



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI İLE PROFESYONEL YAŞAM KALİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Sevtap EZER

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI İLE PROFESYONEL YAŞAM KALİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Sevtap EZER

**Tez Danışmanı
Prof.Dr. Besti ÜSTÜN**

İSTANBUL-2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 164204001
Öğrenci Adı Soyadı : Sevtap Ezer

“Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 25.04.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Perihan Güner
(Koç Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Prof. Dr. Selma Doğan
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilgün SARP
Enstitü Müdürü

ÖZET

Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırma Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan toplam 317 hekim ve hemşire ile yapılmıştır. Çalışmada katılımcılara “Kişisel Bilgi Formu” ve “Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” uygulanmıştır. Verilerin analizinde normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında t testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi; değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. PostHoc analizler, Tukey testi ile değerlendirilmiştir

Bulgular: Bu çalışmada fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, sağlık sorumluluğu puanlarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma süreleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olan sağlık çalışanlarında kendini gerçekleştirme puanları en düşük iken, yoğun bakım çalışanlarının fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları dâhili ve cerrahi branşlara göre, beslenme puanları dâhili branşlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda en düşük, aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda en yüksek, hemşirelerde hekimlere göre ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Merhamet yorgunluğu düzeyleri de 5 yıl ve altında çalışan grupta en yüksek iken, ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük olarak tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeylerinin 30 yaş ve altı grupta, bekârlarda ve beş yıl ve altında çalışan grupta en yüksek, ayda 4 ve altında nöbet tutanlarda ve 40 yaş üstü grupta en düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarının, 6 ay-5 yıl çalışma süresi olan grupların, cerrahi kliniklerde çalışan grupların, aylık 5-10 arası nöbet tutan grupların koruma çalışmalarına öncelik verilmesi, sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma konusunda teşvik edilmesi, kurum içinde gerekli olanakların sağlanması, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önlemek amacıyla danışmanlık yapılması, eğitim ve destek programları sağlanması, haftalık ve aylık çalışma süresi, nöbet ve vardiya sisteminin sağlık çalışanları lehine yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: profesyonel yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık çalışanları



ABSTRACT

Objectives: This study aims to investigate the influencing factors and the relationship between healthy life style behaviors and professional quality of life in health care professionals.

Methods: This descriptive study was performed with 317 medical doctors and nurses in a training and research hospital. The participants conducted “Self-description form”, “Professional Quality of Life Scale (ProQOL)” and “Healthy Lifestyle Behaviors Scale”. In order to analyze the parametric data, Student’s t test was used to compare two groups and Oneway ANOVA test was used to compare three or more groups. The relationships between the variables were investigated with Pearson correlation test. Tukey test was performed for the Post-Hoc analyses.

Findings: In this study, exercise scores were higher in men than women, and health responsibility scores were higher in nurses compared with the doctors. The health care professionals with an employment time of 6 months to 5 years had the lowest self-realization scores. The intensive care professionals had significantly lower exercise and stress management scores than those in internal and surgical branches, and less nutrition scores than internal branches. Compassion fatigue levels were the highest in health care professional with an employment time of 6 months to 5 years, and the lowest in those having less than 4 or less night shifts per month. Satisfaction levels were the highest in health care professional with an employment time of 6 months to 5 years, and the lowest in those having less than 4 or less night shifts per month, and higher in nurses and males compared to the doctors and females. Burnout levels were found to be the highest in singles, in the group younger than 30 years old and in the group with an employment time of 6 months to 5 years, and the lowest in the group with 4 or less night shifts per month and in the group over 40 years old.

Conclusion: It is recommended in this study that protective measures should be taken in health care professionals younger than 30 years old, having an employment time of 6 months to 5 years, and having 5 to 10 night shifts per month; health care professionals should be promoted for healthy nutrition and exercise, and necessary facilities should be supplied in the hospital; psychological consultancy and educational support programs

should be performed to prevent burnout; weekly and monthly working hours and night shifts should be rearranged for the benefit of health care professionals.

Key words: Professional life style, healthy life style behaviors, health care professionals.



BEYAN

Bu alışmanın kendi tez alışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütun bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütun bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

28.02.2018

Sevtap EZER

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
BEYAN	v
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Kavramı	5
2.1.1. Hemşire Kuramcılarının Sağlık Kavramı Tanımları:	5
2.1.2. Sağlık Kavramının Açıklanmasına Yönelik Modeller:	5
2.1.2.1. Tıbbi Model:	6
2.1.2.2. Holistik Model:	6
2.1.2.3. İyilik Modeli:	6
2.1.2.4. Çevre Modeli:	7
2.2. Sağlıkın Korunması	7
2.3. Sağlıkın Geliştirilmesi	8
2.3.1. Sağlık Geliştirme Kuram ve Modelleri	9
2.3.1.1. Bireysel düzeyde, bireyin sağlık davranışı ve değişim sürecini açıklama üzerine odaklanan model ve teoriler	9
2.3.1.2. Toplum gruplarının sağlığını geliştirme üzerine odaklanan kuram ve modeller	10
2.3.1.3. Toplum sağlığını geliştirme üzerine odaklanan model ve teoriler	10
2.4.1. Sağlık Sorumluluğu	14
2.4.1.1. Sağlık Sorumluluğunu Etkileyen Faktörler	14
2.4.2. Fiziksel Aktivite	15
2.4.3. Beslenme	16
2.4.4. Kişiler Arası Destek	19
2.4.5. Stres Yönetimi	20
2.4.6. Kendini Gerçekleştirmek	24
2.5. Profesyonel Yaşam Kalitesi	27
2.5.1. Merhamet Yorgunluğu Kavramı	28

2.5.1.1. Merhamet yorgunluğu semptomları.....	30
2.5.1.2. Merhamet Yorgunluğu Prevalansı	32
2.5.1.3. Merhamet Yorgunluğu ile Başa Çıkma Yöntemleri.....	33
2.5.2. Merhamet memnuniyeti	34
2.5.3. Tükenmişlik Kavramı.....	34
2.5.3.1. Tükenmişliğin Evreleri.....	35
2.5.3.2. Tükenmişliğin Belirtileri.....	36
2.5.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Profesyonel Yaşam Kalitesinin arttırılmasında Hemşirenin Rolü.....	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Tipi.....	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme.....	40
3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri	40
3.4.2. Dışlanma Kriterleri.....	40
3.5. Veri Toplama Araçları	40
3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu:.....	40
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ).....	40
3.5.3. Profesyonel Yaşam kalitesi Ölçeği (PYKÖ) (ProQOL R-IV) :	41
3.6. Verilerin Toplanması	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	43
4.BULGULAR.....	44
4.1.Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi nedir?.....	46
4.2. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi düzeyi nedir?	46
4.3. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile profesyonel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	47
4.4. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışlarını yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birim etkiler mi?.....	48
4.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyini yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birim etkiler mi?.....	51
5.TARTIŞMA.....	56
5.1.Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	56
5.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Düzeyi	57

5.3.Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları İle Profesyonel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler.....	59
5.4. Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları ile Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Meslek, Çalışma Yılı, Çalıştığı Birim Arasındaki İlişkiler	60
5.4.1.Yaş	60
5.4.2.Cinsiyet	60
5.4.3.Medeni Durum	61
5.4.4.Meslek	62
5.4.5.Meslekte Çalışma yılı.....	62
5.4.6.Çalışma Durumu/Nöbet	63
5.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma yılı, çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	64
5.5.1.Yaş	64
5.5.2.Cinsiyet	66
5.5.3.Medeni durum	66
5.5.4.Meslek	66
5.5.5.Çalışma yılı	67
5.5.6.Çalıştığı klinik.....	68
5.5.7.Çalışma/Nöbet Durumu	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler	72
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER.....	82

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Merhamet yorgunluğu semptomları (Murphy, 2014):	30
Tablo 2: Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu.....	31
Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri.....	44
Tablo 4: Katılımcıların meslekleri ve çalıştıkları klinikler.....	45
Tablo 5: Katılımcıların çalışma koşulları	45
Tablo 6: Katılımcıların Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puanları.....	46
Tablo 7: Sağlıklı yaşam biçimleri ölçeği puanları	46
Tablo 8: Katılımcıların Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanlarının ilişkisi	47
Tablo 9: Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışlarının yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması.....	48
Tablo 10: Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırılması.....	49
Tablo 11: Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması.....	51
Tablo 12: Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırılması.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TDK	:Türk Dil Kurumu
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
HASUDER	:Halk Sağlığı Uzmanları Dergisi
TBSA	:Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
KKH	:Koroner kalp hastalıkları
GAS	:Genel Adaptasyon Sendromu
PYK	:Profesyonel yaşam kalitesi
PYKÖ	:Profesyonel yaşam kalitesi Ölçeği
SYBDÖ	:Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SBÜ	:Sağlık Bilimleri Üniversitesi



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde bireyler bir yandan çağın getirdiği teknolojik gelişmelere ayak uydurmaya, diğer yandan küresel problemlerin yarattığı çatışmalarla baş etmeye çalışmaktadır. Nüfus artışı, savaş, terör, göç sonucunda oluşan ekonomik, sosyal ve siyasi krizler her geçen gün yaşamı biraz daha zorlaştırırken, fiziksel ve ruhsal hastalıkları artırmaktadır. Kötü yaşam koşulları, deprem, sel gibi doğal ya da terör, savaş gibi insan eliyle yaratılan afetlerin yoğun bir uyarıcı yaratması, bu beklenmedik olayların kontrol edilemeyişi, güçsüzlük, edilgenlik ve ölüm korkusuna yol açması sonucu toplumda giderek artan kaygı, korku ve dehşet bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bireyler, sağlıklarını bozan, yaşam kalitelerini etkileyen ağırlı, acılı durumlarla karşılaştıklarında ve fiziksel ya da ruhsal travma yaşadıklarında bir sağlık kuruluşuna başvurarak sağlık profesyonellerinden yardım talep etmektedirler. Sağlık profesyonelleri yüz yüze iletişim gerektiren diğer mesleklerden farklı olarak hasta bireylere hizmet verirken onların içinde buldukları zorlayıcı durumla birlikte ne ile karşılaşacakları konusunda bilgi sahibi olmadıkları tıbbi tedavinin belirsizliğinin yarattığı kaygı ve stresi yatıştıracak bir tutum sergilemektedirler. Empati, anlayış ve sabır içeren bu yaklaşımla hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine cevap verirken, aynı zamanda onlara duygusal destek sağlamaktadırlar (Rego, 2010). Duygu, tıbbi bakımda çok önemli bir yere sahiptir. Bu duygu etkileşimi sağlık profesyonelinin travma ve acı yaşantısı olan hastaları istemsiz olarak aynalaması sonucu benzer duyguları yaşamasına neden olmaktadır. Hemşire Joinson bu etkileşimi “merhamet yorgunluğu” olarak adlandırmış ve “travmatik stresi doğrudan yaşamış bireylerle çalışanların travma yaşantısından dolayı olarak etkilenmeleri sonucu yaşadıkları duygusal bulaşma” şeklinde tanımlamıştır (Joinson, 1992). Daha sonra Figley merhamet yorgunluğunu “bakım maliyeti” olarak tanımlamıştır (Figley, 1995). Yapılan çalışmalarda, sağlık personelinin hizmet verdiği bireylerle ilgilenirken kendilerini ihmal etmeleri sonucunda merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşadıkları ve merhamet yorgunluğu belirtileri gösterme oranının %25 ile %50 olduğu ortaya konmuştur (Smith, 2012). Figley, kronik fiziksel veya ruhsal hastalığa sahip bireylerle çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha çok görüldüğünü saptamıştır. Merhamet yorgunluğunun sağlık çalışanlarında bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimlere neden olduğunu, zamanla

kaçınma, post travmatik stres bozukluğu ve negatif uyarılma belirtileri göstererek duyarlılık, empati ve acılara katlanabilme kapasitelerinin düştüğünü tespit etmiştir (Figley, 1995). Yapılan araştırmalar merhamet yorgunluğunun mesleki etkilerini şu şekilde sıralamaktadır; mesleki tatminde azalma, iş doyumsuzluğu, yanlış karar ve uygulamalar, tıbbi hata yapma, işten uzaklaşmak için bahaneler yaratma, mesleğe sempatinin azalması ve istifa etme gibi etkileri olduğu saptanmıştır (Hooper, 2010; Jourdain, 2010; Hamilton, 2008). Sağlık profesyonellerinde görülen tükenmeyi ilk kez Freudenberger tanımlamıştır. Tükenmişlik Maslach tarafından “fiziksel bitkinlik, kronikleşen yorgunlukla birlikte umutsuzluk ve çaresizlik duyguları ile karakterize, mesleğine, çevresindeki insanlara ve hayata karşı olumsuz tutum ve davranışlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve mental bir tükenme sendromu” olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik yaşayan kişilerde, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, kendine güven problemleri, işe karşı ilgisizlik, düşük performans, hizmet kalitesinde azalma gibi belirtiler görülmektedir (Özgür, 2011). Sağlık profesyonellerinin kronik fiziksel ve ruhsal hastalığı olan ya da travma mağduru bireylerle çalışmasının yarattığı merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik gibi olumsuz sonuçların yanı sıra tatmin edici ve olumlu sonuçları da bulunmaktadır. Bu olumlu sonuçlardan biri merhamet memnuniyetidir ve yardıma ihtiyacı olan bireylere faydalı olabilmekten duyulan memnuniyeti ifade etmektedir (Hooper, 2010). Stamm sağlık profesyonellerinin merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğunu eş zamanlı olarak yaşayabildiklerini merhamet yorgunluğunun artmasının merhamet memnuniyeti yaşamayı engellediğini tespit etmiştir (Stamm, 2009).

Profesyonel yaşam kalitesi bireyin yardım eden pozisyonunda iken işiyle ilgili duygularının niteliğidir. Üretilen işin hem pozitif hem negatif yönü birlikte profesyonel yaşam kalitesini etkilemektedir. Profesyonel yaşam kalitesi (PYK), çalışma yaşantısına dair memnuniyeti ve algıyı içeren bir kavramdır. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction) ve merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) boyutları vardır (Stamm, 2009).

Martel ve Dupuis, işle ilgili olarak yaşam kalitesini “çalışma ortamı ve şartları, işteki yönetim biçimi, çalışan ve yönetim arası ilişkiler, çalışma ortamındaki sosyal iletişim, çalışanın yaptığı işle ilgili doyum durumu, üretkenlik, iş ve iş dışındaki yaşantının birbiriyle ilişkisi gibi iş ve iş çevresiyle ilgili tüm yönleri içine alan bir kavram” olarak tanımlamışlardır (Martel ve Dupuis, 2006). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 1950

yılında iş sağlığını; “bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları” şeklinde tanımlamıştır. Uğur ve Abaan, iş yaşam kalitesini bireyin iş yaşamında sağlıklı ve mutlu olması şeklinde tanımlamışlardır. Sağlıklı ve mutlu bir iş yaşamı olmayan bireylerin tükenmişlik yaşamaya başlayacağını ve sadece iş yaşamında değil, özel yaşamında da verimli olamayacağını ifade etmişlerdir (Uğur ve Abaan, 2008).

Sağlık çalışanlarının, kendilerinden hizmet alan bireylere etkin bir şekilde hizmet verebilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarını en üst düzeyde tutmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam süreçlerine dâhil etmeleri gerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlıklı yaşamı sürdürebilmek, sorunlarla etkili baş etmek, yaratıcılık ve üretkenlik için yerine getirilmesi gereken davranışlardan oluşmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz davranışlarını içermektedir. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin yapılan araştırmalarda, en yüksek puan kendini geliştirme, kendini gerçekleştirme olarak bulunurken, en düşük puan fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir. Kendini gerçekleştirme sırasıyla; kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi izlemektedir (Bostan, 2017; Çakır, 2015). Pasinlioğlu ve Gözüm, sağlık çalışanları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada sağlık personelinin sağlık sorumluluğunu yetersiz bulmuşlardır (Pasinlioğlu ve Gözüm, 1998).

Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre kadın çalışanlarda görülen merhamet yorgunluğu düzeyleri erkek çalışanlardan daha yüksek görülmüştür (Polat, 2017). Çalışma birimlerine göre acillerde en yüksek, dâhili birimlerde en düşük olarak tespit edilmiştir (Başkale ve ark. 2016). Merhamet yorgunluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda merhamet yorgunluğu ile başa çıkmada yeterli uyku, egzersiz, doğru beslenme gibi sağlıklı yaşam ritüellerinin de içinde bulunduğu öz bakım yöntemlerinin temel rol oynadığı görülmüştür (Shiparski, 2011). 2011 yılında çocuk yoğun bakım ünitesinde katılımcıların %62’sinin hemşire olduğu çalışmada yüksek merhamet yorgunluğu düzeylerinin kişisel stres düzeylerini artırdığı gözlenmiştir (Meadors, 2011). Ülkemizde sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimlerini birlikte inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır.

Profesyonel yardım mesleklerinde çalışan bireylerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik belirtileri konusunda farkındalık geliştirmeleri sağlıklarını korumaları ve yapmakta oldukları mesleği uzun yıllar sürdürebilmeleri için gerekli görülmektedir. Deneyimli ve kaliteli bakım ekibinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik nedeniyle işten uzaklaşması sağlık kurumları için kayıp teşkil etmektedir. Bu nedenle risk grubundaki çalışanların belirlenmesi amacıyla belirli aralıklarla çeşitli ölçümlerin yapılması, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin önlenmesi amacıyla merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik konularında bilgilendirilmelerinin sağlanması, belirtileri tanıyabilir hale gelmeleri, öz-bakım stratejilerini öğrenme ve uygulama konusunda bilinçlenmeleri amacıyla eğitim çalışmaları düzenlenmesi, öz-bakım planları yapılması, destek grupları, süpervizyon ve konsültasyonlar yapılması ve bireysel terapi ile desteklenmelerinin sağlanması önerilmektedir (Hamilton, 2008; Figley, 2002). Bu çalışmanın konuyla ilgili veri tabanı oluşturarak iyileştirme çalışmalarına katkı vermesi beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla **tanımlayıcı ve ilişki arayıcı** olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

2. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi nedir?
3. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi düzeyi nedir?
4. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile profesyonel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma yılı, çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma yılı, çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Dilimizde sağlık, sağ, canlı, diri olmak, esenlik ve afiyet olarak tanımlanmaktadır (TDK). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Çok boyut içeren ilk tanım olmasına ve halen yaygın olarak kullanılmasına rağmen DSÖ’nün bu tanımı eleştirilmektedir. Eleştiriler sağlığı objektif ve sübjektif olarak ayırarak irdelemeye yol açmıştır. Sübjektif olarak sağlık; bireyin kendi durumunu biyopsikososyal yönden algılaması halidir ve geçmiş yaşantı, alışkanlıklar, kültürel normlar, ailevi ilişkiler, inanç, ekonomik yoksulluk, işsizlik, yönetim biçimleri, terör, savaş gibi iyilik halini azaltan birçok faktörden etkilenmektedir. Objektif olarak sağlık, fiziksel muayene, tanı ve test sonuçlarına göre bir hastalığın olmamasıdır (Hamzaoğlu, 2010).

2.1.1. Hemşire Kuramcılarının Sağlık Kavramı Tanımları:

Hemşire kuramcılardan Travelbee, sağlığı “Fiziksel, mental ve sosyal durumdan bireyin sübjektif etkileşimi” olarak tanımlarken, Nightingale, "İyi olma ve bireyin yeteneklerini mümkün olan en üst düzeyde kullanması”, Orem ise “Bireyin bedensel ve işlevsel olarak bir bütünlük içinde olma durumu.” Şeklinde tanımlamaktadır (Veliöğlu, 2012). Roy sağlığı “Bireyin değişikliklere sürekli olarak uyumu, fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğünü devam ettirme süreci” olarak tanımlarken (Vicdan, 2014; Veliöğlu, 2012). Johnson’a göre sağlık, “Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen, tanımlanması güç, dinamik bir durumdur” Peplau içinse sağlık, “Yaratıcı, yapıcı, üretken, bireysel ve toplumsal yaşamın yönetiminde devam eden insani süreçler anlamına gelmektedir.” Neuman, iyiliği sistemler arası uyum ve hastalığı uyumsuzluk olarak tanımlamaktadır. Bu durumda sağlığı iyilik ve rahatsızlık arasındaki süreklilik içinde bir nokta olarak tanımlarken, hasta ile sistem ve çevre arasında sürekli bir enerji akışının varlığından bahsetmektedir (Veliöğlu, 2012).

2.1.2. Sağlık Kavramının Açıklanmasına Yönelik Modeller:

Sağlık birbirleriyle örtüşen ya da ayrışan farklı yaklaşımlarla tanımlanmaktadır.

1. Tıbbi Model,

2. Holistik Model,
3. İyilik Modeli,
4. Çevre Modeli (Somunoğlu, 1999).

2.1.2.1. Tıbbi Model:

Tıbbi modelde sağlık kavramı hastalığın olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu modelde bireylerin sahip oldukları fonksiyonelliğin veya engelliliğin derecelerine göre;

- İyileştirilmesi mümkün durumlar,
- Bireyin hasta olmasına rağmen bir takım görevleri gerçekleştirebildiği durumlar,
- Hastalığın yarattığı engellemelere rağmen bireyin görevlerini gerçekleştirebildiği durumlar,
- Bireylerin kendi ihtiyaçlarını desteksiz karşılayamadığı durumlar olarak ifade edilmektedir.

Tıbbi model, fonksiyonel yeterliliği, morbidite ve mortaliteyi içermekte ve istatistiklerin geliştirilmesine katkı sunmaktadır. (Somunoğlu, 1999; Tatar, 1997)

2.1.2.2. Holistik Model:

Holistik Model sağlık kavramını, tıbbi modelde olduğu gibi negatif açıdan değil, pozitif açıdan ele almakta ve bir insanın bütünüyle - sosyal ve ruhsal yönleri de içerecek şekilde- sağlıklı olma hali olarak tanımlamaktadır. Holistik model, sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarının ölçülebilmesine imkân tanıyarak bir takım istatistiksel veriler elde edilmesini sağlamıştır. Bedenin sağlığını fiziksel, sosyal sağlığı işlevsellik ve ruhsal sağlığı da mutluluk olarak değerlendirmektedir (Somunoğlu, 1999).

2.1.2.3. İyilik Modeli:

Bu model, Sağlık kavramını sübjektif olarak ele almakta ve sağlık tanımına yaşam kalitesi ile mutluluğu ekleyerek “hissetme durumu” ayrıca “başarılı, verimli ve yaratıcı bir hayat için kişisel uygunluk” olarak tanımlanmakta, bireyin görevlerini yerine getirme sürecinde sahip olduğu potansiyelini kullanmasını zihin-beden-ruh bütünleşmesi olarak açıklamaktadır (Somunoğlu, 1999). İyilik modelinde kendine karşı

sorumluluk, bilinçli beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimini içeren dört boyuta dikkat çekilmekte ve birey gelişerek daha iyiye doğru doğru yol alan bir sistem olarak görülmektedir (Maslow, 2001; Somunoğlu, 1999).

2.1.2.4. Çevre Modeli:

Çevre modelinde sağlık kavramı, bireyin çevreden soyutlanmasının mümkün olmadığına dikkat çekilerek bireyin davranışlarını geniş bir çevre içerisinde analiz eden sistem teorisine bağlı olarak tanımlanmakta ve “canlı varlığın çevresine uyum sağlamak için süregelen adaptasyonu” olarak kabul edilmektedir.

Organizmanın uygun ortam ve uygun kişiler arası ilişki desteği ile çevreye uyum gösterebileceği, bireylerin ancak toplumla bütünleşerek gelişimlerini sağlayabilecekleri ve yaşama dair aktivitelerini böylelikle yerine getirebilecekleri görüşlerini içermektedir (Maslow, 2001; Somunoğlu, 1999).

2.2. Sağlıkın Korunması

Günümüzde tüm dünyada koruyucu sağlık hizmetleri olan birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem giderek artmaktadır. Tedavi edici hizmetler, yüksek maliyetli aynı zamanda bireyi biyopsikososyal yönden olumsuz etkileyen, zaman, enerji, işgücü kayıplarının yanı sıra manevi kayıplara da yol açan zorlu süreçleri kapsamaktadır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinde elde edilen başarı birey, aile ve toplum için zamandan tasarruf, ekonomik kazanç ve hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkma güçlüğünden doğan psikolojik sonuçların önlenmesi ile büyük katkılar sağlamaktadır. Sağlıkta koruma düzeyleri, Birincil, İkincil ve Üçüncül koruma olarak üç gruba ayrılmaktadır. Birincil koruma, sağlıklı bireylerde hastalık riskini önlemeye yönelik girişimlerdir. Hastalık oluşumunu önlemeyi ve sağlık davranışlarını geliştirmeyi amaçlar. Sağlık eğitimi, bağışıklama, alkol, sigara ve madde bağımlılığının önlenmesi gibi koruyucu önlemlerin yer aldığı birincil koruma bireye ve topluma yöneliktir. İkincil koruma, erken tanı ve tedavi yoluyla morbititeyi önlemeye yönelik uygulamalardır. Üçüncül koruma, hastalıkların ilerlemesinin engellenmesi, hastalığın yaratabileceği komplikasyonların minimuma indirilmesi ve relapsların önlenmesine yönelik uygulamalardır (Akman, 2014; Akdur ve ark. 2011; Gürhan, 1994).

Bir bireyin sağlık durumu tedavi ve rehabilitasyon gerektiriyorsa “negatif sağlık”, dengeli bir sağlık durumuna sahipse “n6tral (dengeli) sağlık”, bireyin sağlığını geliştirmeye y6nelik sağlık davranışları ise “pozitif sağlık” olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan, 1994).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1978 yılında “Herkes İçin Sağlık” hareketini başlatmasına esin kaynağı olan g6rüşler Kanada sağlık Bakanı Marc Lalonde’ tarafından ortaya atılan ve 1970’li yılların ortalarında tedavi odaklı geleneksel tıp uygulamalarının yerine bireylerde davranış değişikliği yaratacak sağlık eğitimi uygulamalarının geliştirilmesini 6neren “Sağlığı Geliştirme” kavramıdır (Stephen, 2011).

“Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir” (Sağlık Bakanlığı, 2011) (DSÖ). Sağlığı geliştirme; büyüme ve gelişime odaklı, en üst düzeyde iyiliğin bireyin kendisi tarafından gerçekleştirebileceği davranışları ve bireyin içinde bulunduğu çevrenin değişimini içeren, bireyi optimal sağlığa cesaretlendirme faaliyetlerinden oluşan bir sanat ve bilim dalıdır (Yardıı, 2013).

1978 yılında temel sağlık hizmetlerinin 6nceliği konusunu vurgulayan Alma-Ata Bildirgesi yayınlanmıştır. O günden bu yana geçen kırk yılda sağlığın geliştirilmesi için gereken alt yapının oluşturulması, sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, yatırımların artırılması, ortaklıkların sürdürölmesi amacıyla eylem planları geliştirilmekte, ortak hedef ve stratejiler belirlenerek dünyanın birçok ülkesinde çok uluslu konferanslar düzenlenip bildireler yayınlanmaktadır (Özvarış, 2013; Esin, 2011; Özgecebe ve ark, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında “Sağlığın Geliştirilmesi” temalı Ottawa toplantısında, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geniş topluluklara ulaştırılması konusunda bireysel becerilerin geliştirilmesi, toplumsal katılımın güçlendirilmesi, destekleyici çevrenin sağlanması ve sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinden oluşan kavramların yanı sıra çeşitli stratejiler tanımlamıştır. 90’lı yıllardan itibaren Sağlığı Geliştirme Kavramı ile ilgili kuram ve model geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Robertson ve Minklar 1994 yılında Toplum Odaklı Stratejileri tanımlamışlardır (Özvarış, 2013; Esin, 2011; WHO, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında yapılan Bangkok toplantısında, ulusal düzeyde araştırmalarla sağlığın küreselleşmesinin desteklenmesinin, sağlığı geliştirmek için modeller geliştirilmesinin, ortaklıklar kurulmasının, sağlığı geliştirme programlarının kanıta dayalı olarak değerlendirilmesinin, gelişmeyle alakalı girişimlerin raporlanmasının bu stratejilerin küresel olarak uygulanabilirliği sağlayabileceği üzerinde durularak öneriler getirilmiştir. (Özgecebe ve ark. 2011)

Helsinki'de 10-14 Haziran 2013 tarihinde "Tüm Politikalarda Sağlık" ana temasıyla yapılan sağlığı geliştirme konferansında 1986 yılında Ottawa'da yapılan konferanstan bu yana yaklaşık otuz yıl içindeki gelişmeler ve kazanımlar gözden geçirilmiş ve elde edilen deneyimlerin öğretileri paylaşılmıştır. Sağlığı önceleyen kamu politikaları, sektörler arası işbirliği, sağlıkta eşitlik, sağlanması, dil, din, ırk, ekonomik ve sosyal farklılıklar ayrımı yapılmaksızın "sağlığın herkes için bir hak olduğu, hükümetlerin halklarına karşı bu hakları sağlamakla yükümlü olduğu" belirtilmiştir (Özvarış, 2013).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kontrolünü artırma gücünü kullanmasını, uzun süreli ve yüksek standartlı bir hayat için sağlıklı davranışlar sergilemesini nitelemektedir (Bahar, 2013).

2.3.1. Sağlığı Geliştirme Kuram ve Modelleri

Sağlığı geliştirme teorileri sağlık, sosyoloji, antropoloji, psikoloji, davranış bilimleri ve pazarlama gibi pek çok farklı disiplinden beslenmektedir. Sağlığı geliştirme ile ilgili kuram ve modeller üç bölümde gruplandırılmaktadırlar: (Stephen, 2011; Yardım, 2009).

2.3.1.1. Bireysel düzeyde, bireyin sağlık davranışı ve değişim sürecini açıklama üzerine odaklanan model ve teoriler

- Sağlık inanç modeli (Health Belief Model)
- Koruma-motivasyon teorisi (Protection-Motivation Theory)
- Bilgi-motivasyon-davranış becerileri modeli (Information-Motivation-Behavioral Skills Model)
- Planlanmış davranış teorisi (Theory of Planned Behavior)
- Transteoretik model (Transtheoretical Model)
- Sağlığı geliştirme modeli (Health promotion model)

2.3.1.2. Toplum gruplarının sağlığını geliştirme üzerine odaklanan kuram ve modeller

- Sosyal öğrenme teorisi (Social Learning Theory)

2.3.1.3. Toplum sağlığını geliştirme üzerine odaklanan model ve teoriler

- Toplum organizasyon teorileri (Community Organization Theories)
- Organizasyonel değişim teorileri (Organisational Change Theory)
- Değişimin yayılması teorisi (Diffusion of innovations Theory)

Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)

Sağlık İnanç Modeli (SİM) 1966 yılında Rosenstock tarafından geliştirilmiş ve sonraki yıllarda Becker ve arkadaşlarının çalışmaları ile genişletilmiş bir modeldir. “Bireyin sağlıkla ilgili davranışlarının; sağlığına verdiği önem, hastalığa ve hastalığın sonuçlarına dair inançlarından etkileneceğini” savunmaktadır (Gözüm, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık İnanç Modelinin bileşenleri:

- Hassasiyet/Duyarlılık algısı: “Bireyin kendini risk altında hissettiği oranda risk oluşturacak davranışlardan kaçınması şeklinde açıklanmaktadır.” Örneğin, annesini genç yaşta meme kanserinden kaybeden bir kadın düzenli aralıklarla mamografi çekirtmeyi ihmal etmeyecektir.
- Ciddiyet/önemseme algısı: “Hastalık sonuçlarının bireyde oluşturduğu şiddet ve ciddiyet algısı” olarak tanımlanmaktadır.
- Yarar algısı: “Hastalıklardan korunmak için önerilen davranışların yararına dair inanç” olarak tanımlanmaktadır.
- Engel algısı: “Yeni önerilen davranışa uyum sağlama konusunda bireysel olarak algılanan engeller “olarak tanımlanmaktadır.
- Eyleme Geçiriciler: “Tetikleyici ve harekete geçirici etmenler, bedensel belirtiler, çevresel uyarılar ve medya” olarak tanımlanmıştır.
- Öz etkililik: Modele sonradan eklenmiş bir bileşendir, “davranışın gerçekleştirilmesi ile olumlu sonuç alınacağına dair inanç” olarak tanımlanmaktadır.

- Sosyodemografik ve sosyopsikolojik diğer faktörler (Bulduk,2015; Gözüm, 2013).

Sağlığı Geliştirme Modeli (Health promotion model)

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) Pender tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında yenilenmiş bir modeldir.

Pender'e göre, "Sağlığı geliştirme daha iyi olmak için uygulanacak bir stratejidir. Sağlığı geliştirme modeli sağlıkla ilgili davranışları etkileyen faktörleri inceleyen ve araştıran bir rehberdir (Pender, 1996).

Sağlığı Geliştirme Modelinin bileşenleri:

Bireysel özellikler:

- Kişisel faktörler -Psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel- (Yaş, dil, din, ırk, statü...)
- Geçmiş yaşam deneyimleri
- Davranışsal Özellikler:
- Algılanan yarar (Pekiştirici davranışların algısı)
- Algılanan Engel (Tavsiye edilen davranışı uygulamaya dair olumsuz algı ya da engel)
- Algılanan Özyeterlilik (Davranışa dair özgüven)
- Aktiviteye bağlı etkiler (Duygu değişimleri, hisler)
- Kişiler arası etkiler (Bakış açıları, rol modelleri, inanç, sosyal destek, normlar)
- Durumsal etkiler (Uyumluluk rolü ve buna bağlı bakış açıları)
- Plan veya eylemin gerçekleştirilmesi (Hedeflere yönelik stratejiler)
- Tercihler ve anlık talepler (Planlı bir sağlık davranışına ulaşmak için sıralanan eylem seçenekleri) (Bahar, 2013).

Sağlığı Geliştirme Davranış Çıktısı:

Pender'e göre sağlığı geliştirme konusunda planlanmış eylemlerin uygulanmasından sonra ulaşılmaması hedeflenen en son noktadır (Pender, 2011).

Bireyin en uygun sağlığa ulaşabilmesi için farkındalık geliştirmesine, yaşam ve davranış değişiklikleri yaratmasına, değiştirilen davranışın sürekliliğinin sağlanması için gerekli destekleyici çevrenin oluşturulmasına katkı sunulması gerekmektedir. Sağlığa gereken değerin verilmesi, sağlıkla ilgili sorunlara çözüm getirmek amacıyla bireyi bilgilendirmek ancak sağlık eğitimine önem ve öncelik verilmesi ile sağlanabilmektedir (Yardım, 2013).

Hastalığı önlemeye odaklanan sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirmeye odaklanan Sağlığı geliştirme modeli arasındaki en önemli fark Sağlığı geliştirme modelinde hastalık tehdidinin olmayışdır (Gözüm, 2013; Bahar, 2013)

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Rogers'a göre "iyi yaşam, bir var olma biçimi değil, bir süreç ve bir yön değil, bir hedeftir. Sağlık davranışı, "bireyin, sağlığını korumak, sürdürmek, geliştirmek ve hastalıklardan korunmak amacıyla uyguladığı davranışların bütünüdür." Sağlık davranışları coğrafya ve kültürle yakından ilişkilidir ve toplumun gelenekleri, alışkanlıkları, eğitim düzeyi, sağlığa bakış açısı, gelir durumu ve sosyal medya gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Demir, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2011; Güler, 2008; Güner, 2006; WHO, 1998).

"Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini planlamada kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi" olarak tanımlanmıştır (Güler, 2008; Güner, 2006).

Yapılan alışmalar bireylerin sağlık durumlarının yaşam biçimleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (zvarış, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2011; Yalnkaya, 2007).

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık sorumluluğu, öz etkililik, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile doğrudan ilişkilidir (ztek, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2011; Pender, 2011; Yalnkaya, 2007; Erdoğan, 1994).

Maslow'a göre sağlıklı insanlar sağlıklı bir kültürde yetişebilmektedirler ve bireylerin sağlığını geliştirmek daha iyi bir dünya yaratma yollarından birisidir (Maslow, 2001).

Sağlık davranışlarının kazanılması ve geliştirilebilmesi için sağlık üzerinde etki yaratan faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Sağlık, genetik faktörler, psikolojik ve kimyasal

süreçler, ruhsal nitelikler, cinsiyet, yaş, inanç, kültür, coğrafya, eğitim, geçmiş yaşam deneyimleri, meslek ve alışkanlıklar gibi pek çok bileşenden etkilenmektedir. Profesyonel hayatta aktif olarak rol alan bireylerin sağlık düzeylerini belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için bireyin kişisel özelliklerinin (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum vb.) yanı sıra iş yeri ortamında bulunan faktörlerin de göz önüne alınması gerekmektedir (Bahar, 2013; Esin, 2012). Sağlık çalışanları günün üçte birden daha büyük bir bölümünü sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda geçirmektedirler. Vardiyalı çalışma sistemi bu sürenin zaman zaman 24 ve hatta 36 saate kadar uzamasına neden olabilmektedir. İş ortamında bulunan tüm etkenlerin sağlıklarını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemesi kaçınılmazdır. Maruz kaldıkları fiziksel ve psikofizyolojik riskler; ergonomik olmayan çevre koşullarından kaynaklanan riskler, yaralanma ve enfeksiyon riski, kas iskelet sistemine bağlı riskler, şiddet riski, stres yoğunluğu, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik riski olarak sıralanabilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin önlenmesi için örgütsel önlemler alınması ön görülmektedir (Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi, 2015).

Ülkemizde daha sağlıklı bir toplum ve sağlıklı yaşam hedefiyle 2013 yılında Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği kurulmuştur. Derneğin faaliyet alanları, toplumun öncelikli sağlık sorunlarının tespiti ile ilgili araştırmalar yapılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenip geliştirilmesi, sağlığa olumsuz etkisi olan etkenlerin tespiti ve ortadan kaldırılması, toplumun sağlık eğitiminin ve bilgi düzeyinin artırılması, toplumun ihtiyaçları doğrultusunda sağlık politikaları oluşturulması için projeler yürütülmesi yer almaktadır. Bu projeler arasında sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden “Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayatı Teşvik Projesi” yer almaktadır (THSK, 2014; Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği, 2013).

Sağlık çalışanları toplumun sağlık konusunda uzmanlaşmış bilgiye sahip kesimini oluşturmakla birlikte yapılan çalışmalar kendi sağlıkları konusunda gereken hassasiyeti göstermedikleri, bilgi ve deneyimlerini kendi yaşamlarına aktaramadıkları yönünde sonuçlar vermektedir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Karadağ ve Yıldırım, 2010; Özkan ve Yılmaz, 2008).

2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu bireyin kendi iyilik halinden kendisinin sorumlu olmasıdır. Sağlığını korumak ve sağlıklı olma halini sürdürmek için yeterli ve dengeli beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz, sağlık kontrolleri yaptırma, aşılama, öz bakım geliştirme gibi tavsiyelere uyarak kendini daha iyi hissetme durumudur. Sağlık sorumluluğu geliştirmenin temel amacı sağlıklı yaşam biçim davranışlarını geliştirerek sağlık harcamalarını azaltmaktır (Demir, 2016; Bahar, 2008).

2.4.1.1. Sağlık Sorumluluğunu Etkileyen Faktörler

- Sosyodemografik Özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, beslenme alışkanlığı, alkol ve sigara kullanımı, kültür, gelir düzeyi.
- Sağlık politikaları; sağlıkla alakalı önlemler alınmasında bireyler kadar devletin de sorumluluğu bulunmaktadır. Bireylerin kendi sağlıkları konusunda sorumluluk alabilmeleri için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için sektörler arası iş birliği yapmak gerekmektedir (Demir, 2016; Erer, 2010).

Sağlık okuryazarlığını üç düzeyde incelemek mümkündür;

- Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Okuryazarlığı
- İnteraktif (Etkileşimli) Sağlık Okuryazarlığı
- Kritik (Eleştirel) Sağlık Okuryazarlığı

Yapılan çalışmalar eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı oranının arttığını göstermektedir. Sağlık sorumluluğu yaşla birlikte artmakta, kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar sağlık çalışanlarının beklenenin aksine düşük sağlık sorumluluğuna sahip olduğunu göstermektedir (Pasinlioğlu, 1998). Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının düşük sağlık sorumluluğu puanlarının ilişkili olduğu durumları inceleme amacıyla çalışmalar yapılmasını teşvik etmektedir.

2.4.2.Fiziksel Aktivite

“Fiziksel aktivite, kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimiyle gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran herhangi bir bedensel hareket” olarak tanımlanmaktadır (THSK, 2014; Bek, 2008).

Fiziksel zindelik, fiziksel aktivite kapasitesinin sürekli olarak belirli bir üst seviyede olması durumudur. Spor ve egzersiz ile dayanıklılık, hareketlilik, esneklik kapasitesinin güçlendirilmesidir (Akyol, 2012).

Hareketsizlik ve sağlıksız beslenmenin sonucu olarak obezite görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. 2010 yılında Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), 19 yaş üstü obezite sıklığının %30 oranında olduğunu göstermiştir (THSK, 2014; Yardım, 2013).

Yapılan araştırmalar, egzersizin insülin direnci ve glikoz intoleransına ilaveten obezite, hipertansiyon, dislipidemi gibi metabolik sendroma bağlı hastalıklarda yararlı etkileri olduğunu öne sürmektedir (Stewart, 2005).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Kronik Hastalıklar Risk Araştırması” Türkiye genelinde kadınların %87’si, erkeklerin %77’sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı sonucunu ortaya koymuştur (THSK, 2014; Yardım, 2013). Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar fiziksel aktivite oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Başkale ve arkadaşları(2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %55.5’inin hiç egzersiz yapmadığını tespit etmişlerdir.

Yapılan araştırmalar yeterli düzeyde fiziksel aktivitede bulunmayan bireylerdeki ölüm riskinin, haftada 4-5 gün düşük ya da orta şiddette 30 dakika fiziksel aktivite yapanlara göre %20 ila 30 arasında artış gösterdiğini kanıtlamaktadır. Araştırma sonuçları, yetişkinlerde haftada 150 dakikalık fiziksel aktivitenin, iskemik kalp hastalığı riskini %30, tip II diyabet riskini %27 meme ve kolon kanseri riskini %20-25 civarında azalttığını ortaya koymaktadır (THSK, 2014; Yardım, 2013; Bahar, 2008; Akyol, 2012). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 araştırma sonuçları 65 yaş üstü nüfusun ilk kez %8’e ulaştığını göstermektedir. Bununla birlikte doğumda beklenen yaşam süresinin 75 yıl olması yaşlı nüfusun arttığını gösteren sonuçlardır (Türkyılmaz, 2013; Yardım, 2013).

Sağlıklı bir toplum ve sağlıklı gelecek nesiller oluşturmak için, fiziksel aktivitenin doğumdan itibaren yaşam biçimi haline getirilmesi, sağlıklı büyüme, sağlıklı gelişim ve sağlığın korunup sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır. İlerleyen yaşla birlikte görülme oran ve sıklığı artan kronik hastalık ve problemlerin bireyin sağlığına etkileri çocukluk yaşlarından itibaren günlük hayata adapte edilen ve yaşam biçimi haline getirilen fiziksel egzersizle belirli oranlarda azaltılıp engellenebilmektedir (THSK, 2014). Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Cürcani ve ark. 2010; Karadağ ve Yıldırım, 2010; Özkan ve Yılmaz, 2008).

2.4.3. Beslenme

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen (demir eksikliği anemisi, iyot eksikliği, raşitizm, obezite, diş çürükleri vb.) beslenme sorunlarının en aza indirgenmesi, diyete bağlı oluşan (kanser, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz, koroner kalp hastalıkları gibi) kronik hastalıkların önlenmesine ve tedavisine yönelik olarak yaşam şeklinin düzenlenmesi ve destekleyici çevresel koşulların oluşturulması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım beslenmenin sağlıklı yaşam biçimi oluşturma konusundaki önemini vurgulamaktadır (Yücecan, 2012).

Beslenme, insanların yaşamını idame ettirmesi, fiziksel ve ruhsal olarak büyümesi, gelişmesi, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürdürebilmesi için vücudun gereksinimi olan gıdaları tüketme sürecidir. “Gıdaların yeterli ve dengeli miktarda alınması, vücutta uygun şekilde kullanılması yeterli ve dengeli beslenme” olarak tanımlanmaktadır (Şenel, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2008).

Beslenme bilimindeki son gelişmeler optimal beslenme kavramını ortaya çıkarmıştır. “Optimal beslenme maksimum sağlıklı yaşamı hedefleyen, metabolik gereksinimleri karşılayan, vücudun çalışması için gerekli enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda sağlamasının yanı sıra formda olma ve keyif alma duyguları veren beslenme ve diyet programıdır” (Yücecan, 2012).

Ülkemizde yapılan araştırmalar toplumun çok küçük bir kesiminin sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda öğün atlama oranı, yüksek

ve orta riskli yiyecek tüketimi, çay kahve tüketimi yüksek bulunmuştur (Şenel, 2012). Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar vardiya ve nöbet sistemi ile çalışan bu meslek grubunun yoğun koşullar ve gece nöbetleri esnasında sağlıksız beslendiğini ortaya koymaktadır (Şimşekoğlu ve Mayda 2016; Cürcani ve ark. 2010)

Son yıllarda tüm dünyadaki sağlık problemlerinin başında gelen obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yağ dokularında sağlığı bozacak düzeyde anormal veya aşırı miktarlarda yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması sonucu obezite gelişir. Bir bireyin normal kiloda olup olmadığı Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile hesaplanmaktadır. BKİ değerlendirmesinde kilogram cinsinden ölçülen vücut ağırlığı, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünür. Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerinin 25 kg/m²'in olması aşırı kiloluluk, 30 kg/m²'in olması ise obezite olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı raporuna göre, yaklaşık olarak diyabetik hastaların %58'i, iskemik kalp hastalarının %21'i ve kanser hastalarının %8-42'sinin BKİ değerleri 21 kg/m²'nin üzerindedir. (Sağlık Bakanlığı, 2017; Mercanlıgil, 2012; Yıldırım, 2012).

Bel çevresi yağ oranı ölçümü obezite konusunda yüksek risk taşıyan bireylerin tespit edilmesinde kullanılan bir diğer yöntemdir. Bel çevresi erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üzerinde ise BKİ değerlerinin düşük olmasına bakılmaksızın yüksek risk grubuna dâhil edilmektedirler. Bel çevresi ölçümüne bağlı olarak bireyler elma tip ve armut tip olarak iki kategoriye ayrılırlar. Android (elma tip) yağ dağılımı karın içi yağ oranının yüksek olduğunu gösteren ve obezite riskini yükselten yağ dağılımıdır. Kalça bölgesinde yoğunlaşan vücut yağları jineoid (armut tip) yağ dağılımı olarak isimlendirilmektedir (Yıldırım, 2012).

Obeziteye yol açan etmenler sıralanırsa:

1. Genetik Etmenler: Genetik etmenlerin obezite oluşumunda %25-80 rol oynadığı düşünülmekte aile ve çevre ilişkisinin önemine dikkat çekilmektedir. Hipotalamustaki enerji dengesini düzenleyen sistemlerdeki bozukluk obezitenin nedeni olarak gösterilmektedir (Akyol, 2012; Köksal, 2012).

2. Çevresel Etmenler: Genler önem taşımakla beraber obezite oluşumundan tek başlarına sorumlu değildir. Ailede oluşan yemek kültürü alışkanlıkları, hazır besin tüketimi, ekonomik, sosyal ve psikososyal etmenler obezite oluşumunda birlikte rol almaktadırlar (Akyol, 2012; Köksal, 2012).

Obezite ve ağırlık fazlalığıyla ilişkili olan temel sağlık problemleri:

- Tip 2 diyabet,
- Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon
- Solunum hastalıkları (uyku apnesi sendromu),
- Bazı kanserler (meme, kolon, prostat, endometrium, böbrek ve safra kesesi)
- Osteoartrit,
- Psikolojik problemler,
- Yaşam kalitesinde hissedilen azalma (Yıldırım, 2012).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre, diyete bağlı kronik hastalıklar ölüm nedenlerinin %60'ında, hastalık nedenlerinin % 46'sında rol oynamaktadır. 2020 yılında gelişmekte olan ülkelerde görülen toplam ölümlerin %71'inin iskemik kalp hastalıkları, %75'inin inme, %70'inin diyabet nedeniyle olacağı öngörülmektedir (Yücecan, 2012).

Optimal Beslenme İlkeleri:

- Vücudun ihtiyacı olan besinlerden yeterli oranda almak, beslenirken formda olmak ve keyif alma duygularını yaşamak
- Sağlığın korunması, geliştirilmesi, diyete bağlı kronik hastalıkların önlenmesinde etkinlik gösteren fitokimyasallardan ve biyoaktif bileşenlerden yeteri derece almak
- Her öğünde dört ana besin grubundan (süt ve ürünleri, et, yumurta, kuru baklagiller-sebze ve meyveler, tahıllar) önerilen düzeylerde tüketmek
- Besinleri besin ögesi kayıplarını önleyecek ilkeler doğrultusunda hazırlamak, pişirmek ve saklamak
- Harcanandan fazla enerji almamak
- BKİ ölçütlerine ve bel çevresi değerlerine ölçümlerine dikkat etmek
- Yağ, doymuş yağ, kolesterol tüketimini azaltmak

(Total kolesterol 1 mmol/L arttığında KKH mortalitesinin 1.4 kez arttığı serum kolesterol konsantrasyonu %10 azaldığında ise KKH mortalitesinin %20 azaldığı bildirilmektedir.)

- Sağlıklı bir diyet için diyet yağının yağ asidi örüntüsü 1/3 doymuş, 1/3 tekli doymamış, 1/3 çoklu doymamış civarında olacak şekilde ayarlamak
- Tam tahıl ürünleri, kuru baklagiller, sebze-meyve tüketimini artırmak
- (Optimal beslenme için günde 3-5 porsiyon sebze, 2-4 porsiyon meyve tüketmek gerekir.)
- Basit şeker alımını azaltmak
- Tuz alımını azaltmak
- Su tüketimini artırmak
- Alkol ve sigaradan uzak durmak
- Günde en az 30 dakika Egzersiz yapmak (Yücecan, 2012; Yıldırım, 2012; Uğur, 2011; SEGM, 2008).

Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda sağlıklı beslenme puanlarının ortalama düzeyde olduğu görülmüştür (Bostan, 2017; Şimşekoğlu, 2016; Altay , 2015; Çakır, 2015; Ulaşmış, 2014; Cürcani, 2010;Özkan, 2008; Karamanoğlu, 2007).

2.4.4. Kişiler Arası Destek

İnsan sağlığı ile ilgili sosyal bir değişken olan kişiler arası destek, bireyin çevresinden elde ettiği psikolojik ve sosyal dayanak olarak tanımlanmaktadır. Burada çevre fiziksel çevreden farklı ve onun içinde yer alan psikolojik çevredir. Bu çerçevede bireyin ailesi, iş ve okul arkadaşları, öğretmenleri, partneri, içinde bulunduğu gruplar bireyin destek kaynaklarını oluşturmaktadır (Yıldırım, 1997; Eker, 1995).

- Sosyal desteği tanımlama konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır;
- İlişkide bulunulan kişi sayısı,
- Birey yardıma ihtiyaç duyduğunda, yardım edebilecek kişi sayısı,
- Bireyin sınırlarını paylaşabileceği, güven duyabileceği ve önem verdiği kişi ile kurduğu yakın ilişki,
- Birey stres altındayken veya ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği birinin olması, gibi bireyin algısına, ilişkinin nitelik ya da niceliğine bağlı farklı tanımlar yapılmaktadır (Ardahan, 2006; Yıldırım, 1997).

Sosyal destek maddi, duygusal ve zihinsel destek olarak üç farklı boyutta incelendiğinde maddi destek; ekonomik ve fiziksel yardım, duygusal destek sevgi, şefkat, ilgi, güven, empati ve bir gruba dahil olma ihtiyacı, zihinsel destek ise bir sorun karşısında problemleri çözecek bilgi desteği, öneri veya yeni bakış açıları sunma şeklinde açıklanabilir (Yalçın, 2015).

Yapılan araştırmalarda sosyal destek ve iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bir sosyal ağ içinde bulunmak, pek çok aile üyesi ve arkadaşına sahip olmak bireylerin öznel iyi oluş seviyelerini yükseltmekte ve karşılaşılan stresli durumlarla başa çıkma gücünü artırmaktadır. Yalnızlık ve yalıtılmışlık duyguları sağlık sorunları yaşama riskini artırırken sosyal destek psikolojik ve fiziksel sağlığı artıran bir anahtar rolü oynamaktadır (Yalçın, 2015; Canbay, 2010; Çevik, 2010; Cenkseven, 2007).

Sağlıklılığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesinde sosyal ilişkilerin önemi farklı alanlardan birçok araştırmacının dikkatini çekmektedir. Sosyal destek sistemi ruh sağlığının korunmasında önemli bir kaynaktır. Yaşamın farklı alanlarında değişik yaşam dönemlerinde kültüre, içinde bulunulan sosyal gruba göre değişiklik gösterebilmekte ergenlikte okul ve öğretmenlerin etki büyüklüğü yüksek iken yetişkinler için çalışma yaşamının sosyal destek üzerine pozitif etkileri olduğu görülmektedir (Yalçın, 2015; Canbay, 2010; Çevik, 2010). Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda kişiler arası destek düzeyleri yüksek bulunmuştur (Bostan, 2017; Şimşekoğlu, 2016; Altay, 2015; Çakır, 2015; Ulaşım, 2014; Cürçani, 2010; Özkan, 2008; Karamanoğlu, 2007).

2.4.5. Stres Yönetimi

Stres kavramı ilk kez Hans Selye tarafından “organizmanın her türlü değişmeye özel olmayan (yaygın) tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Daha sonraları değişen anlam yapısı içerisinde “bireyin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi sonucu ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyen, gerekli uyumu sağlayabilmek için ruhsal ve bedensel olarak harekete geçmesini gerektiren durum”, “ bütünlüğü koruma”, “gerçek duruma geçmek için çaba sarf etme ” şeklinde tanımlanmaktadır (Çam, 2014; Uğur, 2011).

Zorlanma yaratan etkenlere stres kaynağı adı verilmektedir. Bireyin kendisi ile ilgili olan kişilik, kontrol odaklılık, dürtüler, savunma mekanizmaları, yaş, cinsiyet, aile, istihdam durumu, eğitim ve gelir düzeyi “Bireysel Stres Faktörleri” arasında sayılmaktadır. Kişinin iç dünyasında düşündüğü, hissettiğiyle dışarıya karşı gösterdiği, söylediği duygu ve düşünceler arasındaki fark, onun yaşamındaki önemli bir stres kaynağını oluşturmaktadır (Çam, 2014; Cüceloğlu, 2002).

Bireyin yaşadığı çevreyle etkileşimi sonucu ortaya çıkan ısı, ışık, gürültü sorunları, hava kirliliği, radyasyon, trafik gibi ögeler “Fiziksel Stres Faktörlerini” oluşturmaktadır. İş ve meslekle alakalı olarak iş yükü fazlalığı, rol belirsizliği ve çatışması, zaman sınırlılığı, değer uyumsuzluğu, engellenme gibi özellikler “Örgütsel Stres Faktörleri” arasında sayılmaktadır (Çam, 2014; Soysal, 2009; Aydın, 2004). Bu anlamda sağlık çalışanları stres konusunda üretilen iş ve üretildiği koşullar bakımından risk grubunda yer almaktadır.

Stresin kısa ve uzun dönem etkileri farklılık göstermektedir. Kalp atış sayısında artış, kan basıncında artış, endişe karamsarlık, kızgınlık, unutkanlık, dikkati toplayamama stresin kısa dönem etkilerindedir. Stresin uzun dönem etkileri ise kronik hastalıklar baş ağrısı, kalp hastalığı, diyabet, depresyon, fobiler, kişilik değişikliği, ruhsal hastalıklar, düşünce ve hafıza kusurları, uyku bozukluklarıdır (Bez, 2011; Güçlü, 2001).

Stresin olumsuz sonuçları fizyolojik, psikolojik ve davranışsal sorunlar başlıkları altında incelenmektedir. Stresle bağlantılı olduğu düşünülen psikosomatik hastalıklar: kalp damar sistemi, üreme sistemi, sindirim ve solunum sistemi, endokrin sistem ve cilt hastalıkları stresin fizyolojik sonuçları arasında sayılmaktadır. Depresyon, kaygı, gerginlik, işbirliğinden imtina ve geçimsizlik stresin psikolojik sonuçları arasında yer almaktadır. Uykusuzluk, alkol ve madde kullanımı ise stresin davranışsal sonuçlarındandır (Çam, 2014; Bez, 2011; Yalvaç, 2011).

Stres günlük hayatta olumsuz ve hoşnutsuz halleri ile tanınmakla beraber bireyi geliştiren, değiştiren, yaratıcı ve eğitici yaşantıları da beraberinde getirmektedir. İnsanların ulaşmak istediği amaçlar, yaşandıkça bireye canlılık, neşe ve kazanç sağlayan, yaşanması istenilen durumlar “Pozitif stres (Eustress)” olarak adlandırılırken, insanların kaçınmak istediği, bireyin kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketen ve

negatif etki yaratan durumlar “Negatif stres (Distress)” olarak tanımlanmaktadır (Çam, 2014; Aydın, 2004; Uğur, 2011).

Selye, stresi süresine, şiddetine ve kontrol edilebilir ya da edilemez oluşuna göre gruplara ayırmıştır;

- Anlık stres
- Akut fakat kontrol edilebilir stres
- Akut fakat kontrol edilemez stres
- Kronik fakat kontrol edilemez stres

Organizmanın stres faktörü karşısında denge durumunu değiştirmesiyle tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler “UYUM tepkisi” olarak tanımlanmaktadır. Uyum tepkisi stres faktörünün özelliğine ve bireyin stres faktörüne verdiği anlama göre farklılık göstermektedir. Selye, yaşamı idame ettirme ve aksayan dengeyi yeniden sağlama sürecine “Genel Adaptasyon Sendromu” adını vermiştir. GAS’ın üç aşaması: Alarm, Direnme ve Tükenme aşamalarıdır. “Alarm Aşaması” “savaş ya da kaç” tepkisinin yaşandığı stres kaynağı ile yüzleşme ya da kaçma tepkisini, “Direnme aşaması” vücudun stres tepkisine uyum sağlamaya çalıştığı ve kaynaklarını kullandığı dönemi, “Tükenme aşaması” stres kaynağı ile başa çıkılmadığında ve uyum sağlanamadığında ulaşılan tükenme durumunu ifade etmektedir (Çam, 2014; Uğur, 2011).

Sağlık çalışanları meslekleri gereği strese en çok maruz kalan grupta yer almaktadırlar. Çalıştıkları ortamlardaki fiziksel ve psikolojik uyaran fazlalığı stres miktarını artırıcı etki göstermektedir.

Çalışanlarda stres yaratan durumlarda;

- a) Erken döneme ait (alarm dönemi)
 - Kalıcı anksiyete
 - Bruksizm, insomnia
 - Unutkanlıkta artma
 - Konsantrasyon bozukluğunun limitlerin üzerine çıkması
- b) Stresin daha fazla arttığı dönem(direnç dönemi)

- İş devamsızlığı ve işe gecikmelerde artış
- Sebepsiz yorgunluk artışı
- Kararsızlık ve sorumlulukları erteleme
- Pesimist düşüncelerde artış
- Aşırı, alkol, kahve ve tütün kullanımına yönelme

c) Stresin son dönemi(tükenme dönemi)

- Kronik üzünlük ve depresyon hali
- Kronik fizik ve mental yorgunluk hissi
- Kronik strese bağlı hastalıklarda artma(Baş ağrısı, mide-barsak hastalıkları, deri hastalıkları)
- Kendine zarar vermeye yönelik davranışlar (Uğur, 2011).

Stres yönetimi stresle başa çıkmak, stres yaşantısının olumsuz sonuçlarını azaltmak veya yok etmek, yaşam kalitesini artırmak için durumu veya duruma verilen tepkileri değiştirmeye yönelik dinamik, bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Çam, 2014; Güçlü, 2001).

Stresle başa çıkma konusunda bireysel ve örgütsel stratejiler önemli bir yer tutmaktadır.

Stres Yönetiminde Bireysel Stratejiler: Sosyal desteğin artırılması, iş başarısının yükseltilmesi için işle ilgili bilgi ve becerinin geliştirilmesi, fiziki egzersiz, gevşeme teknikleri, meditasyon, beslenme teknikleri, zaman yönetimi, biyolojik geri besleme, ibadet ve dua bireysel yöntemler arasında sayılabilmektedir (Yıldırım, 1991).

Stres Yönetiminde Örgütsel Stratejiler: Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanlar için destekleyici bir örgütsel iklim oluşturulması, mesleki eğitim ve iyileştirme programları, stres danışmanlığı ve eğitimi, örgütsel rollerin belirlenmesi, rol çatışmalarının azaltılması, zaman yönetimi ve çalışanların sağlık profillerinin çıkarılması sayılabilmektedir (Balcıoğlu, 2011; Ergun, 2008).

Stresin olumsuz etkilerine karşı koymak için yapılabilecek bedensel düzenlemeler:

- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi
- Mutlu düşünce ve durumlar ve meditasyondan faydalanmak
- Hedef yenileyerek güvenli, huzurlu ve mutlu bir yaşam seçmek

- Uyku düzenine dikkat etmek
- Sürekli stresörler, kaygı, depresyon ve anksiyeteden uzak durmak
- Öğrenmeyi devam ettirmek
- Hayatın değerini bilmek
- Gün ışığı ile dost olmak
- Korku ve fobilerden, kötü alışkanlıklardan uzak yaşamak
- Zihinsel çatışma ve tahrip edici düşüncelerden uzak kalmak
- Bakış açısını genişletmek
- Vücudun PH dengesini korumak
- Sosyal izolasyondan uzak durmak, çevre ile uyum içinde olmak
- Yaratıcı ve üretici olmak
- Kendini ifade edebilmek
- Zihin kapasitesini güçlendirmek
- Hafıza ve öğrenme tekniklerini kullanmak
- Düşünce akıcılığını sağlamak
- Stresörlerden uzak kalmak
- Egzersiz yapmak (Balcıoğlu, 2011; Uğur, 2011; Yeltepe, 2011).

Ülkemizde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda stres yönetimi puanları düşük bulunmuştur (Bostan, 2017; Şimşekoğlu, 2016; Altay , 2015; Çakır, 2015; Ulaş, 2014; Cürçani, 2010;Özkan, 2008; Karamanoğlu, 2007).

2.4.6. Kendini Gerçekleştirmek

Kendini Gerçekleştirme kavramı ilk kez Carl Jung tarafından kullanılmıştır. Jung’a göre kişilik olgun bir benlik yaratabilme çabasıyla sürekli gelişme eğilimindedir ve hayatın ilk yıllarında önemli olan fizyolojik gereksinimlerin yerini ilerleyen yaşlarda manevi doyum sağlayan hedefler almaktadır (Kuzgun, 1972).

Hümanistik psikologlara göre Kendini Gerçekleştirme güdüsü insan davranışlarını yöneten en önemli güdüdür. İnsancıl psikologların en önemli temsilcilerinden biri olan Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisinde beslenme, korunma, nesli devam ettirme gibi temel ihtiyaçlarla birlikte insana özgü olan saygı görmek, bilgi edinmek, estetik zevk almak gibi “gelişme ihtiyaçları” olarak tanımlanan daha üst düzey ihtiyaçların doyurulmaya çalışıldığını ileri sürmektedir. Kendini aşma güdüsü insanın doğasından gelmektedir ve

insan gelişime ihtiyaç duymaktadır. Maslow eksiklik ve gelişim gereksinimlerinin doyuma ulaşmasının kişilik üzerinde nesnel ve öznel etkileri olduğunu, eksikliklerin giderilmesinin hastalık önleyici, gelişim gereksiniminin doyurulmasının ise sağlığı besleyici etkisi olduğunu ifade etmektedir (Maslow, 2001).

Maslow kişinin doyurulmamış herhangi bir gereksiniminin var olmadığına ya da doyurulduğuna kendini inandırmaya çalışmasını “ doyurulmamış gereksinimi atlama yoluyla sahte gelişim” olarak tanımlanmaktadır. Bu sayede bireyin kendine daha yüksek gereksinim düzeylerine ilerlemek için izin vermesinin gelişimini ve kendini gerçekleştirmesini tehlikeye atarak sürekli kendini tekrarlayan bir durum yaratmasının kaçınılmaz olacağını ileri sürmektedir (Maslow, 2001).

Rogers’a göre kendini gerçekleştirmek psikoterapinin nihai amacı ve sosyal evrimin son noktasıdır. Rogers kişinin potansiyelini kullanarak ve elinden geleni yaparak en yüksek insani varlık düzeyine ulaşabileceğine inanmakta ve kendini gerçekleştirmiş insanların sahip olduğu şu dört özelliğe dikkatleri çekmektedir; kendini gerçekleştirmiş insanlar yaşantılara daha açıktırlar, varoluşsal bir hayat sürerler, organizmaya daha fazla güvenirler ve tam olarak fonksiyonda bulunurlar. Kendini gerçekleştirmiş insanlar hayatlarından memnun, değişime açık ve risk alabilen insanlardır (Rogers, 1961).

- Maslow yaşayan yahut geçmişte yaşamış tanınmış birçok yazar, politikacı, bilim adamı ile yaptığı derinlemesine çalışmalar sonucunda kendini gerçekleştirmiş bu insanların bazı ortak özelliklere sahip olduklarını saptamıştır:
- Gerçeği olduğu gibi algılama ve kabul edebilmek özelliği, ön yargılardan uzak olmak
- Kendilerini, diğerlerini ve doğayı olduğu gibi kabul edebilmek
- Spontan, doğal ve sade olabilmek, içinden geldiği şekilde davranabilmek
- Kendileri yerine insanlığı ilgilendiren problemlere odaklanmak
- Birbirleriyle çatışmadan ortak bir amaç uğrunda birlikte çalışmak
- Id, ego ve süperegoyu bütünleştirme eğiliminde olmak
- Kendine yetebilmek, baş etme mekanizmalarını kullanabilmek, yardım, destek ve iltifat beklememek
- Sağlıklı olmak, dişiliğini gerçekleştirmiş bir kadın ya da erilliğini gerçekleştirmiş bir erkek olmak
- Fiziksel ve sosyal çevreden bağımsız olarak yaşayabilmek

- Estetik güzellikler karşısında coşku yaşayabilmek, takdir edebilmek
- Kendini insanlara yakın hissedebilmek, insanlıkla özdeşleşmek
- Demokratik bir insan olmak, dil, din, ırk ayrımı yapmaksızın dostluk geliştirebilmek, bilgi, beceri ve olumlu kişilik özelliklerine saygı duymak
- Nüktedan olmak, gülerken düşündüren ince espriler yapmak
- Herhangi bir alanda  zg n eserler ortaya koyabilmek
- Bir değerler dizgesine sahip olmak
- Görevleri haz duygusu ile gerçekleştirmek
- Gururdan payını almış bir alçakgönüllülük
- Moda ve kültürün getirdiği kalıplaşmış davranışlardan uzak durabilmek, kendi modasını yaratabilmek
- Varlığı doruk deneyimlerde (en mutlu, coşku dolu, esrik andaki hisler) kavramak (Maslow, 2001; Maslow, 1973; Kuzgun, 1972).

Maslow kendini gerçekleştiren insanların oldukça sık yaşadıkları doruk deneyimlerin kişinin içinde, ilişkilerde, dünyada, insan ve dünya arasında yer alan bölümleri birleştirici nitelikte olduklarını böylece hayatı yaşanmaya değer kıldıklarını ifade etmektedir (Maslow, 2001).

Rogers'a göre kendini gerçekleştirmiş insanlarda "ideal benlik" (bireyin olmak istediği insan) ve "benlik imgesi" (bireyin gerçekte olduğu kişi) uyumludur ve bu durum benlik değerini yükseltmektedir. (Rogers, 1959).

Yapılan araştırmalarda atılganlık düzeyi ile kendini gerçekleştirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, atılganlık düzeyi arttıķa kendini gerçekleştirme düzeyinin de artmakta olduğu saptanmıştır (akır, 2010).

Yapılan çalışmalarda kendini gerçekleştirme ile kaygı ve anksiyete arasında negatif ilişki bulunmuştur, kaygı skoru düştükçe kendini gerçekleştirme skoru artmaktadır (Oğlu, 2014).

Buraya kadar sağlıklı yaşayabilmek için bireylerin sahip olmaları ve geliştirmeleri gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının neler olduğundan ve bunlara nasıl ulaşılabileceğinden söz ettik. Sağlık alışanları sağlık okuryazarlığına sahip ve tıbbi eğitimlerinin hemen her kademesinde sağlığı korumaya, sürdürmeye, tedavi etmeye, sağlıklı yaşam biçimlerine dair eğitim almış bireylerdir. Onların yaşam biçimleri

çalıştıkları birimlerdeki iş arkadaşlarına, hastalarına, aile ve arkadaş çevrelerindeki bireylere model olmaktadır. Sağlık çalışanları için sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem kendi sağlıklarını koruyup sürdürme hem de örnek oldukları tüm diğer insanlar açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda en yüksek puanlar genellikle kişiler arası destek ve kendini gerçekleştirme, en düşük puanlar egzersiz alt boyutunda görülmektedir (Bostan, 2017; Şimşekoğlu, 2016; Altay, 2015; Çakır, 2015; Ulaş, 2014; Cürçani, 2010; Özkan, 2008; Karamanoğlu, 2007).

2.5. Profesyonel Yaşam Kalitesi

“İş yaşam kalitesi; çalışma koşullarının değerlendirilmesi, çalışanın memnuniyeti ve memnuniyetsizlikleri, verimlilik, örgütteki sosyal çevre, yönetim tarzı, iş yaşamının ve iş dışı yaşamın birbiriyle ilişkisi; kısaca iş çevresinin tamamındaki güçlü ve güçsüz yönleri içine alan bir kavram” olarak tanımlanmaktadır (Martel ve Dupuis, 2006).

Profesyonel yaşam kalitesi bireyin yardım eden olarak, işiyle ilgili hissettiklerinin niteliğidir. Yapılan işin hem pozitif hem negatif yönleri profesyonel yaşam kalitesini etkilemektedir. Profesyonel yaşam kalitesi (PYK), çalışma yaşantısına dair memnuniyeti ve algıyı içeren bir kavramdır. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction) ve merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) ve tükenmişlik (burnout) boyutları vardır (Stamm, 2009).

Sağlık çalışanlarının çalışma alanı hastaneler, klinikler, toplum ruh sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri gibi bireylerin sağlık sorunları olduğunda başvurdukları kuruluşlardır. Tedavi edici hizmetler genellikle belirsiz ve beklenmedik bir hizmettir bu nedenle sağlık hizmeti talep edenler stres altındadırlar. Sağlık çalışanları hizmet verdikleri kurumlara başvuran ağrı, acı ve sancı çeken, travmatik yaşantıları olan bireylerle etkileşim halinde oldukları için hastaların seçimlerine, gereksinimlerine ve değerlerine cevap verirken aynı zamanda onlara duygusal destek sağlamaktadırlar (Rego, 2010).

Duygunun tıbbi bakımda rol oynadığı birbiriyle ilişkili üç yol vardır. Hasta ve sağlık çalışanı birbirlerinin geçmişten getirdiği duygulardan, şimdiki zaman etkileşimindeki duygulardan ve hatta sezgiler aracılığı ile gelecekteki duygularından etkilenirler (Roter, 2006).

Duygu bulaşması bireyin iletişimde olduğu kişileri farkında olmadan ve istem dışı olarak aynalaması, beden hareketleri, ses tonu ve mimiklerini eş zamanlı duruma getirmesi eğilimidir. Travmatik yaşantılar sonucu oluşan, hayal kırıklığı, mutsuzluk, acı, üzüntü, çaresizlik gibi yıkıcı duygular bunları deneyimleyen bireylerle çalışmakta olan sağlık çalışanına aktararak zamanla merhamet yorgunluğuna ve tükenmişliğe yol açar.

2.5.1. Merhamet Yorgunluğu Kavramı

“Müşfik bir cerrah bile nihayetinde kesip biçmek, şefkatli bir hemşire de acı veren işlemleri bir şekilde yapmak zorundadır. Ama neşter de iğne de nezaket ve merhamet eşliğinde daha az acı verir” (Goleman, 2007).

Empati ve merhamet, başarılı bir tedavi ortamı için sağlık çalışanlarında bulunması gereken nitelikler arasındadır, aynı zamanda sağlık çalışanları ve hastalar arasında kurulacak ilişkide hayati rol oynar. Holistik bakım ve hemşirelik hizmetlerinin memnuniyeti açısından da önemli rol oynamaktadır. Holistik bakımın teorisyenlerinden Rogers ve Watson, hasta ve hemşire arasındaki empatiye ve merhamete dayanan ilişkinin önemini vurgulamaktadır (Dossey, 1997). Empati ve merhamet, sağlık hizmetlerinin ve özellikle hemşirelik hizmetinin temelini oluşturmaktadır. Travma yaşamış, ölmek üzere olan ya da kronik hastalığı bulunan hastalara bakım hizmeti veren sağlık personelinde, sürekli olarak merhamet ve empati beklenir. Travmatize olmuş kişilere gösterilen empati ve merhamet, sağlık profesyonellerinde iş doyumunu kadar strese de yol açmaktadır. Ancak süreklilik kazanan empati ve merhamet gösterme zorunluluğu, bir süre sonra sağlık çalışanlarının streslerinin artmasına ve iş doymsuzluğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Lombardo, 2011).

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk kez hemşire Joinson tarafından 1992 yılında acil servis hemşirelerinde tükenmişliği araştıran çalışması ile ortaya çıkmıştır. Merhamet yorgunluğu Joinson’un “travmatik stresi doğrudan yaşayan insanlara yardım ederken, dolaylı olarak geçirilen travmanın duygusal etkisi” şeklinde tanımlanmasının ardından, tüm hizmet sektörlerinin ilgilendiği bir konu haline gelmiştir (Charlescraft, 2010; Joinson, 1992). O günden beri, Bakım vericilerle ilgili ilk çalışmaları yapan Charles Figley’e göre merhamet yorgunluğu, bakım verenin hastanın çektiği acıya yönelik olarak verdiği tepkidir. Figley merhamet yorgunluğunu “uzun süreli merhamet göstermenin verdiği stres sonucu ortaya çıkan tükenmişlik ve (biyolojik, psikolojik ve

sosyal) disfonksiyon hali” şeklinde tanımlar ve “bakım verenin bakım verme maliyeti” olarak görür (Figley, 2002; Figley, 1995).

Sekonder travmatik stres ve merhamet stresi sıklıkla eşanlamli olarak kullanılır. Aile bireyleri, arkadaş veya hasta gibi başkaları aracılığı ile dolaylı olarak bakım vereni etkileyen spesifik bir olay veya olaylar serisinin neden olduğu psikolojik ve emosyonel faktörler dizisidir (Figley, 2007). Sağlık çalışanı ve hasta arasında terapötik ilişkinin başlaması ile birlikte sağlık çalışanın gösterdiği merhamet ve empati, merhamet yorgunluğunun başlamasında önemli rol oynar. Daha yüksek düzeylerde empatik davranışlar gösteren sağlık çalışanlarının, daha erken empatik stress ve merhamet yorgunluğu belirtilerini gösterdikleri tespit edilmiştir (Sabo, 2011). Bu kişilerde harcanan ilişkişel enerji, tüketilen enerjiyi yerine koyma yeteneğinden daha fazladır, sonuç olarak psikolojik ve fizyolojik semptomlar ortaya çıkar (Boyle, 2011).

Merhamet yorgunluğu, travmatize olmuş veya ölmek üzere olan hastalarla ya da onların yakınları ile ilgilenen sağlık çalışanlarında yoğun travma ya da kayba karşı hissedilen doğal emosyonel tepkidir (Charlescraft, 2010). Merhamet yorgunluğu, travmatik yaşantı deneyimlerine karşı gelişen normal bir tepkidir ve insan ruhunu etkileyen zor şartlarda çalışmanın tedavi edilebilir ve bazen de önlebilir bir sonucudur. Travmaya maruz kalmış bireylerle çalışan kişilerde, bazen aşırı üzüntü ve umutsuzluğa bağlı olarak aniden tetiklenebilir veya gene bu kişilerle çalışan sağlık personelinde zaman içinde kümülatif bir etki olarak ortaya çıkabilir. Merhamet yorgunluğu, sağlık alanında çalışanlarda görülebilecek, sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları tarafından bireysel ve kurumsal olarak gerekli özenin gösterilmesi gereken, bilinen, doğal, sık rastlanan bir durumdur. Sağlık çalışanı, hastalarına bakım verirken kendisini ihmal ederse stres yüklenir, merhamet yorgunluğu ya da tükenmişlik yaşar. Sağlık hizmeti veren çalışanların %25 ila %50’sinin merhamet yorgunluğu belirtileri gösterdikleri ortaya konmuştur (Smith, 2012). Ülkemizde sağlık profesyonelleri ile yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre kadın çalışanlarda merhamet yorgunluğu düzeyleri erkek çalışanlardan daha yüksek görülmüştür (Polat,2017). Çalışma birimlerine göre acillerde en yüksek, dahili birimlerde en düşük olarak tespit edilmiştir(Başkale ve ark. 2016).

Yapılan araştırmalar merhamet yorgunluğunun mesleki etkilerini şu şekilde sıralamaktadır; meslekten soğuma, uygun olmayan kararlar, tedavi ve bakım verme oranında düşüş, tarafsız davranamama, işkoliklik, faydalılık oranında azalma, sabır

gösterememe, duygulardan uzaklaşarak mekanik davranma (Hooper, 2010; Hamilton, 2008).

2.5.1.1. Merhamet yorgunluğu semptomları

Merhamet yorgunluğu duygusal, fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal yapıların eşlik ettiği psikososyal bir durum olarak kendini gösterir. Bu kadar çok yönlü dışavurumu olan merhamet yorgunluğunun sağaltımı için bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Fiziksel, mental, ruhsal ve emosyonel olmak üzere bir insanın tüm bakış açılarını kapsayan bu semptomlar çeşitliliğinin fiziksel etkileri sonucunda iş verimi düşer ve iş stresine karşı tolerans azalır. Sağlık çalışanının daha fazla hatalar yapmasına yol açar. Emosyonel semptomlar arasında bunalmışlık hissi, iritabilite, coşku kaybı ve acıma duygusunda azalma yer alır. Merhamet yorgunluğunda hastalık nedeni ile raporlu geçen gün sayısında artış, hastalara ve ailelere karşı empati duygusunda azalma, belirli hasta grubu ile çalışmaktan kaçınma, neşe ve sevinçte azalma ve objektif olamama gibi işle ilgili belirtiler bulunur (Lombardo, 2011).

Tablo 1: Merhamet yorgunluğu semptomları

Fiziksel semptomlar	Psikolojik semptomlar	Ruhsal	Davranışsal semptomlar
<ul style="list-style-type: none">• Baş ağrısı• İnsomnia• Gastrointestinal sorunlar• Bağışıklık sisteminin zayıflaması• Hipertansiyon• Yorgunluk	<ul style="list-style-type: none">• Anksiyete• İritabilite• Yalnızlık hissi• Depresyon• Empati kaybı• Çaresizlik hissi• Konsantrasyon bozukluğu• Müdahaleci düşünceler	<ul style="list-style-type: none">• Kuşkuculuk• Amaçsızlık• Tepkisizlik• Sosyal çekilme• Coşku ve neşe kaybı	<ul style="list-style-type: none">• İşe devamsızlık• Madde kullanımı• İşle ilgili iletişimsizlik• Tıbbi hatalar• Belirli hastalardan kaçınma• Hastalara ayrılan sürenin azalması

(Murphy, 2014)

Kahn, bakım veren rolünü inceleyerek, bakım vermenin sekiz boyutunu tespit etmiştir: Ulaşılabilirlik, araştırma, ilgi, doğrulama, empati, destek olma, merhamet ve tutarlılık. Oluşturduğu kurama göre, birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğer birlikte çalışılan iş arkadaşları bakım vermeye hevesli ve birbirlerini destekliyorlarsa, bu durumda herkes rolünü daha iyi oynayacaktır. Organizasyon çalışanlarına daha fazla özen gösterirse, merhamet ve empatiye bağlı tükenmişlik düzeyleri olumlu yönde etkilenecektir (Kahn, 1997).

Tablo 2: Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu

Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu
<ul style="list-style-type: none"> • Zaman içinde yavaş yavaş gelişir • İş yükü, iş arkadaşları ve yönetimden gelen reaksiyonel gerginlik • Çevre veya iş arkadaşları ile ilgili hayal kırıklığı gibi işle ilgili durumlardan kaynaklanır • İşlerini sevmediklerini söylerler • Yoğun kişilerarası ilişkileri gerektiren her türlü meslekte ortaya çıkabilir 	<ul style="list-style-type: none"> • Hızlı başlangıç izlenir, tek bir travmatik olay sonucunda aniden ortaya çıkabilir • Hasta bakımı, empati eksikliği ve hastaların iyileşmesinde yeterince etkili olamadıkları için ilişkisel stres • Hastalarla kurulan duygusal yakınlık ve merhamet stresine uzun süre süre maruziyet • İşlerini sevdiklerini söylerler • Özellikle travmalara müdahale eden meslek gruplarına özgü bir durumdur

Empati

Araştırmacılara göre empati, kişilerarası ilişkilerde temel faktördür. Yunanca'da başka birisinin hislerini aktif olarak takdir etmek anlamına gelen empatheia sözcüğünden gelmiştir. Türk Dil Kurumu “kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi” şeklinde tanımlar.

Empati ve merhamet arasında yakın bir ilişki vardır, ancak kesinlikle eşanlamli değillerdir. Merhamet, hastanın stresini ve kaygılarını anlamaya yönelik empati sonucu izlemcide aynı stresin ortaya çıkması ve izlemcinin bunu azaltma ya da sonlandırma isteği olarak tanımlanır (Kret, 2011; Bentley, 2007). Empati duymak, hastanın duygularını hissetmek ve deneyimlemektir ve bu empatik anlayış sağlık çalışanının hastaya bakım için merhamet duymasına yol açar. Merhamet ve empatinin birçok boyutu ve yapılanma türleri literatürde mevcuttur. Bentley'e göre empati,  komponenti olan çok boyutlu bir klinik role sahiptir: Klinik, afektif ve kognitif. Klinik empati, sıcak ve anlayışlı bir iletişim yolu olarak öğrenilebilir, ancak aynı şekilde merhametin bir etkisi olarak da görülebilir (Bentley, 2007). Sabo (2006) empati ve merhamet ile ilgili yaptığı bir araştırmada, merhametin tanımını "empatik yanıtı etkileyen emosyonel yapı" olarak belirtmiştir. Böylece empati, klinik uygulamada kognitif bir yapılanma oluşturmayı sağlayan, sıcak ve anlayışlı bir iletişim içinde deneyimlenen bir davranıştır (Sabo, 2006).

2.5.1.2. Merhamet Yorgunluğu Prevalansı

Literatürde, merhamet yorgunluğu ve merhamet yorgunluğunun çok faktörlü gelişim şekilleri ile ilgili çok sayıda prevalans çalışması bulunmaktadır. Çeşitli alanlarda görev yapan sağlık alışanlarında merhamet yorgunluğunun oluşumu ve insidansı farklı yöntemlerle araştırılmıştır (Beck, 2011). 2010 yılında Yoder ve arkadaşları tarafından Midwestern hastanesinde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada merhamet yorgunluğuna yol açan durumlar ve bunlarla baş etme biçimleri araştırılmıştır (Yoder, 2010). Çalışmada Profesyonel Yaşam Kalitesi leği (ProQOL-IV) ile merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve tükenmişlik düzeyleri ölçülmüştür. Bu lek 1990'lı yılında Figley tarafından ortaya konulmuş, daha sonraki araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Yoder'in çalışmasında da katılımcılara merhamet yorgunluğunu deneyimledikleri durumlar ve başa çıkma yöntemleri sorulmuştur. Bu çalışmada katılımcılardan alınan yanıtlardaki ortak tema, hemşirelerin en çok acı çeken hasta karşısında çaresiz kaldığı durumlarda merhamet yorgunluğunun deneyimlendiği yönündedir. İş yükünün fazlalığı ve evre tarafından yeterli desteği görememe durumları ise daha çok tükenmişlik ile ilgilidir (Yoder, 2010).

Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan 185 katılımcının %62'sinin hemşire olduğu bir diğer çalışmada, yüksek merhamet yorgunluğu düzeylerinin kişisel stres düzeylerini de artırdığı gösterilmiştir (Meadors, 2011).

2.5.1.3. Merhamet Yorgunluğu ile Başa Çıkma Yöntemleri

Merhamet yorgunluğu ile başa çıkmada öz bakım yöntemleri temel rol oynar (Shiparski, 2011). Bu yöntemler arasında yeterli uyku, egzersiz, doğru beslenme gibi sağlıklı yaşam ritüelleri bulunmaktadır. Masaj, yoga ve meditasyon gibi bazı aktiviteler, çalışanların kişisel ve profesyonel açıdan ruhsal dengelerini sağlamaları için hastaneler tarafından desteklenebilecek yaklaşımlardır. Hastane bünyelerinde oluşturulan çalışanlara yardım programları çerçevesinde stres yönetimi ve iş hayatında dengenin sağlanabilmesine yönelik rehberlik çalışmaları ve eğitimler düzenlenebilir; (Lombardo, 2011;Coetzee, 2010). Amerika Birleşik Devletlerinde merhamet yorgunluğunu azaltmak amacıyla bazı çalışmalar yapılmaktadır, ancak bu tür çalışmalar daha çok iletişim, çatışma çözümü ve iş stresini azaltmak için bazı becerilerin geliştirilmesine odaklanan müdahalelerdir (Boyle, 2011; Yoder, 2010). Merhamet yorgunluğu çalışmaları sadece pratik çalışma alanları ile kısıtlı kalmamalı, eğitim ve araştırma alanlarında da sürdürülmelidir.

Öz bakıma yönelik ruh-beden çalışmalarını kapsayan programlar merhamet yorgunluğu için uygulanabilir çözümler olabilir. Farkındalık temelli müdahale çalışmalarının fiziksel ve mental sorunlarda etkili olduğu gösterilmiştir. Jon Kabat Zinn tarafından geliştirilen Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) yöntemi, kendine ve başkalarına karşı açık yüreklilik, öz farkındalık ve merhamet düzeylerini artırmaktadır. Escuriex ve Labbe tarafından yapılan bir derlemede, bu yöntem kullanılarak gerçekleştirilen sağlık çalışanlarına yönelik araştırmalar değerlendirilmiştir. Farkındalık geliştirilen sağlık çalışanlarında, diğerlerine orana daha iyi klinik sonuçlar alındığı konusunda kesin sonuç olmasa da, 11 çalışmada psikososyal fonksiyonların iyileştiği gösterilmiştir. Katılımcıların stres, anksiyete ve ruminasyon düzeylerinde azalma izlenmiş, öz duyarlılık ve empatide artış gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik olan 5 çalışmada, farkındalık eğitimlerinin hastalarla iletişim sırasında daha merhametli ve empatik olmalarını sağladığı gösterilmiştir (Escuriex ve Labbe, 2011).

Diğer bir örnek ise İyileştirenleri İyileştirme (Healing the Healers) programıdır. Bu program bakım verenlerde farkındalık meditasyonları, hareket, sevgi meditasyonu,

gevşeme eğitimleri gibi yöntemlerle öz bakım ve ruh-beden deneyimleri sağlayarak, merhamet yorgunluğunu azaltmayı hedeflemektedir (Murphy, 2012).

2.5.2. Merhamet memnuniyeti

Merhamet memnuniyeti literatürde merhamet memnuniyeti ve merhamet doyumunu olarak da kullanılmaktadır. Bu çalışmada merhamet memnuniyeti olarak kullanmayı seçtik. Sağlık çalışanları açısından travma mağdurları ve fiziksel veya ruhsal kronik hastalığı olan bireylerle çalışmasının olumlu sonucu merhamet memnuniyetidir ve yardım etmekten kaynaklanan ve pozitif bir duygu olan doyumunu ifade etmektedir. Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu eş zamanlı olarak yaşanabilmekle birlikte merhamet yorgunluğunun artışı memnuniyet duygusunun yaşanmasını engellemektedir. Merhamet memnuniyeti, travmayla başa çıkma konusunda bireylere destek verdiği, motivasyon, dayanıklılık, ilgi ve başarı duygusu sağladığı için tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunu azaltmanın etkili bir aracıdır (Pooler, 2014). Yapılan araştırmalar merhamet yorgunluğu ile başa çıkma ve önleme programlarının merhamet memnuniyetini artırdığını göstermektedir (Sprang, 2007). Ancak, merhamet memnuniyetine ilişkin hiçbir formül veya basitleştirilmiş bir yaklaşım bilinmemektedir.

2.5.3. Tükenmişlik Kavramı

70’li yıllarda ortaya çıkan tükenmişlik olgusu en sade anlatımla ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyin enerjisinin eskiye oranla fark edilebilir şekilde azalması yolunda gitmeyen süreçlerin varlığına dikkat çekmektedir (Freudenberger, 1974).

Tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından 1974 yılında “Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde tanımlanmıştır (Budak, 2005; Kaçmaz, 2005; Freudenberger, 1974).

Maslach’a göre tükenmişlik “işin niteliği gereği insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan ve duygusal taleplere maruz kalan bireylerde görülen bitkinlik, yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yapılan işe, hayatın tüm alanlarına ve diğer insanlara karşı negatif tutumlarla yansması ile oluşan bir sendromdur” (Maslach, 1982).

Risk sınırının altında kalan ve baş edilebilen stres iş yaşamı ve günlük yaşamda motive edici ve yaşamın bir parçası olarak kabul edilirken tükenmişlik baş edilemeyen iş stresinin bir sonucu olarak görülmektedir (Spooner, 2005). Uzun süreli ve baş edilemeyen iş stresine maruz kalmak tükenmişliğe neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar profesyonel yardım mesleklerinde tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Rossi, 2012).

Maslach tükenmişliğin birbiriyle ilişkili olmasına rağmen birbirinden son derece farklı olan üç boyuttan oluştuğuna dikkat çekmektedir. Bu üç boyut, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık olarak tanımlanmaktadır.

Duygusal Tükenmişlik (emotional exhaustion): Bireysel stres boyutunu belirten duygusal tükenmişlik yüz yüze çalışmayı gerektiren mesleklerde bireyin kaynaklarının tükendiğini, aşırı yorgun, yıpranmış hissetmesi ve hizmet verdiği kişilere karşı eskiden olduğu kadar sorumlu, tahammüllü ve verici olamadığını düşünmesidir (Yaman, 2002).

Duyarsızlaşma (depersonalization) : Duygusal tükenmişlik yaşayan bireyin savunma mekanizmaları kullanarak bir süre sonra hizmet verdiği bireyi bir nesne gibi algılamaya başlamasıyla çevreyle ilişkisini sınırlandırması ve insanlardan uzaklaşması iletişimde yetersizlik duyguları yaşaması olarak tanımlanmaktadır. Mesafeli, umursamaz ve alaycı tavırlar takınmak, insanları sınıflamak ve güvensizlik duyarsızlaşma belirtileri olarak kabul edilmektedir.

Kişisel Başarısızlık (personel accomplishment): Kişinin kendisi hakkında mesleki olarak başarısız olduğunu düşünmesi, yetersizlik duyguları içine girmesi olarak tanımlanmaktadır.

Tükenmişlik yaşayan kişilerde, fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, kendine güven problemleri, işe karşı ilgisizlik, düşük performans ve hizmet kalitesinde azalma gibi belirtiler görülmektedir (Özgür, 2011).

2.5.3.1. Tükenmişliğin Evreleri

1. Şevk ve coşku Evresi (Enthusiasm): Yüksek değerlerde mesleki beklentiler, umut, enerji artışı ve zor koşullara uyumlanma çabasının hâkim olduğu dönemdir.

2. Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Karşılaşılan güçlüklerden kaynaklanan rahatsızlıkların farkına varma, düşen umut ve istek oranıyla karakterize durumdur. Tüm zamanları işin doldurduğu ve arta zaman kalmadığı yakınmaları baş göstermektedir.
3. Engellenme Evresi (Frustration): Başkalarına yardım etme arzusu ile başlayan kişi çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar karşısında yoğun engellenmişlik duygusu ile baş başa kalır. Bu durumda şu üç yoldan birini kullanmaya yönelir, savunma mekanizmaları kullanma, baş etme mekanizmalarını kullanma ya da kaçınma ve kendini geri çekme.
4. Umursamazlık Evresi (Apathy): Mesleğini sadece ekonomik ihtiyaçlar için sürdürmek zorunda olma ve zevk alamama duygusu ile birlikte, umutsuzluk, inançsızlık, doyum, mutluluk ve kendini gerçekleştirmeden uzaklaşma (Düzyürek, 1992).

2.5.3.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Psikofizyolojik belirtiler: Kronik yorgunluk ve bitkinlik hissi, bağışıklık sistemi zayıflaması ve sık soğuk algınlıkları, kilo kaybı, uyku bozuklukları, solunum güçlüğü, baş ağrısı, gastrointestinal sorunlar, psikosomatik yakınmalar, kalp hastalıkları oranında artış.

Psikolojik belirtiler: Duygusal olarak enerjisiz ve bitkin hissetme, çökkün duygusal durum, çabuk sinirlenme, öfkelenme, anksiyete, huzursuzluk hissi, sabırsızlık hali, benlik saygısında azalma, değersizlik duyguları, eleştiri karşısında aşırı duyarlılık, boşluk ve anlamsızlık duyguları, karar vermede güçlükler, umutsuzluk duyguları, hayal kırıklığı (Gök, 2007).

Davranışsal belirtiler: İşe gelmek istememe, iş yerine gecikme, işi bırakma eğilimi, hizmet kalite ve niteliğinde düşüş, iş yerindeki ilişkilerde bozulma ve zayıflama, iş kazası ve yaralanmalarda artış, hatalar yapma, işleri erteleme (Özgür, 2011).

Tükenmişlik belirtileri işten ayrılma sonucunda düzelme eğilimi gösterir (Figley, 2002).

Gürdil tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu kavramları incelenmiş kimi bulguların, söz konusu iki kavramın birbiriyle benzerlik

gösteren farklı durumlar olduğu görüşünü desteklemesiyle birlikte söz konusu iki kavram arasında henüz net bir ayırım yapılamadığı ifade edilmektedir (Gürdil, 2014).

Literatürde tükenmişlikle ilgili çalışmalarda kullanılan ölçeğin daha çok Maslach'a ait tükenmişlik ölçeği olduğu görülmüştür ve ülkemizde bu çalışmada kullandığımız ölçekle yapılmış iki çalışmaya rastlanmıştır (Polat, 2017; Coşkun, 2015).

2.5.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Ve Profesyonel Yaşam Kalitesinin arttırılmasında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik yönetmeliğinde hemşirelerin rol ve sorumlulukları bakım işlevi ağırlıklı olmak üzere: Uygulayıcı Rolü, Araştırmacı Rolü, Eğitici Rolü, Yönetici Rolü, Profesyonel Rolü olarak sıralanmaktadır (Velioglu ve Babadağ, 1993). Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan psikiyatri hemşirelerinin olumlu sağlık davranışları geliştirmek ve stres ile başa çıkma, öfke kontrolü ve kriz yönetimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermeleri rolleri arasında yer almaktadır.

Günümüz koşullarında gerek iş yaşamında gerek sosyal yaşamda stresten kaçınmak mümkün değildir. Bu amaçla psikiyatri hemşirelerinin sağlık çalışanlarının stresle baş etme gücünü artırmak amacıyla eğitim programları ve destek grupları oluşturulmasına katkı verebilecekleri düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, beslenme, düzenli uyku ve dinlenme, sosyal destek, kişiler arası ilişkiler, egzersiz gibi boyutları ile sağlık profesyonelinin bireysel öz-bakımına ve yardım etmenin düzenleri içinde kendini korumasına olanak sağlayan ve edinilmesi gereken davranış ve alışkanlıkları içermektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık sorumluluğu düzeyi hemşirelerde hekimlerden daha yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının öncelikli görevlerinden biri sağlık eğitimi aracılığı ile bireylerin sağlığının korunma ve geliştirilmesine katkı vermek ve sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri ve geliştirilmesi gereken davranışları sergileyerek iyi bir rol model olarak hizmet verdikleri topluma örnek teşkil etmeleridir. Hastalarla uzun süreli yakın ilişki içindeki hemşirelerin toplumda rol modeli olmalarının farkındalığı sağlık sorumluluğu konusunda duyarlı davranmalarını sağlayan etkenlerden biri olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık davranışlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanları içerisinde hasta ile tedavi ve bakım ilişkisi kapsamında en yüksek iletişim düzeyi hasta ve hemşire arasında yaşanmaktadır. Hasta ile bu kadar uzun süreli iletişim merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerini de olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar sağlık profesyonellerinde görülen merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılıp önlenebildiğini ve bu konuda en etkin müdahalenin belirtilerin erken saptanması olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin ekip içinde danışmanlık ve eğitimci rolü yönetim düzeyinde ve bireysel önlemler alınması konusunda etkili olabileceklerine dikkat çekmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu belirtileri konusunda sağlık çalışanlarını bilgilendirerek erken tespit edilmesini sağlamalarının müdahale için ilk adımı oluşturabileceği düşünülmektedir. Yönetimin konuya dikkatini çekerek eğitim olanakları sağlanmasında, mesleki ve kişisel başarının artırılmasında, motivasyonun ve performansın yükseltilmesinde katkı sunabilecekleri, sağlık çalışanlarını kendilerini korumak amacıyla alabilecekleri bireysel önlemler konusunda bilgilendirerek yönetimin desteğinin geciktiği durumlarda da bireysel korunmayı sağlama konusunda etkili olabilecekleri düşünülmektedir.

Son yıllarda hemşirelerin lisans üstü eğitim talep ve oranlarındaki artış, sorgulayan, araştıran, değişime açık ve vizyon sahibi hemşirelerin hemen her alan ve birimde yer almasını sağlamaktadır. Literatür incelendiğinde hastalık, ağrı ve acı çekme, ölüm, yalnızlık ve güçsüzlük gibi durumlarla baş etmeye çalışan veya travma yaşantısı olan bireylerle uzun süre çalışmanın sağlık çalışanlarında yarattığı dolaylı travmalar, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin engellenmesine ve olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik önlemleri içeren çalışmalara rastlanmaktadır. Büyük bir çoğunluğu hemşireler tarafından yapılan bu çalışmalar sonucunda gerek devlet ve gerek özel kuruluşlarda sağlık profesyonellerinin profesyonel yaşam kalitesini artıracak, onları merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikten koruyacak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine olanak sağlayacak örgütsel ve bireysel önlemler alınmasının mümkün olduğu görülmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın verileri Tanımlayıcı bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimleri Ölçeği (SYBDÖ) ve Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) ile toplanmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane toplam 31 Klinik ve 756 yatak ile hizmet vermektedir. Dahili Birimler: Kardiyoloji Kliniği, Aile Hekimliği Kliniği, Anestezi Kliniği, Psikiyatri Kliniği, Nükleer Tıp Kliniği, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Dermatoloji Kliniği, Gastroenteroloji Kliniği, Nefroloji Kliniği, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Yenidoğan Kliniği, Endokrinoloji Kliniği, İç Hastalıkları Kliniği, Nöroloji Kliniği, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Cerrahi Birimler: Patoloji Kliniği, Göz Hastalıkları Kliniği, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Kadın Doğum Kliniği, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Genel Cerrahi Kliniği, Üroloji Kliniği, Ortopedi Kliniği, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Beyin Cerrahisi Kliniği'nden oluşmaktadır. Toplam personel sayısı 2800 olan hastanede 548 Hemşire, 368 Hekim görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

S.B.Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 368 Hekim, 548 Hemşireden oluşmaktadır. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 317 hekim ve hemşireye anket uygulandı(%34,6). Bu anketlerin 274'ü geçerli kabul edilerek değerlendirmeye alındı. Anket cevaplanırken sayfa atlanan 43 anket geçersiz sayılarak çalışmaya dâhil edilmedi.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme

3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri

Meslekte 6 ay ve daha uzun çalışma süresi olanlar

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

Meslekte altı aydan az süredir alışanlar

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Tanımlayıcı bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği (SYBDÖ) ve Profesyonel Yaşam Kalitesi leği (PYK) ile toplandı.

3.5.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, meslek, eğitim durumu, kurum özellikleri tanımlayıcı bilgi formunu oluşturmuştur. (Ek-I)

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği (SYBDÖ)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği (SYBDÖ) : 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Likert tipi bir ölçektir. 1-5 arasında puanlanmaktadır. Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik alışması Nihal Esin (1999) tarafından Türkçe’ ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen 48 maddeden ve kendini geerleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

Araştırmada ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizi yapılmış ve ölçeğin güvenirliği 0,89 olarak yüksek bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208’dir. Toplam puan arttıa, bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir.

Kendini Gerçekleştirme Alt Grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık Sorumluluğu Alt Grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Egzersiz Alt Grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme Alt Grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler.

Kişilerarası Destek alt Grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres Yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Alt Gruplar Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Kendini Gerçekleştirme 6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	36
Sağlık Sorumluluğu 3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	36
Egzersiz 4,10,16,22,28,34,40,46	8	32
Beslenme 2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	36
Kişilerarası Destek 1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	36
Stres Yönetimi 5,11,17,23,29,35,41,47	8	32
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 1-52.maddeler	52	208

3.5.3. Profesyonel Yaşam kalitesi Ölçeği (PYKÖ) (ProQOL R-IV) :

2005 yılında Stam tarafından hazırlanmıştır. (Stam, 2005) Yeşil ve arkadaşları(2007) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.848'dir. Otuz madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Profesyonel yaşam kalitesi (PYKÖ); çalışma yaşantısına dair memnuniyet algısını ölçmektedir. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction) ve merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) boyutları vardır. Merhamet

yorgunluğu ise tükenmişlik ve ikincil travma boyutlarından oluşmaktadır(Yeşil ve ark. 2007)

Merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction) alt ölçeklerden ilkidir ve çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler merhamet memnuniyetini ölçen maddelerdir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 87'dir.

İkinci alt ölçek olan tükenmişlik (burnout) alt ölçeği, umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 72'dir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. Maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir.

Üçüncü ölçek olan merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Bu ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 80 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir.

Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan toplam 317 hekim ve hemşireye anket uygulandı. Katılımcıların bir kısmı anketi hemen doldurup verdi. Bir kısmına da anketler bırakılması istendiği için bırakılıp daha sonra toplandı. Bu anketlerin 274'ü geçerli kabul edilerek değerlendirmeye alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın yapıldığı hastanede çalışma yoğunluğu ve iş yükü nedeniyle ankete cevap vermek istenmemesi veri toplama sürecinin uzamasına ve katılımın az olmasına neden olmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında t testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi; değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. PostHoc analizler, Tukey testi ile değerlendirildi. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Katılımcıların Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanlarının ilişkisi/Pearson Korelasyon Testi, Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışlarının yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması/t test ve One Way ANOVA, Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırılması/ t test ve One Way ANOVA, Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması/ t test ve One Way ANOVA, Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırılması /t test ve One Way ANOVA kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25/07/2017 tarihinde B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06.2017/189 numaralı yazılı etik kurul onayı, çalışmanın yapılacağı Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği'nden ise 09/08/2017 tarihinde 95175836-771 numaralı yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılacak tüm sağlık çalışanlarından yazılı olarak onam alınmıştır.(Ek- II)

4.BULGULAR

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan toplam 317 hekim ve hemşireye anket uygulanmıştır. Bu anketlerin 274'ü geçerli kabul edilerek değerlendirilmeye alınmıştır. Katılımcıların %21.9'u erkek (n=60), %78.1'i kadın (n=214). Katılımcıların 146'sı (%53.3) evli, 114'ü (%41.6) bekar, 14'ü (%5.1) boşanmış olarak beyan etmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri

	N	%	
Cinsiyet	Erkek	60	21,9%
	Kadın	214	78,1%
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	146	53,3%
	Bekar	114	41,6%
	Boşanmış	14	5,1%
Yaş	30 yaş ve altı	116	42,6%
	31-40 yaş arası	104	38,2%
	41-50 yaş arası	42	15,4%
	51 yaş ve üstü	10	3,7%

Yaş gruplarına göre sınıflandırıldıklarında 30 yaş ve altı katılımcı sayısı 116 (%42.6), 31-40 yaş arası katılımcı sayısı 104 (%38.2), 41-50 yaş arası 42 (%15.4), 51 yaş ve üstü ise 10 (%3.7) kişiden oluşmaktadır (Tablo 3).

Katılımcıların 90'ı hekim (%33.6), 182'si ise hemşireydi (%66.4). Çalıştıkları kliniklere göre sınıflandırıldıklarında ise sırasıyla %22,6sı cerrahi, %24.8 inin yoğun bakım ünitesinde % 20,4'nün aile hekimliğinde çalıştıkları görülmektedir. (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların meslekleri ve çalıştıkları klinikler

	N	%	
Meslek	Hekim	90	33,1%
	Hemşire	182	66,9%
Çalıştığı klinik	Dahiliye	38	13,9%
	Cerrahi	62	22,6%
	Yoğun Bakım	68	24,8%
	Psikiyatri	10	3,6%
	Çocuk Hastalıkları	18	6,6%
	Aile Hekimliği	56	20,4%
	Kadın Hastalıkları	6	2,2%
	Ortopedi	10	3,6%
	Onkoloji	6	2,2%

Tablo 5: Katılımcıların çalışma koşulları

	N	%	
Meslekte toplam çalışma süresi	6 ay-5 yıl	82	30,1%
	6-10 yıl	102	37,5%
	11-20 yıl	46	16,9%
	21 ve üstü	42	15,4%
Nöbet sayısı	Nöbet yok	56	20,4%
	4 nöbet ve altı	82	29,9%
	5-10 nöbet	98	35,8%
	11 nöbet ve üstü	38	13,9%
Nöbet süresi	16 saat ve altı	82	37,3%
	24 saat üstü	138	62,7%

TABLO 5 incelendiğinde, katılımcıların %37,5'inin meslekte 6-10 yıl arası çalıştığı 6 ay-5 yıl çalışan sayısının ise % 30,1 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sadece %20,4' ünün nöbet tutmadığı %62,8'inin 24 saat ve üzerinde nöbet tuttuğu belirlenmiştir. (Tablo 5).

4.1.Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi nedir?

Tablo 6: Katılımcıların Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puanları

	n	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Merhamet memnuniyeti	274	35,16	9,58	8,00	53,00
Tükenmişlik	274	19,71	7,51	6,00	40,00
Merhamet yorgunluğu	274	17,63	6,99	7,00	38,00

Katılımcıların çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puanları hesaplandığında, merhamet memnuniyeti düzeyleri 35.16 ± 9.58 (min:8.00, maks:53.00), tükenmişlik düzeyleri 19.71 ± 7.51 (min:6.00, maks:40.00) ve merhamet yorgunluğu düzeyleri 17.63 ± 6.99 (min: 7, maks:38.00) olarak belirlenmiştir. (Tablo 6).

4.2. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi düzeyi nedir?

Tablo 7: Sağlıklı yaşam biçimleri ölçeği puanları

	n	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum	Alt ve üst değerler
Sağlık sorumluluğu	274	20,04	4,46	11,00	33,00	9-36
Fiziksel aktivite	274	16,65	5,04	8,00	29,00	8-32
Beslenme	274	20,87	4,26	12,00	32,00	9-36
Kendini gerçekleştirme	274	24,74	4,53	16,00	35,00	9-36
Kişiler arası iletişim	274	24,84	3,84	15,00	35,00	9-36
Stres yönetimi	274	17,78	3,98	8,00	31,00	8-32

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimleri ölçeği puanları hesaplandığında sağlık sorumluluğu düzeyleri 20.04 ± 4.46 (min: 11.00, maks: 33.00), fiziksel aktivite 16.65 ± 5.04 (min: 8.00, maks: 29), beslenme 20.87 ± 4.26 (min:12.00, maks: 32), kendini gerçekleştirme 24.74 ± 4.53 (min:16.00, maks:35.00), kişiler arası iletişim 24.84 ± 3.84 (min:15.00, maks:35.00) ve stres yönetimi 17.78 ± 3.98 (min:8.00, maks:31.00) olarak belirlenmiştir. (Tablo 8).

4.3. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile profesyonel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Tablo 8: Katılımcıların Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanlarının ilişkisi

		Merhamet memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu
Sağlık sorumluluğu	r	0,420**	-0,411**	-0,100
	p	<0.001	<0.001	0,112
	n	258	256	252
Fiziksel aktivite	r	0,398**	-0,427**	-0,153*
	p	<0.001	<0.001	0,015
	n	256	256	252
Beslenme	r	0,401**	-0,386**	-0,123*
	p	<0.001	<0.001	0,049
	n	260	260	256
Kendini gerçekleştirme	r	0,588**	-0,605**	-0,206**
	p	<0.001	<0.001	0,001
	n	260	258	254
Kişiler arası iletişim	r	0,547**	-0,442**	-0,153*
	p	<0.001	<0.001	0,017
	n	250	248	246
Stres yönetimi	r	0,526**	-0,605**	-0,290**
	p	<0.001	<0.001	<0.001
	n	262	262	260

Pearson korelasyon testi

****p<0.001 anlamlılık düzeyi**

Katılımcıların Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanlarının ilişkisi incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile merhamet memnuniyeti düzeyleri arasında zayıf yönde anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.420$, $p<0.001$). Sağlık sorumluluğu ile tükenmişlik arasında zayıf yönde negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.411$, $p<0.001$).

Fiziksel aktivite ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında zayıf yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.398$, $p<0.001$). Fiziksel aktivite ile tükenmişlik arasında zayıf yönde negatif, fiziksel aktivite ve merhamet yorgunluğu arasında ise çok zayıf negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. (sırasıyla $r=-0.427$, $p<0.001$ ve $r=-0.153$, $p=0.015$).

Beslenme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında zayıf fakat anlamlı pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($r=0.401$, $p<0.001$). Beslenme ile tükenmişlik

arasında zayıf yönde negatif, beslenme ile merhamet yorgunluğu arasında çok zayıf yönde negatif ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=-0.386$, $p<0.001$ ve $r=-0.123$, $p=0.049$).

Kendini gerçekleştirme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir ($r=0.588$, $p<0.001$). Kendini gerçekleştirme ile tükenmişlik arasında orta düzeyde negatif yönde, kendini gerçekleştirme ve merhamet yorgunluğu arasında ise çok zayıf negatif yönde ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=-0.605$, $p<0.001$ ve $r=-0.206$, $p=0.001$).

Kişiler arası iletişim ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.547$, $p<0.001$). Kişiler arası iletişim ile tükenmişlik arasında zayıf negatif yönde, kişiler arası iletişim ve merhamet yorgunluğu arasında ise çok zayıf negatif yönde ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=-0.442$, $p<0.001$ ve $r=-0.153$, $p=0.017$).

Stres yönetimi ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.547$, $p<0.001$). Stres yönetimi ile tükenmişlik arasında orta düzeyde negatif yönde, stres yönetimi ile merhamet yorgunluğu arasında ise çok zayıf negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $r=-0.605$, $p<0.001$ ve $r=-0.290$, $p<0.001$) (Tablo 9).

4.4. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışlarını yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birim etkiler mi?

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamalarının 6 ay-30 yaş, 30-40 yaş arası ve 40 yaş ve üstü yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Cinsiyet açısından incelendiğinde fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu (sırasıyla 18.04 ± 5.79 ve 16.29 ± 4.77) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.041$). Sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamalarının kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Medeni durum açısından incelendiğinde evli, bekâr ve boşanmışlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışlarının yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması

	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Kendini gerçekleştirme		Kişiler arası iletişim		Stres yönetimi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
30 yaş ve altı	20,09	4,63	16,55	4,94	20,32	4,14	24,23	4,42	24,84	4,14	17,43	4,15
30-40 yaş	20,11	4,81	16,61	5	21,59	4,55	24,98	5,15	25,05	3,99	17,98	4,13
40 yaş ve üstü	19,97	3,57	17,16	5,22	21,13	3,65	25,43	3,57	24,68	2,84	18,16	3,44
	f=1.104 p=0,348		f=2.477 p=0,062		f=1.807 p=0,146		f=0.894 p=0,401		f=0.356 p=0,785		f=0.579 p=0,630	
Erkek	19,22	3,95	18,04	5,79	21,86	5,09	25,3	5,28	25,15	3,91	18,4	5,01
Kadın	20,25	4,56	16,29	4,77	20,62	3,99	24,59	4,31	24,75	3,82	17,61	3,63
	t=-1.647 p=0.103		t=2.082 p=0.041		t=1.694 p=0.095		t=0.903 p=0.095		t=0.660 p=0.511		t=1.145 p=0.256	
Evli / birlikte yaşıyor	20,16	4,49	16,18	5,13	20,89	4,24	24,82	4,35	24,94	3,75	17,84	4,06
Bekar	20,23	4,37	16,96	4,89	20,96	4,33	24,65	4,87	24,94	3,98	17,72	3,82
Boşanmış	17,29	4,18	19,14	4,69	20	4,08	24,57	3,55	22,67	2,99	17,71	4,63
	f=2.866 p=0.059		f=2.575 p=0.076		f=0.319 p=0.727		f=0.049 p=0.952		f=2.030 p=0.133		f=0.029 p=0.971	

T test ve One Way ANOVA

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları, meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla 20.62 ± 4.46 ve 18.91 ± 4.29 , $p=0.003$) (Tablo 11).

Meslekte toplam çalışma süreleri açısından incelendiğinde, çalışma süreleri 6 ay-5 yıl olan sağlık çalışanlarında kendini gerçekleştirme puan ortalamaları en düşük iken (23.69 ± 4.24), 6-10 yıl arası çalışanlarda en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (25.62 ± 5.16) (Tablo 11). Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0.039$). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde, 6 ay-5 yıl çalışan grubun kendini gerçekleştirme düzeyi puan ortalamalarının, 5-10 yıl arası gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0.024$, %95 GA= -3.674 ve -0.184 arası).

Tablo 10: Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırılması

	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Kendini gerçekleştirme		Kişiler arası iletişim		Stres yönetimi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hekim	18,91	4,29	16,52	5,51	20,86	4,16	24,27	4,84	24,43	3,9	17,69	4,03
Hemşire	20,62	4,46	16,64	4,77	20,77	4,21	24,88	4,3	25	3,8	17,75	3,91
	t=-3.007		t=-0.165		t=0.179		t=-0.989		t=-1.118		t=-0.113	
	p=0.003		p=0.869		p=0.858		p=0.324		p=0.265		p=0.910	
6 ay-5 yıl	20,1	4,75	16,9	4,83	20,27	4,3	23,69	4,24	24,65	4,4	17,34	4,23
6-10 yıl	19,9	4,58	16,41	5,27	21,26	4,47	25,62	5,16	25,5	3,99	18,1	4,24
11-20 yıl	19,7	3,88	16,09	4,31	21,26	4,55	24,35	3,98	24,13	2,77	17,48	3,36
21 ve üstü	20	3,34	17,14	5,66	20,57	3,28	24,75	3,48	24,21	2,97	18	3,42
	f=0.090		f=0.456		f=0.992		f=2.856		f=1.858		f=0.674	
	p=0.365		p=0.713		p=0.397		p=0.039		p=0.137		p=0.589	
Dahili branşlar	20,45	4,33	17,06	5,31	21,55	4,26	25,1	4,53	24,85	3,63	18,42	3,89
Cerrahi branşlar	19,74	4,56	17,37	5,15	21,03	4,36	24,59	4,71	24,68	4,27	17,95	4,54
Yoğun bakım	19,59	4,58	15,06	4,01	19,47	3,85	24,24	4,32	25	3,74	16,38	3,05
	f=1.025		f=4.594		f=5.574		f=0.848		f=0.123		f=6.160	
	p=0.360		p=0.011		p=0.005		p=0.431		p=0.884		p=0.002	
Nöbet yok	20,96	3,84	15,29	4,96	20,89	4,03	24,39	4,05	24,07	2,3	17,61	3,34
4 nöbet ve altı	21,5	4,73	18,18	4,91	22,85	4,4	26,58	3,98	26,05	4,1	19,88	4,1
5-10 nöbet	19,19	4,16	16,36	5,09	19,9	3,86	23,88	4,64	24,65	3,52	17,1	3,77
11 nöbet ve üstü	17,95	4,29	16,17	4,63	19,16	3,77	23,74	4,97	23,89	5,16	15,26	2,94
	f=8.051		f=4.166		f=10.493		f=6.460		f=4.211		f=15.898	
	p<0.001		p=0.007		p<0.001		p<0.001		p=0.006		p<0.001	
Nöbet süresi 16 saat ve altı	19,32	4,42	15,79	4,71	20,49	4,29	24,2	4,34	24,69	3,81	16,54	3,58
Nöbet süresi 24 saat üstü	20,18	4,67	17,67	5,05	21,21	4,4	25,22	4,78	25,22	4,29	18,55	4,25
	t=-1.344		t=-2.673		t=-1.181		t=-1.569		t=-0.890		t=-3.600	
	p=0.180		p=0.008		p=0.239		p=0.118		p=0.324		p<0.001	

T test ve One Way ANOVA

Sağlık çalışanları çalıştıkları kliniklere göre gruplandırıldıklarında, dahili branşlar, cerrahi branşlar ve yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu

belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.011$, $p=0.005$ ve $p=0.002$) (Tablo 11). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde yoğun bakım çalışanlarının fiziksel aktivite puan ortalamaları dahili ($p=0.024$, %95 GA=-3.790 ile -0.217 arası) ve cerrahi ($p=0.017$, %95 GA=-4.280 ile -0.335 arası) branşlara göre, beslenme puan ortalamaları dahili branşlara ($p=0.003$, %95 GA=-3.567 ile 0.587 arası) göre, stres yönetimi puan ortalamaları ise hem dahili ($p=0.02$ %95 GA=-3.420 ile -0.658 arası) hem de cerrahi ($p=0.043$, %95 GA=-3.03 ile -0.039 arası) branşlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanları aylık nöbet sayıları açısından sınıflandırıldıklarında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.007$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.006$ ve $p<0.001$) (Tablo 11). Post-Hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığı oluşturan grubun, aylık 4 ve altında nöbet tutan grup olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Nöbet süreleri 16 saat ve altında olan sağlık çalışanlarının, 24 ve üstünde olanlara kıyasla fiziksel aktivite (sırasıyla 15.79 ± 4.71 ve 17.67 ± 5.75) ve stres yönetimi puan ortalamaları (sırasıyla 16.54 ± 3.58 ve 18.55 ± 4.25) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir ($p=0.008$ ve $p<0.001$) (Tablo 11).

4.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyini yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birim etkiler mi?

Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyleri yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırıldığında, merhamet memnuniyeti düzeyi 30-40 yaş grubunda en yüksek (37.09 ± 10.52), 40 yaş ve üstü grupta daha düşük (35.50 ± 9.01), 30 yaş ve altı grupta en düşük (33.66 ± 8.85) olarak belirlenmiştir ($p=0.012$) (Tablo 12). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde merhamet memnuniyeti açısından 30-40 yaş arası grup, 30 yaş ve altı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken ($p=0.031$, %95 GA: 0.246 ile 6.615 arası), 40 yaş üstü grupla arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.410$).

Tablo 11: Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin yaş, cinsiyet ve medeni duruma göre karşılaştırılması

		Merhamet memnuniyeti		Tükenmişlik		Merhamet yorgunluğu	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	30 yaş ve altı	33,66	8,85	21,55	6,71	18,59	7,09
	30-40 yaş	37,09	10,52	18,95	8,26	17,71	7,40
	40 yaş ve üstü	35,50	9,01	17,39	7,21	15,46	5,76
		f=3.747	p=0.012	f=4.134	p=0.007	f=2.652	p=0.049
Cinsiyet	Erkek	37,78	10,58	18,78	8,63	17,38	7,94
	Kadın	34,48	9,21	19,95	7,20	17,70	6,72
		t=2,272	p=0,024	t=-0.920	p=0.360	t=0-0.283	p=0.778
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	36,46	9,65	18,26	8,00	17,86	7,34
	Bekâr	33,65	9,28	21,44	6,08	17,37	6,12
	Boşanmış	33,86	9,96	20,86	9,76	17,43	9,81
		f=2.796	p=0.063	f=5.874	p=0.003	f=0.151	p=0.860

T test ve One Way ANOVA

Tükenmişlik düzeyi 30 yaş ve altı grupta en yüksek iken (21.55 ± 6.71), 30-40 yaş arası grupta daha düşük (18.95 ± 8.26), 40 yaş ve üstü grupta en düşük olarak tespit edilmiştir. (17.39 ± 7.21). ($p=0.007$) (Tablo 12). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde istatistiksel farklılığın 30 yaş ve altı gruptan kaynaklandığı, hem 30-40 yaş arası gruptan ($p=0.038$, %95 GA: 0.110 ile 5.090 arasında) hem de 40 yaş ve üstü gruptan ($p=0.001$, %95GA: 1.416 ile 6.916 arası) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde merhamet yorgunluğu 30 yaş ve altı grupta en yüksek (18.59 ± 7.09), 30-40 yaş arası daha düşük (17.71 ± 7.40), 40 yaş ve üstü grupta en düşük olarak saptanmıştır. (15.46 ± 5.76) ($p=0.049$) (Tablo 12). Tukey testi kullanılarak yapılan PostHoc analizlerde istatistiksel farklılığın 30 yaş ve altı grubun merhamet yorgunluğu düzeylerinin 40 yaş ve üstü gruba kıyasla çok daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. ($p=0.017$, %95 GA: 0.448 ile 5.031).

Erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyleri (37.78 ± 10.58) kadınlara göre (34.48 ± 9.21) daha yüksek saptanmıştır. ($p=0.024$) (Tablo 12).

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 12). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan Post-

Hoc analizlerde istatistiksel farklılığın bekarlar ile evliler arasında olduğu tespit edilmiştir (p=0.02, %95 GA: 0.961 ile 5.413 arası).

Tablo 12: Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırılması

		Merhamet memnuniyeti		Tükenmişlik		Merhamet yorgunluğu	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Meslek	Hekim	33,48	9,65	20,35	7,13	17,84	7,81
	Hemşire	35,83	9,35	19,55	7,60	17,59	6,57
		t=-1.895 p=0.059		t=-1.830 p=0.408		t=0.250 p=0.795	
Meslekte toplam çalışma süresi	6 ay-5 yıl	32,72	9,32	22,77	6,63	19,85	7,41
	6-10 yıl	37,22	9,98	18,62	7,32	16,80	6,27
	11-20 yıl	35,59	8,73	18,83	7,50	17,38	8,06
	21 ve üstü	33,60	8,54	18,05	7,82	16,00	5,65
		f=3.741 t=0.012		f=6.314 t<0.001		f=3.924 p=0.009	
Çalıştığı klinik	Dahili branşlar	35,84	9,83	18,35	7,66	17,46	6,94
	Cerrahi branşlar	34,08	9,42	20,94	7,58	18,56	8,06
	Yoğun bakım	35,06	9,29	20,91	6,78	16,94	5,72
		f=768 p=0.465		f=0.3918 p=0.021		f=0.989 p=0.373	
Nöbet sayısı	Nöbet yok	36,27	6,77	17,96	6,51	18,44	6,77
	4 nöbet ve altı	40,50	9,82	15,92	7,76	15,66	6,11
	5-10 nöbet	32,43	9,07	22,24	6,39	18,67	7,42
	11 nöbet ve üstü	29,72	8,23	23,22	7,20	17,75	7,33
		f=17.384 p<0.001		f=15.941 p<0.001		f=3.061 p=0.029	
Nöbet süresi	16 saat ve altı	32,72	7,57	22,50	6,76	17,39	6,93
	24 saat üstü	36,18	11,19	18,85	7,93	17,50	7,11
		t=-2.679 p=0.008		t=3.424 p=0.001		t=-0.104 p=0.917	

T test ve One Way ANOVA

Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyleri meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırıldığında, Merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin hekim ve hemşireler arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (p=0.408 ve p=0.795) (Tablo 13).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda en düşük (32.72 ± 9.32), 6-10 yıl arası çalışanlarda en yüksek (37.22 ± 9.98) iken, 11-20 yıl arası çalışanlarda 35.59 ± 8.73 , 21 yıl ve üstü çalışanlarda 33.60 ± 8.54 olarak tespit edilmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo 13). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde 6 ay-5 yıl çalışan grubun merhamet memnuniyet düzeylerinin 6-10 yıl arası çalışan gruba göre çok daha düşük olduğu ($p=0.019$, %95 GA: 0.365 ile 5.727 arası), diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tükenmişlik düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışanlarda en yüksek iken (22.77 ± 6.63), 6-10 yıl arası, 11-20 yıl arası ve 21 yıl üstünde çalışan gruplarda benzer olarak bulunmuştur. (sırasıyla 18.62 ± 7.62 , 18.83 ± 7.32 ve 18.05 ± 7.82). Fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 13). Post-Hoc analizlerde 6 ay-5 yıl çalışan grubun tükenmişlik düzeyleri, 6-10 yıl çalışan grup ($p=0.001$, %95 GA: 1.286 ile 7.018 arası), 11-20 yıl arası çalışan grup ($p=0.019$, %95 GA: 0.414 ile 7.419 arası) ve 21 yıl üstünde çalışan grubun ($p=0.004$, %95 GA: 1.140 ile 8.303 arası) ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük iken, diğer grupların kendi aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Merhamet yorgunluğu düzeyleri de 6 ay-5 yıl çalışan grupta en yüksek iken (19.83 ± 7.41), 6-10 yıl arası çalışanlarda 16.80 ± 6.27 , 11-20 yıl arası çalışanlarda 17.38 ± 8.06 ve 21 yıl üstünde çalışanlarda 16.00 ± 5.68 olarak tespit edilmiştir. (Tablo 13). Post-Hoc analizlerde istatistiksel farklılığın 5 yıl altında çalışan grup ile 6-10 yıl çalışan grup arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.019$, %95 GA: 0.365 ile 5.727 arası).

Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre, tükenmişlik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 13). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde farkın dahili kliniklerde çalışanların tükenmişlik düzeyinden kaynaklandığı ve cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Merhamet memnuniyeti düzeyleri aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken (40.50 ± 9.82), 11 nöbet üstünde nöbet tutanlarda en düşük (29.72 ± 8.23), nöbet tutmayanlarda 36.27 ± 6.77 , beş ila on nöbet arası tutanlarda 32.09 ± 9.07 olarak tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 13). PostHoc analizlerde, istatistiksel anlamlılığın 4 ve

altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet arası nöbet tutan grup arasında olduğu tespit edilmiştir ($p=0.024$, %95 GA:-5.747 ile 0.284 arası).

Tükenmişlik düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük (15.92 ± 7.76), 11 nöbet ve üstünde tutanlarda en yüksek olarak saptanmıştır (23.22 ± 7.20). Nöbet tutmayanlarda 17.96 ± 6.51 iken, 5-10 nöbet arası tutanlarda 22.24 ± 6.39 olarak bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 13). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde 4 ve altında nöbet tutan grubun, 5-10 nöbet tutan grup ve 11 ve üstünde nöbet tutan gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük tükenmişlik düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$, %95 GA:-9.089 ile -3.563 arası ve $p<0.001$, %95 GA:-10.049 ile -3.657 arası). Aylık 5-10 nöbet tutan grubun tükenmişlik düzeyleri ise nöbet tutmayanlar ($p=0.002$, %95 GA: 1.241 ile 7.322 arası) ve ayda 4 nöbet ve altında tutanlara ($p=0.002$, %95GA: 1.241 ile 7.326 arası) kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Benzer şekilde merhamet yorgunluğu düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken (15.66 ± 6.11), nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir (sırasıyla 18.44 ± 6.77 , 18.67 ± 7.42 ve 17.75 ± 7.33) ($p=0.029$) (Tablo 13). Tukey testi kullanılarak yapılan Post-Hoc analizlerde istatistiksel farklılığın 4 nöbet ve altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet tutan grup arasında olduğu saptanmıştır ($p=0.024$, %95 GA: 0.284 ile 5.747 arası).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sürelerine göre değerlendirildiğinde nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha yüksek (36.18 ± 11.19), 16 saat ve altında olanlarda daha düşük olarak tespit edilmiştir (32.73 ± 7.57). Tükenmişlik düzeyleri ise nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha düşük iken (18.85 ± 7.93), 16 saat ve altında olanlarda (22.50 ± 6.76) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.001$). Merhamet yorgunluğu açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p=0.917$) (Tablo 13).

5.TARTIŞMA

5.1.Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Bu çalışmada merhamet memnuniyeti düzeyleri 35.16 ± 9.58 bulunmuştur. Başkale ve arkadaşları 2016 yılında 250 yataklı bir devlet hastanesinde hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarını 30.99 ± 8.63 olarak bulmuşlardır. İtalya'da 2017'de Cetrano ve arkadaşlarının(2017) yaptığı bir çalışmada Ruh sağlığı profesyonelleri arasında merhamet memnuniyeti 32.7 ± 7.1 olarak bulunmuştur. Wu ve arkadaşları (2015) yılında Amerika'da 486, Kanada'da 63 onkoloji hemşiresi ile yaptıkları çalışmada merhamet memnuniyeti düzeylerini Amerika'da 42.37, Kanada da 42.6 olarak saptamışlardır. Mangoulia ve arkadaşları(2015) yaptıkları çalışmada hemşirelerin merhamet memnuniyeti düzeylerini 28.36 ± 9.46 olarak bulmuşlardır. Galiana ve arkadaşları(2017) İspanya ve Brezilyada gerçekleştirdikleri, hekimleri, hemşireleri, psikolog ve sosyal çalışmacıları kapsayan çalışmada merhamet memnuniyeti oranlarını İspanya'da 41.05, Brezilya örnekleminde 41.63 olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmada bulunan değerler Başkale ve arkadaşları ile Cetrano ve arkadaşlarının değerlerine yakın iken, Mangoulia ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek tespit edilmiştir. Mangoulia ve arkadaşları merhamet memnuniyeti çalışmalarında, merhamet memnuniyeti düzeylerinin düşük olarak bulunmasını, katılımcıların çoğunluğunun travmatik bir deneyim yaşamış olmalarına bağlamaktadırlar. Bu sonuç sağlık çalışanlarının travmatik deneyimlerini de inceleyen daha ileri çalışmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada tükenmişlik düzeyleri 19.71 ± 7.51 olarak bulunmuştur. Başkale ve arkadaşları(2016) tükenmişlik puan ortalamalarını 25.41 (± 5.51), Cetrano ve arkadaşları(2017) 22.9 ± 4.5 olarak bulmuşlardır. Wu ve arkadaşları (2015) Amerika'da 22.66, Kanada'da 22.49 olarak bulmuşlardır. Mangoulia ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında tükenmişlik düzeyi 25.17 ± 0.94 olarak bulunmuştur. Galliana ve arkadaşlarının(2017) çalışmasında İspanya örnekleminde tükenmişlik 15.62, Brezilya örnekleminde 15.05'dir. Bu çalışmada tükenmişlik oranları Başkale, Cetrano ve Mangolia ve arkadaşlarının çalışmalarından düşük, Galliana ve arkadaşlarının çalışmasından yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bu çalışmada merhamet yorgunluğu düzeyleri 17.63 ± 6.99 olarak bulunmuştur. Başkale ve arkadaşları (2016) merhamet yorgunluğu puan ortalamalarını 16.43 ± 7.41 , Cetrano ve

arkadaşları (2017)ise 14.4±4.1 olarak bulmuşlardır. Wu ve arkadaşları (2015)Amerika’da 22.65, Kanada’da 22.41 olarak bulmuşlardır. Yoder 2008 yılında Goshen General Hospital ABD’de yaptığı bir çalışmada, hemşireler arasında merhamet yorgunluğu puanları 17 ve üzeri olan çalışan oranını %15.8 bulmuştur. Stamm’ın 2005 yılında yaptığı çalışmada bu oran %25’tir. Mangoulia ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri 16.45 ± 8.58 olarak bulunmuştur. Galliana ve arkadaşlarının(2017) çalışmasında İspanya örnekleminde 12.42 merhamet yorgunluğu tespit edilirken Brezilya örnekleminde bu oran 14.24 tür.

Bu çalışmada saptanan merhamet yorgunluğu ortalamaları Başkale ve arkadaşlarının çalışmasına yakın olmakla birlikte merhamet yorgunluğu düzeyleri yüksek olanların oranları Yoder ve Stamm’ın çalışma bulgularına kıyasla oldukça yüksek, Magnoulia ve arkadaşlarına ise yakındır. Bu çalışmada merhamet yorgunluğu düzeyleri, aylık 4 ve altı nöbet tutanlarda düşük, diğer gruplarda yüksek bulunmuştur. Katılımcı sayısına bakıldığında aylık 5 ve üzerinde nöbet tutan katılımcı sayısının, 4 ve altı nöbet tutan katılımcı sayısının iki buçuk katı olduğu görülmektedir. Bu sonucun merhamet yorgunluğu düzeyi oranlarını etkilediği düşünülmektedir.

5.2. Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Düzeyi

Bu çalışmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimleri ölçeği puan ortalamaları hesaplandığında kişiler arası iletişim en yüksek, 24.84±3.84, ikinci sırada kendini gerçekleştirme 24.74±4.53, ve sırasıyla beslenme 20.87±4.26 sağlık sorumluluğu 20.04±4.46, stres yönetimi 17.78±3.98 ve en düşük olarak fiziksel aktivite 16.65±5.04 bulunmuştur. Pasinlioğlu ve Gözüm(1998) SYBDÖ kullanarak sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada sağlık personelinin sağlık sorumluluğunu yetersiz bulmuşlardır. Özkan ve Yılmaz(2008) sağlık sorumluluğu toplam puanı ile yaş, aile tipi, haftalık çalışma süresi ve çalışma biçimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulurken, 34 yaş ve üzerinde olan, geniş aileye sahip, haftada 40 saat ve altı, sürekli gündüz çalışan hemşirelerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek bulmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada kadınlarda sağlık sorumluluğu alt boyutunun erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır(İlhan, 2010). Sağlık sorumluluğu kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunurken 34 yaş ve üzeri olan hemşirelerde sağlık sorumluluğu puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Karamanoğlu, 2007). Yaşla birlikte sağlık sorumluluğu puanlarının artış gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır

(Cihangiroğlu, 2011). Gündüz çalışan hemşirelerle gece çalışanlar ile nöbet ve vardiya usulü çalışanlar arasında fark olduğu saptanmıştır (Uz, 2017). Şimşekoğlu ve Mayda(2016) hemşirelerle yaptıkları çalışmada evli hemşirelerin beslenme puan ortalamalarını bekâr olanlardan yüksek bulmuş, aylık nöbet sayısı arttıkça beslenme alt ölçek puanının düştüğünü saptamışlardır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda 40 yaş ve üzeri grubun beslenme ile ilgili sağlığı geliştirme davranışını daha yüksek düzeyde uyguladıkları saptanmıştır (Özkan, 2008) (Altay, 2015). Beslenme alt ölçeği puanları kadınlarda erkeklere, evlilerde bekârlara oranla ve yaş ilerledikçe daha yüksek olarak saptanmıştır (İlhan, 2010) (Çakır M. P., 2015).Nalan Bostan'ın 2013 yılında SYBDÖ kullanarak yaptığı çalışma sonucunda; beslenme alt grubu kadınlarda erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi bekârlarda evlilere oranla yüksek olarak saptanmıştır (Bostan, 2017). Yapılan çalışmalarda medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, evli olanlarda kendini gerçekleştirme alt boyutunun bekârlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır (İlhan, 2010). Şimşekoğlu ve Mayda (2016) Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görevli hemşirelerle yaptıkları çalışmada, çalışma yılı azaldıkça kişiler arası destek oranının arttığını saptamışlardır. Özkan ve Yılmaz(2008) Stres yönetimi puan ortalaması ile yaş, eğitim durumu, aile tipi, haftalık çalışma süresi, çalışma biçimi ve çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu saptamışlardır. 25 yaş altı hemşirelerin stres geniş ailede yaşayan, haftada 40 saat ve altı ve sürekli gündüz çalışan ve bekâr hemşirelerin stres yönetimi alt grubuna ait puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlar, gündüz çalışan hemşirelerin stres yönetimi alt puan ortalamalarının nöbet veya vardiya çalışan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bir başka çalışmada bekâr hemşirelerin stres yönetimi alt grubu puanları evlilerden yüksek olarak bulunmuştur (Cürcani, 2010). Uz ve Kitiş(2017) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hastanesi'nde çalışan 538 hemşire ile SYBDÖ kullanarak yaptıkları çalışmada 25 ve daha küçük yaştaki hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olarak saptarken 41 yaş ve üzerindeki ortalamanın yeniden 25 yaş altındakine yaklaştığını bulunmuşlardır.

Bu çalışmada kişiler arası destek alt boyutu puanlarının yüksek, egzersiz alt boyutu puanlarının ise diğer boyutlara oranla düşük bulunması, literatürdeki benzer çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Diğer tüm popülasyonlarda olduğu gibi sağlık

çalışanlarında da fiziksel aktivite düzeyleri kılavuzlarda önerilen düzeyleri karşılamamaktadır. Bu sonuçlar içinde yaşadığımız toplumun kültürüyle ilişkili olabilir. Ayrıca vardiyalı çalışma biçiminin insanların yaşam biçimini olumsuz etkilemesi fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlığı puanlarının düşük olmasına neden olmuş olabilir.

5.3.Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları İle Profesyonel Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiler

Bu çalışmada sağlık sorumluluğu düzeyi arttıkça merhamet memnuniyeti düzeylerinde artış, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde düşüş saptanmıştır. Literatürdeki Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin kendi sağlıkları söz konusu olduğunda, sanıldığı gibi bilinçli davranmadıkları ve sağlık sorumluluğu düzeylerinin yüksek olmadığı görülmektedir (Altay, 2015; Ulamış, 2014; Cürcani, 2010; Yalçınkaya, 2007; Pasinlioğlu, 1998). Bu çalışmada sağlık sorumluluğu ile tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında negatif ilişki saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği arttıran çalışma koşulları ve nöbet sayılarındaki artış sağlık sorumluluğu puanlarını düşürmektedir.

Bu çalışmada fiziksel aktivitede artışın merhamet memnuniyeti düzeylerinde yükselişe, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinde düşüğe eşlik ettiği saptanmıştır. Aynı şekilde, beslenme düzeyindeki artış merhamet memnuniyetinde artışa, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunda düşüğe eşlik etmektedir. Bu çalışmada kendini gerçekleştirme ve merhamet memnuniyeti puanları artarken, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu puanlarında düşüş izlenmiştir. Kişiler arası iletişim ve merhamet memnuniyeti puanları artarken, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu puanlarında düşüş gözlenmiştir. Stres yönetimi ve merhamet memnuniyeti puanlarındaki artışla birlikte, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik puanlarında düşüş izlenmiştir. Tanrıverdi ve Işık, (2014) Anadolu yakasındaki özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerle SYBÖ ve profesyonel yaşam kalitesini ölçen 14 soruluk bir anket kullanarak yaptıkları çalışmada, stres yönetimi ile profesyonel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır. 251 pediatri hemşiresi ile çalışma yapan Meyer ve arkadaşları(2015) stres düzeyinin merhamet yorgunluğunu arttırdığını ve tükenmişlikle merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Literatürde sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve profesyonel yaşam kalitesini birlikte araştıran çalışmaya rastlanamamıştır. Cecil ve arkadaşları (2014) İngiltere’de Tıp Öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, olumsuz yaşam biçimi davranışları ile yüksek tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki tespit etmişlerdir. Bu çalışmada tükenmişlik prevalansı ile beslenme, fiziksel aktivite, alkol ve sigara tüketimi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Katılımcıların %54’ünde tükenmişlik tespit edilmiştir. Yaşam biçimi davranışlarının tükenmişlik düzeyini ön görebilme olasılığının düşük olmasına dikkat çekilerek, tıp öğrencilerinde fiziksel aktivitenin artırılması ve diyet programlarının düzeltilmesi önerilmiştir. Bu çalışmada kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminin iyi olmasının merhamet memnuniyetini artırdığı; merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği azalttığı söylenebilir.

5.4. Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları ile Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Meslek, Çalışma Yılı, Çalıştığı Birim Arasındaki İlişkiler

5.4.1.Yaş

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır. 538 hemşire ile SYBDÖ kullanarak yapılan bir çalışmada 25 ve daha küçük yaştaki hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olarak saptarken, 41 yaş ve üzerindeki ortalamanın yeniden 25 yaş altındakine yaklaştığı bulunmuştur (Uz ve Kitiş, 2017). Özkan ve Yılmaz da çalışmasında(2015) 25 yaş altı hemşirelerin stres boyutunu diğer alt boyutlardan yüksek bulurken, yaş arttıkça kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının yükseldiğini saptamıştır. Güler ve arkadaşlarının çalışmasında(2008) yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı, Özkan ve Yılmaz’ın çalışmasında(2008) yaş arttıkça kendini gerçekleştirme ve beslenme puanlarının arttığı, sonuç olarak 40 yaş ve üzeri grubun sağlığı geliştirme davranışlarını daha yüksek düzeyde uyguladıkları saptanmıştır. Bu çalışmada yaş artışı ile görülen puan artışı diğer çalışma bulguları ile uyum göstermektedir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak yaş ile ilişkili çıkmayışının nedeni yaş ortalamasının benzer olması olabilir.

5.4.2.Cinsiyet

Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi incelendiğinde fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu saptanmıştır. Yalçınkaya ve arkadaşları 2007’de sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada, erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerini kadınlardan yüksek bulmuştur. 2016 yılında küresel düzeyde yapılan araştırmalar sonucunda 13-15 yaş arası gençlerin sadece %34’  spor yaparken 15 yaş üzerindeki bireylerin %60’ının hiç spor ve egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir. 18 yaş üzeri nüfusta erkeklerin %20’sinin kadınların %27’sinin egzersiz bakımından yeterli düzeyde aktif olmadığı ve yetişkinlerin büyük çoğunluğunun günde en az 4 saat oturduğu bulgusuna ulaşılmıştır. (WHO, 2016). Bu çalışmada egzersiz alt boyutunun diğer boyutlardan düşük puan aldığının görülmesi ve erkeklerin puanlarının kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunması Dünya Sağlık rgt tarafından 2016 yılında yapılan küresel araştırma sonucunu desteklemektedir. Kadınlara egzersiz boyutunun erkeklerden düşük olma sebepleri konusunda toplumumuzda kadın ve erkeğin ev sorumluluklarının ve görev dağılımlarının erkeğe daha fazla alan yaratmakta olduğu ve nöbet sistemi ile çalışan kadın hekim ve hemşirelerin egzersiz yapmak için kendilerine zaman ayıramadıkları düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık sorumluluğu alt boyutunun kadınlarda erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır (İlhan, 2010;Yalçınkaya, 2007). Yine Beslenme alt leği puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olarak bulunmuştur (Bostan, 2017; akır M. P., 2015; İlhan, 2010). Bu çalışmada sağlık sorumluluğu, kişiler arası iletişim, stres yönetimi ve beslenme alt ölçek puanları incelendiğinde cinsiyet açısından farklılık göstermemiştir.

5.4.3.Medeni Durum

Bu alışma medeni durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları açısından fark gözlenmemiştir. şimşekoğlu ve Mayda(2016) hemşirelerle yaptıkları çalışmada bekâr hemşirelerin egzersiz puan ortalamalarını evli olanlardan yüksek olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalarda beslenme alt leği puanları evlilerde bekârlara oranla daha yüksek olarak saptanmıştır (şimşekoğlu, 2016; akır M. P., 2015; İlhan, 2010). Bostan’ın 2013 yılında SYBDÖ kullanarak yaptığı çalışma sonucunda,(yayın tarihi 2017) sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi bekârlarda evlilere oranla yüksek olarak saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, evli olanlarda kendini gerçekleştirme alt boyutunun bekârlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır (İlhan, 2010). Cürcani ve arkadaşları(2010) yaptıkları çalışmada bekâr

sağlık profesyonellerinin stres yönetimi alt grubu puanlarını evlilerden yüksek olarak bulmuşlardır.

5.4.4.Meslek

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslek açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puanlarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak literatürde hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştıran çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmada 60 erkek ve 214 kadın katılımcıya ulaşılmıştır. Yine çalışmaya katılan hekim sayısı hemşire sayısının yarısı kadardır. Hemşirelik mesleğinde çalışan erkek sayısı halen kadın sayısına ulaşamamıştır. Çalışmanın bir araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiş olması ve çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük bölümünün asistanlık seviyesinde bulunmaları, yoğun çalışma, kariyer tamamlama çabaları, kendine zaman ayıramama gibi nedenlerle sağlık sorumluluğunu ihmal ettiklerini düşündürebilmektedir.

5.4.5.Meslekte Çalışma yılı

Bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslekte çalışma yılı açısından incelendiğinde sadece kendini gerçekleştirme alt boyutunda anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 6 ay-5 yıl çalışan grubun kendini gerçekleştirme düzeyi puanlarının, 5-10 yıl arası gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma süreleri 6 ay-5 yıl ve altında olan sağlık çalışanlarında kendini gerçekleştirme puanları en düşük, 6-10 yıl arasında en yüksek, 11-20 ve 21 yıl ve üstünde çalışma süresi olanların yakın olduğu izlendi ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları meslekte çalışma yılı açısından incelendiğinde Şimşekoğlu ve Mayda(2016) çalışma yılı 1-5 yıl olan grubun kişiler arası destek alt ölçek puan ortalamasını 6-15 ve 16 yıl ve üstü süredir çalışan grupların ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olarak tespit etmiştir. Bostan'ın çalışmasında(2013) beslenme alt grubu puan ortalamaları ile çalışma süresi karşılaştırıldığında, 1-5 yıl ile 16 yıl ve üstünde çalışanlar; 6-10 yıl ile 16 yıl ve üstünde çalışanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yalçinkaya(2007) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada çalışma yılı arttıkça egzersiz yapmaya daha fazla özen gösterdiklerini tespit etmiştir. Pasinlioğlu(1998) ve Yalçinkaya(2007) çalışma yılı arttıkça beslenme alt ölçek puanlarının arttığı bulgusuna

ulaşmışlardır. Şimşekoğlu ve Mayda(2016) çalışma yılı azaldıkça kişiler arası destek oranının arttığını saptamışlardır. Hemşirelerin çalışma süreleri ile SYBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hemşirelerin çalışma süresi azaldıkça sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (Özkan, 2008; Cürcani, 2010). Bu çalışmada mesleğin ilk yıllarında kendini gerçekleştirme puanlarının diğer yıllara oranla düşük bulunması, çalışmanın yapıldığı hastanenin bir araştırma hastanesi olması, çalışanları büyük çoğunluğunu asistanların oluşturması, sağlık çalışanlarının mesleğin ilk yıllarında hedefledikleri kariyere ulaşmak amacıyla verdikleri mücadelenin henüz başında olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Uzmanlık, yüksek lisans ve doktora eğitimleri bu çalışma dönemine karşılık gelmekte ve yaklaşık olarak 2 ila 5 yıl arasında sürmektedir. Kariyer hedefine giden yoldaki ilk yıllar bu nedenle kendini gerçekleştirme puanlarının düşük olduğu dönemdir. İkinci beş yıllık dönem hedefe ulaşıldığı yükseliş dönemidir.

5.4.6.Çalışma Durumu/Nöbet

Bu çalışmada sağlık çalışanları, aylık çalışma durumu ve nöbet sayısı açısından sınıflandırıldığında, fiziksel aktivite puanları nöbet tutmayanlarla, 4 ve altında nöbet tutarlarda daha yüksek bulunurken, 5-10 nöbet arasında tutarlarda daha düşük, 11 ve üzeri nöbet tutarlarda en düşük olarak bulunmuştur. Nöbet süresi 16 saat ve altında olanların 24 saat üstünde nöbet tutarlara oranla fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Bu çalışmada bulunan değerler Türköl ve Güneşin(2012) asistan doktorlarla yaptıkları çalışmadaki değerlerle benzerlik göstermekte, nöbeti olmayanlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi ölçeklerinin puanları yükselirken, nöbet sıklığı ile puanlarda belirgin olarak düşüş saptanmaktadır. Yine yapılan çalışmalarda Gündüz çalışan hemşirelerle gece çalışanlar, ayrıca nöbet ve vardiya usulü çalışanlar arasında fark olduğu saptanmıştır (Uz ve Kitiş, 2017). Haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı arttıkça beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, fiziksel egzersiz, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarının da nöbet sayısı ile orantılı olarak düştüğü saptanmıştır (Uz ve Kitiş, 2017; Şimşekoğlu, 2016; Çakır, 2015; Cürcani, 2010; Özkan, 2008). Nöbetli ve vardiyalı çalışma sistemi tüm yaş aralıklarında zorlayıcı ve yorucu olarak değerlendirilmektedir. Sürekli gece çalışan personelin bir süre sonra uyku bozuklukları, zaman planlama zorlukları, adaptasyon problemleri yaşadıkları görülmektedir. Yapılan araştırmalarda sürekli olarak gece çalışan personelin güneş ışığından uzak kalmasının D vitamini

eksikliği, depresyona yatkınlık ve beslenme bozukluklarına yol açtığı, uykuda geçirmesi gereken zamanın yapay ışık altında geçirilmesinin melatonin hormonu salgılanma düzenini bozarak yaşlanma ve kanser eğilimine neden olduğu gözlenmiştir (Özdemir, 2018; Bacak, 2014; Özçelik, 2013; Şener, 2010; Çam, 2003).

Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında, yaş, eğitim durumu, aile tipi, haftalık çalışma süresi, çalışma biçimi ve çocuk sahibi olma durumunun stres yönetimi puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediğini saptamışlardır. 25 yaş altındakilerin, geniş ailede yaşayan, haftada 40 saat ve altında görev yapan ve sürekli gündüz çalışanların ve bekâr hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır. Gündüz çalışan hemşirelerin stres yönetimi alt puan ortalamalarının, nöbet veya vardiya çalışan hemşirelerin puanından daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Vardiyalı mesai sisteminin metabolizmada yarattığı değişiklikleri gösteren pek çok çalışma yapılmaktadır. Gece çalışmanın ruh sağlığı üzerine pek çok olumsuz etkisi mevcuttur (Çalık, 2015; Özçelik, 2013).

5.5. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, çalışma yılı, çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

5.5.1.Yaş

Bu çalışmada merhamet memnuniyeti 30-40 yaş grubunda en yüksek, 40 yaş ve üstü grupta daha düşük, 30 yaş altı grupta en düşüktü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 30 yaş altı grupta merhamet memnuniyeti düzeylerinin düşük bulunması deneyimsiz sağlık personelinin kariyer sürecini tamamlamaya çalışırken yaşamakta oldukları belirsizliğin ve hayatlarına yön verme çabasının merhamet memnuniyetini etkilediğini düşündürmektedir. Yine aynı grupta tükenmişliğin en yüksek düzeyde bulunmasının bu fikri pekiştirerek merhamet memnuniyeti oranını düşürmekte olduğu düşünülmektedir. 30-40 yaş arasında merhamet memnuniyetinin en yüksek düzeyde bulunması kim olduğunu ve ne yapmak istediğini keşfetmiş, alanında deneyim kazanmış ve kariyer yolundaki engelleri aşmış sağlık personelinin merhamet memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Rossi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada merhamet memnuniyetini 30 yaş ve altında en yüksek tespit ederken, yaşla birlikte hafif bir düşüş gösterdiğini gözlemlemişler, ancak farkı anlamlı bulmamışlardır. Yoder 2010 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada merhamet memnuniyeti değerlerini

30 yaş altında en yüksek, 30-40 yaş arası düşük ve 40 yaş üzerinde yüksek bulmuştur. Literatürdeki farklı sonuçların farklı ülkelerdeki eğitim ve mezuniyet, uzmanlaşma, kültür ve yaşam süresi ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Wu ve arkadaşlarının onkoloji hemşireleriyle 2015 yılında Amerika ve Kanada'da yaptıkları çalışmada, 40 yaş ve altında merhamet memnuniyeti düzeyi yüksek olanların oranı %54 iken, 41-50 yaş aralığında bu oran %63, 51 yaş ve üstünde ise %59 bulmuşlardır. Yaş sınıflamamızda bu çalışmadaki en yüksek yaş aralığının Wu ve arkadaşlarının çalışmasında en düşük yaş aralığına karşılık gelmesi Amerika ve Kanada'daki yaşam ve çalışma koşullarının, emeklilik yaşı ve hemşirelik mesleğinin bu ülkelerde her yıl yapılan güvenilirlik anketlerinde birinci sırada yer almasının ve mesleki saygınlığının etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada tükenmişlik düzeyi 30 yaş ve altı grupta en yüksek iken, 30-40 yaş arası grupta daha düşük, 40 yaş ve üstü grupta en düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Rossi ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında tükenmişlik düzeyleri tüm yaş gruplarında birbirine yakın sonuçlar vermiştir. Wu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında tükenmişlik düzeyleri 40 yaş ve altındaki katılımcılarda %46 oranında düşük düzeyde tükenmişlik tespit edilirken %54 oranında orta düzeyde, 41-50 yaş arasında %60 düşük düzeyde, %40 orta düzeyde, 51 yaş ve üstünde %52 düşük düzeyde, %48 orta düzeyde bulunmuştur. Tükenmişlik düzeyi yüksek olan katılımcıya rastlanmamıştır. Bu çalışmada 30 yaş altı katılımcı sayısı oldukça yüksektir. Merhamet memnuniyetinin en düşük tespit edildiği grup yine 30 yaş altı gruptur. Tükenmişlik ve merhamet memnuniyetinin birbirlerini etkilediği bu nedenle tükenmişliğin yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Merhamet yorgunluğu düzeyi 30 yaş ve altında en yüksek iken, 30-40 yaş arası daha düşük ve 40 yaş üstü grupta en düşüktü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Rossi ve arkadaşlarının(2012) çalışmasında merhamet yorgunluğu düzeyleri 30 yaş altı grupta daha düşük iken diğer yaş gruplarında benzer bulunmuştur, aynı zamanda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Wu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında merhamet yorgunluğu düzeyleri 40 yaş ve altındaki katılımcıların % 44'ünde düşük düzeydeyken, %56'sında orta düzeyde, 41-50 yaş grubunda % 59 düşük düzeyde, %41'inde orta düzeyde, 51 ve üstü yaş grubunda % 56 düşük düzeyde %44 orta düzeyde bulunmuştur.

5.5.2.Cinsiyet

Bu çalışmada merhamet memnuniyeti düzeyleri erkeklerde kadınlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Rossi ve arkadaşları(2012) Ruh sağlığı çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, erkeklerde merhamet memnuniyeti oranını kadınlara kıyasla yüksek bulmuşlardır. Tükenmişlik düzeyi her iki cinste benzer ve merhamet yorgunluğu kadınlarda biraz daha yüksektir bulunmuştur. Sprang ve arkadaşları(2007) yaptıkları çalışmada merhamet yorgunluğu düzeylerinin kadınlarda, erkeklere oranla daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyinin yüksek bulunmasının fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, merhamet memnuniyeti ile fiziksel aktivite arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Kadınların anne olmalarının yüksek empati nedeniyle merhamet yorgunluğu düzeylerini negatif olarak etkilediği, evdeki sorumluluk ve iş yüklerinin fazla oluşunun kendilerine ve fiziksel egzersize zaman ayırmalarını zorlaştırmakta olduğunu düşündürmektedir.

5.5.3.Medeni durum

Medeni duruma göre karşılaştırıldığında, tükenmişlik düzeyleri bekârlarda yüksek, merhamet memnuniyeti düzeyleri ise evli olanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Rossi ve arkadaşları(2012) bekârlarda merhamet memnuniyeti düzeylerini daha yüksek bulurken, evlilerde biraz daha düşük, boşanmışlarda en düşük tespit etmişlerdir. Tükenmişlik düzeyleri bekârlarda en düşük, evlilerde biraz yüksek ve boşanmışlarda en yüksek tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu düzeyleri ise her üç grupta benzer bulunmuştur. Tükenmişlik düzeylerinin bekârlarda yüksek, boşanmışlarda düşük ve evlilerde en düşük olması, evlilerin planlı bir hayat sürmesi, bekârların hayata dair beklentilerinin ve hedeflerinin daha yüksek olması ve belirsizlikten kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

5.5.4.Meslek

Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyleri meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırıldığında, hemşirelerde merhamet memnuniyeti düzeyleri hekimlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Khan ve arkadaşları(2015) 252 sağlık personeli ve paramedikal personelle yaptıkları araştırmada, doktor ve hemşirelerin merhamet

yorgunluğu düzeyini anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır. Rossi ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında merhamet memnuniyeti düzeyleri psikologlarda en yüksek, psikiyatrist ve diğer sağlık çalışanlarında daha düşük, tükenmişlik düzeyleri psikologlarda ve diğer sağlık çalışanlarında düşük iken psikiyatristlerde yüksek bulunmuştur. Sprang ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin diğer disiplinlere göre daha yüksek düzeylerde merhamet yorgunluğu bildirdiği ortaya konmuştur (Sprang ve ark. 2007). Her iki grubun da sağlık hizmeti vermesi ve insanla çalışıyor olmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerde merhamet memnuniyetinin hekimlerden yüksek bulunması, hemşirelerin 24 saat kesintisiz hizmet vermesinden ve hasta ile geçirilen sürenin daha uzun olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.5.5.Çalışma yılı

Bu çalışmada merhamet memnuniyeti düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda en düşük, 6-10 yıl arası çalışanlarda yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yu ve arkadaşları (2016) Çin'de hemşirelerle yaptıkları çalışmada, klinik hemşirelerinde merhamet memnuniyetinin 5-9 yıl arasında en yüksek seviyede olduğunu bulmuşlardır. Sonuçları bu çalışmadakiyle benzerlik göstermektedir. Wu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında 10 yıl ve altında çalışma süresi olanlarda merhamet memnuniyeti düzeyleri %43 oranında orta düzeyde, %57 yüksek düzeyde, 11-25 yıl arasında % 41 orta düzeyde, %59 yüksek düzeyde, 26 yıl ve üstünde % 40 orta düzeyde, %60 yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmada 6 ay-5 yıl çalışanlarda merhamet memnuniyetinin düşük ve tükenmişliğin yüksek saptanması mesleğe yeni başlayanların beklentilerinin çok yüksek olmasına, iş hayatına adaptasyon ve kariyer sürecinin yoğunluğuna, 6-10 yıl arasında hedeflenen kariyere ulaşma ve meslekte deneyim sahibi olmaya bağlı olarak merhamet memnuniyetinin en yüksek seviyeye ulaştığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada tükenmişlik düzeyleri 6 ay-5 yıl e altı çalışanlarda en yüksek iken, 6-10 yıl arası, 11-20 yıl arası ve 21 yıl üstünde çalışan gruplarda benzer olarak tespit edilmiştir. Wu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında 10 yıl ve altı çalışanların %49'unda düşük düzeyde, %51'inde yüksek düzeyde, 11-25 yıl çalışanların %49'unda düşük düzeyde, %51'inde yüksek düzeyde, 26 yıl ve üstü çalışanların %57'sinde düşük düzeyde, %44'ünde yüksek düzeyde bulunmuştur. Yu ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında onkoloji hemşirelerinde tükenmişlik düzeyleri 5 yıl ve altı çalışma yılı

olanlarda en düşük, diğerlerinde birbirine yakın ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yeşil ve arkadaşlarının yaptıkları Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe uyarlaması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, altı yıl ve daha fazla çalışma yılı olan katılımcıların tükenmişlik düzeylerini beş yıl ve daha az olan katılımcılara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Yeşil ve ark. 2010). Başkale ve arkadaşlarının çalışmasında 5 yıl ve altı grup ile 11-20 yıl arasında çalışan grupta tükenmişlik düzeyleri en yüksek iken, diğer gruplarda benzer bulunmuştur. Bu çalışmadaki bulgular Başkale'nin çalışmasıyla benzerlikler göstermektedir. Tükenmişlik düzeyinin mesleğin ilk yıllarında kariyer planlamaları ve yüksek beklentiler nedeniyle yüksek saptandığı düşünülmektedir.

Merhamet yorgunluğu düzeyleri de 6 ay-5 yıl çalışma süresi olan grupta en yüksek iken, diğer gruplarda daha düşük ve birbirlerine yakın sonuçlar tespit edildi. Yu ve arkadaşları onkoloji hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeylerini 15 yıl ve üzeri çalışanlarda en yüksek olarak saptamışlardır. Wu ve arkadaşları merhamet yorgunluğu düzeyini 10 yıl ve altındaki katılımcıların %48'inde düşük düzeyde, %52'sinde yüksek düzeyde, 11-25 yılda %49'unda düşük düzeyde, %51'inde yüksek düzeyde, 26 yıl ve üstünde ise %60'ında düşük düzeyde, %40'ında yüksek düzeyde bulmuşlardır. Yoder'in (2010) çalışmasında merhamet yorgunluğu düzeyleri 5 yıl ve altında en düşük, 5-9 yıl arasında en yüksek sonraki değerler birbirine yakın olmakla birlikte 30 yıl ve üzerinde en yüksek seviyeye ulaştığı görülmüştür

5.5.6.Çalıştığı klinik

Bu çalışmada katılımcıların çalıştığı kliniğe göre sınıflandırılarak yapılan değerlendirmede Dâhili branşlarda tükenmişlik düzeyleri daha düşük iken, cerrahi branşlarda ve yoğun bakım çalışanlarında daha yüksek tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde ise çalıştığı klinikler açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Yoder'in (2010) yoğun bakım, acil, cerrahi, onkoloji ve evde bakım hemşirelerinden oluşan 178 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu riskini %15 olarak saptamıştır. Yoder, merhamet yorgunluğu düzeylerinin en yüksek değerlerini evde bakım, ikinci sırada acil ve cerrahi klinikler, en düşük düzeylerini ise onkoloji kliniklerinde gözlemlemiştir. Yoder'in çalışmasında tükenmişlik düzeyi acil, evde bakım ve cerrahi branşlarda yüksek, yoğun bakım ve onkolojide daha düşük bulunmuştur. Yoder'in(2010) çalışmasında merhamet

memnuniyeti düzeyleri en yüksek yoğun bakım ünitelerinde gözlemlenmiştir, bunu cerrahi, evde bakım ve onkoloji klinikleri izlemektedir. Coşkun ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada, psikiyatri kliniklerinde merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri diğer kliniklerden daha düşük, merhamet memnuniyeti düzeyleri ise daha yüksek bulunmuştur. Figley(1995) kronik fiziksel veya ruhsal hastalığa sahip bireylerle çalışan hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha çok görüldüğünü saptamıştır. Hooper ve arkadaşları 2010 yılında acil bakım, nefroloji, yoğun bakım ve onkolojide çalışan toplam 153 hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu oranını %86 bulurken, özellikle onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin yüksek risk taşıdığını saptamışlardır. Gök ve arkadaşları 2015 yılında merhamet yorgunluğu boyutu al ölçeğini kullanarak yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı nitel çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğunu farklı düzeylerde yaşadıklarını saptamıştır. Başkale'nin çalışmasında(2016) merhamet memnuniyeti ameliyathanelerde en yüksek, yoğun bakım ünitelerinde en düşük, merhamet yorgunluğu düzeyleri acillerde en yüksek, dâhili birimlerde en düşük ve tükenmişlik düzeyleri cerrahi birimlerde en yüksek, yoğun bakımlarda en düşük bulunmuştur. Bu çalışmada tükenmişlik düzeylerinin cerrahi ve yoğun bakım çalışanlarında dâhili branşlara göre yüksek bulunmasının iş programı, iş yükü ve bu ortamların daha stresli olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

5.5.7.Çalışma/Nöbet Durumu

Bu çalışmada merhamet memnuniyeti düzeyleri aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken, 11'in üstünde nöbet tutanlarda en düşük, nöbet tutmayanlarda ise aylık beş ila on nöbet arası tutanlardan yüksek olarak tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük, 11 nöbet ve üstünde tutanlarda en yüksek, Nöbet tutmayanlarda, 5-10 nöbet arası tutanlardan düşük olarak saptanmıştır. Benzer şekilde merhamet yorgunluğu düzeyleri de ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken, nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek tespit edilmiştir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeyleri aylık nöbet sayısı ve süresi ile karşılaştırıldığında, nöbet sayısı arttıkça merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinde de artış görülmüş, nöbet sayısı azaldıkça, merhamet memnuniyeti düzeylerinde yükselme saptanmıştır.

Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sürelerine göre değerlendirildiğinde nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha yüksek, 16 saat ve altında olanlarda daha düşük tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeyleri nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha düşük iken, 16 saat ve altında daha yüksek tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir. Yoder'in (2010) çalışmasında, 8 saat çalışanlarda merhamet memnuniyeti, 12 saat çalışanlara göre yüksek, tükenmişlik her iki grupta birbirine yakın, merhamet yorgunluğu ise 12 saat çalışanlarda daha düşük değerlerde saptanmıştır. Yoder(2010) çalışmasında gündüz çalışanlarda merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerinin, gece çalışanlarda merhamet memnuniyeti düzeylerinin yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bu çalışmada 24 saat ve üstü çalışanlarda merhamet memnuniyeti oranlarının yüksek, tükenmişlik düzeylerinin düşük bulunması Yoder'in çalışması ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan toplam 274 hekim ve hemşireyle yapılan çalışmada, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeylerindeki artış, merhamet memnuniyeti düzeylerinde artışla, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde azalma ile ilişkili bulundu.

Bu çalışmanın Post-Hoc Analizlerinde kendini gerçekleştirme düzeyinin 6 ay-5yıl çalışanlarda, 5-10 yıl arası çalışan gruba göre anlamlı olarak daha düşük, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeylerinin yoğun bakım çalışanlarında dahili ve cerrahi branşlara göre daha düşük, beslenme düzeyinin yoğun bakımda çalışanlarda dahili branşlara göre daha düşük olduğu saptandı. Aylık 4 ve altında nöbet tutan grupta sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası iletişim puanları anlamlı olarak daha yüksekti.

Merhamet memnuniyeti düzeyleri 30-40 yaş arası grupta, 30 yaş altı gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda merhamet memnuniyeti en yüksek iken, çalışma süresine göre değerlendirildiğinde 6 ay-5yıl çalışma süresi olan grupta, 6-10 yıl arası çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Nöbet sayıları açısından değerlendirildiğinde, aylık 5-10 arası nöbet tutanlarda en düşük olarak saptanmıştır. Tükenmişlik düzeyleri 30 yaş altındakilerde, bekârlarda, 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda ve aylık 5-10 nöbet tutan gruplarda en yüksek tespit edilmiştir. Çalışılan kliniğe göre değerlendirildiğinde, tükenmişlik düzeyleri dâhili kliniklerde en düşük olarak tespit edilmiştir. Merhamet yorgunluğu aylık 5-10 nöbet tutanlarda, 6 ay-5 yıl çalışma yılı olanlarda en yüksek iken, 6-10 yıl arası çalışanlarda ve aylık 4 nöbetin altında tutanlarda en düşük bulunmuştur.

Bu çalışmanın bulguları ileri analizlerde incelendiğinde erkeklerde, aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda, fiziksel aktivite düzeyleri ve kişiler arası ilişki düzeyleri yüksek olanlarda merhamet memnuniyeti düzeyleri yüksek bulunurken, aylık 10 ve üzerinde nöbet tutmanın merhamet memnuniyeti düzeyini düşürdüğü saptanmıştır. Yoğun bakımda çalışanlarda merhamet yorgunluğu yüksek bulunurken 6-10 yıl çalışanlarda ve

stres yönetimi düzeyi yüksek olanlarda merhamet yorgunluğu düzeyleri düşük bulunmuştur. 30-40 yaş arasında olmak, 40 yaş ve üzerinde olmak, hemşire olmak, aylık nöbet sayısının 4 ve altında olması, çalışma yılının 11 ve üzerinde olması ve stres yönetimi düzeylerinin yüksek olması tükenmişlik düzeylerini azaltırken, cerrahi branşlarda çalışmanın tükenmişlik düzeyini artırdığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça profesyonel yaşam kalitesinin arttığı saptandığı için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık çalışanlarında desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik düzenlemeler önerilir.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yoğun bakımlarda çalışanlarda, nöbet sayısı ve süresi yüksek olanlarda kötü bulunduğu için risk grubu olarak izlenmesi önerilir.

Bu çalışmada 30 yaş altında olan, 6 ay-5 yıl çalışma süresi olan, cerrahi kliniklerde çalışan ve aylık 5-10 arası nöbet tutan sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri yüksek, yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları düşük bulunmuştur. Bulgular doğrultusunda;

- 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarına, 6 ay-5 yıl çalışan gruplara, cerrahi kliniklerde çalışan gruplara, aylık 5-10 arası nöbet tutan gruplara, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından risk grubu olabileceği için tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla belli aralıklarla ölçümler yapılması,
- 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarının, 6 ay-5 yıl çalışan grupların, cerrahi kliniklerde çalışan grupların, aylık 5-10 arası nöbet tutan sağlık çalışanlarının tükenmişlik konusunda koruma çalışmalarına öncelik verilmesi,
- Sağlıklı yaşam biçimi ve profesyonel yaşam kalitesi konusunda Eğitim ve farkındalık çalışmaları düzenlemesi: sağlık profesyonellerinin (özellikle 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarına, 6 ay-5 yıl çalışan gruplara, cerrahi kliniklerde çalışan gruplara, aylık 5-10 arası nöbet tutan gruplara) merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik konusunda farkındalıklarının artırılması için eğitimler planlanması,

- İŖe yeni başlayan deneyimsiz personelin işe başlar başlamaz merhamet yorgunluğu ve tikenmişlik bulguları konusunda bilgilendirilmesi, çalışmakta olan ekibin düzenli aralıklarla farkındalık eğitimlerine alınması, bu sayede sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu ve tikenmişlik belirtilerini tanımalarının sağlanması,
- Haftalık ve aylık çalışma süresi fazla olanlar tikenmişlik açısından risk grubunda olduğu için nöbet ve vardiya sisteminin sağlık çalışanları lehine yeniden düzenlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar önerilir.



7. KAYNAKLAR

- Abendroth, M., Flannery, J. (2006). Predicting The Risk Of Compassion Fatigue. *Journal Of Hospice & Palliative*, 346-356.
- Akdur, R., Piyal, B., Çalışkan, D., & Ocaktan, E. (2011). *Halk Sağlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.
- Akgül, A., Çevik, O. (2005). İstatistiksel Analiz Teknikleri " Spss' Te İşletme Yönetim Uygulamaları. Emek Ofset.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 70-78.
- Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2012). *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* , 12-18.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik . *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 68-75.
- Aydın, Ş. (2004). Örgütsel Stres Yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 49-74.
- Aytaç, S. (Tarih Yok). *İş Stresi Yönetimi El Kitabı* . Bursa.
- Bacak, B., Kazancı, E. (2014). Türk Çalışma Hayatında Vardiyalı Gece Çalışan İşçilerin Karşılaştığı Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyolojik Etkilerin Değerlendirilmesi. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 133-149.
- Bahar, Z. (2013). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (S.88-100). Antalya: Hasuder.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' Nin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1-13.
- Balcıoğlu, İ., Doğrul, A. (2011). Stresin Sosyal Yönü. *Türkiye Klinikleri*, 1-5.
- Başkale, H., Partlak Günüşen, N., Serçekuş, P. (2016). Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Çalışan Yaşam Kalitesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 125-133.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress İn Nurses: A Systematic Review. *Archives Of Psychiatric Nursing*, (25)1, 1-10.
- Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bentley, D. (2007). *Mindfulness And Counselling Self-Efficacy: The Mediating Role Of Attention And Empathy (Dissertation)*. Kasım 23, 2017. [Http://Libres.Uncg.Edu/İr/Listing.Asp?İd=1235](http://Libres.Uncg.Edu/İr/Listing.Asp?İd=1235)
- Bez, Y., Alpak, G., Kaya, M.C. (2011). Stres ve Genel Tıbbi Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri*, 35-43.
- Bostan, N., Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 38-44.
- Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing. *Online Journal Of Issues İn Nursing*, 16(1).

- Budak, G., Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde. Bir Uygulama. D.E.Ü. İ.İ.B.F., 95-108.
- Bulduk, S., Yurt, S., Dinçer, Y., Ardıç, E. (2015). Sağlık Davranış Modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 28-34.
- Canbay, H. (2010). Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri İle Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İzmir.
- Cecil, J., Mchale, C., Laidlaw, A. (2014). Behaviour And Burnout İn Medical Students. Medical Education Online, 1-9.
- Cenkseven, F., Akbaş, T. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Öznel ve Psikolojik İyi Olmanın Yordayıcılarının İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi , 43-65.
- Cetrano, G. T., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., Manthorpe, J. and Amadeo, F. (2017). How Are Compassion Fatigue, Burnout, Andcompassion Satisfaction Affected By Quality Of Working Life? Findings From A Survey Of Mental Health Staff İn Italy . BMC Health Services Research, 17-755.
- Charlescraft, A.S., Tartaglia, A., Dodd-Mccue, D., Barker, S.B. (2010). When Caring Hurts .Pilot Study Supporting Compassion-Fatigued Pediatric Critical Care Nurses. E-Journal Of The Association Of Professional Chaplains, 36(2): 16-24.
- Cihangiroğlu Z., Deveci, Se. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 78-83.
- Coetzee, S. K., Klopper, H.C. (2010). Compassion Fatigue Within Nursing Practice: A Concept Analysis. Nursing And Health Sciences, 12(2), 235-243.
- Coşkun, S., Şarlak, K., Taştan, H. (2015). Psikiyatri Hemşirelerinde Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyi ve İş Yaşamı Kalitesi:Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 84-101.
- Cunningham, M. (2003). Impact Of Trauma Work İn Social Work Clinicianns:Empirical Findings. Social Work, 451-459.
- Cüceloğlu, D. (2002). Keşke'siz Bir Yaşam İçin: İletişim Donanımları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cürçani, M., Tan, M., T. Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 487-492.
- Çakır, A. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme ve Atılganlık Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul.
- Çakır, M., Piyal, B., Aycan, S. (2015). Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. Ankara Med J, 209-219.
- Çalık, Yeşilçiçek, K., Aktaş, S., Kobya, Bulut, H., Anahar, Özdaş, H. (2015). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. HSP, 33-45.
- Çam, A., Erdoğan, M.F. (2003). Melatonin. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası , 103-112.
- Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çevik, N. (2010). Lise Öğrencilerinin Öznel İyi Oluşlarını Yordayan Bazı Değişkenler. Ankara.
- Demir A.Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, S. 259-266.
- Dossey, B. M. (1997). Core Curriculum For Holistic Nursing. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- DSÖ. (1986). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. Cenevre: 1986.

- Düzyürek S, Ünlüoğlu G. (1992) Hekimde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. Psikiyatri Bülteni 1992, S. 108-112.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 45-55.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 28-36.
- Erer, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Sorumluluğun Paylaşılması . Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi , 3-38.
- Ergun, G. (2008). Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Stresin İşgücü Performansı ile Etkileşiminin İncelenmesi. İzmir.
- Escuriex, B., Labbé, E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of The Research Literature. Mindfulness, 2(4), 242-253.
- Esin, N. (2011). Sağlığı Geliştirme Modellerinin Uygulamaya Yansıması. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği - HASUDER.
- Figley, C. (2002). Compassion Fatigue. Compassion Fatigue.
- Figley, C. (2007). The Art And Science of Caring For Others Without Forgetting. Kasım 27, 2017 Tarihinde [Http://Www.Giftfromwithin.Org/Html/Compassion-Fatigue-Dont-Forget-About-Self-Care.Html](http://www.giftfromwithin.org/html/compassion-fatigue-dont-forget-about-self-care.html). Adresinden Alındı
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized. New York NY: Brunner/Mazel.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. Journal Of Social Issues.
- Galiana, L. F., Arena, F., Oliver, A., Sans, N. and Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain And Brazil. Journal Of Pain And Symptom Management, 598-603.
- Goleman, D. (2007). Sosyal Zeka İnsan İlişkilerinin Yeni Bilimi. İstanbul: Varlık.
- Gök, A. (2015). Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. Süleyman Demirel Üniversitesi, 299-313.
- Gök, Özer, F., Metin, Ö. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:1.
- Gözüm, S. (2013). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (S. 79-88). Antalya: Hasuder.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi . G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 91-99.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F. (2008). Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Yaşam Biçimi Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008, 18-26.
- Güner, İ., Demir, F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 17-25.
- Gürdil, G. (2014). Üstlenilmiş Travma ve İkincil Travmatik Stresin Travmatik Yaşantılara Müdahale Eden Bir Grup Üzerinde Gestald Temas Biçimleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Doktora Tezi.
- Gürhan, N., Üstün, B. (1994). Rehabilitasyon Hizmetleri. Dergi Park-Hemşirelik Bülteni, 46-51.
- Hamilton, M. (2008). Compassion Fatigue: What School Counsellors Should Know About Secondary Traumatic Stress. The Alberta Counsellor, 9-21.

- Hamzaoglu, O. (2010). Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim, 403-410.
- Hegney, D. G., Craigie, M., Hemsworth, D. (2014). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Anxiety, Depression and Stress in Registered Nurses in. *Journal of Nursing Management*, 506-518.
- Hooper C, C., Craig, J., RN, DHA, Janvrin, D. R., Wetsel, M. A. and Reimels, E., Anderson, Greenville, and Clemson, SC (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emerg Nurs*, 420-427.
- İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 35-44.
- Joinson, C. (1992). Coping With Compassion Fatigue . *Nursing*, 116-121.
- Jourdain G, C. D. (2010). Jourdain G, Job Demands–Resources, Burnout And İntention to Leave The Nursing Profession: A Questionnaire Survey” . *International Journal of Nursing Studies* , 709–722.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik Sendromu. *İst Tıp Fak Derg*, 29-32.
- Kahn, W. (1997). Caring For The Caregivers: Patterns Of Organizational Caregiving. *Administrative Science Quarterly*, 38, 539-563.
- Khan, A., Ma, A., Malik, Nj. (2015). Compassion Fatigue Amongst Health Care Providers. *Park Armed Forces Med J*, 286-89.
- Köksal, G. (2012). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Köksal, G., Gökmen, Özel, H. (2012). Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Kret, D. (2011). The Qualities Of A Compassionate Nurse According to The Perceptions of Medical-Surgical Patients. *Medsurg Nursing*, 20(1), 29-36.
- Kuzgun, Y. (1972). Kendini Gerçekleştirme. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi, 162-178.
- Lahad, M. (2017). Dipsiz Kuyunun Üzerindeki Karanlık, Afetin Ardından Kriz Müdahale Ekiplerine Süpervizyon Sağlamak. Ağustos 5, 2017 Tarihinde [Http://Www.Arkabahcepsikoloji.Com.Tr](http://www.arkabahcepsikoloji.com.tr): [Http://Docplayer.Biz.Tr/1955260-Dipsiz-Kuyunun-Uzerindeki-Karanlik-Afetin-Ardindan-Kriz-Mudahale-Ekiplerine-Supervizyon-Saglamak-Prof-Mooli-Lahad.Html](http://docplayer.biz.tr/1955260-Dipsiz-Kuyunun-Uzerindeki-Karanlik-Afetin-Ardindan-Kriz-Mudahale-Ekiplerine-Supervizyon-Saglamak-Prof-Mooli-Lahad.Html) Adresinden Alındı
- Lombardo, B., Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse’s. *Online Journal Of Issues İn Nursing*, 16(1).
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., Katostaras. T. (2015). Prevalence Of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 333-338.
- Martel, J.P., Dupuis, G. (2006). Quality Of Work Life: Theoretical And And Methodological Problems And Presentation Of A New Model And Measuring. *Social Indicators Research*, 333-368.
- Maslow, A. (1973). *The Farther Reaches Of Human Nature*. New York: Viking Press.
- Maslow, A. (2001). *İnsan Olmanın Psikolojisi*. İstanbul: Kural Dışı Yayıncılık.
- Meadors, P., Lamson, E. (2011). Compassion Fatigue And Secondary Traumatization: Provider Self-Care On İntensive Care Units Forchildren. *Journal Of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Mercanlıgil, S. (2012). *Şişmanlık*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

- Meyer, R. L., Li, A., Klaristenfeld, J., Gold, I. J. (2015). Pediatric Novice Nurses: Examining Compassion Fatigue As A Mediator Between Stress Exposure And Compassion Satisfaction, Burnout, And Job Satisfaction . *J Pediatr Nurs*, 174-83.
- Murphy, B. (2012). *Alleviating Compassion Fatigue: Practical Applications For Nursing Professionals*. San Francisco, California: Saybrookuniversity.
- Murphy, B. (2014, Ağustos). Exploring Holistic Foundations For Alleviating And Understanding Compassion Fatigue. Kasım 22, 2017 Tarihinde Researchgate: <https://www.researchgate.net/publication/266245715> Adresinden Alındı
- Oğlu, A. M. (2014). *Kendini Gerçekleştirme ve Kişilik*. İstanbul.
- Özçelik, F., Erdem, M., Bolu, A., Gülsün, M. (2013). Melatonin: Genel Özellikleri ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımla*, 179-203.
- Özdemir, Güzel, P., , Ökmen, A.C., Yılmaz, O. (2018). Vardiyalı Çalışma Bozukluğu ve Vardiyalı Çalışmanın Ruhsal ve Bedensel Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 71-83.
- Özdil, G., Aktaş, S. (2016). *Fiziksel Aktivite Ve Dünya Sağlık Örgütünün Bakış Açısı*. Konya: Azim Matbaacılık.
- Özgecebe, H., Çalışkan, D., Piyal, B., & Sezgin, D. (2011). *Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı .
- Özgür, G., Gümüş, Ş. (2011). Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 90-105.
- Öztek, Z., Eren, N., Üner, S. (Halk Sağlığında Temel Bilgiler Kitabı). *Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Yönetimi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Özvarış, Ş. B. (2013). Sağlığı Geliştirmede. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre (S. 45-52). Antalya: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği - HASUDER.
- Pasinlioğlu T, Gözüm, S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 60-68.
- Pender, N. (1996). *Health Promotion In Nursing Practice*. Stamford: Appleton&Lange.
- Pender, N., Murdaugh, C. (2011). *Health Promotion In Nursing Practice*. Prentice Hall.
- Polat, F.N., Erdem, R. (2017). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesiyle İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 291-312.
- Pooler, D.K., Wolfer, T. A., Freeman, M. L. (2014). Finding Joy In Social Work: Interpersonal Sources . *Families In Society* , 34-42.
- Rego, A., Godinho, L., Mcqueen, A., And Cunha, M.P. (2010). Emotional Intelligence And Caring Behaviour in Nursing. *The Service Industries Journal*, August, Volume 30, No 9, P. 1419–1437., 1419-1437.
- Rogers, C. (1959). *A Theory Of Therapy*. New York: Mcgraw Hill.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming A Person*. California: Western Behavioral Sciences Institute.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., Amaddeo, F. (2012). Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Among Staff in Community-Based Mental Health Services. *Psychiatry Research*, 933–938.

- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The Expression Of Emotion Through Nonverbal Behavior In Medical Visits: Mechanisms And Outcomes. *Journal Of General Internal Medicine*, 28-34.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion Fatigue And Nursing Work: Can We Accurately Capture The Consequences Of Caring Work. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(3), 136-142.
- Sabo, B. M. (2011). Reflecting On The Concept Of Compassion Fatigue. *Online Journal Of Issues İn Nursing*, 16(1).
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Bakanlıkyayını.
- Sağlık Bakanlığı. (2017, 07 24). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu/Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Temmuz 24/07/2017, 2017 Tarihinde Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı: [Http://Beslenme.Gov.Tr/Index.Php?Page=43](http://Beslenme.Gov.Tr/Index.Php?Page=43) Adresinden Alındı
- Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği. (2013). Sağlıklı Türkiye. İstanbul.
- SB, S. B. (2008). Halkın Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi- Beslenme Modülleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- SEGM, S. E. (2008). Beslenme Modülleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Shiparski, L., Richards, K., Nelson, J. (2011). Self-Care Strategies To Enhance Caring. *Nurse Leader*, 9(3), 26-30.
- Smith, S. (2012). Nurce Competence: A Concept Analysis. *International Journal Of Nursing Knowledge*, 172-182.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 51-61.
- Soysal, A. (2009). İş Yaşamında Stres. *İşveren Çimento*, 17-40.
- Spooner, R., Patton, W. (2005). Determinants Of Burnout Among Public Hospital Nurses. *Australian*, 8-16.
- Sprang, G. C.W., Sprang, G., Clark, J. (2007). compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, And Burnout: Factors Impacting A Professional's Quality Of Life. *J Loss Trauma*, 259-280.
- Stamm, B. (2005). The PROQOL Manual: The Professional Quality Of Life Scale: Compassion, Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales. A Colloborative Publication With Sidran Press.
- Stamm, B. (2009). Compassion Satisfaction And Compassion Fatigue In Self-Care, Management, And Policy Of Suicide Prevention Hotlines. Retrieved Ağustos 5, 2017, From [Www.Proqol.Org.:](http://www.Proqol.Org/) [Http://www.Proqol.Org/](http://www.Proqol.Org/)
- Stephen, B. (2011). Sağlık ve Kalkınmaya Yönelik Topluluk Girişimlerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkın Teşviki. Ankara: WHO, Türkiye Sağlık Bakanlığı.
- Stewart, K.J., Bacher, A.C., Turner, K., Lim, J.G., Hees, P.S, Al, At. (2005). Exercise And Risk Factors Associated With Metabolic Syndrome In Older Adults. *Am J Prev Med*, 9-18.
- Şenel, F. (2012). Sağlıklı Beslenme . *Bilim ve Teknik* , 82-86.
- Şener, G. (2010). Karanlığın Hormonu: Melatonin. *Marmara Eczacılık Dergisi*, 112-120.
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A.S.. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 19-29.
- Tanrıverdi, H., Işık, S. (2014). Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 125-134.

- Tatar, M., Tatar, F. (1997). Sağlığın Ölçülmesi: Kavramsal Bir Çerçeve. Toplum ve Hekim, 54-59.
- THSK, T. H. (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Türkol, E., Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 66-159.
- Türkyılmaz, S., Çavlin, A. (2013). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: TÜBİTAK, Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Uğur, E. A. (2008). Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşler. Türkiye Klinikleri, 297-310.
- Uğur, M. (2011). Günlük Yaşam Stresine Terapötik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri, 71-82.
- Ulamış, B., Özmen, D. (2014). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tepecik Eğitim Hast Dergisi, 119-125 .
- Uz, D., Kitiş, Y. (2017). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 27-39.
- Velioğlu, P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Yayınları.
- Vicdan, A., Karabacak, B. (2014). Hemşirelik Modellerinden: Roy Adaptasyon Modli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 256.
- Wentzel, D., Brysiewicz, P. (2014). The Consequence Of Caring Too Much: Compassion Fatigue And The Trauma Nurse. Journal Of Emergency Nursing, 95-97.
- WHO. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları. Milestones In Health Promotion (S. 1-39). Ankara: T.C. Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- WHO. (1998). Violence And Health: Task Force On Violence And Health. Cenevre: WHO.
- WHO. (2016). http://beslenme.gov.tr/content/files/Tuz/ds_dok_manlar_n_n_t_rk_eye_ek_20577828.pdf
- Wiskar, K. (2012). Physician Health:A Review Of Lifestyle Behaviors And Preventive Health Care Among Physicians. BC Medical Journal, 1-4.
- Wu, S., Singh-Carlson, Odell, A., Reynolds, G. and Su, Y. (2015). Compassion Fatigue, Burnout, And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses In The United States And Canada. Online Exclusive Article, 161-169.
- Yalçın, İ. (2015). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler:Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. Türk Psikiyatri Dergisi, 21-32.
- Yalçınkaya, M., Gök Özer., F., Yavuz Karamanoğlu, A., (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 409-420.
- Yalvaç, D. A. (2011). Onkoloji Hastalarında Stres. Türkiye Klinikleri, 44-50.
- Yaman, H., Ungan, M. (2002). Tükenmişlik: Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme. Türk Psikoloji Dergisi, 37-44.
- Yardım, N. (2013). Türkiye’de Kronik Hastalıklarla İlgili Sağlığı Geliştirme Programları: Obesitenin ve Diyabetin Önlenmesi. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (S. 144-150). Antalya: Hasuder.
- Yardım, N., Gögen, S., & Mollahalioğlu, S. (2009). Sağlığın Geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 29-35.
- Yeltepe, H., Yargıcı, L. (2011). Egzersiz ve Stres. Türkiye Klinikleri, 51-58.

- Yeşil, A, Ergün, Ü, Amasyalı, C. (2010). Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, 111-117.
- Yıldırım, İ. (1991). Stres ve Stresle Başağıkmda Gevşeme Teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 175-189.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliğı ve Geçerliğı. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 81-87.
- Yıldırım, M., Akyol, A., Ersoy, G. (2012). O Bezite ve Fiziksel Aktivite. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Yoder, E. (2010). Compassion Fatigue İn Nurses. Applied Nursing Research, 23(4), 191-197.
- Yu, H.,Jiang, A., Shen, J. (2016). Prevalance And Predictors Of Compassion Fatigue, Burnout And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses:A Cross-Sectionalsurvey. International Journal Of Nursing Studies, 28-38.
- Yücecan, S. (2012). Optimal Beslenme. Ankara: Sağlık Bakanlığı.



8. EKLER

(EK-1)

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Sağlık çalışanları meslekleri gereği travma mağdurları veya ruhsal ve fiziksel hastalığı olan bireylerle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle ikincil travmalar, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik gibi gerek profesyonel yaşam kalitelerini, gerekse bireysel sağlıklarını olumsuz etkileyen durumlarla maruz kalmaktadırlar. Travma yaşayan bireylere yardım eden sağlık çalışanları duygusal açıdan ikincil travmalar yaşamaktadırlar. Sağlık çalışanları, başkalarına yardım ederken kendi sağlığına dikkat etmezse, ikincil travmalara bağlı olarak stres yüklenir, tükenir ya da merhamet yorgunluğu yaşar.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen davranışlarını kontrol altına alması, günlük aktivitelerinde kendi sağlık durumuna uygun davranışlar seçmesidir.

Çalışmanın Amacı :Bu çalışmada; Beşiktaş İlçesi Birinci ve İkinci basamak Kamu Sağlık Merkezlerinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız için üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde size yönelik bazı tanımlayıcı sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer iki form ise standardize ölçeklerdir. Bu

ölçekler sizin merhamet memnuniyeti, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı ölçmeyi hedeflemektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda bilimsel veri sağlamamıza yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Prof. Dr. Besti Üstün Üsküdar Üniversitesi
2. Sevtap Ezer Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>	Sevtap Ezer	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Tel: 0 537 986 55 86	

TANITICI ANKET FORMU

Aşağıdaki sorular sizi daha iyi tanımamızı sağlayacaktır. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Sevtap Ezer

1. Adınız, Soyadınız
2. Yaşınız:....
3. Cinsiyetiniz
 - a) Erkek
 - b) Kadın
4. Medeni durumunuz
 - a) Evli
 - c) Bekar
 - d) Boşanmış
5. Meslek
 - a) Hekim
 - e) Hemşire
6. Meslekteki toplam çalışma süreniz :.... yıl
7. Çalıştığınız klinik...
8. Aylık nöbet sayınız...
9. Nöbet süresi (saat)

PROFESYONEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığımızı aşağıdaki çizelgede işaretleyiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıkça	Sık sık	Çok sık
1. Kendimi mutlu hissediyorum.						
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.						
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.						
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.						
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürküyorum.						
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum						
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.						
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.						
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.						
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.						
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.						
12. İşimi seviyorum.						
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.						
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.						
15. Bana güç veren inançlarım var.						
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.						
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.						
18. İşim beni tatmin ediyor.						
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.						

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıkça	Sık sık	Çok sık
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.						
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.						
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.						
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.						
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.						
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.						
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.						
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.						
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.						
29. Çok hassas bir insanım.						
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.						

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyiniz.

		Hiç bir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tathıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				

		Hiç bir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İstanbul İli Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
İSTANBUL İLİ BEYOĞLU KEMAS DAĞI İZMİRLİLER
BAŞKENTİ
İSTANBUL İLİ BEYOĞLU BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ



Sayı : 97175836-771
Konu : Araştırma İzni (Sevtap EZER)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14 PK:3462 Üsküdar/TÜRKİYE)

İlgi : 28.07.2017 tarihli ve 60560713-302.99-E.2157 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevtap EZER'in, Prof.Dr.Besti ÜSTÜN'ün danışmanlığında "Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabileceği uygun görülmüş olup Üniversiteniz Rektörlüğü ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolününün (1) maddesinde ve Araştırma İzin Taahhütnamesinde belirtildiği üzere araştırmanın bitiminin ardından çalışmanın bir örneğinin Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmza ile Aynıdır.
10.08.2017

Fulya Mah. Mehmetçik Cad.No:63 Şişli/İSTANBUL

Bilgi için:Önerihan KILIÇ

Faks No:02123861331

Ünvan:HEMŞİRE

e-Posta:uzen@hsk.kizilci@sağlık.gov.tr İnt.Adresi:

Telefon No:021238613302847

uzen@hsk.kizilci@beyoglu.btkk.gov.tr

Elektronik imza için adres: http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden c:16091a-9944-4102-ae54-952caa247899 kodu ile yapılmıştır.
Baş belge 5079 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3



Albunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34462 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /189

25.07.2017

Sayın Prof. Dr. Besti Üstün
(Sevtaç Ezer)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Temmuz 2017 tarihinde, 07 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Doç. Dr. Cümhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı