluğunun nedenleri arasında sık ölümle karşılaşma, yaşamı tehdit eden hastaların sürekli değişen ve karmaşık sağlık sorunlarıyla mücadele etme, ekip içindeki çatışmalar, zaman baskısı, yoğun iş yükü, personel eksikliği, hiyerarşik düzen ve hasta ailelerinin yoğun duygusal beklentileri gibi bireysel, mesleki ve çalışma koşulları yer almaktadır [178, 179]. Ayrıca merhamet yorgunluğunun gelişmesi; tıbbi hataların artmasına, hasta bakım kalitesinde ve hasta memnuniyetinde azalmalara, ayrıca meslekten ayrılmada önemli bir etken olarak kabul edilmektedir [29, 30, 138, 177, 182, 183]. Ancak bu olumsuz sonuçların yanı sıra, merhamet yorgunluğunun etkileri kısa dönemde tanımlanabilir ve uygun destekleyici girişimlerle yönetilebilirse, hemşirelerde görülen depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik ve iş doyumsuzluğu gibi etkilere müdahale edilebilir. Bu durum, hemşirelerin bakım davranışlarına olumlu yönde yansiyarak hastalarına daha iyi hizmet sunmalarını sağlayabilir [136, 144].

Literatürde yapılan çalışmalar, yaşanan merhamet yorgunluğunun hemşirelerde depresyon, anksiyete, stres, tükenmişlik ve iş doyumsuzluğu gibi etkilere yol açabileceğini ve bu durumun hastalara verilen bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Merhamet yorgunluğunun hemşireler üzerindeki etkisinin, hastalara sunulan bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği ve bu durumun hemşirelerin psikososyal bakım

yetkinliklerini de etkileyebileceği düşünülmektedir. Fakat araştırma bulgularımız incelendiğinde katılımcı hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmesinin orta düzeye olduğu ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre ise katılımcı hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği toplam puanı ile merhamet yorgunluğu toplam puanı arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır ($r:0,041$; $p<0,578$). Literatürde hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğunu karşılaştıran farklı bir çalışma bulunmamaktadır.

Araştırmamızda, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerinin öz değerlendirmelerinde orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, hemşirelerin psikososyal bakım konusunda kendilerini yeterince yetkin hissetmediklerini göstermektedir. Aynı zamanda tanılama alt boyutunun en yüksek, semptom tanılama alt boyutunun ise en düşük puanı aldığı gözlemlenmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin hastaları psikososyal olarak değerlendirme konusundaki yetkinliklerinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, hemşirelerin çoğu psikososyal değerlendirmenin önemini vurgulamakta ve bu değerlendirmeleri yaptıklarını belirtmektedir. Ancak, iş yoğunluğu nedeniyle bazı hemşirelerin bu değerlendirmeleri yapamaması, çalışma koşullarının bu süreçler üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin psikososyal bakımın önemini kabul etmelerine rağmen kendilerini yeterince yetkin görmemeleri, bilgi ve uygulama arasındaki boşluğu işaret edebilir. Bu durum, eğitim ve destek sistemlerinin, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerini artırma ve uygulama becerilerini geliştirme konusunda daha fazla odaklanması gerektiğini gösteriyor olabilir.

Merhamet yorgunluğu düzeyleri yüksek olmasına rağmen, hemşirelerin çoğunluğu psikososyal değerlendirme yaptıklarını belirtmektedir. Psikososyal bakım davranışları konusunda kendilerini çok yetkin görmeseler bile, psikososyal sorunları olan bireylerle ilk yaklaşımda konuşmaya çalıştıkları ifade edilmiştir. Hemşireler, psikososyal değerlendirmenin önemini bilmelerine rağmen, bilgiyi bakım davranışlarına yansıtma konusunda kendilerini orta düzeyde görmektedirler. Bu nedenle, merhamet yorgunluğu düzeyleri ile psikososyal bakım girişimleri arasındaki ilişki net bir şekilde ortaya çıkmamış olabilir. Ayrıca, hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamalarına rağmen psikososyal bakım konusunda çaba gösterdikleri de görülmektedir. Hemşirelerin merhamet yorgunluğuna rağmen psikososyal bakım konusunda çaba göstermesi, profesyonellik ve hasta bakımına olan bağlılıklarını gösterir. Bu çaba, sağlık kurumlarının hemşirelere yönelik

destekleyici stratejiler geliştirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Psikososyal bakım konusunda kendilerini yeterince yetkin görmemek, hemşirelerin daha fazla eğitim ve destek alması gerektiğini gösterebilir. Eğitim programları, hemşirelerin psikososyal değerlendirmenin uygulanabilirliğini artırabilir ve bu konuda daha fazla güven kazanmalarını sağlayabilir. Merhamet yorgunluğu düzeyinin, psikososyal bakım girişimlerinin uygulama düzeyleri ile ilişkisini değerlendirmek için daha büyük gruplarla incelenmesi önerilmektedir.

5.3. Öneriler

- ❖ Hemşirelerin psikososyal bakım farkındalıklarının ve yetkinliklerinin arttırılması için psikososyal bakım konusunda düzenli ve kapsamlı hizmet içi eğitimler, seminerler ve konferanslar düzenlenmelidir.
- ❖ Hemşirelerin aşırı iş yükü altında çalışmalarını engelleyerek rahat ve destekleyici bir çalışma ortamında çalışmaları sağlanmalıdır.
- ❖ Hemşirelerin iş yükünün hafifletilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hemşirelerin hem genel memnuniyetlerini hem de psikososyal bakım uygulamalarını olumlu yönde etkileyebilir.
- ❖ Hastanelerde KLP birimleri yaygınlaştırılarak hastane personeline yönelik psikososyal bakım becerilerinin arttırılması ayrıca psikososyal destek, merhamet yorgunluğunun belirtileri ve önlenmesi yönünde eğitim programları düzenlenmelidir.
- ❖ Hemşirelerde psikososyal bakım yetkinliği ile merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkiyi farklı ölçüm araçları ile daha büyük gruplar üzerinde, farklı kurumlarda ve mesleki deneyim, iş koşulları ve görev yapılan birimler açısından karşılaştırmalı olarak inceleyen daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- [1] Ay, F. (2015). “Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler”. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 8. Baskı.
- [2] Ünsal, A. (2017). “Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik”. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (1), 11-28.
- [3] Vayalilkarottu, J. (2012). “Holistic Health and Well-Being: A Psycho-Spiritual/Religious and Theological Perspective”. Asian Journal of Psychiatry, 5(4), 347-350.
- [4] Baldacchino, D. (2006). “Nursing Competencies for Spiritual Care”. Journal of Clinical Nursing, 15 (7), 885-896.
- [5] Ergül, Ş. ve Bayık, A. (2004). “Hemşirelik ve Manevi Bakım”. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1), 37-45.
- [6] Ramirez, A. and House A. (1997). “ABC of Mental Health: Common Mental Health Problems in Hospital”. British Medical Journal, 314 (7095), 1679.
- [7] Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roshe İlaç Sanayi A.Ş., 1.
- [8] Sabuncu, N. (2008). Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ankara: Alter Yayıncılık Ltd. Şti. Kalkan Matbaa.
- [9] Kozier, B., Erb, G., Blais, K. and Wilkinson, J., (1994). Fundamentals of Nursing, 2nd (Ed.), New York: Addison-Wesley.
- [10] Şengün İnan, F. (2021). “Bakımın Psikososyal Boyutu”. Mağfiret Kara Kaşıkçı & Esra Akın Palandöken (Ed.), İçinde Temel Hemşirelik Esaslar Kavramlar İlkeler Uygulamalar, (ss. 239-258). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- [11] Carlson, Linda E. and Bultz, Barry D. (2003). “Benefits of Psychosocial Oncology Care: Improved Quality of Life and Medical Cost Off Set”. Health Qual Life Outcomes, 1 (1), 1-9.
- [12] Çam O. and Engin, E. (2014.) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- [13] Morrison, V., Henderson, B. J., Zinovieff, F., Davies, G., Cartmell, R., Hall, A. and Gollins, S. (2012). “Common, Important, and Unmet Needs of Cancer Out Patients”. European Journal of Oncology Nursing, 16 (2), 115-123.
- [14] Legg, M. J. (2011). “What is Psychosocial Care and How Can Nurses Better Provide it to Adult Oncology Patients”. Australian Journal of Advanced Nursing, The, 28 (3), 61-67.
- [15] Riley, J. M., Beal, J. A. and Ponte, P. R. (2021). “The Exemplary Practice Life of the Nurse”. Journal of Professional Nursing, 37 (5), 1018-1025.

- [16] Çelik, S. (2016). “Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Özellikleri: 2009-2013 Yılları Arası Geriye Dönük Analizi”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20 (2), 71-77.
- [17] Uzelli, D. ve Korhan, E. A. (2014). “Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı”. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22 (2), 120-128.
- [18] Gorman L. M. and Sultan D. F. (2008). *The Grieving patient. In Psychosocial Nursing for General Patient Care*. Philadelphia: FA Davis.
- [19] Pehlivan, T. ve Güner, P. (2020). “Compassionate Care: Benefits, Barriers and Recommendations”. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11 (2), 148-153.
- [20] Zhang, Y. Y., Zhang, C., Han, X. R., Li, W. and Wang, Y. L. (2018). “Determinants of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burn Out in Nursing: A Correlative Meta-Analysis”. *Medicine*, 97 (26), e11086.
- [21] Uslu, E. ve Buldukoğlu, K. (2017). “Psikiyatri Hemşireliğinde Şefkat Yorgunluğu: Sistematik Derleme”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9 (4), 421-430.
- [22] Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. and Hall, A. M. (2017). *Fundamentals of Nursing*, Canada: Elsevier, 9th ed., (pp. 2100-2109).
- [23] Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A. (2011). “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (2), 69-74.
- [24] Kılıçkaya Ergin, A., Baysan Arabacı, L. ve Mutlu Satıl, E. (2020). “Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Verme Yükü ve Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişki”. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (3), 281-289.
- [25] Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, Guest, Cameron B., Mazer, C.D., Mehta, S., Stewart, T.E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, A.S., and Cheung, A.M. (2011). “Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome”. *New England Journal of Medicine*, 364 (14), 1293-1304.
- [26] Branch, C. and Klinkenberg, D. (2015). “Compassion Fatigue Among Pediatric Healthcare Providers”. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40 (3), 160-166.
- [27] Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D. and Heaston, S. (2015). “Factors that Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses”. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (2), 186-194.
- [28] Gentry, J. E., Baggerly, J. and Baranowsky, A. (2004). “Training-as-treatment: Effectiveness of the Certified Compassion Fatigue Specialist Training”. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6 (3), 147-155.

- [29] Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. and Reimels, E. (2010). "Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared with Nurses in Other Selected Inpatient Specialties". *Journal of Emergency Nursing*, 36 (5), 420-427.
- [30] McHolm, F. (2006). "Rx for Compassion Fatigue". *Journal of Christian Nursing*, 23 (4), 12-19.
- [31] Joinson, C. (1992). "Coping with Compassion Fatigue". *Nursing*, 22 (4), 116-118.
- [32] Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Cilt Yenilenmiş 2.Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basın Yayın Ticaret Ltd.Şti.
- [33] Boztilki, M. ve Ardıç, E. (2017). "Maneviyat ve Sağlık". *Journal of Academic Research in Nursing*, 3 (Ek sayı), 39-45.
- [34] Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş. and Vurak, Ü. (2019). "Examination of the Knowledge and Practices of Nurses About Consultation Liaison Psychiatry Nursing". *Journal of Psychiatric Nursing*, 10 (2), 96-102.
- [35] Kocaman, N. (2005). "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir?". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (3), 107-118.
- [36] Birol, L. (2009). *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. Etki Matbaacılık Yayıncılık, 5. Baskı, İzmir.
- [37] Gümüş Babacan, A. (2007). *Meme Kanseri Hastalarında Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [38] Kaçmaz, N. (2003). *Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [39] Sancak, H. (2021). *Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinlikleri ile Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [40] Andersson, E. K., Willman, A., Sjöström-Strand, A. and Borglin, G. (2015). "Registered Nurses' Descriptions of Caring: A Phenomenographic Interview Study". *BioMed Central Nursing*, 14 (1).
- [41] Gül, Ş. ve Arslan, S. (2021). "Bir Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Hemşirelik Bakım Davranışları Algısının Belirlenmesi". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2), 432-438.
- [42] Akgün Kostak, M. A. (2007). "Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 105-115.

- [43] Demirsoy, N. (2014). “Eski Uygarlıklardan Günümüze Yansıyan Holistik Tıp Uygulamaları”. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 39-40.
- [44] T.C. Sağlık Bakanlığı, “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7-1.pdf>. Erişim Tarihi: 15.04.2021.
- [45] Arslan, Y. (2021) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [46] Coşkun, E., Gündoğan, E., Kaya M., ve Alhajj, R. (2021). “Veri Madenciliği Yöntemleri Kullanarak Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Sınıflandırması”. Computer Science, (Special), 319-328.
- [47] Köksal, R. (2021). Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketi, Hemodinami, Konfor ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [48] Kara, H. (2019). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirilmesi ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrıyla İlgili Bilgi ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [49] Avcı, G. G., Türker, S., Çifçi, M. ve Sürücü, Ş. (2013). “Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi”. Yoğun Bakım Dergisi, 4, 21-24.
- [50] Aktaş, Y. (2016). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [51] Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. and Weingart, L. R. (2018). “Teamwork in the Intensive Care Unit”, American Psychological Association, 73 (4).
- [52] Dikmen, Y. (2013). “Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi”. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2 (1), 1-7.
- [53] Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009). “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi”. Gülhane Tıp Dergisi, 51 (3), 168-173.
- [54] Młynarska, A., Krawuczka, A., Kolarczyk, E., and Uchmanowicz, I. (2020). “Rationing of Nursing Care In Intensive Care Units”. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17 (19), 6944.
- [55] Ergün, Y. (2017), “Yoğun Bakım Hemşireliği”, içinde Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, (ss. 13-25).

- [56] Güngör, M. D. (2014), Yoğun Bakım İlkeleri ve Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri, İçinde Yoğun Bakım Hemşireliği, A. Durmaz Akyol (Ed.), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, (ss. 48-50).
- [57] Düşova, B. Ç. ve Aslan, F. E. (2020). “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yasalarda Belirtilen Görev ve Sorumluluklarını Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma”. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24 (2), 111-120.
- [58] Black, P., Boore, J. R. and Parahoo, K. (2011). “The Effect of Nurse-Facilitated Family Participation in the Psychological Care of the Critically Ill Patient”. Journal of Advanced Nursing, 67 (5), 1091-1101.
- [59] Holden, J., Harrison, L. and Johnson, M. (2002). “Families, Nurses and Intensive Care Patients: A Review of the Literature”, Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell), 11 (2).
- [60] Özaltın G. ve Nehir, S. (2010). “Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri ve Kullandıkları Baş etme Yöntemlerinin Belirlenmesi”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (3), 60-68.
- [61] Gorman, L. M. and Sultan, D. (2014). Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin., Akademisyen Kitabevi, 3. Baskı, Ankara.
- [62] Prevost, S. S. (2001). Individual and Family Response to the Critical Care Experience, William Bryan Saunders, 3rd (Ed.), Philadelphia. 40 (2).
- [63] Bayrak, B. ve Bostanoğlu, H. (2012). “İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15 (4), 236-243.
- [64] Yücel, Ş. Ç. (2011). “Bilinci Kapalı Hastanın Psikososyal Gereksinimlerini Karşılama Hemşiresinin Rolü”. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4 (1), 174-181.
- [65] Zaybak, A. ve Çevik, K. (2015). “Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması”. Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine.
- [66] Grandell, R. N. (2002). Psychosocial Alterations In, c. 4th. St Louis: Mosby: Theland's Critical Care Nursing Diagnosis & Management.
- [67] Arslan, Y. ve Yazıcı, G. (2021). “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Yaklaşımı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü”. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi, 2 (2), 29-35.
- [68] Çam, M. O. ve Küliğ, D. (2018). “Yoğun Bakımda Tedavi Gören Yaşlı Bireylerin Psikososyal Gereksinimleri”. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 3 (3), 284-290.

- [69] Kocaman, N. (2006). “Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım”. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı, 47 (2), 97-107.
- [70] Uyar, M. ve Korhan, E. A. (2011). “Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi”. Ağrı, 23 (4), 139-146.
- [71] Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Jackson, J. C. and Hopkins, R. O. (2019). “Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review Annals of the American Thoracic Society, 16 (7), 894-909.
- [72] Özçetin, Y. S. U. ve Hiçdurmaz, D. (2015). “İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2 (2), 75-81.
- [73] Dedeli, Ö. ve Akyol, A. D. (2008). “Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar”. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 12 (1), 26-32.
- [74] Taşçı, F. ve Bilge, Y. (2021). “Anlam Arayışı ve Psikopatoloji: Varoluşsal Öfke ve Savunma Mekanizmalarının Psikolojik Belirtilerle İlişkilerinin İncelenmesi”. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 10 (2), 1561-1579.
- [75] Sala, G. (1997). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Biçimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara: T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [76] Çöldür, E. Ö. ve Öztekin, S. (2017). “DSM-5 İkinci Düzey Öfke Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği”. Psychiatry, 18 (2), 85-91.
- [77] Partlak Günüşen, N. (2016). “Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği”. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics, 2 (2), 36-43.
- [78] Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M. and Svir, S. (2011). “Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation”. American Journal of Critical Care, 20 (6), 470-479.
- [79] Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M. and Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). “Exploring Communication Challenges Between Nurses and Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit: A Structured Review”. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 13 (3), 197-206.
- [80] Pene, C. T. H. ve Kissane, D. (2019). “Communication in Cancer: Its Impact on the Experience of Cancer Care: Communicating with the Angry Patient and the Patient in Denial”. Curr Opin Support Palliat Care, 13 (1), 46-52.
- [81] Davut, E. (2022). Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliklerinin ve İlişkili Faktörlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [82] Terakye, G. (1998). Hemşire-Hasta İlişkileri, Nadir Kitap, 5. Baskı.
- [83] Bulechek, M. G., Butcher, J. K., Dochterman, H. M. and Wagner, C. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması, Nobel Tıp Kitabevi, 6. Baskı., c. 4851.
- [84] Chipidza, F., Wallwork, R. S., Adams, T. N. and Stern, T. A. (2016). "Evaluation and Treatment of the Angry Patient". The Primary Care Companion for CNS Disorders, 18 (3), 26339.
- [85] Tambağ, H. (2014). "Öfke Problemleri", İçinde Fatma Öz & Meral Demiralp (Ed) Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin (ss. 73-97), 3. Basım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- [86] Kocaman, N. (2008). "Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (1), 101-112.
- [87] Küçük, L. ve Kaya, H. (2011). "Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4 (1), 161-166.
- [88] Yanık, T. Ç. ve Yılmaz, S. G. (2019). "Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı". Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1 (2), 122-127.
- [89] Bryant, S. E. and McNabb, K. (2019). "Postintensive Care Syndrome". Critical Care Nursing Clinics, 31 (4), 507-516.
- [90] Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J.E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A.M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R. H., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y. and Jaeschke, R. (2013). "Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit", Critical Care Medicine, 41(1), 263-306.
- [91] Herling, S. F., Greve, I. E., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Mortensen, C. B., Möller, A. M., Svenningsen, H. and Thomsen, T. (2018). "Interventions for Preventing Intensive Care Unit Delirium in Adults", Cochrane Database of Systematic Reviews, (11).
- [92] Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G. and Ely, E. W. (2012). "Epidemiology and Risk Factors for Delirium Across Hospital Settings". Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 26 (3), 277-287.
- [93] Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). "Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım", Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1 (1), 57-72.
- [94] Souza, T. L. D., Azzolin, K. D. O., and Fernandes, V. R. (2018). "Multiprofessional Care for Delirium Patients in Intensive Care: Integrative Review". Revista Gaúcha de Enfermagem, 39, e2017-0157.

- [95] Bode, L., Fuchs, S., Gehrke, S., Ernst, J., Schubert, M., Nuñez, D. G., Känel R. V. and Boettger, S. (2021). "Assessing Delirium with Nursing Care Instruments: Evaluation of the Cognitive and Associated Domains". *Palliative & Supportive Care*, 19(1), 11-16.
- [96] Başoğlu, C. ve Buldukoğlu, K. (2015). "Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (1), 1-15.
- [97] Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E. and Needham, D. M. (2016). "Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-analysis", *Critical Care Medicine*, 44(9), 1744-1753.
- [98] Liao, K. M., Ho, C. H., Lai, C. C., Chao, C. M., Chiu, C. C., Chiang, S. R., Wang, J. J., Chen, C. M. and Cheng, K. C. (2020). "The Association Between Depression and Length of Stay in the Intensive Care Unit". *Medicine*, 99(23), e20514.
- [99] Rouchell, A. M., Pounds, R. and Tierney, J. G. (2002). "Depression", İçinde MG Wise & JR Rundell, (Eds.) *Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington DC: American Psychiatric Publishing, (ss. 307-338).
- [100] Rao, M. (2008). "Depression in the Physically Ill.". *Prim Psychiatry*, 15 (9).
- [101] Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları". *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45 (2), 65-74.
- [102] Kızır Y. (2016). *Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalarda Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans tezi. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [103] McCaffrey R. (2019), "Hemşirelik Tanıları El Kitabı", İçinde N. Gürhan, Ü. G. Polat, ve B. E. Fidancı (Ed.) *Nursing Diagnosis Handbook: Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF., Anksiyete*, 11. Baskı., Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, (ss. 139-141).
- [104] Şahin, G. ve Buzlu, S. (2016). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Bakımı". *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20 (1), 65-69.
- [105] Çam, R. ve Şahin, B. (2018). "Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları". *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1 (1), 10-14.
- [106] Oflaz, F. ve Vural, H. (2010). "Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi". *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 17 (1), 1-7.
- [107] Daştan, N. B. ve Buzlu, S. (2018). "Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Yönetimi". *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4 (2), 21-28.
- [108] Ünüvar, E. (2017). *Erken Evre Kanser Hastalarında Psikoeğitimin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [109] TDK Güncel Türkçe Sözlük, “TDK”, http://www.Tdk.Gov.Tr/Index.Php?Option=Com_Gts&Arama=Gts&Guid=Tdk.Gts.587faa5fbb4968.13116473.25. Erişim Tarihi: 16 Şubat 2021.
- [110] Özer, B. U. ve Tezer, E. (2008). “Umut ve Olumlu-Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler”. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, (23).
- [111] Ağır, M. (2017). “Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umitsizlik”. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, (11), 85-103.
- [112] Gündüz Güç, F. (2019). Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [113] Güner, S. (2020). Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [114] Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). “Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler”, Florence Nightingale Journal of Nursing, 18 (2), 87-97.
- [115] Olçun, Z. (2020). Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi. Doktora tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [116] Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N. and InSpirit Collaborative. (2018). “Patients’ and Caregivers’ Needs, Experiences, Preferences and Research Priorities in Spiritual Care: A Focus Group Study Across Nine Countries”. Palliative Medicine, 32 (1), 216-230.
- [117] Çınar, F. ve Eti Aslan, F. (2017) “Spiritualism and Nursing:The Importance of Spiritual Care ın Intensive Care Patients”. Journal of Academic Research in Nursing.
- [118] Torun, S., Kadioğlu, S. ve Öztunç, G. (2012). “Yoğun Bakımda Yatan Bilinci Açık Hastaların Ziyaret Edilme Hakkı”. Cumhuriyet Medical Journal, 34 (1), 33-40.
- [119] Arslan, H. ve Konuk Şener, D. (2009). “Stigma, Spiritüalite ve Konfor Kavramlarının Meleis’ in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi”. Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (1), 51-58.
- [120] Grant, D. (2004). “Spiritual Interventions: How, When, and Why Nurses Use Them”. Holistic Nursing Practice, 18 (1), 36-41.
- [121] Yılmaz, M. (2011). “Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüalite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (2), 61-70.

- [122] Kaya, H., Özkan, B., Ayhan, F. ve Gökalp, G. (2014). “Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler”. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2 (2), 1-8.
- [123] Atabek Aştı T. ve Karadağ, A. (2012). “Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı”, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- [124] Okanlı, A. (2011). KLP’de Psikososyal Bakım ve Tanılama. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 22-24 Eylül 2011, İstanbul.
- [125] Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M. and Padkin, A. (2016). “The Acute Psychobiological Impact of the Intensive Care Experience on Relatives”. Psychology, Health & Medicine, 21 (1), 20-26.
- [126] Borza, L. (2017). “Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety”. Dialogues in Clinical Neuroscience, 19 (2), 203-208.
- [127] Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). “Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması”. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8 (2), 132-139.
- [128] Wade, D. M., Mouncey, P. R., Richards-Belle, A., Wulff, J., Harrison, D. A., Sadique, M. Z., Grieve, R. D., Emerson, L. M., Mason, A. J., Aaronovitch, D., Als, N., Brewin, C. R., Harvey, S. E., Howell, D. C. J., Hudson, N., Mythen, M. G., Smyth, D., Weinman, J., Welch, J., Whitman, C., Rowan, K. M. and POPPI Trial Investigators. (2019). “Effect of A Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial”. Jama, 321 (7), 665-675.
- [129] Fortinash, K. M. ve Worret, P. A. H. (2011). “Psychiatric Mental Health Nursing”. Elsevier Health Sciences.
- [130] Karahan, A. ve Sultan, K. A. V. (2018). “Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 5 (2), 160-168.
- [131] Csaszar, N., Ganju, A., Mirnics, Z. S. and Varga, P. P. (2009). “Psychosocial Issues in the Cancer Patient”. Spine (Phila Pa 1976), 34 (22S), 26-30.
- [132] Gardulf, A., Nilsson, J., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Carlsson, M. and Johansson, E. (2016). “The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: Self-Reported Competence Among Nursing Students on the Point of Graduation”. Nurse Education Today, 36, 165-171.
- [133] TDK Güncel Türkçe Sözlük, “TDK”, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 17 Kasım 2020.
- [134] Dalgacı, B. ve Gürses, İ. (2018). “Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi”. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2 (1), 181-204.

- [135] Bloomfield, J. and Pegram, A. (2015). "Care, Compassion and Communication". Nursing Standard (2014+), 29 (25), 45-50.
- [136] Şirin M. ve Yurttaş, A. (2015). "Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (2) 123-130.
- [137] Polat, F. N. ve Erdem, R. (2017). "Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği". Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (26), 291-312.
- [138] Dikmen Y. ve Aydın, Y. (2016). "Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?". Journal of Human Rhythm, 2 (1).
- [139] Sorenson, C., Bolick, B. N., Wright, K. M. and Hamilton, R. J. (2016). "Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature". Journal of Nursing Scholarship, 48 (5), 456-465.
- [140] Figley, C. R. (2002). "Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care". Journal of Clinical Psychology, 58 (11), 1433-1441.
- [141] Slatten, L. A., Carson, K. D. and Carson, P. P. (2011). "Compassion Fatigue and Burnout: What Managers Should Know". The Health Care Manager, 30 (4), 325-333.
- [142] Devilly, G. J., Wright, R. and Varker, T. (2009). "Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals". Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43 (4), 373-385.
- [143] Negash, S., and Sahin, S. (2011). "Compassion Fatigue in Marriage and Family Therapy: Implications for Therapists and Clients". Journal of Marital and Family Therapy, 37 (1), 1-13.
- [144] Coetzee, S. K. and Klopper, H. C. (2010). "Compassion Fatigue Within Nursing Practice: A Concept Analysis.", Nursing & Health Sciences, 12 (2), 235-243.
- [145] Bakan, A. B., Kılıç, D., Aslan, G. ve Uçar, F. (2020). "Onkoloji Birimleri ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde Etik Duyarlılık ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4 (1), 20-29.
- [146] Figley, C. R. (2013), "Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders in Those Who Treat the Traumatized", (ss. 4-21), 1st Edition., New York: Routledge.
- [147] Figley, C. R. and McCubbin, H. I. (1983). "Catastrophes: An Overview of Family Reactions". Ariel, 129 (81).
- [148] Dizer, B., İyigün, E. ve Kılıç, S. (2008). "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi". Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 12 (1), 1-11.

- [149] Aydın, S. (2022). Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [150] Saygın, B. (2022). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Verme Durumu ve Yetkinliğinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [151] Adams, R. E., Boscarino, J. A. and Figley, C. R. (2006.) "Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study.". American Journal of Orthopsychiatry, 76 (1), 103-108.
- [152] Aksoy, A., Kelleci, M., ve Yağmur, S. (2015). "Sağlık Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi Açısından Önemli Bir Sorun: Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri, Bilgi Düzeyleri ve Bakımın Önündeki Engeller". Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 10, 51-64.
- [153] Pehlivan, T. (2013). Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [154] Karataş, H. (2019). Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [155] Akçalı, F. Ö. (1991). Kaygı Seviyesinin Empatik Beceriye Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [156] Şahin, Z. A. ve Özdemir, F. K. (2015). "Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi", Jaren, 1 (1), 1-7.
- [157] Öz, F. (1998). "Bağlaşıklık ve Hemşirelik", Kriz Dergisi, 6 (1), 67-73.
- [158] Pek, H., Kuşuoğlu, S., Yıldırım, Z. ve Çınar, N. (2001). "Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Empatik Becerileri". Hemşirelik Formu Dergisi, 4 (4-5), 37-41.
- [159] Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., ve Avcı, İ. A. (2011). "Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği". Dicle Tıp Dergisi, 38 (1).
- [160] Katran, H. B., Gür, S., Arpag, N. ve Çavuşlu, M. (2021). "COVID-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu". Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 25 (2), 42-50.
- [161] Kelly, L., Runge, J. and Spencer, C. (2015). "Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses". Journal of Nursing Scholarship, 47 (6), 522-528.
- [162] Oktay, D. ve Öztürk, C. (2022). "Compassion Fatigue in Nurses and Influencing Factors". Perspect Psychiatr Care, 58 (4).

- [163] Tanrıku, G. ve Ceylan, B. (2021). "Level of Compassion and Compassion Fatigue in Nurses Working in Pediatric Clinics". *Journal of Health Sciences*, 30 (1), 31-36.
- [164] Avcı, A., Çavuşoğlu, E., Moran, M. ve Gün, M. (2022). "The Relationship Between Compassion Fatigue and Job Satisfaction of Nurses Who Give Care to Patients Diagnosed with COVID-19". *Eurasian Journal of Health Sciences*, 5 (2), 43-52.
- [165] Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S. ve Karakaş, M. C. (2018). "Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi". *Klinik Psikiyatri Dergisi*.
- [166] Özcan, A. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [167] Tatum, K. J. (2012). "Adherence to Gender Roles as a Predictor of Compassion and Self-Compassion in Women and Men". Baylor University.
- [168] Ergezen F. D. ve Kol, E. (2021). "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı", *Journal of Education and Research in Nursing*, 18 (4).
- [169] Dinç, L. (2009). "Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler". *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 113-119.
- [170] Göçmen Baykara, Z. (2014). "Hemşirelik Bakımı Kavramı". *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1 (2), 92-99.
- [171] Caranto, L. C. (2015). "Coalescing the Theory of Roach and Other Truth-Seekers". *International Journal of Nursing Science*, 5 (1), 1-4.
- [172] Çınar F. ve Aslan, F. E. (2018). "Ameliyathane Hemşirelerinin Merhamet Düzeylerinin Ölçülmesi: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", *Kocaeli Tıp Dergisi*.
- [173] Uğurlu, A. K. ve Eti Aslan, F. (2017). "Merhamet ve Hemşirelik: Merhamet Ölçülebilir mi?". *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9 (3).
- [174] Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I. and Doig, C. J. (2020). "Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665.
- [175] Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. and Carney Doebbeling, C. (2009). "Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-Care Providers". *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.
- [176] Yoder, E. A. (2010). "Compassion Fatigue in Nurses". *Applied Nursing Research*, 23 (4), 191-197.

- [177] Wentzel, D. and Brysiewicz, P. (2014). "The Consequence of Caring Too Much: Compassion Fatigue and the Trauma Nurse". *Journal of Emergency Nursing*, 40 (1), 95-97.
- [178] Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W. and Joiner Jr, T. E. (2014). "Fearlessness About Death: The Psychometric Properties and Construct Validity of the Revision to the Acquired Capability for Suicide Scale". *Psychological Assessment*, 26(1), 115.
- [179] Yılmaz, G. ve Üstün, B. (2018). "Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue". *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 9 (3).
- [180] Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları*, 1.Baskı. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.
- [181] Tekin, V. N. (2006). *SPSS Uygulamalı İstatistik Teknikleri*, 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- [182] Jenkins B. and Warren, N. A. (2012). "Concept Analysis: Compassion Fatigue and Effects Upon Critical Care Nurses". *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(4), 388-395.
- [183] Sabo, B. M. (2011). "Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue". *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1).
- [184] Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A. and Owens, H. (2015). "Compassion Fatigue in Pediatric Nurses". *Journal of Pediatric Nursing*, 30 (6), 11-17.
- [185] Demirci, B. (2023). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Empati Düzeyleri ile Tükenmişlik Düzeyleri ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Karabük: Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [186] Dikyol, S. (2022). *Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [187] Dinç S. ve Ekinci, M. (2019). "Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, (11), 192-202.
- [188] Özdamar, K. (2003). *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 1.Baskı, Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- [189] Polat, F. N. (2016). *Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [190] Sacco, T. L, Ciurzynski, S. M, Harvey, M. E. and Ingersoll, G. L. (2015). "Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses". *Critical Care Nurse*, 35 (4), 32-42.

[191] Şahin, Ö. (2020). Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

[192] Varcarolis, E. M. (2006). Mood Disorders: Depression.

[193] Yağmuroğlu, C. (2024). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyi ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



EKLER

EK-1. Hemşire kişisel bilgi formu

HEMŞİRE KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?
2. Çalıştığınız birim?
3. Cinsiyetiniz?
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
4. Medeni haliniz nedir?
 - ☐ Bekar
 - ☐ Evli
5. Ekonomik durumunuz?
 - ☐ Gelir giderden az
 - ☐ Gelir gidere eşit
 - ☐ Gelir giderden fazla
6. Mesleki öğrenim durumunuz nedir?
 - ☐ Lise
 - ☐ Lisans
 - ☐ Ön Lisans
 - ☐ Lisansüstü
7. Meslekte çalışma yılınız?
 - ☐ 0-5 yıl
 - ☐ 6-9 yıl
 - ☐ 10 yıl ve üzeri
8. Çalışma şekliniz?
 - ☐ Sürekli Gündüz
 - ☐ Sürekli Gece
 - ☐ Gece/Gündüz
9. Çalışma biçiminiz?
 - ☐ Hasta Paylaşımı
 - ☐ İş paylaşımı
 - ☐ Diğer
10. Hemşire başına düşen hasta sayısı:
11. Haftalık çalışma saatiniz?
 - ☐ 40 saat
 - ☐ 48 saat ve üzeri
12. Sizce çalışma koşullarınız nasıl?
 - ☐ İyi
 - ☐ Orta
 - ☐ Kötü
13. Biriminizde çalışmaktan memnun musunuz?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
14. Merhamet yorgunluğuna sebep olabilecek durumlar sizce neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - ☐ Çalışma koşulları
 - ☐ Kendini yetersiz görme
 - ☐ Başarma duygusu
 - ☐ Hastaların travmalarına maruz kalma
 - ☐ Yoğun iş yükü
 - ☐ Hastalara uzun süreli bakım verme
15. Merhamet yorgunluğu yaşamamanız hangi durumlara neden olabilmektedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - ☐ Empati ve karar verme yeteneğinde azalma
 - ☐ Bakım becerilerinde azalma
 - ☐ Sinirlilik
 - ☐ İşe bağlılığın azalması
 - ☐ Tıbbi hata riskinin artması

EK-1. (Devam) Hemşire kişisel bilgi formu

16. Sizce merhamet yorgunluğunun hemşirelik bakımına etkisi var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

17. Hemşireliğe merhametli bakımın dahil edilmesi sonucunda sizce hangi durumlar gözlenebilir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hastaların daha hızlı iyileşmesini sağlar | ☐ Güvenli bakım sağlar |
| ☐ Kronik hastalıklarla baş etme becerilerinin gelişmesini sağlar | ☐ Zamandan ve maliyetten tasarrufun sağlanmasını sağlar |
| ☐ Kaygı ve endişelerinin azalmasına neden olur | ☐ Özgüven duygusunu artırır |
| ☐ Hasta ve sağlık çalışanların memnuniyetini artırır | ☐ Baş etme becerilerini geliştirir |

18. Hastaya psikososyal açıdan bakım vermeyi engelleyen faktörler nelerdir? (Birçok seçenek işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|---|--|
| ☐ Hemşire sayısının yetersiz olması | ☐ İş yoğunluğu nedeni ile hastanın psikososyal gereksinimine vakit ayıramama |
| ☐ Birimde hasta sayısının fazla olması | ☐ Diğer |
| ☐ Psikososyal açıdan değerlendirmek için yeterli bilgiye sahip olmama | ☐ (Belirtiniz)..... |
| ☐ Psikososyal bakım yapılması gerektiğine inanmama | |

19. Hastanın psikososyal sorunlarını ne ölçüde sorguluyorsunuz?

- | | |
|---|--|
| ☐ Çalışma saati içerisinde 1 defa | ☐ Hiçbir zaman sorgulamam. |
| ☐ Çalışma saati içerisinde 3-4 defa | |

20. Hastalarda en sık karşılaştığınız psikososyal sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- | | |
|--|---|
| ☐ Depresyon belirtileri | ☐ İletişim problemleri |
| ☐ Organik ruhsal sorunlar (Deliryum, demans vb.) | ☐ Anksiyete/Kaygı sorunları |
| ☐ Hastalığa ve hastaneye uyumsuzluk | ☐ Diğer (Belirtiniz)..... |

21. Psikososyal sorun yaşayan hastaya karşı ilk yaklaşımınız nedir?

- | | |
|---|---|
| ☐ Konuşmaya çalışma | ☐ KLP hemşiresinden destek isteme |
| ☐ Psikiyatri konsültasyonu isteme | ☐ Diğer (Belirtiniz)..... |
| ☐ Hekim istemiyle ilaç uygulama | |

22. Merhamet yorgunluğunun psikososyal bakım verilmesinin önünde bir engel olduğunu düşünüyor musunuz?

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Evet | ☐ Kısmen | ☐ Hayır |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|

EK-2. Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği (PBYÖDÖ)

No	İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1.	Hastanın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
2.	Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.					
3.	Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.					
4.	Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.					
5.	Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.					
6.	Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.					
7.	Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.					
8.	Hastanın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
9.	Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim.					
10.	Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.					
11.	Hasta ve ailesini bakıma dahil ederim.					
12.	Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
13.	Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim.					
14.	Hastanın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.					
15.	Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
16.	Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
17.	Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.					
18.	Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb.) yetkinim.					

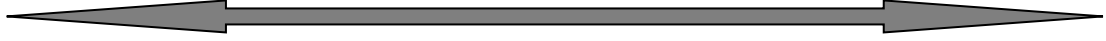
EK-3. Merhamet yorgunluğu kısa ölçeği (MYKÖ)

İş ve yaşam durumunuza ilişkin aşağıdaki ifadeleri değerlendirin. 1 ila 10 arasında derecelendirilmiş değerlendirme 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. Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.
- ___ g. Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum.
- ___ h. Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.
- ___ i. İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.
- ___ j. Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.
- ___ k. İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum.
- ___ l. Bir hasta ile ilgili travmatik bir deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.
- ___ m. İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.