



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN  
HİPOGLİSEMİ FARKINDALIKLARINA ETKİSİNİN  
BELİRLENMESİ**

GAMZE AYDIN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL-2017

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Gamze AYDIN  
Tez Başlığı : Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Hipoglisemi Farkındalığına Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 14.08.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Yrd.Doç.Dr. Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

### Kurumu

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Nermin OLGUN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Aysel KÖKÇÜ DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 15./08./2017. tarih ve 2017.../24... - 36... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığı, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı beyan ederim.

GAMZE AYDIN



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince yardım ve desteęini esirgemeyen, bilgileriyle beni yűnlendiren, deęerli tez danıőmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. ESRA KÖROęLU ÇAMDEVİREN'e,

Hayatımın her anında yanımda oldukları gibi bu araőtırmayı sűrdűrebilme aőamasında da daima yanımda olan, sevgili eőim ve biricik kızıma,

En içten duygularımla teőekkűr ederim.



# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

<b>TEZ ONAY FORMU</b> .....	<b>İ</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>7</b>
4.1. Hipoglisemi.....	7
4.2. Hipogliseminin Belirti ve Bulguları .....	8
4.3. Hipoglisemide Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....	9
4.4. Hemşirelerde Tükenmişlik.....	11
<b>5. METOT VE MATERYAL</b> .....	<b>15</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	15
5.2. Araştırma Soruları .....	15
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	15
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	16
5.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	16
5.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	16
5.5. Veri Toplama Aracı .....	16
5.5.1. Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklere İlişkin Soru Formu .....	16
5.5.2. Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Soru Formu .....	17
5.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	17
5.6. Uygulama.....	18
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	18
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	18

<b>6. BULGULAR</b> .....	<b>19</b>
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	<b>35</b>
<b>8. SONUÇ</b> .....	<b>56</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	<b>60</b>
<b>10. EKLER</b> .....	<b>77</b>
<b>10. ETİK KURUL ONAYI</b> .....	<b>84</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>87</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ADA** : Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association)
- DCCT** : Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması (Diabetes Control and complications trial)
- HbA1c** : Glikolize hemoglobin
- UKPDS** : İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması (United Kingdom Prospective diabetes study)
- EEG** : Elektroensefalografi
- MAX.** : Maksimum
- MİN.** : Minimum

## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No.

<b>Tablo 6.1.</b> Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	19
<b>Tablo 6.2.</b> Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	20
<b>Tablo 6.3.</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Hipoglisemi Farkındalık Düzeylerinin Dağılımı .....	21
<b>Tablo 6.4.</b> Cinsiyete Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	22
<b>Tablo 6.5.</b> Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	23
<b>Tablo 6.6.</b> Eğitim Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	24
<b>Tablo 6.7.</b> Medeni Duruma Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	25
<b>Tablo 6.8.</b> Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	25
<b>Tablo 6.9.</b> Ekonomik Duruma Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	26
<b>Tablo 6.10.</b> Çalışılan Kliniklere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	27
<b>Tablo 6.11.</b> Meslekte Çalışma Süresine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	28
<b>Tablo 6.12.</b> Haftalık Çalışma Süresine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	29
<b>Tablo 6.13.</b> Çalışma Sistemine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	29
<b>Tablo 6.14.</b> Çalışılan Kliniği İsteyerek Tercih Etme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular.....	30
<b>Tablo 6.15.</b> Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular.....	31
<b>Tablo 6.16.</b> Klinikte Hemşire Sayısının Yeterlilik Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular.....	32



<b>Tablo 6.17.</b> Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular .....	33
<b>Tablo 6.18.</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanları İle Hipoglisemi Farkındalık Yüzdelerinin Kolerasyon Değerlendirmesi .....	33



## 1. ÖZET

### HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN HIPOGLİSEMİ FARKINDALIĞINA ETKİSİ

Bu araştırma, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. İstanbul ilinde bulunan bir üniversite hastanesinde görev yapan tüm hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. (N=353). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evren üzerinde çalışılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Sosyodemografik ve mesleğe ilişkin özellikler soru formu”, “Maslach tükenmişlik ölçeği” ve “Hipoglisemi farkındalığına ilişkin soru formu” kullanılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 22.0 Statistics istatistik paket programı kullanılarak yüzde değerler, standart sapma, minimum maksimum değerler ve Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Spearman Rho Korelasyon Analizi testlerinden yararlanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $25,71 \pm 4,44$  olup büyük çoğunluğu kadındı. Hemşirelerin %53,5’inin lisans mezunu, %68,6’sının bekar, %91,2’sinin ekonomik durumunun orta seviyede, %65,2’sinin meslekteki görev süresinin 1-5 yıl olduğu saptandı. Hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarı alanında yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğu ve hipoglisemi farkındalığının % 78,57 olduğu belirlendi. Çalışmamız sonucunda hemşirelerin tükenmişliğinin Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alanlarında hipoglisemi farkındalığı üzerinde etkisi olduğu sonucuna varıldı. Çalışmamızda duyarsızlaşma arttıkça hipoglisemi farkındalığının azaldığı, Kişisel Başarı arttıkça hipoglisemi farkındalığının arttığı görüldü. Hemşirelerin tükenmişlik yaşama durumları yöneticiler tarafından değerlendirilmeli, tükenmişlik düzeylerinin azaltılabilmesi için gerekli önlemler alınmalı, hipoglisemi farkındalığını yükseltmek için ise kurumlar konu ile ilgili kongre, seminer ve eğitimler planlanmalı, hemşirelerin katılımı desteklenmeli ve mesleki gelişimleri sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Farkındalık, Hemşire, Hipoglisemi, Tükenmişlik

## **2. ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF LEVEL OF BURNOUT SYNDROME ON AWARENESS OF HYPOGLYCEMIA IN NURSES**

This is a descriptive, cross sectional and relation seeking study aimed to investigate the effect of level of burnout syndrome on awareness of hypoglycemia in nurses. All nurses in a university hospital in Istanbul compose the universe in this study (n=353). We didn't use randomization and studied on the universe. We used "socio-demographic and occupation related characteristics survey", "Maslach burnout inventory" and "hypoglycemia awareness survey" for data collection. Statistical analysis was performed with IBM SPSS 22.0 Statistics using percentages, standard deviation, minimum and maximum values, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Spearman Rho correlation analysis. The mean age of the nurses in this study was  $25,71\pm 4,44$ . The majority of the nurses were female. The percentage of high-school graduate, single and middle socioeconomic status were %68,6; %91,2; %62,6, respectively. The percentage of nurses having occupational experience between 1-5 years was %65,2. We found that nurses had high ratio of burnout emotionally and in terms of personal success. The percentage of hypoglycemia awareness among the nurses was %78,57. We found that the burnout among nurses had effect on being insensitive and hypoglycemia awareness. We found a negative correlation between insensitivity and hypoglycemia awareness and a positive correlation between personal success and hypoglycemia awareness. Managers should consider burnout level among nurses and care should be taken in order to decrease it. Institutions should conduct educational activities and seminars. Nurses should be encouraged and occupational development besupported

**Keywords:** awareness, burnout, hypoglycemia, nurse

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabet; kan glikoz düzeyinde yükselme, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozulma, etkisiz ya da yetersiz insülin sekresyonu gibi bozukluklarla seyreden bir hastalıktır. Bu bozukluklarla birlikte hastalığa bağlı zaman içerisinde çeşitli kronik ve akut komplikasyonlar gelişebilmektedir (50, 44, 25, 8). Diyabetin akut komplikasyonlarının başında hipoglisemi gelmektedir (51, 25).

Hipoglisemi plazma glikoz konsantrasyonunun düşmesiyle oluşan ve diyabetin en sık karşılaşılan önemli bir komplikasyonudur (50, 85, 132). Beyin, enerji kaynağı olan glikozu depolayamadığı için glikoza sürekli ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle kandaki glikoz düzeyindeki azalmalar beyin fonksiyonlarını tehlikeye sokabilmektedir (95, 30). Özellikle tekrarlayan hipoglisemiler sinir hücrelerinin harabiyeti, nöromotor gelişme geriliği, hareket bozuklukları, konuşma bozuklukları ve kalıcı beyin hasarı gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir (51, 30, 34).

Diyabetin tedavisinde kullanılan oral antidiyabetikler ve insülin hipoglisemiye neden olabilmektedir (126). Bu konuda yapılan prospektif diyabet çalışması (United Kingdom Prospective Diabetes Study, UKPDS) (1995), insülin kullananlarda %11,2 oranında, oral antidiyabetik kullananlarda ise %2,4 ile %3,3 arasında değişen oranlarda ciddi hipoglisemi ile karşılaşıldığını ortaya koymaktadır (126). İnsülin kullanan diyabetli hastaların yaklaşık %90'ı hipoglisemiyi sıklıkla deneyimlemekte, tip 1 diyabeti ya da uzun süredir tip 2 diyabeti olan bir çok hasta hipoglisemi tanısıyla hastaneye başvurmaktadır (23). Donnely ve ark.nın (2005) diyabetli hastaların hipoglisemi sıklıklarını değerlendirdiği çalışmasında, 155 hasta tarafından 572 hipoglisemik olay bildirilmiştir (46). Başka bir çalışmada ise hastaların %25'inin son 1 ay içerisinde hipoglisemi yaşadığı ve bu hastaların %37.2'sinin hipoglisemiyi üç ve üzeri sayıda deneyimlediği görülmüştür (62).

Hipoglisemi önlenabilir bir tablo olmasına rağmen morbidite ve mortaliteyi önemli düzeyde etkileyebildiğini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (50, 51, 55, 29). Yapılan bir çalışmada tip 1 diyabetlilerde ölümlerin %2-4'ünden ciddi hipogliseminin sorumlu olduğu bildirilmektedir (55). Başka bir çalışmada yoğun

insülin tedavisi alan hastaların yılda bir kez yardım gerektiren ciddi hipoglisemi yaşadığı ortaya konulmaktadır (29). Bilinç durumunda bozulma şikayetiyle acil servise başvuran hastaların ise yaklaşık %7'sinde hipoglisemi saptanmaktadır (73). Hipoglisemi ile ilgili 1441 diyabetlinin katılmış olduğu bir araştırmada da, yılda 100 hastadan 63'ünün ciddi düzeyde hipoglisemi atağı geçirdiği belirlenmiştir (127). Murata ve arkadaşlarının 344 hasta ile ABD'de yaptığı çalışmasında ciddi hipoglisemi insidansı yıllık %20 olarak, 2003 yılında Henderson ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise yılda %28 olarak belirlenmiştir (91, 62). Başka bir çalışmada 6.5 yıllık izlem sonucu, ciddi hipoglisemi sıklığının %65 olduğu bildirilmektedir (125).

Hipoglisemi hastanın çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı, konsantre olamama, bulantı, anksiyete, halsizlik, konuşmada güçlük gibi belirtiler yaşamasına da neden olmaktadır (95, 30, 63). Bu bağlamda hipogliseminin ciddi ve ölümcül sonuçlara yol açmasının yanı sıra yaşam kalitesini de düşürdüğü çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (102, 3, 50, 36). Diyabetlilerle yapılan bir araştırmada hipoglisemiyi ayda birden daha sık deneyimleyen hastaların yaşam kalitesinin deneyimlemeyenlerden daha düşük olduğu gösterilmektedir (11).

Hipogliseminin yönetiminde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin temel görevi, sağlıklı bireyin sağlığını korumak ve yükseltmek, hasta bireyin ise sağlığına kavuşmasına yardım etmektir (20, 136). Diyabetli hastaların sağlık hizmetlerinin farklı basamaklarında gerek yatarak gerek ayakta bakım aldıkları göz önünde bulundurulduğunda, bu kurumlarda görevli hemşirelerin de diyabetli hastaların yönetiminde sorumluk alması kaçınılmazdır. Bu nedenle tüm hemşirelerin diyabetle ilgili temel bilgi ve beceriye, yüksek farkındalığa sahip olması önem arz etmektedir (136). Hemşirelerin diyabetli hastalarda sık karşılaşılan hipoglisemiyi önleme, geliştiği takdirde ise hızla gerekli tedavi ve bakımı uygulama konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir (50). Hemşirenin hastayı özellikle olası hipoglisemi yönünden değerlendirmesi hipoglisemi farkındalığı açısından önemli bir sorumluluğudur (50, 96, 25). Nitekim 8 Mart 2010 tarihli ve 27515 sayılı resmi gazetede hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarında hemşirenin tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemesi, istenmeyen durumların oluşması

halinde kayıtları tutarak gerekli önlemleri alması gerektiği açıkça bildirilmiştir (48). Bu bağlamda hipogliseminin belirtilerinin erken dönemde tanınması ve önlenmesi, gelişmesi durumunda ise tedavi edilmesi hemşire için yasal bir zorunluluktur (50, 18).

Bireyde “bitmişlik, güçsüzlük, çaba göstermeme durumu” olarak tanımlanan tükenmişlik hem yol açtığı bireysel yaşantıdaki olumsuzlukların iş hayatına yansımalarıyla hem de doğrudan meslek yaşantısını etkileyebilmektedir (120, 122, 75). Bununla birlikte mesleki stres sonrasında meydana gelen; zihinsel ve fiziksel olarak kişinin tükendiğini hissetmesi olarak da tanımlanabilmektedir (120, 75). Bu durumda ise iş verimliliğinin azalması, hizmet kalitesinin düşmesi, işten ayrılma ve deneyimli personelin kaybı gibi sonuçlarla karşılaşmaktadır (120, 122). Yapılan bir çalışma, bireylerde görülen fiziksel ve zihinsel sorunlar ile sunulan hizmetteki bozulmaları tükenmişliğin en önemli sonucu olarak bildirmektedir (122). Kristensen ve arkadaşlarının 1759 katılımcı ile hizmet sektöründe çalışanların katıldığı ve kişilerin yorgunluk, iyilik hali, tükenmişlik düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarının sonuçlarına göre (2005) tükenmişlik yaşayan bireyler hastalık nedeniyle işe gelmemekte, uyku problemleri yaşamakta, sık sık ağrı kesici kullanmakta ve işten ayrılmayı düşünmektedirler (82).

Hemşirelik mesleği gibi insanlarla doğrudan iletişim kuran ve yakın ilişkiler içerisinde bulunan mesleklerde tükenmişlik oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda tükenmişlik oranının en yüksek olduğu meslek grubunun hemşireler olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (122, 76). Tükenmişlik sonucu ortaya çıkan sorunlar, hemşirelerin verimliliğinin azalmasına, iş doyumsuzluğu yaşamalarına, profesyonelliklerinin ortadan kalkmasına ve hastalarına karşı duyarsızlaşmalarına yol açmaktadır. Bu durumdan ülke ekonomisi, çalışılan kurum, hemşirelik mesleği, hemşireler ve en önemlisi hizmet alan hastalar doğrudan etkilenmektedir (59).

Gittikçe önem kazanan bir kavram olan tükenmişlik hemşirelerin işe karşı ilgi ve isteğini azaltan, hatalı tıbbi uygulamalara neden olan oldukça riskli bir durumdur. Yapılacak ufak ama etkili bazı önlemlerle sorun ortadan kaldırılabilir. Bireylerin işe

karşı olan motivasyonlarının arttırılması için kalitesini de doğru orantılı olarak artacaktır (54).

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisini belirlemektir. Literatür incelendiğinde hemşirelikte tükenmişlikle ilgili yapılmış pek çok çalışma olmasına rağmen hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Hipoglisemi

Hipoglisemi; plazma glukoz seviyesindeki azalmaya çeşitli belirtilerin eşlik ettiği bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. ADA (American Diabetes Association) 2017 yılında yayınladığı rehberde plazma glukozunda 70mg/dL değeri ve altı hipoglisemi sınırı olarak belirtilmiştir (9).

Kan glikoz düzeyinin belli bir dengede olması hemodinami açısından oldukça önemlidir. Kan glikoz düzeyinde değişimler olduğunda bu durumu düzenlemek için bir çok faktör ve koruyucu mekanizma devreye girmektedir (50, 95). Özellikle kandaki glikoz düzeyi belirli seviyenin altına düştüğünde vücut hemen uyarılarak kan glikoz düzeyini normal seviyelere getirmek için düzenleme mekanizmaları olarak bilinen bir dizi fizyolojik cevap oluşturur. Bu mekanizmaların metabolik ve nörolojik süreçleri etkilemesi sonucu insülin salgısı durdurulur, glukagon ve adrenalin hormonları salgılanmaya başlanır. İnsülin kan şekerinin düşmesini sağlayan bir hormon olarak görev görür ve salgılanmasının azaltılması vücudun hipoglisemiye karşı gösterdiği ilk savunma mekanizmasıdır. Bununla birlikte hipoglisemiye karşı akut koruma sağlayan glukagon ve epinefrin hormonları da oldukça önemlidir (73, 95). Glukagon, hepatik glikogenoliz ve glikoneogenez yoluyla insülin üretimini artırır. Epinefrin de hepatik glikoz üretiminde glukagona benzer şekilde glikoz üretimini uyararak etki göstermeye çalışır (23).

Hipoglisemide belirtiler beyinde glikoz azalmasına bağlı olarak gelişmekte, bilinç düzeyinde bozulmalar olmakta ve plazma glukoz düzeyi 27 mg/dl nin altına düştüğünde bilinç kaybı ve koma gerçekleşebilmektedir (50, 95).

Diyabetin kontrol altına alınmasını ve istenen hedeflere ulaşmasını engelleyen hipoglisemi, morbidite ve mortalite düzeyini önemli derecede etkilemektedir (51). Tüm dünyada ve ülkemizde sıklığı hızla artan diyabet ve buna bağlı hipoglisemik olayların yaklaşık %24-60 oranında görüldüğü bildirilmektedir (24). İnsülin kullanan diyabetli hastaların yaklaşık % 90'ı hipoglisemi ataklarını oldukça sık yaşamaktadır (23). İskoçya'da yapılan bir çalışmada 155 diyabetli hasta tarafından toplam 572



hipoglisemik olay bildirilmiştir (46). 1441 diyabetli hastanın katıldığı başka bir çalışmada ise, yılda 100 hastadan 63'ünün ciddi düzeyde hipoglisemi atağı geçirdiği belirlenmiştir (127). Rombopoulos ve arkadaşları tarafından tip 2 diyabetli 6631 hasta ile yapılmış bir çalışmada ise, üç aylık periyot içerisinde hastaların %41,9'unda hipoglisemi saptanmıştır (111). Diyabetlilerin ölümlerinin sıklıkla kardiyovasküler ve böbrek hastalıkları sonucu olması ve istatistiksel kayıtlarda ölüm sebebi olarak diyabet ile ilişkisinin (ketoasidoz, hipoglisemi gibi) belirtilmemesi nedeniyle, diyabete bağlı ölümlerin mevcut verilerden fazla olduğu düşünülmektedir (50, 110).

Hipoglisemi, diyabetik aciller içinde hızla müdahale edilmesi gereken ve hayati önem arz eden ciddi bir durumdur (73, 24, 27). Tekrarlayan hipoglisemi atakları özellikle hipoglisemiyi daha sık deneyimleyen tip 1 diyabetli hastalar için ölümcül olabilmektedir. Ayrıca diyabetin kronik bir hastalık olması hipoglisemi ataklarının hastaya uzun vadede çeşitli zararlar verme olasılığını arttırmaktadır (29, 27).

ADA Hipoglisemiyi aşağıdaki gibi sınıflandırmıştır (ADA 2017):

**Glikoz alarm değeri:** 70mg/dL ve altı (3.9 mmol/L) olarak bildirilmiştir (9).

**Klinik olarak anlamlı hipoglisemi:** 54 mg/dL (3.0 mmol/L) olarak bildirilmiştir (9).

**Ciddi hipoglisemi:** Spesifik bir glikoz eşik değeri bildirilmemiştir (9).

#### **4.2. Hipogliseminin Belirti ve Bulguları**

Oral antidiyabetik ilaçlarla veya insülinle tedavi edilen bütün diyabet hastalarında hipoglisemi gelişme olasılığı mevcuttur. Kan glikoz düzeyinin düşmesine bağlı olarak beynin etkilenmesi hipogliseminin ciddi ve ölümcül sonuçlarına yol açmaktadır (50, 36)

Kandaki glikoz değeri 57,6 – 50,4 mg/dl nin altına düştüğünde vücut bazı belirtiler vermeye başlamaktadır. Titreme, soğuk terleme, çarpıntı, baş dönmesi, baş ağrısı, konsantre olamama, bulantı, acıkma, anksiyete, halsizlik, konuşmada güçlük, bilinç bulanıklığı gibi belirtiler akut hipoglisemi belirtileri arasında yer almaktadır (95, 128, 30, 63 , 81, 44, 96, 80, 25).

Hipogliseminin hastalarda gözlemlenen en tipik bulguları ise; terleme, bulanık görme, baş ağrısı, konuşma bozukluğu, bilinç bulanıklığı, uyku hali ve ileri dönemde koma olarak sıralanabilir (96, 124, 68, 80, 25). Özellikle yaşlı hastalarda hipoglisemi kendini huzursuzluk, terleme, öfke, fenalık hissi gibi klasik belirtilerle gösterebileceği gibi bilinç bulanıklığı/kaybı, epilepsi benzeri kasılmalar gibi çok farklı belirtilerle de gösterebilmektedir (19, 27).

### **4.3. Hipoglisemide Tıbbi Tedavi ve Hemşirelik Bakımı**

Diyabet bireyi ve aileyi etkileyen, yaşam tarzı değişikliklerini gerektiren, çeşitli komplikasyonları gelişebilen ve yaşam kalitesini azaltabilen kronik bir sağlık sorunu olması nedeniyle sürekli profesyonel destek gerektirmektedir (28, 66, 18). Diyabetli hasta yaşamı boyunca belirli bir plan dahilinde yaşamak zorunda olduğundan hastalığın yönetilebilmesi için diyabet hastalarının belirli aralıklarla tıbbi kontrolleri yapılmalı ve diyabet eğitimleri sürdürülmelidir (28, 18 ).

Temel sorumluluğu diyabetli hastanın bakımını sağlamak, hasta ve ailesine eğitim vermek, izlem yapmak, araştırmalarda yer almak olan hemşirelerin sağlık hizmetlerinin farklı basamaklarında görev alsalar bile diyabetle ilgili temel bilgi ve beceriye sahip olması beklenmektedir (136, 18, 66).

Diyabetli bireylerin eğitimi planlanırken kan glikoz izlemi, gereksinimlere uygun beslenme, egzersiz yapma, oral antidiyabetik ve/veya insülin tedavisinin sürdürülmesi, uzun vadede ortaya çıkabilecek diyabet komplikasyonlarını önleme gibi konular yer almalıdır (10, 18, 66).

Komplikasyonların önlenmesinde glisemik kontrolün sağlanması önemlidir. Glisemik kontrolün sağlanamadığı durumlarda diyabetin ciddi bir komplikasyonu olan hipoglisemi ortaya çıkabilmektedir (50). Hipoglisemi genellikle önerilen tedavi biçimi ile bireyin gereksinimleri ve yaşam şekli arasında yeterli uyum yakalanamadığında ya da tedavi ile ilgili bazı hatalar yapıldığında kendini göstermektedir (101). Hemşire hipoglisemi belirtilerini takip etmeli ve uygun

önlemleri almalıdır. Sonuç olarak diyabette bakım kalitesini geliştiren temel yaklaşım diyabetlinin doğru izlenmesi ve eğitimidir (50).

Hemşireler tarafından hipoglisemin nedenlerini bilmek gelişiminden önce önlem almak açısından yol gösterici olabilmektedir. Hipogliseminin ana nedeni vücuttaki insülin miktarının fazla olmasıdır. Diğer nedenleri ise yanlışlıkla ya da bilerek yüksek doz alınması, insülin enjeksiyonunun ardından egzersize bağlı emilim artışı, kilo kaybı, doğum sonrası dönem, menstrüasyon, fizik aktivitede artış gibi insülin duyarlılığının arttıran durumlar, geç ya da az yemek yeme, emzirme dönemi ya da egzersiz sırasında yetersiz beslenme, alkol ve bazı ilaçların kullanımları olarak sıralanabilir. (50, 45, 96, 25). Resmi gazetede yayınlanan hemşirenin görev, yetki ve sorumluklarında hemşirenin tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemesi, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli önlemleri alması gerektiği bildirilmiştir (65). Dolayısıyla hipogliseminin belirtilerinin erken dönemde tanınması ve önlenmesi, gelişmesi durumunda ise tedavi edilmesi hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları içerisinde yer almaktadır (50, 18).

Hipogliseminin evde önlenmesi için ise hasta ve ailesine glikoz izlemi, beslenme egzersiz uyumu, erken belirtiler ve tedavileri hakkında kapsamlı eğitimler planlanmalıdır (73, 18). Hasta ve ailesinin eğitilmesi hipoglisemi sayısında gözle görülür bir azalma sağlamakta ve meydana gelen hipoglisemi ataklarının hızlı ve etkili bir şekilde tedavi edilmesini de mümkün kılmaktadır (18). Margolis ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerden eğitim alan hastaların diyabetle ilgili bilgi düzeyi eğitimini doktor ve diyetisyenden alan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (86). Yapılmış başka bir çalışmada da eğitimin önemi vurgulanmış olup, eğitim sonrası bilgi düzeyinde olumlu bir gelişme izlenmiştir (31).

Tüm önlemlere rağmen hipoglisemik atak geliştiği durumda, hastanın bilinci açık ve yutabiliyorsa 15-20 g glukoz (tercihen 3-4 glukoz tablet veya 4-5 kesme şeker yada 150-200 ml meyve suyu ) oral yolla verilemelidir. Çikolata, gofret gibi yağ içeriği yüksek ve emilimi geç olan ürünler kullanılmamalıdır. Hipoglisemik atak sonrası, hastanın beslenme planında 1 saat içinde yemek programı yapılamamışsa ek olarak 15-20g kompleks karbonhidrat alması sağlanmalıdır (98, 27, 130). Hastanın bilinci

kapalı ise hekim isteminde hızlıca glukagon enjekte edilmelidir. Solunum yoluna aspire etme tehlikesi olduğundan dolayı bilinci kapalı olan hastaya ağız yoluyla hiçbir şey kesinlikle verilmemeli, hekim istemi doğrultusunda parenteral tedavi uygulanmalıdır (45, 98, 27, 130).

Hastanın hipoglisemiden korunması için her hipoglisemik atak tedavi edildikten sonra geçmişe dönülüp neden olduğu gözden geçirilmelidir. Hastaya verilen eğitim mutlaka tekrarlanmalıdır. Özellikle uzun etkili ilaç kullanımına bağlı hipoglisemi saptanan tip 2 diyabetli ve yaşlı hastaların 24-48 saat süreyle hastanede gözlem altında tutulması gerekebilir. Hemşirelerin hipoglisemi belirtilerini hissedemeyen hastaları daha dikkatli takip etmesi ve be hastalara planlı eğitimler vermesi gerekmektedir (44, 98).

#### **4.4. Hemşirelerde Tükenmişlik**

Tükenmişlik bireyin kendini fiziksel ve duygusal olarak enerjiden yoksun hissetmesidir (77). İnsanlarla doğrudan bir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslek mensuplarında sık görülen ve bir tür stres olan "tükenmişlik" kavramı ilk kez Freudenburg (1974) tarafından ortaya konulmuştur. Freudenburg'a göre tükenmişlik "başarısızlık, yıpranma ve buna eşlik eden aşırı enerji yada güç kaybıdır. Günümüzde de Maslach tarafından 1981 yılında yapılan tükenmişlik tanımı kabul görmektedir (54, 88). Maslach'ın tanımına göre tükenmişlik; kişinin iş yaşamında diğer bireylerle ilişkilerinde olumsuzluklar sonucu gelişen özsaygı yitimi, çaresizlik, umutsuzluk, kronik yorgunluğa bağlı fiziksel, emosyonel ve sosyal tükenmeyle seyreden bir sendromdur (88).

Tükenmişlik hisseden bireyde duygusal olarak çökme, enerji eksikliği ve duygusal olarak tükendiği duygusuna kapılma hissi oluşmaktadır. Halsizlik, yorgunluk hissetmekle birlikte özgüvenin ve mesleğe karşı ilginin azalması sıklıkla görülebilmektedir. Tükenmişlik sonucu oluşan duyarsızlaşma ise, çalışanların bireylere cansız bir nesne gibi davranmaları, herkesin farklı bir birey ve kendilerine özgü birer varlık olduklarını göz ardı ederek davranmalarına yol açmaktadır. Kişisel başarıda düşme ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe, üretkenliğin azalması

durumunu ifade etmektedir (120, 113). Yapılan bir çalışmada tükenmişlik yaşayan bireylerin hastalık nedeniyle işe gelmediği, uyku problemleri yaşadığı, sık sık ağrı kesici kullandığı ve işten ayrılmayı düşündüğü gösterilmiştir (82).

Tükenmişlik, insan ilişkisi gerektiren mesleklerde oldukça fazla görülmekte, özellikle sağlık çalışanları arasında büyük bir sorun olarak ortaya konulmaktadır (76, 138). Sağlık çalışanları tükenmişlik bulgularının görüldüğü ilk meslek grubu olması nedeniyle de bu yönden en fazla incelenen meslek grubu olarak bilinmektedir (118). Penson ve arkadaşları (2000) sağlık çalışanlarında stres ve tükenmeyi en yaygın meslek hastalığı olarak tanımlamışlardır (107).

Hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan bir çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek grubudur. Gün içerisinde hemşirelerin çok fazla kişiyle iletişim kurmak zorunda olmaları, kişiler arası çatışmaların fazla olduğu bir ortamda çalışmaları, ölümü sık olarak deneyimlemeleri, iş yükünün fazla olması, personel sayısının yetersizliği yoğun ve gelişen teknolojinin kullanılması gibi çok çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Buna ek olarak hata kabul etmeyen ve insan yaşamı ile doğrudan ilgili olan bir işte çalışmalarının sonucu olarak da tükenmişliği sık olarak deneyimlemektedir (7, 77). Aynı zamanda yapılan işin zorluğu, vardiyalı çalışma saatleri gibi bir çok nedenden dolayı da oldukça stresli bir meslek grubudur. Hemşireler bakım verirken sıklıkla ağrı, yalnızlık, yetersizlik, çaresizlik, hastalık ve ölüm gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. İçinde bulunulan bu durumun hemşireleri tükenmişlik yaşamaya oldukça yatkın hale getirdiği bilinmektedir (47, 59).

Kaynak ve malzeme yetersizliği, personel sayısının azlığı, evrak işleri ve prosedürlerin fazla olması hemşirelerin iş yükünü önemli ölçüde arttırmaktadır. İş yükünün artışıyla birlikte tükenmişlik düzeyinde de ciddi bir yükseliş olduğu gözlemlenmektedir (121, 108). Bununla birlikte artmış iş yükü sağlık personelinde iş doyumsuzluğuna sebep olmakta ve bunun bir sonucu olarak da tükenmişlik sendromuna yakalanma olasılığı artmaktadır (41).

Hasta bakımı, hasta ile kaliteli bir ilişki kurma ve sürdürme mecburiyeti, meslek ile ilgili gelişmeleri takip etme gereği, uzun mesai saatleri ve belirsizlik karşısında

sorumluluk alma zorunlulukları, rol belirsizliği sağlık çalışanlarının karşılaştığı sorunlardan bazılarıdır ve aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş stresini arttıran ve yıpranmalarını hızlandıran önemli etkenler arasındadır (39, 121). Hasta bakım hizmeti veren mesleklerde sık görülen tükenmişlik hali, bireylerde duygusal ve fiziksel yorgunluğa sebep olmakta, bu durumda başarı oranını da ciddi oranda etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanları için tükenmişlik kavramı ve tükenmişliği etkileyen faktörler de gittikçe önemli hale gelmektedir (75).

Tükenmişlik beraberinde verimliliğin azalması, iş doyumсуuzluğu ve profesyonelliğin ortadan kalkmasını da getirmektedir. Hemşirelikte yaşanan tükenmişliğin sonucunda ülke ekonomisi, kurum, hemşirelik mesleği, hemşireler ve hizmet alan bireyler de doğrudan etkilenmektedir (59).

Tükenmişlik aniden ortaya çıkan bir sorun değil, aksine yavaş gelişen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Tükenmişliğe ait belirtilerin göz ardı edilmesi durumun ilerlemesine ve başa çıkılmaz bir hale gelmesine yol açmaktadır. Bu nedenle tükenmenin sinsi sürecinin belirtilerinin iyi bilinmesi ve doğru zamanda teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (74). Tükenmişlik yaşayan kişi genellikle, mesleki isteksizlik ve yorgunluk durumunu yoğun bir şekilde hissetmektedir. Ancak belirgin belirtilerinin olmaması, bu durumun sıklıkla önemsenmemesine yol açmaktadır (71). Tükenmişlik belirtilerinin göz ardı edilmesi belirtileri arttırmakta ve meydana gelen durumun başa çıkılmaz hale gelmesine neden olmaktadır. Bu sebeple tükenmişlik sendromu belirtilerinin iyi bilinmesi ve zamanında teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınması düzeltici faaliyetlerin planlanabilmesi ve durumun önlenmesi açısından oldukça önemlidir (74). Ayrıca ilk olarak göze çarpabilecek işe özel belirtileri saymak da mümkündür. Bunlar: işi yavaşlatma, iş ile ilgili algı seviyesinde azalma, işten uzaklaşma, hırsızlık, hatalı müdahaleler ve hizmet verilenlerin şikayet sayılarındaki artış, evraklarla ilgili sahtekarlıklar, düşük iş performansı, iş tatminsizliği, işe geç gitme, çeşitli nedenlerle işe gelmemelerde artış, işten ayrılma şeklinde sıralanabilir. Bu gibi belirtiler nedeniyle yaptığı işten zevk alamayan, bulunduğu ortamda huzur bulamayan birey karşılaştığı sorunları unutabilmek için kendisini farklı alanlara yoğunlaştırmak isteyebilir (74, 47).

Tükenmişliği etkileyen değişkenler incelendiğinde özellikle bireyin genç olması, iş konusunda yeterli deneyime sahip olmaması, mesleği isteyerek seçmeme ve meslektan memnun olmama durumlarının tükenmişliği önemli ölçüde arttırdığı gözlemlenmiştir (138). Tükenmişlik sağlık çalışanlarının ilgi ve isteğini azaltan, hatalı tıbbi uygulamalara neden olan ciddi bir durumdur. Alınacak bazı önlemlerle sorun ortadan kaldırılabılır. Bireylerin işe karşı olan motivasyonları arttırılırsa işin kalitesi de doğru orantılı olarak artacaktır. Bu konuda yönetici hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Risk faktörlerinin tanımlanması ve tükenmişliğin yaşanmadan önüne geçilmesi için planlamalar yapılmalıdır (113).



## **5. METOT VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu araştırma, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

### **5.2. Araştırma Soruları**

Soru 1 Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri hipoglisemi farkındalıklarını etkiler mi?

Soru 2 Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri sosyodemografik özelliklerinden etkilenir mi?

Soru 3 Hemşirelerin tükenmiş düzeyleri mesleki özelliklerinden etkilenir mi?

Soru 4 Hemşirelerin hipoglisemi farkındalık düzeyleri sosyodemografik özelliklerinden etkilenir mi?

Soru 5 Hemşirelerin hipoglisemi farkındalık düzeyleri mesleki özelliklerinden etkilenir mi?

### **5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, İstanbul'da yer alan Medipol Mega Üniversite Hastanesi'nde 1 Nisan-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu hastanede, 200 yataklı dahili ve cerrahi kliniğinde 120 hemşire, ameliyathanede 40 hemşire, 25 yataklı kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde 30 hemşire, 50 yataklı genel yoğun bakım ünitesinde 48 hemşire, iç hastalıkları, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, kardiyoloji, diş hastalıkları, çocuk hastalıkları, dermatoloji polikliniği olmak üzere 7 poliklinikte 13 hemşire, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 33 hemşire, koroner yoğun bakım ünitesinde 18 hemşire, kemik iliği transplantasyon ünitesinde 19 hemşire, kemoterapi ünitesinde 4 hemşire, acil ünitesinde 30 hemşire ve hemşirelik hizmetlerinde 5 eğitim gelişim hemşiresi olmak üzere toplam 360 hemşire görev



yapmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri gündüz 08:00-18:00 olup gece 18:00-08:00 şeklinde devam etmektedir.

#### **5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Mega Hastanesi bünyesinde çalışan toplam 360 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek evren üzerinde çalışılmıştır. Yedi hemşirenin yıllık izinde olması nedeniyle toplam 353 hemşire örneklemi oluşturmuştur. Dolayısıyla evrenin %98'ine ulaşılmıştır.

##### **5.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

\*Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler,

\*Uygulama tarihleri içerisinde hastanede görev yapmakta olan hemşireler.

##### **5.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri**

\*Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler,

\* Uygulama tarihleri içerisinde izinli olan hemşireler.

#### **5.5. Veri Toplama Aracı**

Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde “Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Soru Formu”, ikinci bölümde “Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Soru Formu”, üçüncü bölümde “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır.

##### **5.5.1. Sosyodemografik ve mesleki özelliklere ilişkin soru formu (Ek-1)**

Sosyodemografik ve mesleki özelliklere ilişkin soru formu araştırmacı tarafından ilgili literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur (3, 42, 46, 53). Soru formunda, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler ile çalışılan klinik, meslekte çalışma yılı, haftalık çalışma saati, günlük çalışma periyotları, mesleği isteyerek seçip seçmeme durumu, çalışılan

birimi tercih durumu, hemşire kadrosunun yeterliliği, diyabetle ilgili özel bir eğitim alma durumu gibi mesleğe ilişkin özellikler sorgulanmıştır.

### **5.5.2. Hipoglisemi farkındalığına ilişkin soru formu (Ek-2 )**

Hemşirelerin hipoglisemi ile ilgili farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan soru formunda, açlık kan şekeri değer aralığı, hipoglisemi tanımı, hipoglisemi belirtileri, kan şekeri düşüklüğü nedenleri, hipoglisemi- egzersiz ilişkisi, hipoglisemi-beslenme ilişkisi, hipogliseminin komplikasyonları ve hemşirelik uygulamaları gibi hipoglisemi farkındalığına ilişkin sorulara yer verilmiştir ( 50, 44, 13).

### **5.5.3. Maslach tükenmişlik ölçeği (Ek-3 )**

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş olan ölçek Maslach'ın adıyla literatüre geçmiştir. Ölçek, Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği tükenmişliğin araştırıldığı çalışmalarda sık olarak kullanılmaktadır. Bunun nedeni ise yüksek güvenilirliğinin olmasıdır. Ölçeğin, Cronbach alpha değerinin Duygusal Tükenme Boyutunun 0.90, Duyarsızlaşma boyutunun 0.79, Kişisel Başarıda Düşme boyutunun 0.71 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt bileşenleri için sırasıyla 0.69, 0.70 ve 0.71 olarak belirlenmiştir.

MTÖ, 7'li yanıt aralığından oluşan Likert türü bir ölçektir, fakat Türkçe'ye uyarlaması yapılırken 5'li yanıt aralığına indirgenmiştir. Türkçe'ye uyarlanmış olan ölçekte toplamda 22 ifade bulunmaktadır. Tükenmişliğin saptanabilmesi için tek bir puan yeterli olmayıp üç alt ölçekten alınmış puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Elde edilen puanlar tükenmişliğe göre “yüksek, orta ve düşük” olarak belirtilmektedir. Ölçekte duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından alınan yüksek puan tükenmişliğin fazla olduğunu, kişisel başarı alt boyutundan alınan yüksek puan ise tükenmişliğin az olduğunu belirtmektedir (48, 32). Maslach

Tükenmişlik Ölçeği için ilgili yazarlardan ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için yasal izin alınmıştır (Ek-4).

### **5.6. Uygulama**

Çalışmanın uygulaması, ekte sunulan veri toplama formları ile 1 Nisan-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında Medipol Mega Hastanesi'nde görev yapmakta olan 353 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hemşirelerin onayları alınmış, veriler araştırmacı tarafından birebir görüşme ile toplanmıştır. Verilerin toplanması her bir hemşire için yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket program ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği saptanmıştır. Ayrıca tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise yine Mann Whitney U testi, değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanılmıştır (70).

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar No:180 Tarih:23.03.2016 ), İstanbul Medipol Mega Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Direktörlüğü'nden kurum izni (Ek-5) alınmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelerle ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra sözel onamları alınarak yürütölmüştür.

## 6. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya katılan 353 hemşireden Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri İlişkin Soru Formu, Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Soru Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak elde edilen bulgular sunulmuştur.

**Tablo 6.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=353)**

		N	%
Cinsiyet	Kadın	299	84,7
	Erkek	54	15,3
Yaş Ortalaması (25,71 ± 4,44)	25 yaş ve altı	205	58,1
	26 yaş ve üstü	148	41,9
Eğitim durumu	Lise	136	38,5
	Lisans	189	53,5
	Lisans üstü	28	8
Medeni durum	Evli	111	31,4
	Bekar	242	68,6
Çocuk sahibi olma	Evet	84	23,8
	Hayır	269	76,2
Sosyal güvence	Evet	347	98,3
	Hayır	6	1,7
Ekonomik durum	Düşük	14	4,0
	Orta	322	91,2
	Yüksek	17	4,8

Tablo 6.1’de araştırmada yer alan hemşirelerin sosyodemografik bulguları yer almaktadır.

Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%84,7) kadındır. Hemşirelerin yaş ortalaması 25,71 ± 4,44 olup %58,1’inin 25 yaş ve altında olduğu saptandı. Elde edilen veriler eğitim durumuna göre incelendiğinde %38,5’sinin lise mezunu, %53,5’inin lisans, %8’inin lisans üstü mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin %68,6’sının bekar olduğu,

çoğunluğunun (%76,2) çocuk sahibi olmadığı, %98,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve büyük çoğunluğunun (%91,2) ekonomik durumunun orta seviyede olduğu bulundu.

**Tablo 6.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=353)**

	N	%
	62	17,6
	114	32,3
<b>Çalışılan klinik</b>		
<b>Dahili klinikler</b>	62	17,6
<b>Cerrahi klinikler</b>	114	32,3
<b>Yoğun bakım üniteleri</b>	118	33,4
<b>Acil servis</b>	29	8,2
<b>Diğer klinikler</b>	30	8,5
<b>Meslekte çalışma süresi</b>		
<b>1-5 yıl</b>	230	65,2
<b>6-10 yıl</b>	87	24,6
<b>11 ve üzeri</b>	36	10,2
<b>Haftalık çalışma süresi</b>		
<b>55 saat altı</b>	184	52,1
<b>55 saat ve üstü</b>	169	47,9
<b>Çalışma sistemi</b>		
<b>08.00-18.00</b>	221	62,6
<b>18.00-08.00</b>	121	34,3
<b>Diğer</b>	11	3,1
<b>Çalışılan birimi isteyerek tercih etme durumu</b>		
<b>Evet</b>	277	78,5
<b>Hayır</b>	76	21,5
<b>Mesleği isteyerek tercih etme durumu</b>		
<b>Evet</b>	263	74,5
<b>Hayır</b>	90	25,5
<b>Klinikte hemşire sayısının yeterlilik durumu</b>		
<b>Evet</b>	82	23,2
<b>Hayır</b>	271	76,8
<b>Diyabet ile ilgili eğitim alma durumu</b>		
<b>Evet</b>	198	56,1
<b>Hayır</b>	155	43,9

Tablo 6.2’de hemşirelerin mesleki özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre dağılımları incelendiğinde %17,6’sının dahili kliniklerde, %32,3’ünün cerrahi kliniklerde, %33,4’ünün yoğun bakım ünitesinde, %8,2’sinin acil serviste ve %8,5’inin diğer kliniklerde görev yaptığı belirlendi. Hemşirelerin %65,2’sinin 1-5 yıldır, %62,6’sının 08.00-18.00 saatleri arasında, %52,1’inin 55 saat altı çalıştığı, %78,5’inin çalıştığı kliniği, %74,5’inin ise mesleğini isteyerek tercih ettiği, çoğunluğunun (%76,8) klinikteki hemşire sayısının yeterli bulmadığı ve %43,9’unun diyabetle ilgili özel bir eğitim almadığı saptandı.

**Tablo 6.3. Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ve Hipoglisemi Farkındalık Düzeylerinin Dağılımı**

	Min-Maks	Ort±SS	Medyan
<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği</b>			
<b>Duygusal Tükenme</b>	9-45	28,19±7,54	28
<b>Duyarsızlaşma</b>	5-25	12,06±4,52	12
<b>Kişisel Başarı</b>	8-40	30,03±5,70	31
<b>Hipoglisemi Farkındalık Düzeyi (%)</b>	28,57-100,00	79,04±14,50	78,57

Tablo 6.3’te hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Hemşirelerin Duygusal Tükenme alt boyutu ortalaması 28,19±7,54, Duyarsızlaşma alt boyutu ortalaması 12,06±4,52, Kişisel Başarı alt boyutu ortalaması ise 30,03±5,70 olarak saptandı.

Hipoglisemi Farkındalık yüzdeleri ortalaması ise 79,04±14,50 olarak belirlendi.

**Tablo 6.4. Cinsiyete Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Kadın</b>	28,36±7,50 (28)	11,96±4,51 (12)	30,32±5,43 (31)	79,91±14,63 (85,71)
<b>Erkek</b>	27,26±7,73 (27,5)	12,57±4,57 (13)	28,41±6,86 (29)	74,21±12,90 (78,57)
<b>Z</b>	-0,867	-0,918	-1,930	-3,556
<b>P</b>	0,386	0,359	0,054	<b>0,001</b>

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.4'te hemşirelerin cinsiyetlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puanları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı alt boyutunda kadınların puanı erkeklere göre daha yüksek, Duyarsızlaşma alt boyutunda ise erkeklerin puanları kadınlardan daha yüksektir. Cinsiyete göre alt boyutlardan elde edilen puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Cinsiyete göre hipoglisemi farkındalık düzeyi açısından, kadınların hipoglisemi farkındalık yüzdesi erkelerden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

**Tablo 6.5. Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

Yaş grubu	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
25 yaş ve altı	27,85±6,72 (28)	11,83±4,45 (12)	30,30±5,12 (31)	78,99±13,73 (78,57)
26 yaş ve üstü	28,66±8,55 (28)	12,36±4,61 (13)	29,66±6,42 (31)	79,10±15,57 (78,57)
Z	-0,484	-1,018	-0,703	-0,409
P	0,629	0,309	0,482	0,683

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.5'te yaş gruplarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Yaş gruplarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutunda 26 yaş ve üstü olan hemşirelerin puanı 25 yaş ve altı olanlara göre daha yüksek, Kişisel Başarı alt boyutunda ise 25 yaş ve altı olanların puanı 26 yaş ve üstü olanlara göre daha yüksek bulundu. 26 yaş ve üstü ile 25 yaş ve altı olanların elde ettikleri puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Yaş gruplarına göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından 26 yaş ve üzeri olan hemşirelerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi 25 yaş ve altına göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6.6. Eğitim Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Lise</b>	27,85±8,22 (27)	12,28±4,65 (13)	29,93±5,67 (31)	75,47±16,14 (78,57)
<b>Lisans</b>	28,36±6,88 (28)	11,89±4,29 (12)	30,44±5,51 (31)	81,18±13,05 (85,71)
<b>Lisansüstü</b>	28,75±8,52 (28,5)	12,11±5,41 (12)	27,79±6,73 (26)	81,89±12,22 (85,71)
<b><math>\chi^2</math></b>	0,546	0,738	0,494	<b>11,524</b>
<b>P</b>	0,460	0,390	0,482	<b>0,001**</b>

*Kruskall Wallis Test*

**\*\*p<0,01**

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.6’da eğitim durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Eğitim durumlarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Duygusal Tükenme alt boyutunda en düşük puanı lise mezunu, duyarsızlaşma alt boyutunda en düşük puanı lisans mezunu, kişisel başarı alt boyutunda ise en düşük puanı lisans üstü mezunları almış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Eğitim durumlarına göre hipoglisemi farkındalık yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta olup farkı yaratan grup lise mezunu olarak belirlendi ( $p<0,01$ ). Lise mezunu grubun hipoglisemi farkındalık yüzdesi lisans ve lisans üstü gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

**Tablo 6.7. Medeni Duruma Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Evli</b>	29,30±8,63 (29)	12,58±4,55 (13)	29,73±6,19 (30)	79,47±16,32 (78,57)
<b>Bekar</b>	27,69±6,94 (27)	11,82±4,49 (12)	30,17±5,47 (31)	78,84±13,62 (78,57)
<b>Z</b>	-1,368	-1,548	-0,632	-0,930
<b>P</b>	0,171	0,122	0,528	0,353

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.7’de medeni duruma göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Medeni duruma göre Maslach tükenmişlik ölçeği’nin Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma alt boyutunda evli olan hemşirelerin puanı bekar olanlara göre yüksek, Kişisel Başarı alt boyutunda ise bekar olanların puanı evlilere göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Medeni duruma göre evli olan hemşirelerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi, bekar olanlara göre yüksek olarak bulundu. Ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.8. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Evet</b>	28,69±8,73 (28)	12,55±4,59 (13)	30,06±5,93 (30,5)	78,57±16,89 (78,57)
<b>Hayır</b>	28,04±7,14 (28)	11,90±4,49 (12)	30,02±5,64 (31)	79,18±13,71 (78,57)
<b>Z</b>	-0,388	-1,234	-0,179	-0,260
<b>P</b>	0,698	0,217	0,858	0,795

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.8’de çocuk sahibi olma durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Çocuk sahibi olma duruma göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarından çocuk sahibi olan hemşirelerin puanları olmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Çocuk sahibi olma duruma göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından, çocuk sahibi olmayanların puanı çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olarak saptandı, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.9. Ekonomik Duruma Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Düşük</b>	28,57±5,11 (29)	12,64±3,00 (12,5)	28,50±6,09 (27)	81,12±14,72 (85,71)
<b>Orta</b>	28,34±7,67 (28)	12,04±4,59 (12)	30,07±5,62 (31)	79,19±14,50 (78,57)
<b>Yüksek</b>	25,18±6,15 (24)	11,88±4,27 (12)	30,47±7,04 (32)	74,37±14,30 (78,57)
$\chi^2$	4,190	0,553	1,204	3,081
<b>P</b>	0,123	0,758	0,548	0,214

*Kruskall Wallis Test*

Tablo 6.9’da ekonomik duruma göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma alt boyutlarından gelir durumu yüksek olan hemşirelerin puanları gelir durumu düşük ve orta olanlara göre daha düşük bulundu. Kişisel başarı alt boyutunda ise gelir durumu düşük olanların puanı daha düşük olarak saptanmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Ekonomik durumlar arasında hipoglisemi farkındalık yüzdesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.10. Çalışılan Kliniklere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Dahili klinikler</b>	29,32±7,61 (29)	13,02±5,43 (12)	30,27±5,49 (31)	78,57±14,17 (78,57)
<b>Cerrahi klinikler</b>	27,98±8,28 (27)	11,4±4,02 (12)	30,53±5,62 (31)	77,88±15,81 (85,71)
<b>Yoğun bakım üniteleri</b>	27,59±7,25 (27)	12,61±4,5 (13)	29,00±5,85 (30)	79,42±13,21 (78,57)
<b>Acil servis</b>	26,72±6,26 (27)	11,62±4,08 (12)	29,31±5,79 (29)	79,56±11,57 (78,57)
<b>Diğer klinikler</b>	30,43±6,27 (31,5)	10,8±4,25 (10)	32,4±5,13 (33)	82,38±17,47 (85,71)
$\chi^2$	7,326	8,289	<b>10,201</b>	4,717
<b>P</b>	0,120	0,082	<b>0,037*</b>	0,318

*Kruskall Wallis Test*

*\*p<0,05*

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.10'da çalışılan kliniklere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Çalışılan kliniklere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında Dahili klinikler, Cerrahi klinikler, Yoğun bakım üniteleri, Acil servis dışında kalan diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin daha yüksek puan aldığı saptandı. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ( $p>0,05$ ) olup, Kişisel Başarı alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Çalışılan kliniklere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Kişisel Başarı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta olup farkın diğer klinikler grubundan kaynaklandığı belirlendi. Diğer klinikler grubunun Kişisel Başarı alt boyutunda en yüksek puanı elde ettiği saptandı.

Çalışılan kliniklere göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından Dahili klinikler, Cerrahi klinikler, Yoğun bakım üniteleri, Acil servis dışında kalan diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin farkındalık yüzdeleri daha yüksek olarak saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.11. Meslekte Çalışma Süresine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
1-5 yıl	28,00±6,98 (28)	12,05±4,54 (12)	29,94±5,57 (31)	78,48±14,01 (78,57)
6-10 yıl	28,91±8,94 (27)	12,24±4,64 (12)	29,98±6,27 (31)	80,71±14,37 (78,57)
>10 yıl	27,72±7,35 (27)	11,67±4,15 (12,5)	30,72±5,19 (31)	78,57±17,74 (85,71)
$\chi^2$	0,057	0,305	0,287	2,189
P	0,972	0,859	0,866	0,335

*Kruskall Wallis Test*

Tablo 6.11’de meslekte çalışma süresine göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Meslekte çalışma sürelerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Kişisel Başarı alt boyutunda 10 yıl ve üzeri olanların puanı 1-5 yıl ve 6-10 yıl olanlara göre yüksek olarak bulundu. Fakat aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Meslekte çalışma sürelerine göre hipoglisemi farkındalığı açısından 6-10 yıl çalışanların hipoglisemi farkındalık yüzdesi 1-5 yıl ve 10 yıl üzeri çalışanlara göre yüksek olarak bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.12. Haftalık Çalışma Süresine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<55 saat	27,75±7,04 (27)	12,01±4,77 (12)	29,76±5,84 (30)	78,61±15,17 (78,57)
≥55 saat	28,67±8,04 (28)	12,11±4,24 (12)	30,33±5,54 (31)	79,50±13,78 (78,57)
Z	-1,081	-0,301	-0,985	-0,365
P	0,280	0,763	0,325	0,715

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.12’de haftalık çalışma süresine göre Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Haftalık çalışma süresine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Haftalık çalışma sürelerine göre hipoglisemi farkındalığı açısından 55 saat ve üstü çalışanların hipoglisemi farkındalık yüzdesi 55 saat altı çalışanlara göre yüksek olarak bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.13. Çalışma Sistemine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>08.00-18.00</b>	27,93±7,94 (28)	11,48±4,62 (11)	30,85±5,82 (32)	79,48±14,59 (85,71)
<b>18.00-08.00</b>	28,36±6,81 (27)	12,95±4,19 (13)	28,52±5,29 (29)	78,75±13,6 (78,57)
<b>Diğer</b>	31,64±6,56 (32)	13,82±4,14 (13)	30,18±4,45 (30)	73,38±21,45 (78,57)
$\chi^2$	3,460	<b>11,339</b>	<b>15,962</b>	1,395
P	0,177	<b>0,003**</b>	<b>0,001**</b>	0,498

*Kruskall Wallis Test*

**\*\* $p<0,01$**

*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.13'te çalışma sistemine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Çalışma sistemine göre Duygusal Tükenme alt boyutunda en yüksek puanı diğer grubu elde etmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Duyarsızlaşma alt boyutunda ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $p<0,01$ ) olup farkı yaratan grubun 08.00-18.00 saatleri arasında çalışanların olduğu belirlendi. Duyarsızlaşma alt boyutunda en yüksek puanı diğer grubunun aldığı saptandı. Kişisel Başarı alt boyutunda da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ( $p<0,01$ ) ve farkı yaratan grubun 18.00-08.00 saatleri arasında çalışanların olduğu belirlendi. Kişisel Başarı alt boyutunda en yüksek puanı 08.00-18.00 saatleri arasında çalışanların aldığı saptandı.

Çalışma sistemine göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi değerlendirildiğinde 08.00-18.00 saatleri arasında çalışanların hipoglisemi farkındalık yüzdesi diğer saatlerde çalışanlara göre daha yüksek olarak saptanmış, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.14. Çalışılan Kliniği İsteyerek Tercih Etme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Evet</b>	27,84±7,56 (27)	11,57±4,44 (11)	30,26±5,75 (31)	78,62±15,02 (78,57)
<b>Hayır</b>	29,47±7,37 (29)	13,84±4,37 (14)	29,18±5,48 (29)	80,55±12,43 (78,57)
<b>Z</b>	-1,834	<b>-3,991</b>	-1,572	-0,489
<b>P</b>	0,067	<b>0,001**</b>	0,116	0,625

*Mann Whitney U Test*

**\*\* $p<0,01$**

Tablo 6.14'te çalışılan kliniği isteyerek tercih etme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Çalışılan kliniği isteyerek tercih etme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutunda çalışılan kliniği isteyerek tercih edenlerin etmeyenlere göre daha yüksek puan aldığı belirlendi. Duygusal Tükenme, ve Kişisel Başarı alt boyutunda gruplara arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakta ( $p>0,05$ ). Duyarsızlaşma alt boyutunda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,01$ ).

Çalışılan kliniği isteyerek tercih etme durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi değerlendirildiğinde, isteyerek tercih etmeyenlerin yüzdesi isteyerek tercih edenlerden daha yüksek saptandı ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.15. Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Evet</b>	27,15±7,20 (27)	11,08±4,17 (11)	30,44±5,55 (31)	80,47±13,75 (85,71)
<b>Hayır</b>	31,24±7,71 (29,5)	14,90±4,30 (14)	28,84±5,99 (28)	74,84±15,85 (78,57)
<b>Z</b>	<b>-4,424</b>	<b>-6,714</b>	<b>-2,198</b>	<b>-3,062</b>
<b>P</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>	<b>0,028*</b>	<b>0,002**</b>

*Mann Whitney U Test*

*\* $p<0,05$*

*\*\* $p<0,01$*

Tablo 6.15'te hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumuna göre mesleğini isteyerek seçenlerin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında daha düşük puan, Kişisel Başarı alt boyutunda ise daha yüksek puan elde ettiği saptandı. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin bütün alt boyutlarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).



Hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin hipoglisemi farkındalık yüzdeleri, hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlerden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

**Tablo 6.16. Klinikte Hemşire Sayısının Yeterlilik Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
<b>Evet</b>	24,83±6,34 (24,5)	11,16±4,17 (11)	30,35±6,42 (31)	78,75±18,13 (85,71)
<b>Hayır</b>	29,21±7,58 (29)	12,33±4,59 (13)	29,93±5,48 (31)	79,12±13,25 (78,57)
<b>Z</b>	<b>-4,605</b>	-1,864	-0,909	-0,725
<b>P</b>	<b>0,001**</b>	0,062	0,363	0,469

*Mann Whitney U Test*

**\*\* $p<0,01$**

Tablo 6.16'da klinikte hemşire sayısının yeterlilik durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Çalışılan klinikte hemşire sayısının yeterlilik durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında hemşire sayısının yeterli olmadığını düşünenlerin daha yüksek puanı elde ettiği, Kişisel Başarı alt boyutunda ise yeterli olduğunu düşünenlerin daha yüksek puanı aldığı bulundu. Duygusal Tükenme alt boyutunda gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,01$ ). Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutunda ise gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

Çalışılan klinikte hemşire sayısının yeterli olma durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi değerlendirildiğinde, hemşire sayısının yeterli olmadığını düşünenlerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi daha yüksek olduğu belirlendi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.17. Diyabetle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Bulgular**

Diyabetle İlgili Özel Eğitim Alma	Maslach Tükenmişlik Ölçeği			Hipoglisemi
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Farkındalık Düzeyi (%)
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Evet	27,7±7,85 (27)	11,75±4,49 (11)	29,99±5,62 (30)	82,07±12,5 (85,71)
Hayır	28,83±7,1 (28)	12,45±4,54 (13)	30,08±5,82 (31)	75,16±15,94 (78,57)
Z	-1,747	-1,434	-0,326	<b>-4,3006</b>
P	0,081	0,151	0,745	<b>0,001**</b>
<i>Mann Whitney U Test</i>		<b>**p&lt;0,01</b>		

Tablo 6.17’de diyabetle ilgili eğitim alma durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve hipoglisemi farkındalık yüzdeleri verilmiştir.

Diyabetle ilgili eğitim alma durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında eğitim alanların puanları almayanlara göre daha düşük saptandı. Her üç alt boyutta da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Diyabetle ilgili eğitim alma durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdeleri açısından, eğitim alanların hipoglisemi farkındalık yüzdesi, eğitim almayanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

**Tablo 6.18. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanları İle Hipoglisemi Farkındalık Yüzdelerinin Korelasyon Değerlendirmesi**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Hipoglisemi Farkındalık Düzeyi (%)	
	R	P
Duygusal Tükenme	-0,058	0,274
Duyarsızlaşma	-0,227	<b>0,001**</b>
Kişisel Başarı	0,170	<b>0,001**</b>
<i>Spearman Rho Korelasyon Analizi</i>		<b>**p&lt;0,01</b>

Tablo 6.18’de Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puanları ile hipoglisemi farkındalık yüzdelerinin korelasyon değerlendirilmesi verilmiştir.

Duygusal Tükenme alt boyutu puanları ile hipoglisemi farkındalık düzeyi yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Duyarsızlaşma alt boyutu puanları ile hipoglisemi farkındalık yüzdeleri arasında negatif yönde, %22,7 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,01$ ).

Kişisel Başarı alt boyutu puanları ile hipoglisemi farkındalık yüzdeleri arasında ise pozitif yönde, %17 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,01$ ).



## 7. TARTIŞMA

Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisini belirlenmek amacıyla yapılan araştırmamızdan elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

### 7.1. Sosyodemografik Verilere Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin %84,7' si kadın hemşirelerden, %15,3' ü erkek hemşirelerden oluşmaktadır. Şahin'in 107 sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmasında hemşirelerin % 90'ını kadın, % 10'unu erkek olarak belirlenmiştir (118). Yavuzyılmaz ve arkadaşlarının sağlık ocağı çalışanlarında tükenmişlik ile iş doyumu düzeylerini değerlendirdiği bir çalışmada ise hemşirelerin %68,7' sinin kadın, %31,3' ünün erkek olduğu bulunmuştur (135). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin %79,6'sı kadın, %20,4'ü erkek olarak belirlenmiştir (131). Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da hemşirelerin %91,6'sının kadın, %8,4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir (60). Çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (123, 61, 21). Çalışmamızda literatüre paralel olarak kadın cinsiyeti daha fazladır.

Çalışmamızda hemşirelerin %58,1'i 25 yaş ve altı, %41,9'u ise 25 yaş üzeri olup yaş ortalaması  $25,71 \pm 4,44$  tür. Tekir ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş doyumu ve yaşam doyumu konulu çalışmasında hemşirelerin %34,5'i 20-29 yaş grubunda, %16,9'u 40 yaş ve üzeri, %48,6'sı ise 30-39 yaş grubundadır (123). Girgis ve arkadaşlarının Avusturalya'daki sağlık profesyonellerinin tükenmişlik düzeylerini araştırdığı çalışmasında ise katılımcıların %35,5'ini 40-49 yaş grubunda, %29,7'sini 50-59 yaş grubunda, %26,8'ini 39 yaş ve üstü grupta, %8'ini ise 60 yaş ve üstü grupta olduğu belirlenmiştir (57). Hemşirelerde tükenmişliğin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin %40,7'sinin 19-25 yaş, %27,8'inin 26-30 yaş, %24,1'inin 31-35 yaş, %7,4'ünün ise 36-40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (131). Yapılan başka bir çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş olup, hemşirelerin %69,2'sinin 20-29 yaş, %30,8'inin 30 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır (60). Çalışmamıza benzer sonuçlar

bulunmaktadır (105, 61). Çalışmamızda literatüre paralel olarak genç grup kitlesi daha fazla bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %38,5'i lise, %53,5'i lisans, %8'i lisans üstü mezundur. Yakut ve arkadaşları sağlık çalışanlarının tükenmişliklerini değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin %10' unu lise mezunu, % 28'ini ön lisans mezunu, %40'ını lisans mezunu , %13' ü ise yüksek lisans mezunu olarak bulmuştur (134). Cihan onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerini incelemiş ve lisans mezunu hemşirelerin oranını %48.2 olarak bulmuştur (26). Sağlık çalışanlarının tükenmişliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada çalışanların %27'sinin lise, %26'sının ön lisans, %32'sinin lisans, %15'inin ise yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (61). Başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde lisans mezunu hemşirelerin oranı %44,4 olarak bildirilmiştir (131). Literatürde çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmaktadır (78,74, 69). Bu sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %31.4'ü evli, %68,6'sı bekadır. Akbolat ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini araştırdığı çalışmada hemşirelerin %62,15'i evli, %28,65'i bekar olarak bulunmuştur (1). Şenturan ve arkadaşlarının çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş olup hemşirelerin %52,9'u evli, %41,7'si bekadır (120). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve iş doyumlarının değerlendirildiği bir çalışmada çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunmuş, hemşirelerin %44,4'ünün evli, %55,6'sının ise bekar olduğu saptanmıştır (131). Yurtsever'in (2015) hemşirelerin tükenmişliklerini incelediği çalışmada çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin %74.6'sını evli, %25.4'ünü bekar olarak saptamıştır (138). Başka bir çalışmada da hemşirelerin % 50'sinin evli % 50'sinin bekar olduğu belirlenmiştir (69). Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır (78, 39). Çalışmamızda bekar hemşire sayısının fazla olmasının nedeninin genç grup kitlesinin fazlalığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hemşirelerin %23,8'inin çocuk sahibi olduğu bulundu. Akpınar ve arkadaşlarının yaptığı yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerin uygulanan sorun çözme eğitiminin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine etkisi konulu

çalışmalarında hemşirelerin %58,7' sinin çocuk sahibi olduğu (4). Helvacı ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini incelediği bir çalışmada da hemşirelerin %79' unun çocuk sahibi olduğu bulunmuştur (61). Güven'in (2013) hemşirelerin tükenmişliklerini değerlendirdiği çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olup, hemşirelerin %32,4'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (60). Literatür sonuçları çalışmamızla uyumlu bulunmamıştır. Çalışmamızdaki evli hemşire sayısının az olmasının buna yol açtığını düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %91,2'sinin ekonomik durumu orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Güven' in cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki konulu çalışmasında ise hemşirelerin %56,4'ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (60). Hemşirelerin tükenmişlik durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak hemşirelerin büyük çoğunluğu (%53,2) ekonomik durumunu orta düzey olarak tanımlamıştır (69). Hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik durumları konulu bir çalışmada hemşirelerin %44,4'ünün ekonomik durumu orta düzey olarak saptanmıştır (120). Bir başka çalışmada da hemşirelerin %24,3' ü ekonomik durumunu kötü, %53,2'si orta, %22,5'i ise iyi olarak tanımlamıştır. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %17,6'sı dahili birimlerde, %32,3'ü cerrahi birimlerde, %33,4'ü yoğun bakım ünitelerinde, %8,2'si acil serviste, %8,5'i ise diğer birimlerde görev yapmaktadır. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin % 29,9'u cerrahi birimlerde, %24,3'ü dahili birimlerde, %23,6'sı yoğun bakım ve %22,2' sinin acil serviste çalıştığı bildirilmiştir (69). Boşnak ve arkadaşlarının tükenmişlik konulu çalışmasında da hemşirelerin %51,35'i dahili birimlerde, % 48,65'i cerrahi birimlerde çalışmaktadır (22). Diker (2003) çalışmasında hemşirelerin %41,9'unun cerrahi birimlerde, %41,6'sının dahili birimlerde, %16,5'inin ise polikliniklerde çalıştığı belirlenmiştir (43). Tükenmişliğin incelendiği bir çalışmada çalışanların %55,3'ünün dahili birimlerde, %44,7'sinin cerrahi birimlerde çalıştığı saptanmıştır (104). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin %20,3'ü dahiliye, %20,3'ü cerrahi, %20,3'ü yoğun bakım, %39,1'i ise diğer

birimlerde görev yapmaktadır (17). Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %65,2'si 1-5 yıl, %24,6'sı 6-10 yıl, %10,2'si ise 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerdir. Akpınar ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin değerlendirdiği çalışmalarında hemşirelerin %39,7'sinin 10 yıl ve daha az, %60,3'ünün ise 11 yıl ve üzeri çalıştığı belirlenmiştir (4). Helvacı ve arkadaşlarının Silifke'de görev yapan sağlık çalışanlarında tükenmişlik konulu çalışmalarında mesleki deneyim süresi 6 yıl ve daha az olan hemşirelerin oranı %21, 26 yıl ve üzeri olanların oranını ise %16 olarak belirlenmiştir (61). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi konulu çalışmada hemşirelerin %21,4'ünün 1-5 yıl, %26,7'sinin 6-11 yıl, %31,4'ünün 12-17 yıl, %20,5'inin ise 18 yıl ve üstü çalıştığı saptanmıştır (122). Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise hemşirelerin %23,2'sinin 10 yıl ve üstü, %52,1'inin 5 yıl ve altı çalıştığı bildirilmiştir (69). Çalışmamız örnekleminde yeni mezun hemşire sayısının fazla olmasının mesleki deneyimi az olan hemşire sayısında artışa neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hemşirelerin % 52,1'i 55 saat altı, % 47,9'u ise 55 saat ve üstü çalışmaktadır. Kaçan ve arkadaşlarının hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin %46,5'i 45 saat ve altı, %53,5' i ise 46 saat ve üstü çalışmaktadır (69). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin %49'unun 44 saat ve altında, %34'ünün 45-49 saat arası, %17'sinin ise 50 saat ve daha fazla çalıştığı belirlenmiştir (61). Başka bir çalışmada çalışanların %34,6'sının 40 saat, %49,4'ünün 41-49 saat, %16,0'sının 50 saat ve üzeri çalıştığı saptanmıştır (21). Sonuçlarımıza benzer olarak başka çalışmalar da bulunmaktadır (130, 114, 122).

Hemşirelerin çoğunun görev yaptığı hastaneler kesintisiz 24 saat hizmet vermek zorunda olan kurumlardandır. Bu nedenle hemşirelerin gece, gündüz ya da hem gece hem gündüz saatlerinde çalışma zorunluluğu doğmaktadır (106). Çalışmamızda da hemşirelerin %62,6'sı 08.00-18.00 saatleri arasında, %34,3'ü 18.00-08.00 saatleri

arasında ve %3,1'i ise diğer saatlerde çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Altay ve arkadaşlarının üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yaptığı tükenmişlik ve aile desteği konulu çalışmalarında hemşirelerin %33,5'inin gece, %25,1'nin gündüz çalıştığı bildirilmektedir (6). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin %46,0'ının gündüz, %51,9'unun vardiya, %2,1'inin sürekli gece şeklinde çalıştığı bildirilmiştir (122). Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %32,8'i gece nöbet, %1,6'sı vardiya, %4,7'si gündüz, %60,9'u ise hem vardiya hem gündüz şeklinde çalışmaktadır (17). Çalışmamız bu sonuçlarla uyum göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%78,5'i) çalıştıkları birimi isteyerek tercih ettiği bulundu. Benzer şekilde Kaçan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin %60,2'si çalıştıkları birimi isteyerek tercih etmiştir (69). Akpınar ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerde tükenmişliği inceledikleri çalışmasında hemşirelerin %73'ünün çalıştığı birimi isteyerek tercih ettiği saptanmıştır (4). Yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %50'sinin çalıştığı birimi isteyerek tercih ettiği belirlenmiştir (17). Araştırmamızdaki sonuçların literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin %74,5'inin mesleği isteyerek tercih ettiğini ifade etmektedir. Taycan ve arkadaşlarının yapmış olduğu tükenmişlik konulu çalışmada da hemşirelerin %72,7'sinin mesleği isteyerek tercih ettiği bulunmuştur (122). Tunç'un doktor ve hemşirelerde tükenmişliğin değerlendirildiği çalışmasında ise hemşirelerin %65,3'ünün mesleği isteyerek tercih ettiği bildirilmiştir (129). Acil birimde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri konulu çalışmada hemşirelerin %83'ünün mesleği isteyerek tercih ettiği belirlenmiştir (78). Benzer şekilde başka bir çalışmada da hemşirelerin %59,1'inin mesleği isteyerek tercih ettiği, %40,9'unun ise mesleği istemeden tercih ettiği saptanmıştır (31). Literatürde çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır (26, 60, 69, 6). Çalışmamız sonuçları literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda hemşirelerin %76,8'i klinikteki hemşire sayısını yeterli bulmamaktadır. Yapılan bir çalışmada gece vardiyasında çalışan hemşire sayısının az olması sonucu hemşire başına düşen hasta sayısının artış gösterdiği bildirilmiştir



(99). Uçar ve arkadaşları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin %16,7'sinin 2 hasta, %64,7'sinin 3 hasta, %9,3'ünün 4 hasta, %9,3'ünün 5 ve üstü hasta baktığı saptanmıştır (131). Araştırmamızdaki sonuçların literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur.

Kurumda çalışan hemşirelerin %56,1'i diyabetle ilgili eğitim almış, %43,9'u eğitim almamıştır. Yacoub ve arkadaşlarının hemşirelerin diyabetle ilgili bilgilerinin değerlendirildiği çalışmada da 79 hemşireden %17,7'sinin diyabet ile ilgili bir eğitim almadığı, %62'sinin ise aldığı bulunmuştur (133). Diker'in hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önleme konusundaki bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmada hemşirelerin %73,3'ünün eğitim aldığı, %26,7'sinin eğitim almadığı bildirilmektedir (43). Hemşirelerin diyabetle ilgili bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin %27,5'inin daha önce hizmet içi eğitim aldığı, %72,5'inin ise almadığı saptanmıştır (13). Sonuçlarımız yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

## **7.2. Sosyodemografik ve Mesleğe İlişkin Özelliklerin Tükenmişlik ve Hipoglisemi Farkındalığına Etkisi**

Araştırmamızda cinsiyete göre tükenmişlik puanlarında anlamlı fark bulunmadı. Pek çok çalışmada çalışmamıza benzer olarak cinsiyetin tükenmişliği etkileyen bir faktör olmadığı ileri sürülmektedir (92, 105, 118, 56, 104, 89, 71). Maslach ve arkadaşlarının (2001) çalışmada da cinsiyet ile tükenme arasında ilişki bulunamamıştır (89). Yapılan başka bir çalışmada da cinsiyet ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (71). Şahin'in 107 sağlık personelinden oluşan bir örneklem grubuyla tükenmişliği değerlendirdiği çalışmada cinsiyet ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (118). Özkan'ın 197 kişi ile tükenmişliği etkileyen faktörleri incelediği çalışmada da cinsiyet ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (104). Bu çalışma sonuçlarının aksine, kadın ve erkeklerin farklı olan kişilik yapıları, çalışma ortamı ve özel hayattaki rolleri cinsiyete göre tükenmişlik düzeyini etkileyebilmektedir (88). Ergin'in 297 hemşire ve 225 doktordan oluşan bir örneklem grubuyla yürüttüğü

çalışmasında cinsiyetin, tükenmişlikle ilgili önemli bir değişken olduğu, kadınların duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıda azalmayı erkeklerden daha fazla deneyimledikleri bildirilmektedir (48). Hemşirelerde tükenmişliğin incelendiği bir başka çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini cinsiyetin etkilediği saptanmış ve kadınların erkeklerden daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (77). Maslak ve Jackson'ın (1981)'da çalışmasında da duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissini erkeklerin daha fazla deneyimlediği bildirilmektedir (48). Yapılan başka bir çalışmada ise duygusal tükenme alt boyutunda tükenmişliğin kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (52). Literatürde çalışma sonuçlarımıza benzer sonuçlar olmakla birlikte aksini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda cinsiyete göre tükenmişlik düzeyinde fark bulunmaması, erkek ve kadın sağlık personellerinin hastane ortamında aynı işi yapmaları ve günümüzde kadın ve erkeğin iş yaşamında eşit şartlar altında çalışmasına bağlı olabileceği görüşündeyiz.

Çalışmamızda cinsiyete göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi değerlendirildiğinde kadınların hipoglisemi farkındalık yüzdeleri, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bizim çalışmamıza benzer olarak farkındalığın değerlendirildiği bir çalışmada kadınların hipertansiyon farkındalıklarının erkekelere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (115). Bizim çalışmamızdan farklı olarak ise Çelepkolu ve arkadaşlarının (2016) metabolik sendrom farkındalığı konulu çalışmasında, erkeklerin farkındalığının kadınlardan daha fazla olduğu gösterilmektedir (33). Yapılan bir çalışmada kadın ile erkekler arasında HbA1c farkındalığı açısından anlamlı bir fark bulunmamakta ancak çalışmamıza benzer şekilde kadınların farkındalığı erkeklerden daha yüksek olarak saptanmıştır (72).

Yaş arttıkça buna paralel olarak kişilerin tükenmişlik düzeylerinin azaldığı bildirilmektedir. Özellikle meslek yaşamında geçirilmiş sürenin uzun olması, kişilerin güven duygularını arttırmakta, tükenmişlik düzeylerini azaltmaktadır. Yaşla beraber sorunlara çözüm getirebilme kabiliyetinin artması ileri yaştaki bireylerin, gençlere göre tükenmişlik seviyelerinin düşük olmasını sağlayan diğer bir faktördür. Genç çalışanlarda beklenti düzeyinin yüksek olmasına bağlı yaşanan hayal kırıklığı da tükenmişliği beraberinde getirmektedir (134, 39). Yapılan bir çok

çalışmada yaş ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olduğu, genç yaşın tükenmişliği arttıran önemli bir etken olduğu ortaya konulmuştur (49, 17, 89). Yakut ve arkadaşlarının çalışmasında duygusal tükenmişlik yaştan etkilenmektedir. Çalışmada 45 yaş ve üstü yaş grubunun duygusal tükenmişliklerinin diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu ortaya konulmuştur (134). Barutçu ve Serinkan'ın (2008) hemşirelerde tükenmişlik düzeyini araştırdığı çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiş olup, yaş ilerledikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında tükenmenin azaldığı sonucuna varılmıştır (17). Ancak çalışmamızda hemşirelerin yaşa göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark belirlenmemiştir. Demir'in (2010) sağlık personellerinin tükenmişlik ve iş doyumlarını incelediği çalışmasında da yaşa göre tükenmişlik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (39). Başka bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (113). Fahrenkopf (2008) ve arkadaşlarının araştırmasında yine yaş ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmamıştır (53). Literatürde araştırma sonuçlarımızla uyumlu çalışmalar bulunmakla birlikte aksini gösteren araştırmalar da mevcuttur.

Çalışmamızda yaşa göre hipoglisemi farkındalığı yüzdesi açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sözmen ve arkadaşlarının (2015) hipertansiyon farkındalıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında yaş arttıkça farkındalığın da artış gösterdiği saptanmıştır (115). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerde yaş ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmış olup, 29 yaş altı ile 40 yaş ve üzeri grubun büyük çoğunluğunun iyi ve orta düzeyde puan aldığı, 35-39 yaş grubunun daha az bir kısmının iyi ve orta düzeyde puan aldığı bildirilmiştir (103). Yapılan başka bir çalışmada ise yaş ve bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (58). Farkındalık aynı zamanda bireyin neyi bilip bilmediğinin farkında olması ve bilgisini yönetme stratejilerini kullanmasını içermektedir (14). Bu bağlamda hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da yaşa göre bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada sadece genç yaş grubunun çalışmamıza aksi olarak bir kısmının ileri seviye bilgiye sahip olduğu bulunmuştur (40).

Bireylerin eğitim düzeyi tükenmişliği etkileyen önemli bir değişkendir (71). Çalışmamızda eğitim durumlarına göre hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Sonuçlarımızla uyumlu olarak bir çalışmada 314 sağlık çalışanının tükenmişliği değerlendirilmiş, eğitim durumu ve tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (134). Karahaliloğlu'nun 95 hemşireyle tükenmişlik ve iş doyumunu incelediği çalışmasında da hemşirelerin eğitim durumu ve tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (71). Demir'in çalışmasında ise çalışmamızdan farklı olarak çalışanların eğitim durumu değişkenine bağlı olarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeyleri arasında anlamlı farklılık görülmüştür (39). Yapılan başka bir çalışmada ise yüksek düzeyde eğitime sahip olanlarda duygusal tükenmenin daha yoğun olduğu saptanmıştır (52).

Eğitim, kişilerin bireysel ve profesyonel gelişimlerini sağlar aynı zamanda verilen bakımın kalitesini yükseltir. Hemşirelere verilen eğitim ile yetkinliklerinin artması, hataların azaltılması, kişiler arası doğru iletişim ve ekip çalışmasının gelişimi, motivasyon yüksekliği sağlanmaktadır (119). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kavrama, uygulama, algılama, analiz ve sentez düzeylerinde de artış meydana gelmektedir (43, 119). Çalışmamızda eğitim durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi lisans ve üstü mezunlarında lise mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucu ortaya çıktı. Sözmen ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu bir çalışmada sonuçlarımıza paralel olarak artan eğitim düzeyi ile birlikte farkındalığın da arttığı belirlenmiştir (115). Güngör ve arkadaşlarının (2004) diyabetli hastaların bilgi düzeylerini araştırdığı çalışmasında da benzer bir sonuç elde edilmiş olup artan eğitim düzeyiyle bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (58). Yacoub ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise eğitim düzeyleri ve diyabet bilgi düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır (133). Yapılan başka bir çalışmada da Araştırma sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda medeni durum değişkenine göre evli hemşirelerle bekar hemşireler arasında tükenmişlik açısından anlamlı bir fark belirlenmedi. Literatürde benzer sonuçların elde edildiği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (117, 84, 71, 7). Sünter ve arkadaşları hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyum düzeyleri,

Kurçer ve arkadaşları ise hekimlerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerini değerlendirmiş her iki çalışmada da medeni duruma göre tükenmişlik puanları açısından fark bulunmadığı gösterilmiştir (117, 84). Yapılan başka bir çalışmada da medeni durum ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (71). Hemşirelerde tükenmişliğin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin medeni durumu ve tükenmişlikleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (7). Bu sonuçların aksine bekarlarda sosyal destek sistemlerinin ve krizlerle başa çıkma deneyiminin yetersiz olduğu gerekçesiyle tükenmenin daha fazla olduğunu öne süren çalışmalara da bulunmaktadır (105).

Taycan ve arkadaşlarının 561 hemşireyle tükenmişliği değerlendirdiği çalışmasında ise kişisel başarı puanlarının medeni duruma göre anlamlı düzeyde değiştiği, bekarların puanlarının evli olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (122). Yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde bekar olanların tükenmişliği daha çok deneyimlediği ortaya konulmuştur (89). Süloğlu'nun diyaliz merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde yaptığı çalışmada evli olanların tükenmişlik sendromunu daha az yaşadığı saptanmıştır (116). Araştırma sonuçlarımız literatürün bir kısmıyla uyumludur.

Çalışmamızda medeni durum değişkenine göre evli hemşirelerle bekar hemşireler arasında hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Çalışmamıza benzer olarak hastaların bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada da medeni durum ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (58). Hemşirelerin trakeotomi bakımında bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada medeni duruma göre bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada en yüksek bilgi düzeyine sahip olan grubun çalışmamızın aksine bekar hemşireler olduğu bildirilmiştir (40).

Çalışmamızda çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yurtseven'in (2015) hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmasında çocuk sayısı ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (138). Yapılan başka bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, çocuk sayısı ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (52). Farklı bir

çalışmada da çocuk sayısının tükenmişliği etkilemediği belirtilmektedir (79). Bizim çalışmamızdan farklı olarak sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ise çocuğu olmayan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyi yüksek bulunmuştur (135). Çalışmamızda çocuk sayısı ve hipoglisemi farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Araştırmamızda ekonomik durumuna göre tükenmişlik düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Demir'in 340 sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerini incelediği çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (39). Tunç'un (2008) doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol çatışması ve rol belirsizliği arasındaki ilişki konulu araştırmasında bulduğu sonuç çalışmamızla uyumlu olup, ekonomik durumunu yeterli olanlar ile olmayanlar arasında tükenmişliğin alt boyutlarında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (129). Ak Sütü (2013)'nün sağlık çalışanları üzerinde tükenmişlik ile ilgili yaptığı çalışmasında aylık gelir miktarları ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (5). Yapılan başka bir çalışmada da ekonomik durum ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (71). Ekonomik durumunun tükenmişliği etkilediğini savunan araştırmalar da mevcuttur (122, 1). Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, aldığı ücreti yetersiz bulanların duyarsızlaşma boyutunda tükenmişlik yaşadığı ortaya konulmuştur (17). Yapılan başka bir çalışmada da ekonomik durum algısı kötü olan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmelerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız bazı araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Ekonomik durum değişkenine göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi incelendiğinde çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hastaların bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak ekonomik durum arttıkça bilgi düzeyinin de artış gösterdiği saptanmıştır (58). Örneklemini 150 hemşirenin oluşturduğu bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada ekonomik durum ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bildirilmiş olup, hemşirelerin aylık geliri yükseldikçe bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır (40).

Araştırma sonuçlarımıza göre çalışılan klinikler açısından sadece kişisel başarı alt boyutunda anlamlı fark bulundu. Tükenmişliğin en yüksek olduğu klinik yoğun bakım ve acil servis, daha sonra sırasıyla cerrahi, dahili ve en az olduğu ise diğer klinikler grubu olarak belirlenmiştir. Yoğun bakım üniteleri gerilim, stres ve iş baskısının en yoğun yaşandığı yerdir. Yoğun bakım ünitelerinin diğer kliniklerden daha yoğun olması, hastaların kritik olması, sağlık ekibi arasındaki mesleki ilişki, her an gerginleşebilecek bir ortamda çalışma, sorumluluğun fazla olması, hemşirelerde belirgin bir strese ve tükenmişliğe neden olmaktadır (38). Çalışmamızda tükenmişliğin en yüksek olduğu kliniğin yoğun bakımlar ve acil servis olmasının nedeninin bu ünitelerde tedavi ve bakım alan hastaların daha komplike vakalar olmasından ve hemşirelerin iş yükünün fazlalığından kaynaklanabileceği kanısındayız. Kaçan ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişlik düzeyini incelediği çalışmasında acil serviste çalışanların kişisel başarı puanının diğer birimlere oranla yüksek olarak bulunmuş olup, daha sonra sırasıyla cerrahi birimler, yoğun bakım ve en az olduğu klinik ise dahili birimler olarak saptanmıştır (69). Kebapçı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise acil birimlerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenmişlik düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyi orta ve kişisel başarı düzeyi düşük olarak belirlenmiştir (78). Yapılan başka bir çalışmada da dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin cerrahi ve acil kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha az tükenmişlik yaşadığı, çalışılan klinik ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (7). Kaya ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişliği incelediği çalışmasında çalışılan klinik değişkeninin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (77). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin çalıştıkları birim ve tükenmişlikleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (71).

Araştırmamızda çalışılan kliniklere göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Hipoglisemi farkındalığının en iyi olduğu klinik diğer kliniği (Endoskopi, Poliklinik, Tüp bebek, Yönetim) ikinci iyi klinik yoğun bakım daha sonra sırasıyla acil servis, dahiliye kliniği gelmektedir. Hipoglisemi farkındalığının en kötü olduğu klinik ise cerrahi kliniğidir. Literatürde çalışılan kliniğe göre farkındalık düzeyini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte bireyin farkındalığı elde etmesi için belli bir bilgiye sahip olması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır (12). Bu bağlamda

hemşirelerin diyabetle ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir araştırmada çalışılan bölüm ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte en yüksek puanı cerrahi kliniğinin elde ettiği bildirilmiştir (43). Bir başka hemşirelerin diyabetle ilgili bilgi düzeyini incelendiği çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyini cerrahi ve obstetrik jinekolojide çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (133). Hemşirelerde trakeostomi ile ilgili bilgi düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada bilgi düzeyinin en yüksek olduğu kliniğin yoğun bakımlar orta düzeyde olduğu kliniğin acil servis en düşük olduğu kliniğin ise dahili klinikler olduğu belirlenmiştir (40). Yapılan başka bir çalışmada çalışılan bölüm ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmış olup, Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (103). Mankan ve arkadaşlarının (2015) hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgi düzeyini incelediği çalışmada çalışılan birim ve bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve Dahili birimlerde ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, cerrahi birimlerde ve özel birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (87).

Bireylerin mesleki deneyimlerinin olması, güven duygusunu arttırmakta ve bu durumda tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır. Yapılan bir çok çalışmada genç yaş ve deneyimsiz olmanın tükenmişliği arttıran önemli bir etken olduğu ortaya konulmuştur (49, 17, 89). Çalışmamızda meslekte çalışma süresine göre tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla beraber çalışma süresi arttıkça kişisel başarının arttığı, çalışma süresi az olanlarda ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşmasının daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma yılları arttıkça duygusal tükenmişlik alanında azalma görüldüğü bildirilmiştir (90). Bireyin çalışma hayatında geçirdiği süre kendisine birçok konuda deneyim sağlamak, benzer durumlarla karşılaşma ihtimali artmakta ve böylece kişi daha tedbirli ve dikkatli davranmakta, olası sorunlarla daha kolay baş edebilmektedir (17). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça tükenmenin azaldığı saptanmıştır (77). Tunç (2008) tükenmişlik ile ilgili araştırmasında, meslek hayatının başında olanların, diğerlerine göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığını belirlemiştir (129). Oruç (2007) çalışmasında, kişisel başarı boyutunda meslekte uzun süredir görev yapanların yeni başlayanlardan daha



az tükenmişlik düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir (100). Yapılan başka bir tükenmişlik konulu çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı sonucuna ulaşmıştır (17).

Çalışmamızda meslekte çalışma süresine göre hipoglisemi yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Aydoğan (2005) yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin meslekte çalışma yıllarının diyabet bilgi düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığını saptamıştır (13). Mankan ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin bilgi düzeyleri ile meslekte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (87). Hemşirelerin hastane enfeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada 5 yıldır çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi 5 yıldan uzun süredir çalışan hemşirelerden yüksek olarak bulunmuş olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (119). Sonuçlarımız literatür ile uyum göstermektedir.

Ülkemizde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre (1965) haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir (64). Haftalık çalışma süresi arttıkça, bireylerin duygusal açıdan yıpranmış hissetme oranının da arttığı bilinmekte olup uzun mesai saatleri, nöbet sayılarındaki fazlalık tükenmişlik için risk oluşturmaktadır (122, 49). Ayrıca hemşirelerin uzun çalışma saatlerinden etkilenerek, hastaya, yakınlarına, ekip üyelerine karşı davranışına ve iletişimine yansıtılabileceği ön görülmektedir (67). Bazı araştırmalarda da aylık çalışma sürelerinin artması sonucu bireylerin dinlenmeye ayırdıkları zamanın azaldığı ve buna bağlı olarak da tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (69, 6). Örneklem grubunu 561 hemşirenin oluşturduğu tükenmişliğin değerlendirildiği bir araştırmada çalışma süresi ile Duygusal Tükenme alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Aynı araştırmada 40 saat çalışanların 46-50 saat çalışanlardan daha az tükenmişlik yaşadığı bildirilmektedir (122). Literatür ile uyumlu olarak araştırmamızda, tüm alt boyutlarda çalışma süresi fazla olan grubun tükenmişlik düzeyi de daha fazla bulunmuştur.

Nöbetli ve vardiyalı çalışma sistemi biyolojik düzeni bozmakta, uyku problemlerine yol açmakta ve bireyin hayatını olumsuz etkilemektedir (138). Araştırmamızda çalışma sistemine göre Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt boyutlarında en düşük tükenmişlik düzeyi 08.00-18.00 saatlerinde çalışan gündüz grubuna ait olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Hemşirelerin tükenmişliğinin değerlendirildiği bir çalışmada nöbet sayısına bakıldığında ayda ortalama 5-7 arası gece nöbeti tutan hemşirelerin ayda 1-4 ve 8 den fazla gece nöbeti tutan hemşirelere göre daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları, duyarsızlaşma ve kişisel başarı yönünden ise fark olmadığı bildirilmiştir (59). Altay ve arkadaşlarının araştırmasında vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin Duygusal alt boyutta tükenme düzeyi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (6).

Çalışmamızda klinikte hemşire sayısının yeterli olmadığını düşünenler ile yeterli olduğunu düşünenlerin Duygusal Tükenme düzeyleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı olup hemşire sayısının yeterli olmadığını düşünenlerin duygusal tükenmeleri daha fazla bulundu. Yapılan bir çalışmaya göre hastanedeki bakım kalitesinin ve hizmet performanslarının düşmesi, hemşire sayısının yetersizliğine bağlanmaktadır (16). Sağlık Bakanlığı'nın sağlık istatistikleri yılı 2011 verilerine göre; 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'de 237 iken Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde 571 ve üst gelir grubu ülkelerde ise 708 hemşire olduğu bildirilmiştir (112). Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin de arttığı bildirilmiştir (17). Uçar ve arkadaşlarının (2016) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirdiği çalışmasında ise, Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puan ortalamalarının 3 hasta bakımında en yüksek olduğu ancak hasta sayısı değişkeninin tükenmişlik üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı ve buna bağlı olarak da hemşire sayısının tükenmişliği etkilemediği saptanmıştır (131). Çalışma sonucumuz duygusal tükenme alt boyutunda literatürle uyum göstermektedir.

Sağlık çalışanının herhangi bir mesleki uygulamada bilgi ve beceri açısından yetersiz olması ve yapılması gereken uygulamayı ihmal etmesi sonucu hastanın bundan zarar görmesi tıbbi hata olarak nitelendirilmektedir (93, 83). Özellikle hemşirelik mesleği

ile ilgili tıbbi hatalar hastanın durumunun yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesine bağlı gelişmektedir (93). Tıbbi hata aynı zamanda, yapılması gerektiği halde yapılmayan bir işlem anlamına da gelmektedir (93). Oysa, hipogliseminin hastanedeki takibi hemşirenin önemli rol ve sorumluluklarından biridir. Hemşirelerin hastayı izlemesi ve gerekli önlemleri alması hasta için hayati önem arz etmektedir. Diyabetin ciddi komplikasyonları arasında yer alan hipogliseminin göz ardı edilmesi ölümlerle sonuçlanabilmektedir (18, 98, 122, 42). Uzun mesai saatleri ve iş yoğunluğu hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerini verimli ve güvenli sunmalarını da engellemektedir (21). Bu bağlamda uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla ve sağlık personelinin az olması tıbbi hataya neden olan etkenler arasında ciddi bir yer tutmaktadır (93). ABD’de 393 hemşire ile yapılan bir çalışmaya göre haftada 40 saatten fazla çalışan hemşirelerin hata yapma oranlarının arttığı bildirilmiştir (109). Ülkemizde ise Türk Hemşireler Derneği hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili olarak; uzun çalışma saatlerinin ilaç tedavisi uygulamalarını, izlem, gözlem ve denetim ile ilgili kararlarını olumsuz etkileyebileceği görüşündedir (67). Araştırmamızda hemşirelerin çalışma süresi ve klinikte hemşire sayısını yeterli bulma durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Literatürün aksine hemşire sayısını yeterli bulanlar ile bulmayanların hipoglisemi farkındalık yüzleri birbirleriyle neredeyse aynı bulundu. Benzer şekilde 55 saat altı ile 55 saat ve üzeri çalışanların hipoglisemi farkındalık yüzlerinin birbirine çok yakın olduğu saptandı.

8 Mart 2010 tarihli ve 27515 sayılı resmi gazetede hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarında hemşirenin tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemesi, istenmeyen durumların oluşması halinde kayıtları tutarak gerekli önlemleri alması gerektiği bildirilmiştir (65). Dolayısıyla hemşirenin hipoglisemi olasılığı ya da hipoglisemisi olan hastanın değerlendirilmesinde, izleminde ve önlem alınmasında sorumluluğu vardır (98, 50). Bu durumda Hastaların durumlarının yeterince izlenmemesi ve değerlendirilmemesi ise hemşireleri yasal durumlarla karşı karşıya getiren en önemli hatalardan biridir (93). Hemşirelerin hata yapmasına sebep olan en önemli etkenlerden birinin nöbetli çalışma saatleri olduğu bilinmektedir (93). ABD’de yapılan bir çalışmada ise günde 12 saatten fazla nöbet tutan hemşirelerin hata yapma oranlarının arttığı bildirilmiştir (109). Araştırmamızda çalışma sistemine göre gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamakla birlikte hipoglisemi

farkındalık yüzdesi 08.00-18.00 saatleri arasında çalışan gündüz grubunda en yüksekti. Literatürde ise çalışma sistemine göre farkındalığın değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmamızda çalışılan klinikte hemşire sayısının yeterli olma durumuna göre hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Yağmur'un (2004) yoğun bakım hemşirelerinin hastane enfeksiyonlarının önlenmesi konusundaki bilgi düzeyleri konulu araştırmasında 4 hasta bakım hemşirelerin bilgi düzeyi 4 hastadan fazla bakım hemşirelere göre yüksek olarak bulunmuş olup, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (119).

Hemşirelerin istedikleri alanlarda çalıştırılması, iş doyumlarının artırılması ve tükenmişliklerinin azaltılmasında etkili bir önlem olarak görülmektedir (78). Çalışmamızda birimini kendi isteğiyle seçenlerin kişisel başarıları daha fazla bulundu. Bireyin kendi isteği doğrultusunda seçtiği birimlerde çalışması daha mutlu ve memnun olmasını sağlamakta, buna bağlı kişisel başarısı ve iş doyumunu da arttırmaktadır (78, 69). Çalışmamızda birimini kendi tercih edenler ile etmeyenlerin duyarsızlaşma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ve birimini kendi tercih edenlerin duyarsızlaşmalarının daha düşük olduğu belirlendi. Çalışmamıza benzer olarak Şahin ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişliği değerlendirdiği araştırmasında birimini kendi isteği ile seçen hemşirelerin tükenmişlik alt boyutlarından kişisel başarı boyutunun daha iyi olduğu bildirilmiştir (118). Farklı olarak Kebapçı (2011) ve arkadaşlarının hemşirelerde tükenmişlik konulu ise çalışmasında ise birimi kendi isteği ile seçenlerin duyarsızlaşmaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptanmıştır (78).

Araştırmamızda çalışılan kliniği isteyerek tercih etme durumuna göre hipoglisemi farkındalığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Demiralay (2010)'ın yapmış olduğu çalışma çalışmamızla uyumluluk göstermektedir. Hemşirelerin bilgi düzeyinin araştırıldığı bu çalışmada, hemşirenin çalıştığı kliniği hastane yönetiminin belirlediği grupta hemşirelerin bir kısmı ileri seviye bilgiye sahip iken, kendi belirlediği klinikte çalışan hemşirelerin çok az kısmı ileri düzeyde

bilgiye sahip bulunmuş ve bilgi düzeyleri ile servis istekleri arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (40).

Çalışmamızda mesleği isteyerek seçme durumu göre tükenmişlik ölçeğinin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin tüm alt boyutlarda daha az tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Meslek seçimini bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik sendromunu azaltacağı bilinmektedir (6). Çalışmamıza benzer olarak Taycan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada mesleği kendi isteği ile seçenlerin ve mesleğini kendine uygun bulanların tükenmişlik oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (122). Tunç'un (2008) çalışmasında da, mesleğini kendi isteği ile seçenlerin seçmeyenlere göre daha az duygusal tükenme yaşadıklarını belirtmiştir (129). Yapılan başka bir çalışmada mesleğini isteyerek seçtiğini ifade edenlerde tükenmişliğin daha az yaşandığı saptanmıştır (118). Altay'ın 191 hemşire ile tükenmişliği incelediği bir çalışmada ise mesleği kendi isteği ile seçenlerde tükenmişliğin azalmakta, seçmeyenlerde ise tükenmişliğin artmakta olduğu bildirilmiştir (6). Bu durumun nedeninin mesleğini isteyerek seçenlerin işini severek yapması yaptığı işten mutluluk duyması ve iş merkezli değil hasta merkezli çalışarak hastalarına faydalı olması ve bu durumdan dolayı olarak olumlu şekilde etkilenmesi sonucunda tükenmişliği daha az yaşadığı görüşüdeyiz (6).

Çalışmamızda hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin hipoglisemi farkındalık yüzdeleri, seçmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Bunun nedeninin mesleğini isteyerek seçenlerin işini severek yapması, iş doyumunun yüksek olması, hastaya kaliteli hizmet vermesi ve olumlu geri bildirimler alması buna bağlı olarak ta yaptığı işin önemini hissetmesi ve yaptığı işe değer verdiği için algılarının açık olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz (6). Hemşirelerin bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin büyük çoğunluğunun bilgi düzeyi ileri seviye olarak bildirilmiştir (40). Bu sonuç çalışmamıza uyumluluk göstermektedir.

Hemşirelere verilen eğitimlerin, bilgi ve yeterlilik düzeyinin artmasında, daha yetkin hissederek harekete geçmesinde katkısı olduğu bilinmektedir (31). Çalışmamızda diyabetle ilgili özel eğitim alma durumuna göre tükenmişlik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bununla birlikte çalışmamızda eğitim alanlar Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma alanlarında daha az tükenmişlik yaşamaktadır. Literatür incelendiğinde diyabet eğitimi alma durumu ve tükenmişlik ilişkisi ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır.

Diyabetle ilgili özel eğitim alanların hipoglisemi farkındalık yüzdeleri, eğitim almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Çam ve arkadaşları (2006) çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmiş ve araştırmalarında hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamış olup, hemşirelerde eğitim sonrası olumlu yönde gelişme izlemişlerdir (31). Aydoğan'ın hemşirelerin diyabet ile ilgili bilgi düzeyini incelediği çalışmasında ise daha önceden diyabet eğitimi alanların bilgi düzeyi hiç almayanlardan daha yüksek bulunmuştur (13). Yacoub ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin diyabet ile ilgili bilgi düzeyleri ve yeterlilikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (133). Yapılan başka bir çalışmada da diyabet eğitimi alanların bilgi düzeyinin almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (37). Çalışmamızdan farklı olarak Diker (2003) çalışmasında hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi puanı arasında herhangi bir ilişki bulamadığını belirtmiştir. İlgili çalışmada hizmet içi eğitim almayan hemşirelerin bilgi puanı alanlardan yüksek olarak bildirilmiştir (43). Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) 211 hemşirenin tüberküloza ait bilgi düzeylerini incelediği çalışmasında da son 6 ayda eğitim alan hemşirelerle almayanlar arasında bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiş ve eğitim almayan hemşirelerin bilgi puanı alanlardan yüksek olarak saptanmıştır (137).

Çalışmamızda hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutunda tükenmişlikleri yüksek, duyarsızlaşma alt boyutunda ise orta düzeyde bulundu. Hipoglisemi farkındalığı %78,57 olarak belirlendi. Literatürde çalışma sonucumuza benzer olarak hemşirelerin kişisel başarı ve duygusal tükenme alanlarında yüksek

düzeyde tükenmişlik yaşadığını gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (122, 76, 108).

Çalışmamız sonucunda hemşirelerin tükenmişliğinin Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alanlarında hipoglisemi farkındalığı üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Duyarsızlaşma arttıkça hipoglisemi farkındalığının azaldığı, Kişisel Başarı arttıkça hipoglisemi farkındalığının arttığı görüldü.

Tükenme, mesleki stres sonrasında meydana gelen kişinin zihinsel ve fiziksel olarak tükendiğini hissettiği durumdur (120). Hemşirelerin yaşadıkları tükenmişlik iş stresini arttırmakta ve yıpranmalarını hızlandırmaktadır (39, 121, 52). Aynı zamanda hasta bakım hizmeti veren mesleklerde sık görülen tükenmişlik hali başarı oranını da önemli derecede etkilemektedir. Bunun içindir ki sağlık çalışanlarında tükenmişlik kavramı ve tükenmişliği etkileyen faktörler gün geçtikçe daha önemli hale gelmektedir (75).

Hemşireleri tükenmişliğe hazırlayan pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri; hemşirelerin çok fazla kişiyle iletişim kurmak zorunda olmaları, ölümlerle sık olarak karşılaşmaları, iş yükü fazlalığından dolayı hastalara az vakit ayırmak zorunda kalma, hasta sayısının fazlalığı ve buna karşın personel sayısının yetersiz olması, yapılan işin zorluğu, vardiyalı çalışma saatleri, uzun mesai saatleri, hastaların bakım sorumluluğu, hasta ile kaliteli bir ilişki kurma zorunluluğu, gelişen teknolojiyi takip etme mecburiyeti gibi çok çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bununla birlikte insan yaşamı söz konusu olduğu için hata kabul etmeyen bir işte çalışmak da hemşireleri tükenmişliğe götüren önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (7, 77, 52).

Tükenmişlik yaşayan bireyde öncelikle duygusal olarak çökme, enerji eksikliği ve tükendiği duygusuna kapılma hissi oluşmaktadır. Sonrasında ise halsizlik, yorgunluk, isteksizlik, unutkanlık, dikkat ve algıda azalma, odaklanmada güçlük çekme, duyarsızlık, karar vermede yetersizlik, gibi birtakım fiziksel belirtiler gözlenmektedir. İlerleyen dönemlerde bireyin kendine olan saygısı ve özgüveninde düşme ile birlikte başarısızlık hissi, mesleğe karşı ilgide azalma, iş yavaşlatma, işten

uzaklaşma ve bu durumlara bağlı olarak ta hastaya verilen hizmetin niteliğinde bozulma ve hatalı/eksik müdahaleler görülmekte ve bu durum kişisel başarının düşmesine neden olmaktadır (120, 113, 108, 52, 5). Tükenmişlik sonucu oluşan iki önemli durum duyarsızlaşma ve Kişisel başarıda düşmedir. Duyarsızlaşma yaşayan hemşireler hastalara karşı katı, soğuk, ilgisiz ve hatta insancıl olmayan bir tavırla yaklaşmaktadır. Kişisel başarıda düşme durumunda ise sorunların üstesinden gelememe, üretkenliğin azalması gibi belirtiler gözlenmektedir (120, 113, 41, 52). Bireylerin yaşadıkları duygusal, fiziksel ve psikolojik tükenme, zaman geçtikçe kişilerin mesleğe ve yaptıkları işe karşı olan heyecanlarını ve isteklerini kaybetmelerine yol açarak duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşüşe sebep olmaktadır (126, 5).

Tükenmişliğin çalışma hayatı üzerindeki diğer olumsuz etkileri ise, hastanın yetersiz izlemi, değerlendirilmesi ve yapılan hatalı uygulamalardır. Bunun nedeni bireyin içinde bulunduğu tükenmişlik durumundan dolayı kafasının dağınık olması, işe odaklanamama ve algıda düşmedir (5). Oysaki hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarında hemşirenin tıbbi tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izlemesi, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli önlemleri alması gerektiği bildirilmiştir (65). Hipoglisemi durumunda da hemşire hastayı takip etmek ve izlemek oluşumunu önlemek için gerekli eğitimleri vermek ve önlemleri almakla yükümlüdür (98, 50). Hipoglisemi önlenabilir bir tablodur bu durumda gerekli önlemleri almak, hastayı izlemek, takibini yapmak hemşirenin sorumluluğundadır (50, 65). Fakat gelişen tükenmişlik durumu hemşirenin algısını azaltmakta, işe odaklanmasını engellemektedir. Bununla birlikte yaptığı işten memnun olmayan ve kişisel başarısı düşmüş olan hemşirenin hata yapmasına zemin hazırlamaktadır (52, 5, 120).



## 8. SONUÇ

Çalışmamızın örneklemini oluşturan hemşirelerden elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Hemşirelerin %58,1'i 25 yaş ve altı, % 41,9'u 25 yaş üstüdür ve yaş ortalaması  $25,71 \pm 4,44$ 'tür.
- Hemşirelerin %84,7'si kadın, %15,3'ü erkek hemşirelerden oluşmaktadır.
- Hemşirelerin %38,5'i lise, %53,5'i lisans ve %8'i lisansüstü mezundur.
- Hemşirelerin %31,4'ü evli, %68,6'sı bekadır.
- Hemşirelerin %23,8'inin çocuğu bulunmakta, %76,2' sinin ise çocuğu yoktur.
- Hemşirelerin %4,0'ı düşük, %91,2'si orta, %4,8'i yüksek ekonomik duruma sahiptir.
- Hemşirelerin %17,6'sının dahili kliniklerde, %32,3'ünün cerrahi kliniklerde, %33,4'ünün yoğun bakım ünitesinde, %8,2'sinin acil serviste ve %8,5'inin diğer kliniklerde görev yaptığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %65,2'si 1-5 yıl, %24,6' sı 6-10 yıl, %10,2'si 11yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir.
- Hemşirelerin %52,1'i 55 saat altı, %47,9'u ise 55 saat ve üzeri çalışmaktadır.
- Hemşirelerin %62,6'sı 08:00-18:00, %34,3'ü 18:00-08:00, %3,1'i ise diğer çalışma saatlerinde çalışmaktadır.
- Hemşirelerin %78,5 'inin çalıştığı birimi isteyerek tercih ettiği, %21,5' inin isteyerek tercih etmediği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %74,5' inin mesleğini isteyerek tercih ettiği, %25,5'inin mesleğini isteyerek tercih etmediği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %76,8'inin klinikteki hemşire sayısını yeterli bulmadığı, %23,2'sinin hemşire sayısını yeterli bulduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin %56,1'i diyabet ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmış olup %43,9'u diyabet ile ilgili eğitim programına katılmamıştır.

Maslach tükenmişlik ölçeğinin hiçbir alt boyutunda cinsiyete göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Kadın hemşirelerin hipoglisemi

farkındalık yüzdesi ise erkek hemşirelerden daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,01$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinde yaşa göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinde eğitim durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Lisans ve lisans üstü mezunu olan hemşirelerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi ise lise mezunu hemşirelerden daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,01$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinde medeni duruma göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinde çocuk sahibi olma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinde ekonomik durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kişisel başarı alt boyutunda diğer kliniğinin en yüksek puan aldığı saptandı. Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından ise gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin hiçbir alt boyutunda meslekte çalışma süresine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ). Hipoglisemi

farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin hiçbir alt boyutunda haftalık çalışma süresine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından da gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunda çalışma sistemine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,01$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından ise gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin duyarsızlaşma alt boyutunda çalışılan kliniği isteyerek tercih etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,01$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından ise gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin tüm alt boyutlarında hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi ise isteyerek seçmeyenlerden daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutunda klinikte hemşire sayısını yeterli bulma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,01$ ). Hipoglisemi farkındalık yüzdesi açısından ise gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Maslach tükenmişlik ölçeğinin hiçbir alt boyutunda diyabetle ilgili eğitim alma durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Eğitim alan hemşirelerin hipoglisemi farkındalık yüzdesi eğitim

almayanlardan daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ).

**Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sonraki çalışmalara ışık tutması açısından aşağıdaki öneriler sunulmuştur:**

- Hemşirelerin tükenmişlik yaşama durumları yöneticiler tarafından gözlemlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin azaltılabilmesi için gerekli önlemler alınmalı, özellikle çalışma koşulları iyileştirilmeli ve hemşirelerin motivasyonunu artırıcı uygulamalar gerçekleştirilmelidir.
- Hemşirelerin hipoglisemi farkındalığını yükseltmek için kurumlar konu ile ilgili kongre, seminer ve eğitimler planlanmalı, hemşirelerin katılımı desteklenmeli ve mesleki gelişimleri sağlanmalıdır.
- Hemşirelerin hipoglisemi farkındalığını değerlendiren ölçekler geliştirilmelidir.
- Hemşirelerde hipoglisemi farkındalığına etkisi olabilecek faktörlerin ve tükenmişlik ile hipoglisemi farkındalığı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği yeni çalışmalar planlanmalıdır.

## 9. KAYNAKLAR

1. Akbolat M, Işık O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 11(2); 230-252, 2008.
2. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, Sayfa 715-17, 2.Baskı, Sistem Ofset. Ankara, 2005.
3. Akın Aİ, Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma Ve Depresyon. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
4. Akpınar H, Barlas GÜ. Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Van Tıp Dergisi. 22(4); 278-284, 2015.
5. Ak Sütü S, Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zeka Ve Tükenmişlik İlişkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
6. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Ve Aile Desteğinin Etkisi. Fırat Tıp Dergisi. 15(1); 10-16, 2010.
7. Altın V, Tükenmişlik Sendromu ve Denizli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
8. American Diabetes Assosiation (ADA). Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.37(1);81-82, 2014.

9. American Diabetes Association (ADA), Standards Of Medical Care İn Diabetes-2017, Diabetes Care. 40(1); 51-119,2017.
10. Arslan E, Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2011.
11. Atasoy V, Anafaroğlu İ, Algün E, Kutanis R. Depression, Anxiety And Quality Of Life Among Adult Turkish Patients With Type 1 Diabetes Mellitus. Turk J Endocrinol Metab. 17(2); 28-32, 2013.
12. Atmaca HU, Akbaş F, Şak T, Şak D, Acar Ş, Niyazoğlu M. Diyabetik Hastalarda Hastalık Bilinç Düzeyi ve Farkındalık. İstanbul Med J. 16:101-4, 2015.
13. Aydoğan A, Hemşirelerin Diyabet İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Tespiti. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005.
14. Bağçeci B, Döş B, Sarıca R. İlköğretim Öğrencilerinin Üstbilişsel Farkındalık Düzeyleri İle Akademik Başarısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 8(16); 552-64, 2011.
15. Bal A, Çalış A, Tosun F, Yılmaz H, Memiş R, Yıldız A. ve Ark., Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışanların Algısı. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı,1:551-563, 2010.
16. Bal DM, Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan gücü Planlama Yaklaşımları. Jounal Ageint. 3(1); 148-154, 2014.

17. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi. 8(2); 541-561, 2008.
18. Bayrak G, Çolak R. Diyabet Tedavisinde Hasta Eğitimi. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 29: 7-11, 2012.
19. Beğer T, Erdiçler DS, Çurgunlu A. Yaşlıda Diyabetes Mellitus. Akademik Geriatri Dergisi. 1:20-30, 2009.
20. Birol, L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemantik Yaklaşım, Sayfa 21, 7. Baskı, Etki Matbaacılık. İzmir, 2005.
21. Bodur S. Filiz E. Durduran Y. Sağlık Personeli Ve Toplumun Tıbbi Hatalar İle İlgili Görüşlerinin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 21(4); 123-129, 2011.
22. Boşnak VK, Karaoğlan İ, Namıduru M, Şahin A. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Hepatit B, Hepatit C Ve HIV Sero prevalansı. Viral Hepatit Dergisi. 19(1); 11-4, 2013.
23. Brisco VJ, Davis SN. Hypoglycemia İn Type 1 And Type 2 Diabetes.: Physiology, Athophysiology, And Management. Clinical Diabetes. 24(3); 115-121, 2006.
24. Brod M, Christensen T, Thomsen T, Bushnell D. The İmpact Of Non-Severe Hypoglycemic Events On Work Productivity And Diabetes Management. Value Health. 14(5); 665-671, 2011.
25. Celasin N, Diyabetli Ergenlerde İnternet Üzerinden Yapılan Danışmanlığın Hipoglisemi Korkusu Ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2011.

26. Cihan YB. Onkoloji Bölümünde Çalışan Sağlık Personelinde Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Yeni Tıp Dergisi. 28:17-22, 2011.
27. Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, Handel DA, Thomas SH. Tintinalli'nin Acil El Kitabı. 7. Baskı, Çeviren:Özmen MM, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul 2013.
28. Cryer PE. Hypoglycaemia: The Limiting Factor In The Glycaemic Management Of Type I And Type II Diabetes. Diabetologia 45:937-948, 2002.
29. Cryer P, Stephen ND, Harry S. Hypoglycemia In Diabetes. Diabetes Care. 26:1902-1912, 2003.
30. Çalışkan M, Acil Servise Hipoglisemi İle Başvuran Hastaların Etyolojisi ve Başvuru Semptomları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sivas, 2008.
31. Çam O, Engin E. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Farkındalık Eğitiminin Bireysel Performans Standartlarına Etkisi. Anatolian Journal Of Psychiatry.7:82-91, 2006.
32. Çapri B, Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2(1); 62-77, 2006.
33. Çelepkolu T, Bucaktepe GP, Yüksel H, Palancı Y, Çelik S Ve Ark. Güneydoğu Anadolu Bölgesi Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Metabolik Sendrom Sıklığı ve Farkındalığı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 20(3); 105-113, 2016.
34. Çetinkaya E, Kibar AE, Aycan Z, Vidinlisan S, Çakır B, Gökdağ B, Gürbüz F. Tip 1 Diyabetes Mellitusta İnsülin Glarjin Tedavisine Geçişin



Hipoglisemik Ataklara ve Hemogloblin A1c Düzeylerine Etkisi.Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2(2); 5-10, 2008.

35. Çimen M. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Sağlık Personeli Türkiye Normlarının Silahlı Kuvvetler Sağlık Personeli Tükenmişlik Puanları İle Karşılaştırılmalı olarak İncelenmesi. Toplum ve Hekim. 17(3); 212-216, 2002.
36. Çolpan G, Tip 1 Ve Tip 2 Diyabetik Hastaların, Diyabet Hakkındaki Genel Bilgilerinin, Tedavi Ve Komplikasyon Hakkındaki Bilgilerinin Ve Hastalığın Sosyal Yönünün Değerlendirilmesi Ve Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2010.
37. Dağdelen ZA, Aydın Merkezde Diyabet Bilinci: Diyabetle İlgili Bilgi Düzeyi ve İlişkili Faktörler.Ss-63-72, Aydın,2012.
38. Dede M, Çınar S. Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler Ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 1(1); 4-14, 2008.
39. Demir S, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
40. Demiralay A, Trakeotomi Bakımında Hemşirelerin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2010.
41. Demirkaya S, Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

42. Deyneli O, Akalın S. Diabetes Mellitus-Aciller. İç Hastalıkları Dergisi. 12(2); 1-5, 2015.
43. Diker S, Uşak İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
44. Diyabetes Mellitus Çalışma Ve Eğitim Grubu (TEMD). TEMD Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu-2015. Ankara, 2015
45. Diyabetes Mellitus Çalışma Grubu, Diyabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Klavuzu. İstanbul, 2009.
46. Donnely LA, Morris AD, Frier BM, Ellis JD, Donnant PT, Durrant R. Frequency And Predictors Of Hypoglycemia İn Type 1 And İnsulin-Treated Type 2 Diabetes: A Populationbased Study. Diabetic Medicine. 22: 749-755, 2015.
47. Düz AG, Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özellikleri İle Olan İlişkisi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
48. Ergin C, Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, p.143-154. 1992 Eylül 25, Ankara, 1992.
49. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 8: 241-7, 2007.

50. Erol Ö, İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu Ve Öz-Etkililik. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
51. Ersoy R. Hipogliseminin Komplikasyonları. 51. Ulusal Diyabet Kongresi, p.182-91. 2015 Nisan 23, Antalya. Türkiye, İlkbahar, 2015.
52. Ertuğrul E, Üniversite Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru Ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.
53. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Et Al. Rates Of Medication Errors Among Depressed And Burnt Out Residents: Prospective Cohort Study. Bmj. 336(7642); 488-91, 2008.
54. Freudenberger JH. Staff Burn-Out. Journal Of Social Issues. 30(1); 159-165, 1974.
55. Frier BM. How Hypoglycemia Can Ffect The Life Of a Person With Diabetes. Diabetes Metabolism Research And Reviews. 24: 87-92, 2008.
56. Gezer E, Yenel F. Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeyler İle Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2(6); 243-250, 2009.
57. Girgisa A, Hansena V, Goldsteinb D. Are Australian Oncology Health Professionals Burning Out? A View From The Trenches. European Journal Of Cancer. 45:393 – 399, 2009.
58. Güngör N, Çeçen N, Özbaşaran F, Çetinkaya A. Seferihisar Devlet Hastanesindeki Diyabetes Mellituslu Hastaların Hastalıkları Konusundaki

Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 7(1); 64-70, 2004.

59. Günüşen N, Betsi Ü. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11( 4); 48-56, 2008.
60. Güven S, Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
61. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke’de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme Ve İktisat Çalışmaları Dergisi .1(4); 58-68, 2013.
62. Henderson JN, Allen KV, Deary LJ, Frier BM. Hypoglycaemia İn Insulin-Treated Type 2 Diabetes: Frequency, Symptoms And İmpaired Awareness. Diabet Medicine. 20: 1016–1021, 2003.
63. <https://www.Diabetes.Org.Uk/.../Hypo-Turkish.Pdf>, 2009.
64. [http://www.Resmigazete.Gov.Tr /Eskiler/2013/08/20130807-15](http://www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2013/08/20130807-15); Erişim 03.06.2017.
65. <http://www.Resmigazete.Gov.Tr/eskiler/2010/03/20100308-4>.
66. [https://www.Tdhd.Org/Pdf/Diyabet\\_Hemsireligi\\_Nedir.Pdf](https://www.Tdhd.Org/Pdf/Diyabet_Hemsireligi_Nedir.Pdf), 2016.
67. <http://www.Turkhemsirelerderneği.Org.Tr/Tr/Yayinlar/Thd-Yayinlari/Yazilar/Vardiyali-Uzun-Sure-Fazla-Calisma-Ve-Etkileri>, 2017.
68. İnal S, Erdim L. Çocuklarda Diyabet Yönetimi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 8(2); 105-114, 2005.

69. Kaçan CY, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 5(2); 65-74, 2016.
70. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 2.Baskı, Asil Yayın Dağıtım, 2006.
71. Karahaliloğlu N, Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
72. Karahan E, Özkara E, Öner H, Saatçi O. Hba1c Awareness İn Turkish Diabetic Population At A Tertiary Setting. Türkiye Klinikleri. 29(4): 927-30, 2009.
73. Karcioğlu Ö, Ünverir P. Hipoglisemi Ve Acil Serviste Yönetimi. Akademik Acil Tıp Dergisi. 212:40-45, 2001.
74. Karsavuran S. Sağlık Sektöründe Tükenmişlik: Ankara'daki Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri. H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 32(2); 133-165, 2014.
75. Kaya B, Ebelerin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Durumlarını Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2009.
76. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Tükenmişlik Durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 6(5); 357-363, 2007.
77. Kaya N, Kaya H, Erdoğan S, Uygur E. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 7(1); 402-417, 2010.

78. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 11(2); 59-67, 2011.
79. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N, İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda "Tükenmişlik Durumu" Araştırması. İlköğretim Online Dergi. 2(1); 2-9, 2003.
80. Kin K, Diyabetli Bireylerin Diyabet Komplikasyonlarına Farkındalığı ve Diyabet Özbakım Davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.
81. Köseoğlu Ö, Tip 2 Diyabetik Bireylerde Beslenme Eğitiminin Durumu Ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
82. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E. The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool For The Assessment Of Burnout. Work &Stres. 19(3); 192-207, 2005.
83. Kuğuoğlu S, Çevener Ç, Tanır M, Aktaş E. İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki Ve Yasal Sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(2); 87-91, 2009.
84. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 2(3); 10-5, 2006.
85. Lavin N. Endokrinoloji Ve Metabolizma El Kitabı. 4. Baskı, Çeviren: Tütüncü N, Güneş Tıp Kitabevi; İstanbul, 2012.

86. Margolis S, Abdullah L, Townsend T. Primary Health Care Patients Knowledge About Diabetes In The United Arab Emirates. Eastern Mediterranean Health Journal. 7: 662-669, 2001.
87. Mankan T, Kaşıkçı MK. Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarını Önlemeye İlişkin Bilgi Düzeyleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1);11-16, 2015.
88. Maslach C, Jackson SE. The Measurement Of Experienced Burnout. Journal Of Occupational Behaviour. 2(2); 99-113, 1981.
89. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter SE. Job Burnout. Ann Rev Psychol. 52: 397 –422, 2001.
90. Metin Ö, Özer F. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10(1); 58-65, 2007.
91. Murata GH, Duckworth WC, Shah JH, Wendel CS, Mohler MJ, Hoffman RM. Hypoglycemia In Stable, Insulin-Treated Veterans With Type 2 Diabetes: A Prospective Study Of 1662 Episodes. J Diabetes Complications. 19(1):10-7, 2005.
92. Naktiyok A, Karabey C. İşkoliklik Ve Tükenmişlik Sendromu. İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 19(2); 180-196, 2006.
93. Odabaşoğlu E, Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hatalı Uygulama Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2013.
94. Oktay, S; Elektromagnetik dosya, Diyabet Bakımı: Sınırlar Ötesi Stratejileri, [http:// www.Tdhd.Org/Dhd\\_Kitap/01blm.Pdf](http://www.Tdhd.Org/Dhd_Kitap/01blm.Pdf), 2017.

95. Okkesim Ş, Çelik G, İlhan MM, Taşan E, Karaman Ö. Hipogliseminin Algılama Ve Öğrenme Süreci Üzerindeki Etkileri. Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi, p. 209-12. 2015 Ekim 15-18, Muğla. Türkiye, Sonbahar , 2015.
96. Olgun N; Diyabet Hemşireliği Derneği. Hipoglisemi Ve Hiperglisemi. 106-115, 2015.
97. Olgun N, Ulupınar S. Hasta Güçlendirme Ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. Diyabet Forumu. 1(1); 57, 2004.
98. Olgun N, Yalın H, Demir H. Diyabetli Birey Nasıl İzlenmelidir?. Turkish Family Phycian. 2(3); 6-17, 2011.
99. Omaç M, Eğri M, Karaoğlu L. Malatya Merkez Hastanelerinde Çalışmakta Olan Hemşirelerde Mesleki Kesici Delici Yaralanma Ve Hepatit B Bağışıklanma Durumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17 (1); 19-25, 2010.
100. Oruç S, Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi: Adana İli Örneği. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.
101. Özcan Ş. Diabetes Mellitus'lu Hastanın Yönetimi Ve Hemşirelik, Sayfa 969-996, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2001.
102. Özdemir İ, Hocaoğlu Ç, Koçak M, Ersöz Ö. Tıp 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Ruhsal Belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 24:128-138, 2011.
103. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi Ve Uygulamaları. Taf Prev Med Bull. 9(6); 605-612, 2010.



104. Özkan C, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012.
105. Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi. 30(2); 92-99, 2008.
106. Öztürkoğlu Y. Hemşire Çizelgelemesinde Esnek Vardiya Planlaması Ve Hastane Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 16(1); 115-133, 2014.
107. Penson R, Dignan F, Canellos GP, Picard C, Lynch JT. Burnout: Caring For The Caregivers. The Oncologist. 5:425-434, 2000.
108. Polatçı S, Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2007.
109. Rogers AE, Hwang TW, Scott LD Et Al. The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. Health Affairs. 33(4);202-212, 2004.
110. Roglıc G, Unwin N, Bennett MH, Mathers F, Tuomilehto J, Nag S Et Al. The Burden Of Mortality Attributable To Diabetes. Diabetes Care. 28: 2130–2135, 2005.
111. Rombopoulos G, Hatzikou M, Latsou D, Yfantopoulos J. The Prevalence Of Hypoglycemia And Its Impact On The Quality Of Life Of Type 2 Diabetes Mellitus Patients (The Hypo Study). Hormones. 12(4); 550-558, 2013.

112. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2011 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, 2011.
113. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven H. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi. 5(2); 71-77, 1997.
114. Serbest Ş, Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Uygulamalarına İlişkin Düşünceleri. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
115. Soydan H, Arslanoğlu A. Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Birimlerindeki Hasta Güvenliği Konusundaki Uygulamaları Değerlendirmeleri. II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Kitabı; 1:329- 341, 2010.
116. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavi Alma Ve Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Etmenler. Dicle Tıp Dergisi. 42 (2); 199-207, 2015.
117. Süloğlu A, Diyaliz Merkezlerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
118. Sünter AT, Canbaz S. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi. 16(1); 9-14, 2006.
119. Şahin D, Turan F. N.Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. Nöropsikiyatri Arşivi. 45: 116-121, 2008.
120. Şengül Y, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi İle İlgili Bilgi Düzeyi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Afyon

Koca Tepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2004.

121. Şenturan L, Gülseven B, Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(2); 34-43, 2009.
122. Şenyüz Z, Hastanede Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
123. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. Anatolian Journal Of Psychiatry. 7:100-108, 2006.
124. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Ceylan G. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 18(2); 51-63, 2016.
125. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı. Ankara, 2011.
126. The Diabetes Control And Complications Trial Research Group, Hypoglycemia İn The Diabetes Control And Complications Trial. Diabetes, 46(2);71-286, 1997.
127. The United Kingdom Prospective Research (UKPDS) Group, Overview Of 6 Years Of Therapy Of Type 2 Diabetes: A Progressif Disease. Diabetes, 44(11); 1249-1258, 1995.
128. The Diabetes Control And Complications Trial Research Group, The Effect Of İntensive Treatment Of Diabetes On The Development And Progression

Of Long-Term Complications In Insulin Dependent Diabetes Mellitus. The New England Journal Of Medicine, 329(14); 997-986, 1993.

129. Tomky D. Detection, Prevention, And Treatment Of Hypoglycemia In The Hospital. Diabetes Spectrum. 18(1); 39-44, 2005.
130. Tunç T, Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2008.
131. Tüzün D. Diyabetes Mellitusun Akut Komplikasyonları. KSU Tıp Fakültesi Dergisi. 10(2); 32-36, 2015.
132. Uçar N, Aygin D, Uzun D. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 1(4);18-37, 2016.
133. Ulusal Diyabet Kongresi Konsensus Grubu, Diyabet Tanı Ve Tedavi Rehberi-2011. İstanbul, 2011
134. Yacoub RN, Demeh R, Darawad N, Barr JL, Saleh AM. An Assessment Of Diabetes-Related Knowledge Among Registered Nurses Working In Hospitals In Jordan. International Nursing Review. 61: 255–262, 2014.
135. Yakut H, Kapısız S, Durutuna S, Evran A. Sağlık Alanında Çalışma Yaşamında Tükenmişlik. The Journal Of Gynecology.10 (38); 1564-1571, 2013.
136. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Can E, Çan G, Özgün Ş.Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 6(1); 41-50, 2007.

137. Yazıcı S, Kalaycı I. Hemşirelerin Çalışma Ortam Ve Koşullarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi. 3(3); 379-383, 2015.
138. Yılmaz F, Tuna AG, Çevik Y, Kılıçarslan N. Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Tüberküloza İlişkin Bilgi Düzeyleri. İ.U.F.N. Hem. Derg. 19(1); 37-44, 2011.
139. Yurtsever N, İzmir’de Çalışan Evde Bakım Hemşirelerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.

## 10.EKLER

### EK -1 SOSYODEMOGRAFİK VE MESLEĞE İLİŞKİN SORU FORMU

#### HEMŞİRE BİLGİ FORMU

#### Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalıklarına etkisinin belirlenmesidir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmacının adı- soyadı: Gamze Aydın

#### A.Sosyodemografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz:
  - a. Kadın
  - b. Erkek
2. Yaşınız: .....
3. Eğitim Durumunuz:
  - a. Lise
  - b. Lisans
  - c. Yüksek lisans
  - d. Doktora
4. Medeni durumunuz:
  - a. Evli
  - b. Bekâr
5. Çocuğunuz var mı?
  - a. Evet:.....
  - b. Hayır
6. Sosyal Güvenceniz var mı?
  - a. Evet
  - b. Hayır
1. Ekonomik durumunuz?
  - a. Düşük
  - b. Orta
  - c. Yüksek

#### B. Mesleğe İlişkin Özellikler

- 1.Çalıştığınız klinik.....

2. Meslekte kaçınıcı yılınız.....
3. Haftalık çalışma saatiniz .....
4. Genel olarak çalışma saatleriniz hangi dilimi kapsamaktadır? (shiftiniz)
- a. 08-18                      b. 18-08                      c. Diğer
5. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?
- a. Evet                      b. Hayır
6. Çalıştığınız klinik/birimi kendiniz mi tercih ettiniz?
- a. Evet                      b. Hayır
7. Çalıştığınız birimde sizce hemşire kadrosu yeterli mi?
- a. Evet                      b. Hayır
8. Diyabet ile ilgili özel bir eğitim (oryantasyon, kurs vs) aldınız mı?
- a. Evet                      b. Hayır

## EK-2 HIPOGLİSEMİ FARKINDALIĞINA İLİŞKİN SORU FORMU

### C. Hipoglisemi Farkındalığına İlişkin Soru Formu

1. Normal açlık kan şekeri değeri aralığı nedir ?

- a. 70-100 mg/dL arası
- b. 100-200 mg/dL arası
- c. 250 mg/dL ve üstü

2. Hipogliseminin tanımı hangisidir?

- a. Kan şekerinin yüksek olması
- b. Kan şekerinin düşük olması
- c. Kan şekerinin normal aralığında olması

3. Hastanızın kan şekeri değeri 50mg/dL ve altında olduğunda hastanızda hipoglisemi belirtilerini gözlemlemeyi bekler misiniz ?

- a. Evet
- b. Hayır

4. Hangi belirti hastanızın hipoglisemiye girmiş olabileceğini düşündürür?

- a. Baş ağrısı
- b. Ateş
- c. Distansiyon

5. Kan şekeri düzeyi iyi seyreden bir kişi "Egzersiz" yaparsa kan şekeri nasıl etkilenir?

- a. Düşer
- b. Artar
- c. Etkilenmez

6. Sabah insülinini yapan ancak, kahvaltı yapmayı unutan bireyde kan şekeri düzeyi ne olur?

- a. Artar
- b. Azalır
- c. Değişmez

7. Aşağıdakilerden hangisi "Kan şekerinde düşmeye" neden olabilir?

- a. Oldukça fazla insülin uygulanımı
- b. Oldukça az insülin uygulanımı
- c. Oldukça fazla yemek yemek
- d. Oldukça az egzersiz yapmak
- d. İnsülin dozunu atlamak

8. İnsülin tedavisi gören bir bireyde aşağıdakilerden hangisi "Hipoglisemik semptomlara" neden olabilir?



- a. Ağır egzersiz                      b. İnfeksiyon                      c. Aşırı yemek yeme

9.İnsülin tedavisi gören ve “Hipoglisemik semptomlar” hisseden diyabetik bir kişi ne yapmalıdır?

- a. Egzersiz yapmalıdır  
b. Sırt üzeri yatıp dinlenmelidir  
c. Biraz meyve suyu içmelidir  
d. Regüler (kısa etkili) insülin almalıdır

10. Hastanızda hipoglisemi geliştiğinde basit karbonhidratlar (kesme şeker, meyve suyu vb.) sizce tedavi için verilebilir mi ?

- a. Evet                                      b. Hayır

11.Hipoglisemi gelişen diyabetik bir hastanın tedavisi (oral antidiyabetik, insülin vs.) hastanın hipoglisemik durumuna müdahale edilmeden (kan şekeri normal değer aralığına girmeden ) sizce yapılabilir mi ?

- a. Evet                                      b. Hayır

12. Hastanızda meydana gelen hipoglisemi kalıcı beyin hasarı, koma gibi komplikasyonlara neden olabilir mi?

- a. Evet                                      b. Hayır

13. Bilinci kapalı bir hastadaki hangi belirti size hipoglisemiye düşündürür ve sizi hastanın kan şekerini ölçmeye yönlendirir?

- a. Terleme                      b.Ateş                      c. Siyanoz

14. Hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı gelişen bir hastaya hemşire hangi uygulamayı yapabilir?

- a. Hastaya oral yoldan şekerli su verebilir  
b. Hastaya hekim istemine göre IV olarak sıvı tedavisi  
c. Hastaya oral yoldan reçel, pekmez gibi tatlı gıdalar verilebilir

**EK -3 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**  
**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. “Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”					
2. “İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”					
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”					
4. “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”					
5. “Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”					
6. “Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”					
7. “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”					
8. “İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”					
9. “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”					
10. “Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.”					
11. “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”					
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”					
13. “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.”					
14. “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”					
15. “Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”					
16. “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”					
17. “Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”					
18. “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”					
19. “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”					
20. “Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”					
21. “İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”					
22. “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını					

## EK-4 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEK İZİNİ

Re: Maslach tükenmişlik ölçek izni



Burhan Çapri burhancapri <burhancapri@mersin.edu.tr>

3.4 (Pzt) , 09:10

Siz



Yanıtla | v

Gönderen, Güvenilir Gönderenler listenizde bulunmadığından bu iletideki ekler, resimler ve bağlantılar engellendi.  
burhancapri@mersin.edu.tr adlı gönderenden gelen içeriğe güveniyorum.



MTE-GF.doc

34 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Gamze Hanım,  
İlgili ölçme aracını ekte gönderiyorum.  
Başarılar...

31 Mart 2017 19:47 tarihinde gamze atik <gamze\_1122@hotmail.com> yazdı:

Burhan Bey merhaba,

Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalıklarına etkisini inceleyen bir çalışma yapmak istiyorum. Çalışmamda Maslach tükenmişlik ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.

## EK-5 KURUMDAN ALINAN İZİN BELGESİ

MEDİPOL MEGA HASTANELER KOMPLEKSİ  
MEDİKAL DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Konu: Tez projesi kurum izni

Medipol Ünivesitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim ve kurumunuzda diyabet eğitim hemşiresi olarak görev yapmaktayım. " hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalıklarına etkisinin belirlenmesi" adlı tez çalışmamı kurumunuzda gerçekleştirmek üzere izninizi arz ederim

Saygılarımla

*HHM aracılığıyla uygundur.*

**Meryem KAPANCI**  
Medipol Üniversitesi Hastanesi  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Yrd.

Gamze Aydın

Diyabet Eğitim Hemşiresi

*Gamze Aydın*

*Gamze Aydın*

**Medipol Mega Hastaneler Kompleksi**  
Medipol Mega Hastaneler Kompleksi  
Medipol Mega Hastaneler Kompleksi  
Medipol Mega Hastaneler Kompleksi

## 10.ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.4608  
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/03/2016

Sayın Gamze AYDIN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.03.2016 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <http://ebys.medipol.edu.tr/c-imza> linkinden 1ABA5C37X9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

## 11. ETİK KURUL ONAYI (DEVAM)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin hipoglisemi farkındalığına etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gamze AYDIN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

## 11. ETİK KURUL ONAYI (DEVAM)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	17.03.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.03.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 180		Tarih: 23/03/2016			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

# 11.ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

Adı	GAMZE	Soyad	AYDIN
Doğum Yeri	BAKIRKÖY	Doğum Tarihi	07.08.1990
Uyruğu	T.C VATANDAŞI	TC Kimlik No	
E-mail	gamze__1122@hotmail.com	Tel	

## Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Florange Nightingale Üniversitesi	2012
Lise	Bakırköy 70.yıl SML	2008

## İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Hemşirelik	Özel Doğan Hastanesi	2009
2. Hemşirelik	Özel Poliklinik	2009-2010
3. Hemşirelik	Medipol Mega Üniversite Hastanesi	2012-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama *	Konuşma*		Yazma*
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA		ORTA

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil

Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English

as a Foreign Language-Internet- Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign

Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-

Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE:

Certificate of Proficiency in English

## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	Orta
Windows Office Programları	İyi