

**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**AMELİYATHANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE,  
UYKU SORUNLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dilek KOMŞUK**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU**

**HAZİRAN, 2013**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Dilek KOMŞUK Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Ameliyathanede çalışan hemşirelerde uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi**” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

25.07.2013

Doç.Dr.Canan BAYDEMİR  
JÜRİ BAŞKANI



Prof.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU  
ÜYE



Yrd.Doç.Dr.Güler BALCI ALPARSLAN  
ÜYE



Yrd.Doç.Dr. Işıl IŞIK ANDSOY  
ÜYE



Yrd.Doç.Dr. Özlem ÖRSAL  
ÜYE



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
.....~~25.07.2013~~... tarih ve .....~~964/4480~~..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof.Dr.Kazım ÖZDAMAR  
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

## ÖZET

Bu araştırma; ameliyathanede çalışan hemşirelerde, uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmamız, Eskişehir ilinde hizmet veren 6 hastanenin ameliyathane hemşireleriyle gerçekleştirilmiştir. Buna göre; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde (45), Yunus Emre Devlet Hastanesi Ameliyathanesinde (40), Eskişehir Devlet Hastanesi Ameliyathanesinde (42), Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi Ameliyathanesinde (10), Özel Medline Eskişehir Hastanesi Ameliyathanesinde (7) ve Eskişehir Özel Ümit Hastanesi Ameliyathanesinde (10) çalışan 154 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 1 Kasım 2012- 30 Mart 2013 tarihleri arasında ameliyathanede aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışma kapsamına alınmış; gebelik (13), doğum izni (11) ve çalışmaya katılmak için görüşmek istememe (30) gibi nedenlerden dolayı çalışmanın örneklemini ameliyathane çalışan 100 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmamızda, veri toplama aracı olarak, 'Kişisel Veri Toplama Formu', 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği' ve 'Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15 paket programı kullanılarak, frekans, varyans, korelasyon ve regresyon ağacı analizi yapılmıştır.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre; örnekleme alınan 100 hemşirenin, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, ameliyathanede çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışma şekli ile Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve haftalık çalışma saati ile Maslach tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur( $p<0,01^{**}$ ). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %39.0'unun yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadığı, %76.0'sinin düşük düzeyde duyarsızlaştığı ve %97.0'sinin ise yüksek düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %63.0'ünün de uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğu sonucu elde edilmiştir. Hemşirelerin, öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku

ilacı kullanımını ve global skor ile kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur( $p<0,05^*$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyathane, hemşirelik, uyku, tükenmişlik

### **ABSTRACT**

This study is made for to investigate the effect of burnout syndrome in surgical nurses who suffer from sleeping disorders.

Our study was performed by six hospitals' surgical nurses in Eskisehir. Accordingly; this study is consist of 154 surgical nurses who works in Eskisehir Osmangazi University Hospital (45), Yunus Emre Hospital (40), Eskisehir Hospital (42), Eskisehir Sakarya Hospital (10), Medline Eskisehir Hospital (7) ve Eskisehir Ümit Hospital (10) operating rooms. Between the 1 November 2012- 30 March 2013 nurses who still work in operating rooms and accept to join in the study to sit in the study. This study population consists of 100 nurses who work in operating rooms because of pregnancy (13), maternity leave (11) and non acceptance to join in the study.

In our study, for collecting datas; 'Personal Data Collecting Form', 'Maslach Burnout Inventory' and 'Pittsburgh Sleep Quality Index' were utilized. Frequency, variance, correlation, regression tree analysis was made with using SPSS 15 Package program.

Age, gender, marital status, number of children, education status, years employed in nursing, lenght of employment in operating room, weekly working time, types of working compared with Maslach Burnout Inventory and Pittsburgh Sleep Quality Index than our results which we forage in our study.

Gender, marital status, number of children and weekly working time between Maslach Burnout Index statistically significance was found( $p<0,01^{**}$ ). According as the nurses who works in the operating rooms get point from the Maslach Burnout Index; of the nurses 39.0% suffer from emotional exhaustion in high level, 76.0% suffer from depersonalization in low level and of 97.0% nurses have personal accomplishment in high level.

Poor sleep quality was found statistically in 63.0% of nurses. Subjective sleep quality, sleeping time, use of sleep medication and global score between personal accomplishment was statistically significant correlation( $p < 0,05^*$ ).

**Key Words:** Operating room, nursing, sleeping, burnout

## İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
Kabul ve onay sayfası.....	iii
Özet.....	iv
İçindekiler.....	vii
Tablolar dizini.....	xii
Şekiller dizini.....	xiv
Kısaltmalar.....	xv
<b>I. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	
1.1. Giriş ve Amaç.....	1
1.2. Hipotezler .....	5
<b>II. GENEL BİLGİLER</b>	
2.1. Cerrahi hemşireliği.....	6
2.2. Cerrahi girişim dönemleri.....	6
2.2.1. Ameliyat öncesi (Preoperatif) dönem.....	6
2.2.2. Ameliyat (Perioperatif) dönemi.....	7
2.2.2.1.Cerrahi ekibinin üyeleri.....	7
2.2.2.1.1. Cerrah.....	7
2.2.2.1.2. Asistanlar.....	7
2.2.2.1.3. Anestezist.....	7

2.2.2.1.4. Anestezi hemşiresi.....	8
2.2.2.1.5. Ameliyathane hemşiresi.....	8
2.2.2.1.5.1.Dolaşıcı (sirküle) hemşire.....	8
2.2.2.1.5.2.Steril (enstrümante, skrab) hemşire.....	9
2.2.2.1.5.3.Ameliyathane sorumlu hemşiresi.....	10
2.2.2.2.Ameliyathane tasarımı.....	10
2.2.2.2.1. Güvenli çevre.....	10
2.2.2.2.2. Yüzey materyalleri.....	11
2.2.2.2.3. Trafik akışı.....	11
2.2.2.2.4. Havalandırma/ventilasyon.....	12
2.2.2.2.5. Acil durum sinyalizasyon/alarm sistemi... ..	12
2.2.2.2.6. Elektrik ve yangın riski.....	13
2.2.2.2.7. Cerrahi duman.....	13
2.2.2.2.8. Radyasyon güvenliği.....	13
2.2.2.2.9. Lazer.....	14
2.2.2.2.10. Lateks alerjisi.....	15
2.2.2.2.11. Kimyasal ajanlar.....	15
2.2.2.2.12. Kan yoluyla bulaşan patojenler.....	17
2.2.2.2.13. Atık yönetimi.....	18
2.2.3. Ameliyat sonrası (Postoperatif) dönem.....	19
2.3. Uyku.....	20

2.3.1. Uykunun tanımı.....	20
2.3.2. Uykunun fizyolojisi.....	20
2.3.3. Uykunun evreleri.....	22
2.3.4. Uyku gereksinimi.....	24
2.3.5. Uykunun işlevi.....	24
2.3.6. Uykuyu etkileyen etmenler.....	24
2.3.7. Uyku yoksunluğu ve etkileri.....	27
2.3.8. Uyku bozuklukları.....	28
2.3.8.1. Birincil uyku bozuklukları.....	28
2.3.8.1.1. Dissomnia.....	28
2.3.8.1.2. Parasomnia.....	29
2.3.8.2. Başka ruhsal bozukluklara bağlı uyku bozuklukları...	29
2.4. Tükenmişlik.....	30
2.4.1. Tükenmişliğin tanımı.....	30
2.4.2. Maslach üç boyutlu tükenmişlik modeli.....	30
2.4.2.1. Duygusal tükenme.....	30
2.4.2.2. Duyarsızlaşma.....	31
2.4.2.3. Kişisel başarı eksikliği.....	31
2.4.3. Tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler.....	31
2.4.3.1. Bireysel faktörler.....	31
2.4.3.2. Örgütsel faktörler.....	32
2.4.4. Tükenmişlik sendromunun belirtileri.....	32



2.4.4.1.Fiziksel belirtiler.....	32
2.4.4.2.Ruhsal belirtiler.....	33
2.4.4.3.Davranışsal belirtiler.....	33
2.4.5. Tükenmişliği önleme ve başa çıkma stratejileri.....	34
2.4.5.1.Bireysel düzeyde.....	34
2.4.5.2.Örgütsel düzeyde.....	34
<b>III. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	36
3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	36
3.4.1. Veri Toplama Aracı.....	36
3.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	39
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
<b>IV. BULGULAR</b>	
4.1. Bulgular.....	40
<b>V. TARTIŞMA</b>	
5.1. Tartışma.....	57
<b>VI. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
6.1. Sonuç ve Öneriler.....	63
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>65</b>

<b>EK-1</b> .....	72
<b>EK-2</b> .....	80
<b>EK-3</b> .....	82
<b>EK-4</b> .....	87
<b>EK-5</b> .....	88
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	89

## TABLORAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1:</b> Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
<b>Tablo 2:</b> Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 3:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4:</b> Hemşirelerin Global Skorundan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 5:</b> Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı.....	43
<b>Tablo 6:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş Aralıklarına Göre Dağılımları.....	44
<b>Tablo 7:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımları.....	45
<b>Tablo 8:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımları.....	46

<b>Tablo 9:</b> Medeni Duruma Göre Duyarsızlaşma Alt Boyutundan	
Alınan Puanların Dağılımı.....	47
<b>Tablo 10:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden	
Aldıkları Puanların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları.....	48
<b>Tablo 11:</b> Çocuk Sayısına Göre Duyarsızlaşma Alt Boyutundan	
Alınan Puanların Dağılımı.....	49
<b>Tablo 12:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden	
Aldıkları Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımları.....	50
<b>Tablo 13:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların	
Meslekte Çalışma Yılı, Ameliyathanede Çalışma Yılı ve	
Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımları.....	51
<b>Tablo 14:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların	
Çalışma Şekline Göre Dağılımları.....	52
<b>Tablo 15:</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametreleri	
İle İlişkili Pittsburgh Alt Bileşenlerinin ve Global Skorun	
Regresyon Analizi İle Değerlendirme Sonucu.....	53

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Şekil 1:</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden	
Kişisel Başarı İle ÖzneUyku Kalitesinin İlişkisi..... ..	54
<b>Şekil 2:</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden	
Kişisel Başarı İle Uyku Süresi Arasındaki İlişki..... ..	55
<b>Şekil 3:</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden	
Kişisel Başarı İle Global Skor Arasındaki İlişki..... ..	56

## **KISALTMALAR**

**ANA:** American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

**DKAY:** Delici Kesici Alet Yaralanmaları

**HBV:** Hepatit B Virüsü

**HCV:** Hepatit C Virüsü

**AIDS:** Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu)

**NO:** Nitrous Okside

**AORN:** Association of periOperative Registered Nurses

**HEPA:** High Efficiency Particulate Air (Yüksek Etkinlikte Partikül Yakalayıcı)

**HPV:** Human Papilloma Virus

**DNA:** Deoksiribonükleik Asit

**CO<sub>2</sub>:** Karbondioksit

**SF:** Serum Fizyolojik

**HIV:** Human Immunodeficiency Virüs

**RAS:** Reticular Aktivating System (Retiküler Aktivasyon Sistemi)

**BSR:** Bulbar Synchronizing Region (Bulber Senkronizasyon Bölgesi)

**GABA:** Gammaaminobütirik Asit

**NonREM:** Non Rapid Eye Movement (Yavaş Göz Hareketi)

**REM:** Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)

**SWS:** Slow Wave Sleep (Yavaş Dalga Uykusu)

**GH:** Growth Hormon

**GÖRH:** Gastro Özofageal Reflü

**KKY:** Konjestif Kalp Yetmezliği

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**DM:** Diabetis Mellutus

**SVO:** Serebro-Vasküler Olay

**RLS:** Restless Legs Sendromu

**MTÖ:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

**EE:** Emotional Exhaustion (Duygusal Tükenme)

**DP:** Depersanilazation (Duyarsızlaşma)

**PA:** Personal Accoplishment (Kişisel Başarı)

**PUKİ:** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

**SML:** Sağlık Meslek Lisesi

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi hemşireliği, “hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda bireysel bakımı önceleyerek, sağlığın yeniden kazandırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerini içeren bir bilim dalıdır”(1, 10). Cerrahi hemşireliği, aynı zamanda bireyin hastaneye yatmasıyla başlayan; ameliyat öncesi dönemi, cerrahi müdahalenin uygulandığı; ameliyat dönemini ve uygulanan cerrahi müdahalenin sona erdiği ameliyat sonrası dönemi kapsar(26, 62).

Ameliyat öncesi dönem, sağlık sorununun çözümü için cerrahi girişim kararının verildiği andan itibaren başlayarak, hastanın ameliyathane hemşiresine teslim edilmesine kadar devam eden dönemdir. Bu dönemde cerrahi hemşiresi, hastayı ilgili kliniğe kabul eder ve ameliyat öncesi döneme ilişkin işlemleri başlatır. Bunlar; hastanın yatağına alınması, kliniğin tanıtımı (tuvalet, banyo, yemek saatleri, çağırma zili gibi), hastanın ailesi ile iletişiminin sağlanması için gerekli bilgileri (ziyaret saatleri, telefon numarası gibi) içerir. Bu yaklaşım öncelikle hastanın yabancı ortama ilişkin endişelerini azaltmaya yöneliktir. Çünkü ameliyat öncesi dönem, hastadan alınan anamnez ile başlar; bir dizi karmaşık tanı işlemlerini içerdiğinden hastanın rahatlatılması, kliniğe ve cerrahi hemşiresine güven duyması açısından önemlidir. Hemşirelik öyküsü alınan hastaya hemşire, sistematik bakımı planlar ve uygular. Bu bakım planı içinde hastanın tanısına yönelik yapılacak girişimler hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Uygulanan hemşirelik bakımı doğrultusunda, ameliyat olacak hasta bir gün öncesinden aç bırakılır, damar yolu açılarak istem edilen sıvı tedavisi uygulanır, lavman yapılır ve gerekirse üretral kateter takılır. Yapılacak cerrahi işlemin büyüklüğü ne olursa olsun, hasta için stresli bir deneyimdir. Hastanın bu stresle baş edebilmesi için cerrahi hemşiresi, hastaya yaptığı her girişim hakkında bilgi verir. Hasta ailesine de eğitim ve danışmanlık yapar(1, 4, 23, 26, 61).

Ameliyat dönemi, hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle başlar; ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine sevk edilmesiyle biter. Bu dönemde ameliyat hemşiresi tarafından, ameliyathaneye kabul edilen hastanın iyiliği ve güvenliği sağlanır ve hastanın yaralanmasına neden olabilecek risk faktörleri tanımlanır. Ameliyat esnasında hasta anestezi altındayken, hastanın saygınlığı ve mahremiyeti korunur.



Hastanın ameliyat masasına alınmasıyla başlayan bu dönem ameliyat hemşiresi için, cerrahi sahanın kontrolü, alet, spanç, gaz kompres ve sütür iğnesi sayımı yapılmasıyla sonlanır. Ameliyat sonrası hastanın, güvenli bir şekilde ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine transferi sağlanır. Ameliyat sonrası dönem ise hastanın ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine gönderilmesiyle başlar ve hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ve tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eder. Bu dönemde cerrahi hemşiresi tarafından, hastanın bozulan homeostatik dengesinin yeniden kazandırılması, ağrının kontrol altına alınması ve post-op olası komplikasyonların önlenmesine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Bu dönemde hastanın erken mobilizasyonu önemlidir(1, 26, 41, 61).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA), ameliyathane hemşireliğini; operasyon ya da invaziv girişim nedeniyle potansiyel olarak koruyucu refleksleri ya da kendine bakım yetisi tehlikeye giren hastaların gereksinimlerini karşılamak üzere hemşirelik sürecini kullanarak bakımı belirleyen, koordine eden ve gerçekleştiren profesyonel hemşire olarak tanımlamaktadır(13). Ameliyathane ortamı, yeni bilgilerin ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınmasının çok önemli olduğu stresli bir ortamdır(46, 85). Ayrıca bu ortam, sağlık çalışanları için kan ve kan ürünleri ile bulaşan enfeksiyon riski açısından olduğu kadar, tehlikeli maddelerle karşılaşma olasılığı açısından da risklidir. Ameliyathane hemşireleri cerrahi ekip içinde ortamda en uzun süre kalan sağlık çalışanı olduğu için biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik etkenler gibi yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıyadır(38, 43, 46, 62).

Ameliyathanedeki biyolojik etkenler incelendiğinde; delici kesici alet yaralanmaları (DKAY) meydana gelmektedir. Konuya ilişkin Jagger ve ark. (1998)'nin yapmış olduğu bir çalışmada, skrab hemşirelerde %19.1, sirküle hemşirelerde ise %6.0 oranında DKAY'nın meydana geldiği bulunmuştur(39). Bu konuya ilişkin ülkemizde Köşgeroğlu ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada, ameliyathanede çalışan hemşirelerde %70.0 gibi yüksek bir oranla DKAY'nın meydana geldiğini göstermişlerdir(52). Yine Köşgeroğlu ve ark. (2010)'nin Türkiye'deki hemşirelerde DKAY maruziyet ve aşılama sıklığına yönelik yaptıkları Meta-analiz çalışmasında,

hemşireler arasında son bir yıl içinde DKAY oranı 30 yaş altında %64.0 iken 30 yaş ve üstü hemşire grubunda %69.0 olarak bulunmuştur(53). Özbayır (2011) yapmış olduğu çalışmasında belirttiği gibi ameliyathane hemşirelerinde, bistüri, sütür iğnesi, kılavuz tel, matkap, vida ve çamaşır penslerinin sebep olduğu DKAY meydana gelmektedir(61). Tokars ve ark. (1992) ameliyathanede yapmış oldukları çalışmada, DKAY'na %77.0 oranında sütür iğnesinin sebep olduğunu bulmuşlardır(78). DKAY, HBV (Hepatit B virüsü), HCV (Hepatit C virüsü) ve AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) gibi kanla bulaşan ve prognozu kötü olan enfeksiyon hastalıklarının geçişini kolaylaştırmaktadır(11, 55). Özellikle HBV, hamilelerde spontan abortusa ve prematür doğumlara sebep olmaktadır(59). Bu konuda Köşgeroğlu ve ark. (2000) çalışmasında hemşirelerin %51.1'inin HBV ile karşılaştığı ve sağlık çalışanlarının hem kendileri, hem de bakım verdikleri hastalar için önemli bir risk grubu oluşturduğunu göstermişlerdir(51).

Ameliyathanedeki kimyasal etkenler incelendiğinde; sabun-deterjanların kullanımına bağlı; deride kuruluk, çatlama, kontakt dermatit, egzama gibi sorunlar, sterilizasyon amaçlı kullanılan maddelerin (klorheksidin glukonat gibi yüksek etkili dezenfektanlar) solunum yolu ile alınmasına bağlı; gözlerde, burun ve boğazda yanma, irritasyon ve alerjik reaksiyonlar görülmektedir(38, 59). Yine ameliyathanede çalışan hemşirelerde, eldiven kullanımına bağlı olarak lateks alerjisi meydana gelmektedir. Lagier ve ark. (1992)'nin çalışmasında, ameliyathanede çalışan hemşirelerde eldivenin %10.7 oranında lateks alerjisine sebep olduğu bulunmuştur(57). Ameliyathane ortamında ve özellikle de ortopedi, beyin cerrahi, üroloji gibi odalarda skopi, röntgen ve lazer gibi cihazların kullanımı büyük risk oluşturmaktadır. Kullanılan bu radyolojik yöntemler, hücrelere zarar vermekte, mutasyon, kromozomal bozukluklar meydana getirmekte, katarakt, infertilite ve kansere sebep olmaktadır(11, 76). İncesli (2005) çalışmasında, ameliyathane çalışanlarının %83,3 oranında radyasyona maruz kaldığını bulmuştur(38). Cerrahi işlem için hastaya verilen anestezi gazları ise ameliyathane ortamında çalışanlarda yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, deride döküntü, kaşıntı, mide bulantısı gibi fizyolojik etkilere, hamilelerde spontan abortus, prematür doğumlara ve sinir-kas iskelet sisteminde doğumsal anomalilere sebep olmaktadır(17, 58, 59, 36).

Özellikle Halothane isimli anestezi gazı, karaciğer üzerinde olumsuz etki yaparak, karaciğer hücrelerinin yapısını bozmaktadır(38).

Ameliyathanedeki fiziksel etkenlere baktığımızda; ameliyathane ortamında gürültünün yüksek olması ve yetersiz havalandırma sisteminin olması, gün ışığının yeteri kadar olmamasının yanında uzun süre ayakta kalma, hastaların kaldırılması-taşıması, aletlerin kaldırılması; hemşirelerde bel, boyun ve sırt ağrılarına sebep olmakta, varis, konstipasyon, hemoroid gibi sistem hastalıkları da sık görülmektedir(11, 36, 59). Aljeesh ve Nawajha (2011) çalışmasında, ameliyathane hemşirelerinin %70,6'sının bel ağrısı yaşadığı ve bu ağrıya en fazla %67.1 oranla uzun süre ayakta kalmanın sebep olduğunu göstermiştir(6).

Ameliyathane ortamında mevcut psikolojik etkenlere baktığımızda ise; ortamının teknolojik olarak son derece kompleks olması, ekip ile uzun süreli fiziksel yakınlığı gerektirmesi, hastaların yaşamı tehdit eden şok, kanama ve solunum - kardiyak arrest gibi durumların bulunması ve hızlı karar vermeyi gerektiren durumların yaşanması nedeniyle stresli bir ortamdır(43, 46). Ameliyathanenin, ağır çalışma koşullarının olması, dikkat ve yakın gözlem gerektirmesi, izole ve çok stresli bir ortam olması hemşirelerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir(32, 65). Özbayır (1996) çalışmasında ameliyathane ortamında hemşirelerin yaşadığı stresin, iş yerinde verimi düşürdüğü, madde bağımlılığı, obsesif davranışlar, anksiyete ve depresyon gibi durumlara neden olduğunu belirtmiştir(59). Ayrıca ameliyathanede çalışan hemşireler, uzun süre ayakta kalma, yetersiz ve dengesiz beslenme, vardiya ve nöbet şeklinde çalışma koşullarının sebep olduğu uyku sorunları ile karşı karşıyadır(5).

Uyku, patofizyolojik, fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen kompleks, fizyolojik temel bir yaşam gereksinimidir(12). Uyku gereksinimi, fizyolojik ve biyolojik süreçler, yaş, yapılan işin niteliği, egzersiz, uzun süreçte öğrenmeyle kazanılan alışkanlıklara bağlı olarak değişmektedir(24). Uyku, vücudun dinlenmesini, beyin işlevlerinin güçlenmesini, düzenlenmesini ve onarılmasını sağlayarak, bireyi yeni güne hazırlarken, uyku düzeninde değişiklik bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir(82). Hastanelerde, vardiyalı çalışma sisteminin ve değişen mesai saatlerinin olması, uzun süre strese maruz kalarak çalışmak zorunda olan hemşirelerin

yaşadığı uyku sorunları, hemostatik dengeyi olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir(2, 66, 82). Alçelik ve ark. (2005)'nin çalışmasında, hemşirelerin %59,5'inin günde 5-7 saat arasında uyuduğu ve %67,6'sının uyku sorunu yaşadığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir(5). Kunert ve ark. (2007)'nin çalışmasında ise, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre yorgunluğu algılama düzeyinin daha yüksek ve uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur(54). Rocha ve Martino (2010)'nin çalışmasında da, yüksek stres düzeyine sahip olan hemşirelerin %73,3 oranında kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur(21).

Sonuçta, diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre ameliyathanede çalışan hemşireler fiziksel, ruhsal, sosyal kaynaklı stresten daha fazla etkilenmekte, uyku sorunları ve ağır çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik duygusu yaşamaktadırlar.

Bu araştırma Eskişehir ilinde ameliyathanede çalışan hemşirelerde, uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **II. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ**

Günümüzde cerrahi girişim hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak tanımlanmaktadır. Cerrahi hemşireliği ise “hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalı” olarak ifade edilmektedir(1, 10). Cerrahi hemşireliği aynı zamanda ameliyat öncesi (preoperatif) dönem, ameliyat (perioperatif) dönemi ve ameliyat sonrası (postoperatif) dönemde hasta bakımını kapsayan hemşirelik uygulamalarını içermektedir(83).

### **2.2. CERRAHİ GİRİŞİM DÖNEMLERİ**

#### **2.2.1. Ameliyat Öncesi (Preoperatif) Dönem**

Ameliyat öncesi dönem; cerrahi girişim kararı verildiğinde başlayan, hasta ameliyathaneye gönderilinceye kadar devam eden dönemdir. Bu dönem; hastanın kliniğe yatırılması, ameliyattan önceki gece hazırlığı, ameliyat günü hazırlığı, hastanın ameliyathaneye transferi ve ameliyat masasına yatırılmasına kadar geçen süredeki hemşirelik girişimlerini içerir. Bu dönemde cerrahi hemşiresi, hastayı ilgili servise kabul eder, hastanın ameliyattan bir gün önce ve ameliyat günü hazırlığını yapar, ameliyat sonrası bilincinin kazanılması, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin kolaylaştırılması açısından gerekli hemşirelik bakımını planlar ve uygular. Bu süreçte hasta ve ailesinin hastalığa ilişkin bilgilendirilmesi önemlidir(1, 4, 26, 61, 83).

## **2.2.2. Ameliyat (Perioperatif) Dönemi**

Ameliyat dönemi, hastanın ameliyathaneye gönderilmesiyle başlar; ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine transferi ile biter. Bu dönemde ameliyathane hemşiresi, hastanın iyiliğini ve güvenliğini sağlar, hastanın yaralanmasına neden olabilecek risk faktörlerini tanımlar, hasta anestezi altındayken hastanın saygınlığını ve haklarını korur. Cerrahi işlem bitiğinde hastanın, güvenli bir şekilde ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine transferini sağlar(1, 4, 26, 61).

### **2.2.2.1.Cerrahi Ekibinin Üyeleri**

#### **2.2.2.1.1. Cerrah**

Cerrahi ekibin başıdır. Hasta ile ilgili tıbbi uygulamalar ve her türlü cerrahi girişim ile ilgili kararlardan öncelikli olarak sorumlu olan kişidir(1, 26, 61).

#### **2.2.2.1.2. Asistanlar**

Ameliyatı gerçekleştirmede cerrah ile birlikte çalışır. Cerrahi asistan, dokuları ekarte etme, çalışılan alanı aspire etme, kanayan damarları bağlama ve suture atma gibi görevleri yaparak cerraha yardım eder(1, 26, 61).

#### **2.2.2.1.3. Anestezi**

Cerrahi girişim sırasında anestezi alan hastanın genel iyilik durumun sürdürülmesini, sorumluluğunu üstlenerek cerrahın rahat çalışmasını sağlar. Hastayı ameliyat öncesi dönemde değerlendirir, hastaya anestezi ve kas gevşetici ilaçları uygulayarak hastanın uyutulmasını ve ağrısının giderilmesini sağlar, hava yolu açıklığını sağlayarak hastayı entübe eder, kan ve kan ürünleri intravenöz sıvıların infüzyonunu yapar, hastanın fizyolojik durumunu sürekli izler, gelişebilecek komplikasyona karşı cerrahı uyarır, cerrahi işlem bittiğinde hastayı ekstübe ederek uyandırır anestezi sonrası ayılma ünitesinde hastanın durumunu gözlemler(1,61).

#### **2.2.2.1.4. Anestezi Hemşiresi**

Hastaya anestezi uygulanırken anestezi hekimine yardımcı olur. Hasta için gerekli malzemenin hazırlanması ile başlayan, damar yolunun açılması, hastanın izlenmesi, uyandırılması ve bilincini kazanması sırasında uyandırılması esnasında anestezi hekimine yardım etmekten sorumludur(61).

#### **2.2.2.1.5. Ameliyathane Hemşiresi**

##### **2.2.2.1.5.1.Dolaşıcı (Sirküle) Hemşire**

Dolaşıcı (sirküle) hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları:

- Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.
- Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.
- Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.
- Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.
- Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.
- Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.
- Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine ve güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.
- Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.
- Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlar(61, 71).

### 2.2.2.1.5.2.Steril (Enstrümante, Skrab) Hemşire

Steril (enstrümante, skrab) hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları;

- Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.
- Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyon) önlemek için gerekli önlemleri alır.
- Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.
- Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.
- Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.
- Cerrahi el antiseptisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.
- İşlem sırasında gereken steril alet, diğer malzemelerin hazırlanmasını ve kullanımını sağlar.
- Hastanın steril örtülmesine yardım eder.
- Malzemeleri kolay alınabilecek şekilde düzenler ve işlemin tipine göre cerrahın ihtiyacı olan malzemeyi önceden belirleyerek verir.
- Cerrahi işlem sırasında ihtiyaç duyulan iğne, iplik gibi sarf malzemeleri yeteri kadar hazırlayarak kullanıma hazır hale getirir.
- İşlem sonrası tüm aletleri, kompresler ve tamponları dolaşıcı hemşire ile birlikte sayar ve kaydeder.
- Ameliyat sırasında alınan doku örneklerini tanımlayarak dolaşıcı hemşireye güvenli bir biçimde teslim eder.
- Ameliyat sonrası malzemelerin temizlenmesini, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar(61, 71).



### **2.2.2.1.5.3.Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi**

Ameliyathanede personel, araç-gereç, program, bütçe hazırlanması ve koordinasyondan sorumludur. Sorumlu hemşire yönetim becerilerini planlama, organizasyon, uygulama, kontrol ve değerlendirmeyi içeren süreci hayata geçirir(61).

### **2.2.2.2.Ameliyathane Tasarımı**

#### **2.2.2.2.1. Güvenli Çevre**

Güvenli ve uygun ortam odanın fiziksel özellikleri, alet ve cihazların odada yerleşimi, ekibin tüm üyelerinin davranış biçimleri ile sağlanabilir. Perioperatif personel tarafından meydana gelebilecek hasarların önlenmesi, azaltılması ve kontrol edilebilmesi için, risk yönetiminin kuralları, politikaları ve prosedürlerin bütün cerrahi ekip ve yardımcı personel tarafından uygulanması gerekmektedir(86).

Güvenli çevrenin nitelikleri:

Enfeksiyon, yangın, patlama, kimyasal ve elektrik risklerinin önlenmesi ve kontrolü pozitif basınçlı ve iyi dağılan yüksek akımlı direkt gelmeyen havalandırma sistemleri, yeterli acil güç kaynakları, elektrik kesintilerinde jeneratör kullanılması, iyi planlanmış trafik, atık, nitrous okside (NO) gibi gazların güvenli kapatılması ve personelin eğitimi olması, güvenli çevrenin tasarımında önemli rol oynar(61).

Ameliyathane odası; video, monitör, mikroskop, lazer, kardiyopulmoner bypass makinaları ve diğer teknolojik araçları içine alabilecek yeterli bir alana sahip olmalıdır. Standart ameliyat odaları yaklaşık 37 metrekare ve minimum 20 metrekare arasında, ışıkların ve mikroskobun diğer malzemelerin yerleştirilebilmesi için tavan yüksekliği 3 metre olmalıdır. Kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, nöroşirurji gibi ameliyat odaları 56 metrekarelik bir yer zemini, endoskopi ve sistoskopi gereken genel cerrahi, kadın doğum ve üroloji odaları için 32 metrekarelik yer zemini, kulak burun boğaz ve göz odaları için 25-30 metrekarelik yer zemini uygundur(48, 61, 86).

#### **2.2.2.2.2. Yüzey Materyalleri**

Ameliyathanede düz, en küçük parçacıkların bile tutunamayacağı şekilde, kolay temizlenebilen suya ve yangına dayanıklı yüzey materyalleri kullanılmalıdır. Sert, fleksible, yekpare, gözeneksiz, yapışkan vinil kaplama materyalleri duvara, döşemeye, tavana tam olarak yapışmalı ve bütün yüzeyler antimikrobiyal temizlik solüsyonları ile yıkanabilmelidir(61, 86).

Ameliyathane odalarının duvarları için dinlendirici ve rahatlatıcı özelliğinden dolayı yeşil renk önerilmektedir(86).

Ameliyathane kapıları; mikroorganizmaların sayıca artmasını önleyecek şekilde sürgülü, malzeme dolapları; paslanmaz çelikten, sürgülü ve cam kapaklı olmalıdır(61).

Her ameliyat odasında yeteri kadar malzeme bulundurulmalıdır. Temiz ve steril malzemeler temiz asansörle ameliyathaneye, kirli malzemeler kirli asansörü ile yıkanması ve steril edilmesi için alet odası ve sterilizasyon merkezine gönderilmelidir(61, 86).

#### **2.2.2.2.3. Trafik Akışı**

Perioperatif alanda hastanın, personelin ve araç-gerecin rahat hareketi sağlanmalıdır. Association of periOperative Registered Nurses (AORN)'a göre; cerrahi alan 3 bölümden oluşur. Kısıtlanmamış alan; giriş ve çıkış, preoperatif alan, giyinme odaları, bekleme salonu ve ofislerin bulunduğu alandır. Trafik kısıtlı değildir. Bu alanda ameliyathane çalışanları ile sınırlı iletişime ve çalışanların hastane üniforması ve ya normal giysiler ile girilmesine izin verilir. Yarı kısıtlanmış alan; cerrahi alana, kısıtlanmış alana giden koridorlar, araç-gerecin depolandığı odaların olduğu alandır. Bu alanda maske, bone, galoş ve cerrahi üniforma giyilir. Kısıtlanmış alan; ameliyat odaları, fırçalanma lavaboları, açılmış steril malzemelerin bulunduğu alandır. Malzeme akışı temiz alandan ameliyat odaları ve periferik koridora doğrudur(1, 61).

#### **2.2.2.2.4. Havalandırma/Ventilasyon**

Ameliyathanede enfeksiyon riskinin önlenmesi için uygun havalandırma sistemlerinin olması gerekir. Statik elektriği baskılamak ve bakterilerin üremesini önlemek için ısıнын 20-23 °C, nemin %30-60, basıncının mikroorganizmaların ve tozun içeriye girmesini önlemek için dışarıya doğru %15 pozitif olması gerekmektedir. Havalandırma sisteminde etkinlikleri standardize edilmiş iki filtre sistemi bulunmalıdır. Hava akım hızı ameliyat odasında saatte en az 15 hava değişimi sağlayacak debide olmalıdır. Bunun %20'si (saatte 3 değişim) temiz dış hava kaynaklı olmalıdır. Hava (Laminar hava akımı, paralel olarak sabit bir hızla hava akımı) ameliyat odasına tavandan içeri verilmeli ve tabana yakın olarak dışarı alınmalıdır. Rutin bir gereksinim olmamakla birlikte, hiç partikül içermeyen, aşırı temiz havalandırılmalı odalar implant ve protez cerrahisi için gerekli olabilir. Bu sistemlerde hava 0.3 µm (mikrometre)çaplı partikülleri %99.97 etkinlikte temizleyen yüksek etkinlikli HEPA (High Efficiency Particulate Air) filtrelerden geçirilir ve yatay ya da dikey yönde 0.3-0.5 µm/saniye sabit bir hızda ameliyat alanı üzerinden üflenir ve böylece partiküllü havanın ameliyat bölgesine ulaşması engellenir. Ameliyat odalarındaki pozitif basınç; koridor ve fırçalanma alanından koku, bakteri ve virüslerin transportunu önler. Ameliyat odalarının kapıları daima kapalı olmalı ve personel giriş çıkışları sınırlandırılmalı, ameliyat odalarının havalandırma ile ilgili politika ve prosedürler düzenli olarak denetlenmeli, hava filtreleri değiştirilmeli ve hava akımı giriş çıkışlarının düzenli kontrolü yapılmalıdır(11, 48, 61, 86).

#### **2.2.2.2.5. Acil Durum Sinyalizasyon/Alarm Sistemi**

Her ameliyat odasında acil durumu bildirecek duyulabilir ve görülebilir sinyalizasyon sistemi olmalıdır. Sistem; kaçağın/gazın türünü, durumunu ve monitorize edilen alanı belirtebilmelidir. Uyarı ışığı kapının dışında olmalı sinyal sesi sorumlu hemşire ofisinden ya da anestezi hazırlık bölümünden de duyulmalıdır. Bütün personel uyarının nereden geldiğini ve uyarının iptalini bilmelidir(61).

#### **2.2.2.2.6. Elektrik ve Yangın Riski**

Ameliyathanede en önemli fiziksel tehlikeler; yangın, elektrik sistemi ve anestezi gazlarından kaynaklanan kazalardır. Elektrik şoku; metal ekipmanların parçalanması ya da hasarlı parçaların çarpması, dokunması sonucu görülür. Yangın; elektrokoter ya da lazer gibi ekipmanların uygun olmayan bozuk kablo ve açık tellerinden, oksijenden zengin veya yanıcı/patlayıcı sıvıların dikkatsiz kullanımı sonucu meydana gelir. Yeni cihazların güvenlik ve performansı test edilip değerlendirilmeli, kullanmadan önce bütün elektrikli cihazların fonksiyonları, kordon ve bağlantılar kontrol edilmelidir. Elektrik kabloları yeterli uzunlukta ve esneklikte olmalı, kullanılırken kıvrılma/bükülme olan kablolar kullanılmamalıdır(61).

#### **2.2.2.2.7. Cerrahi Duman**

Cerrahi duman hasta, personel, çevre açısından potansiyel risk taşır. Lazer ya da elektrokoter kullanıldığında, mutajen gazlar, karsinojenler, DNA komponentlerini içeren partiküller ya da HPV (Human Papilloma Virus) dumanla havaya yayılabilir. Elektro cerrahi aletleri tarafından meydana gelen duman rutin yollarla dışarı çıkarılamaz. Ameliyathane odasından dumanın çıkarılması için özel vakumlu, tüm kontaminantları filtre eden ve ortamı güvenli hale getirebilen bir filtrasyon sistemine sahip, duman tahliye sistemleri bulundurulmalıdır. Cerrahi duman için diğer yaygın uygulama ise, cerrahi dumanı aspire eden duvara monte edilmiş aspiratör cihazlarıdır. Skrab hemşire; elektro cerrahi aletler kullanıldığında dumanı izleyerek aspire edilmesini sağlar. Normal aspiratörlerde, sıvı için yapılmalarına rağmen bir miktar dumanı çekebilirler(11, 17, 58, 61).

#### **2.2.2.2.8. Radyasyon Güvenliği**

Radyasyon hem hasta hem de çalışanlar için önemli risk kaynağıdır. Ameliyathanede radyasyon; taşınabilir röntgen cihazları, floroskopi cihazları ve lazer gibi iyonize olmayan cihazlardan yayılabilir. Radyoaktif maddelerle karşı karşıya kalınması uygulanan miktara göre hücreler zarar vermekte ve mutasyon, kromozal bozukluklar, katarakt ve kansere neden olabilmektedir. Radyasyondan korunmak için personel %100 koruyuculuğu olmasa da, kurşundan yapılmış koruyucu önlük

giymelidir. Radyasyona maruziyet esnasında bütün personel uygulama alanından 1.5 metre uzaklaşınca radyasyon dozu % 88 oranında düşmektedir. Çekim esnasında görevli olmayan personel odada kalmamalıdır. Radyasyona maruziyetle ilgili izlem yapılmalıdır. Radyasyon izleme aletleri (dozometre) personelin radyasyona maruziyeti gösterir. Dozometre göğüs ya da bel seviyesinde devamlı takılmalı, koruyucu önlük giyildiğinde dozometre önlüğün yakasının altına takılmalıdır. Dozometre sayımı aylık toplanıp hesaplanmalıdır(11, 61, 76).

Floroskopi esnasında; kurşunlu önlük, troid koruyucu siperlikler, eğer hastayla uzun süre ve sık çalışılacaksa kurşunlu akrilik çerçeveli ve camlı gözlük takılmalı, radyasyondan koruyucu eldiven giyilmelidir. Tedavi amaçlı radyoaktif kapsül/iğne yerleştirilen hastaların ameliyathaneye gelmeden önce radyasyon kaynağı ve anatomik yerleşim yeri bilinmeli, radyoaktif kapsül ya da iğneler ameliyathane ortamında yerleştirilecekse, aletle tutulmalı, radyasyon uyarısı kapıda, ışıklı levha olarak belirtilmeli, radyasyona maruziyet ve korunma ile ilgili önlemler yazılı olarak belirtilmeli ve periyodik olarak güncellenmelidir(11, 61).

#### **2.2.2.2.9. Lazer**

Cerrahide lazer kullanımı son yıllarda giderek yaygınlaşmıştır. Lazer iyonize olmayan ışın yayar. Lazer görünebilen kızıl ötesi ve ultraviyole ışınlarda dâhil, elektromanyetik radyasyonun bütün tiplerinin bir spektrumdaki dalga boylarının karakteristik bir alanını kapsar. Tıbbi ve cerrahi işlemler için kullanılan üç tip lazer vardır. Solid lazer; aktif ortam olarak solid materyal kullanılır. Sert ve esnek endoskoplardan geçtiği için gastrointestinal, pulmoner endoskopide, jinekolojik ve ürolojik işlemlerde kullanılır. Gaz lazerler; aktif ortamı gaz maddeler (argon,CO<sub>2</sub>, helyum-neon) içerir. CO<sub>2</sub> lazerler jinekolojik işlemlerde ve laparoskopik işlemlerde kullanılır. Argon lazerler ise, laparoskopik ve oftalmolojik cerrahide kullanılır(11, 61).

Lazer kullanılırken ameliyat odasında bulunan tüm ekip üyelerine ve hastaya da koruyucu gözlük verilmelidir. Anestezi alan hastanın göz kapakları bantla ya da serum fizyolojikle (SF) ıslatılmış tamponla kapatılarak lazer ışınından korunmalıdır. Bazı cilt temizleme solüsyonları yanıcı özelliğe sahip olduklarından cilt temizliği lazer kullanmadan önce yapılmalı ve yanıcı anestezikler, pomatlar ve temizlik solüsyonları,

plastik materyaller kullanılmamalıdır. Ameliyat bölgesini örtmek amacıyla tekrar kullanılabilen ıslak örtüler/lazere dirençli örtüler kullanılmalı, lazer uygulanan alana açılan kapıların üzerinde güvenlik uyarı işaretleri bulunmalı, işlem esnasında bu alana giriş çıkışlar yasaklanmalı, lazer odasında lazer güvenliğine ilişkin politikalar bulunmalıdır(11, 61, 86).

#### **2.2.2.2.10. Lateks Alerjisi**

Lateks eldivenler fleksibl, giyimi kolay ve ameliyathanede her türlü işlem esnasında kullanılan malzemelerdendir. Hasta ve çalışanlar için risk oluşturur. Lateks, orta derecede kontakt dermatitten, ürtiker, konjoktivit, bronkospazm, ve anafaktik şoka kadar değişen alerjik reaksiyonlar oluşturabilir. Sağlık çalışanlarında lateks alerjisi %3-17 oranında görüldüğü bildirilmektedir(61). Lateks alerjisi spina bifidalı, genitoüriner sistem anomalili ve çoğul cerrahi ameliyat geçiren hastalarda sık görülür(11, 61).

Lateks alerjisini önlemek için, atopik olduğu bilinen sağlık çalışanı olabildiğince ameliyathane, yoğun bakım gibi lateks aeroallerjen seviyeleri yüksek ortamlarda çalıştırılmamalı, gereksiz yere, rutin lateks eldiven kullanımı kısıtlanmalı, lateks proteini içermeyen ve pudrasız eldivenler tercih edilmelidir(11, 17).

#### **2.2.2.2.11. Kimyasal Ajanlar**

Ameliyathane çalışanları her gün pek çok kez su-sabun-deterjanla ya da antimikrobiyal ajanlar içeren solüsyonlarla el yıkarlar. Su-sabunla yapılan etkili el yıkamada; el florasındaki mikroorganizmalar mekanik olarak uzaklaştırılarak, sayıca azaltılır ve bakteriyostatik bir etki sağlar. Antimikrobiyal ajanlarla yapılan el yıkamada ise; mikroorganizmaların çoğalmasının ya da öldürülmesi amaçlanır. Bu maddeler kullanılırken dirençli mikroorganizmalara etkileri, organik maddelerle inaktive oluşları ve toksik etkileri göz önüne alınmalıdır(11, 61).

Sabun ve birçok antimikrobiyal ürün temizleyici etki olarak deterjan kökenlidir ve floranın mekanik olarak yok edilmesine yardımcı olurlar. Ancak su sabun ve deterjan derideki keratin tabakasında alkali ortamın hasarı, lipitlerin yok edilmesi, derinin koruyucu özelliğinin bozulması ve aminoasitlerin yok edilerek su tutma kapasitesinin hasar görmesi gibi değişikliklere neden olmaktadır. Özellikle hassas kişilerde, deride

kuruluk, çatlama, kontakt dermatit ve egzama görülmektedir. Ayrıca ellerin fırçalanması sırasındaki mekanik travmada, deride bu tür bozukluklara neden olan diğer bir faktördür. Alkol, klorheksidin glikonat, iyadoforlar ve heksaklorafen en çok kullanılan kimyasal el yıkama ajanlardır. Bunlardan alkolün cilt üzerinde kurutucu etkisinin bulunduğu, klorheksidin glikonatin ciltte irritasyona neden olduğu ve uzun süre kullanımında karaciğere toksik etkisinin bulunduğu, iyadoforların özellikle iyoda hassas kişilerde, alerjik ve toksik etkiler yaptığı, heksaklorofenin ise toksik etkisi yanı sıra nörolojik hasarlara neden olduğu belirlenmiştir(11, 61).

Ameliyathanelerde kimyasal sterilizasyon amaçlı glutelaldehit, formaldehit, etilen oksit yaygın olarak kullanılmaktadır. Ameliyathanede havalandırma iyi olmadığına, yüksek dozda glutaraldehidin solunum yolu ile alınmasına bağlı gözlerde, burun ve boğazda yanma, irritasyon ve alerjik reaksiyonlar görülür. Formaldehid kimyasal sterilizasyon ve dezenfeksiyon için kullanılır. Formaldehid kullanımında, deri hassasiyeti, inhalasyon yolu ile toksisite, gözde, solunum yollarında irritasyon, alerjik dermatit, anjionörotik ödem, öksürük, baş ağrısı, taşikardi görülmektedir. Yüksek doza maruz kalmada ise, pulmoner ödem, pnömoni ve ölüm görülür. Etilen oksit yanıcı ve konsantrasyonu %3'e ulaştığında patlayıcı bir gazdır. Akut etkileri solunumla ilgili sıkıntılar ve nörolojik bulgulardır. Yüksek oranda maruziyet katarakta neden olur. Kanserojen olduğunu gösteren çalışmalar vardır(11, 61).

Biyopsi materyali gönderilirken tespit için kaba önce % 10'luk formaldehid solüsyonu, sonra biyopsi parçası konulmalıdır. Materyal kaba konulurken sıçraması önlenmeli, yüz, göz koruyucuları, eldiven ve cildi koruyan giysiler giyilmelidir. Formaldehid solüsyonu ameliyathanede ayrı bir yerde depolanmalı, solunum yolu ile alımı önlemek için oda negatif basınç ile havalandırılmalı ve riski azaltmak için satın almalarda büyük miktarlar yerine, az miktarda alınmalıdır. Etilen oksit gazı ile sterilizasyonunda doğru kurallar uygulanmalı, sterilizatör doğru kullanılmalı, sterilizasyon odası havalandırılmalı ve malzemelerin yeterli ventilasyonu sağlanmalı, atık gazı dışarı atan sistem binanın dışına kadar uzanmalı ve görevli personel eğitilmelidir(11, 61).

Anestezi hemşiresi ve uzmanı olarak çalışanlarda anestezi gazları risk kaynağıdır. Anestezi gazları yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, deride döküntü, kaşıntı, mide bulantısı gibi fizyolojik etkilere, hamilelerde spontan abortus, prematür doğumlara ve sinir-kas iskelet sisteminde doğumsal anomalilere sebep olmaktadır. Anestezi gazlarıyla direkt temasın önlenmesi, atık gazların ameliyathane dışına ileten bir sistemin olması ve ameliyathane ortamının iyi havalandırılması sonucu zararlar önlenir(11, 17, 38, 58, 59, 61, 86).

#### **2.2.2.2.12. Kan Yoluyla Bulaşan Patojenler**

Sağlık çalışanlarında kan yoluyla enfeksiyonların bulaşması, kullanılan iğnelerin ele batması, kanla kontamine aletlerle yaralanma ve enfekte kan ve vücut sıvılarının mukozaya sıçraması sonucu meydana gelmektedir. Ameliyathanede iğne batması ve bistüri kesileri en sık yaralanma nedenleri olmakla birlikte; rehber tel, torakar, matkap, vida, kateter uçları, çamaşır pensleri ve ilaç şişeleri de eldiven yırtılması ve yaralanmalara neden olmaktadır(11, 61).

Biyolojik olarak kabul ettiğimiz kan ve vücut sıvılarıyla kontamine aletlere maruz kalma sonucu en yaygın bulaşan patojenler; Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), Human Immunodeficiency Virüs (HIV) dir. Enfekte kan ve vücut sıvılarına maruziyetin önlenmesi ile kan yolu ile bulaşan patojenlerin yayılımı önemli ölçüde azalmıştır. Ameliyathanede delici kesici alet yaralanmaları ile en sık karşılaşılan durumlar; delici kesici aletin takılması çıkarılması esnasında (bistüri sapına uç yerleştirilirken, portegüye iğne/iğneli dikiş materyali yerleştirirken), delici kesici alet transferi (alıp-verme) esnasında, kesici aletin kullanımı esnasında (bistüri ile kesi yapılırken, parmakların rehber ya da germe amacıyla kullanıldığında) ve delici kesici aletleri atık kaplarına atarken oluşmaktadır(11, 61).

Biyolojik risklerden korunmak için evrensel önlemlerin yanı sıra ameliyathanelerde bazı önlemlerin de alınması gerekir. Bu önlemler; cerrahi işlemler esnasında disposable bistüriler kullanılmalı, eğer sap ve ucun ayrı olduğu bistüriler kullanılacaksa; ucun takılması ve çıkarılması esnasında pens/klemp kullanılmalı, kesici aletlerin mayo masasında arka tarafta yer almalı ve kullanılmadığı zamanlarda insizyon alanından uzaklaştırılmalıdır. Kesici aletlerin transferi yapılırken cerrahın sözlü ya da işaretli aleti



istememesi beklenmeli, insizyon ve dikiş atılması esnasında eller alandan uzak olmalı ve cerrahi alana fazla eğilinmemelidir. Delici kesici malzemelerin toplandığı enfekte atık kapları, delinmeye dayanıklı, giriş deliği atılacak malzemenin girişine uygun ve dolma çizgisi görülebilir olmalı, hastadan alınan kan, kültür, biyopsi ve patoloji parçalarını paketlenme ve etiketlenme esnasında eldiven kullanılmalı ve sızdırmaz, kapaklı özel kaplarda laboratuvara gönderilmeli, kayıt formlarına asla kirli ellerle veya eldivenlerle dokunulmamalıdır. Kurumlar çalışılan alana yönelik risk tanımlamalarını yapmalı, politika ve prosedürleri belirlemeli, çalışanlar koruyucu güvenlik önlemlerine ilişkin yöntemler konusunda eğitim programları ile bilgilendirilmeli ve denetlenmeli, maruziyet olduğunda maruz kalan birey tıbbi kayıtlara rapor edilmeli ve gerekli yerlere iletilmeli, sağlık çalışanları kan yolu ile bulaşan enfeksiyondan Hepatit B'ye karşı aşılmalıdır(11, 17, 61).

#### **2.2.2.2.13. Atık Yönetimi**

Atık yönetiminin temel amacı, insan sağlığı ve çevreye zarar vermeden en ekonomik yolla atıkların toplanması, ayıklanması, kullanılacak şekle geri dönüştürülmesi, tekrar kullanılması ve son olarak, miktar ve hacminin azaltılarak güvenli bir şekilde bertaraf edilmesidir(63).

- Tıbbi atık; ünitelerden kaynaklanan patolojik ve patolojik olmayan, enfekte, kimyasal ve farmasotik atıklar ile kesici-delici malzemeler ve sıkıştırılmış kapları içeren atıklara denir. Tıbbi atıkların tümü kaynağında ayrı olarak kırılmaya, delinmeye ve taşınmaya dayanıklı 150 mikron kalınlığında kırmızı plastik torbalara konulur.
- Evsel nitelikli atık; ünitelerden atılan, ancak enfekte olmamış mutfak atığı, bahçe atığı, büro atığı, ambalaj malzemeleri, şişe ve benzeri maddelerden oluşan atıklardır. Evsel nitelikli atıklar, tıbbi atıklardan ayrı olarak mavi plastik torbalarda toplanırlar.
- Enfeksiyöz atık; kan, insan doku ve organları, idrar kapları, kan veya plasenta bulaşmış atıkları, bakteri kültürleri, intaniye ve acil servis atıkları, yemek atıkları, bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri, dışkı ve bunlarla bulaşmış eşyalar, araştırma amacı ile kullanılan deney hayvanlarının leşleri

ile karantinadaki hastaların atıklarına denir. Bu atıklar, sarı veya kırmızı renkli, dayanıklı, su sızdırmaz plastik torba, poşet veya otoklava dayanıklı kaplarda toplanır.

- Patojen atık; hastalık yapıcı etken taşıyan atıklardır.
- Patolojik atık; cerrahi girişim, otopsi veya anatomi çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, insan fetüsünü ve hayvan cesetlerini, kan ve vücut sıvılarını içeren atıklardır.
- Kesici-delici atık; serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, kırık cam şişeleri, ampuller, cam tüp, bistüri, bıçak, klipsler, zımba telleri, enjektör, trokarlar, trokar rehberi, intraket gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklardır. Tüm kesici- delici aletler, üzerinde kesici alet simgesi olan, delinmeye dayanıklı kaplarda toplanır.
- Farmasötik atık; miadı geçmiş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş veya kontamine olmuş ilaçlar, aşular, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutulardır. Farmasötik atıklar, kahverengi, mavi veya beyaz kutularda, plastik torba veya kaplarda toplanır.
- Radyoaktif atıklar; eser miktarda atık içeren, boş tüpler, şişeler, enjektörler, eldivenler, maskeler, ilaç şişeleri, yastıklar, gecelik giysiler ve temizlik bezleridir. Bu atıklar, üzerinde radyoaktif madde sembolü etiketlenmiş, sarı kaplarda veya kurşunlu kutularda toplanır(61, 63).

### **2.2.3. Ameliyat Sonrası (Postoperatif) Dönem**

Ameliyat sonrası dönem, hastanın ayılma/servis/yoğun bakım ünitesine gönderilmesiyle başlar; hasta normal fonksiyonlarına kavuşuncaya ya da tıbbi bakım sonlanıncaya kadar devam eder. Bu dönemde cerrahi hemşiresi, bozulan hemostatik dengenin yeniden kazanılmasına, ağrının kontrol altına alınmasına ve gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yönelik hemşirelik girişimlerini uygular(1, 26).

## **2.3. UYKU**

### **2.3.1. Uykunun Tanımı**

İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması için, bu temel gereksinimlerinin karşılanması gerekir(27). Maslow'un temel insan gereksinimlerine göre uyku önemli bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç, insan yaşamının temel ve vazgeçilmez etkinliklerden biri olup; yemek yeme, nefes alma ve boşaltım işlevi kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir(56). Uyku; kişinin uygun duyuşal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olmasının yanında, organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemidir(42, 44).

### **2.3.2. Uykunun Fizyolojisi**

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından düzenlenir(27). Uykunun başlaması nöronların yorulması ile hem korteksin hem de çevresel sinirlerin RAS'e olan olumlu geri bildirim düzeylerinin düşmesi ve RAS'deki devrelerin çalışmalarını sürdürebilmesi için yeterli eksitabiliteyi devam ettirememesiyle meydana gelir. Önce uyuklama yavaş yavaş başlar, sonra birdenbire uykuya geçiş olur. RAS'in beyin sapındaki kısmı uyanık durumda iken gelen uyarıları kortekse iletir. Serebral korteks; ağrı, basınç, gürültü gibi periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık oluşur. Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır(9, 81). Dopamin, serotonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uykuda rol oynarlar. Serotonin uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir. Asetilkolin; uyanıklık durumunda ve REM uykusunun başlatılmasında etkindir. Norepinefrin; genel olarak uyanıklığın sağlanması ve devamlılığında sorumludur. Mezensefalon ile pons arasında yer alan Rafe çekirdeği serotonin salgılar. Beynin bu alanı BSR olarak ta adlandırılır. Uyku ile BSR' un aktivitesinde artma meydana gelir. Serotonin seviyesi yeterince yükseldiğinde

RAS inhibe olur(27, 56). Uykuya dalmaya çalışan birey gözlerini kapatarak gevşeme pozisyonu almaktadır. Odanın karanlık ve sessiz olması, RAS'ın uyarılmasını azaltarak, bireyin uykuya dalmasını sağlamaktadır. BSR'deki bazı noktalar uyarılmakta ve bu durum, uyku ile sonuçlanmaktadır. Bireyin uyanık kalması ya da uykuya dalması, limbik sistemden (emosyonel), periferal duyu reseptörlerinden (ses, ışık gibi uyarılar) ve büyük merkezlerden (düşünce gibi) gelen impulslar arasındaki denge ile paralellik göstermektedir(81).

### 2.3.3. Uykunun Evreleri

	<b>Özellikleri</b>
<b>NonREM uykusu</b> <b>(yavaş göz hareketi)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 4 evreden oluşur.</li><li>- Evre I'den IV'e doğru aşamalı olarak uyku derinleşir.</li><li>- Evre I ve II'de uyku hafiftir ve bireyler kolaylıkla uyandırılabilir.</li><li>- Evre III ve IV ise, derin uyku durumudur delta uykusu ya da yavaş dalga uykusu (Slow Wave Sleep-SWS) olarak adlandırılır.</li></ul>
<b>Evre I</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Toplam uykunun %5'ini oluşturur.</li><li>- Uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir.</li><li>- Kişi gürültü, dokunma gibi uyaranlarla uyandırılabilir.</li><li>- Kalp atımı, vücut ısısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar.</li><li>- Bu evre birkaç dakika sürer.</li></ul>
<b>Evre II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Toplam uykunun %50-55'ini oluşturur.</li><li>- Birey uykuya dalar ve Evre I'e oranla daha zor uyandırılır.</li><li>- Vücut ısısı düşer, kas tonüsü azalmaya devam eder.</li><li>- Bu evre 10-20 dakika sürer.</li></ul>
<b>Evre III</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Toplam uykunun %10'unu oluşturur.</li><li>- Uykunun derinliği artmıştır ve bireyi uyandırmak zordur.</li><li>- Parasempatik etkiyle kalp atım hızı yavaş, solunum düzenli, kaslar gevşek ve vücut ısısı düşüktür.</li><li>- Bu evrede protein sentezi artar.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bu evre 15–30 dakika sürer.</li> </ul>
<b>Evre IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toplam uykunun %10'unu oluşturur.</li> <li>- En derin uykuya geçer ve bireyi uykudan uyandırmak zordur.</li> <li>- Kalp atımı, solunum sayısı, vücut ısısı azalmış, kaslar gevşemiş ve metabolizma yavaşlamış durumdadır.</li> <li>- Growth Hormon (GH) sentezi artmakta ve GH'unun senteziyle protein yapımı artmaktadır.</li> <li>- Bu evrede anlamsız konuşma, uyurgezerlik, horlama ve enürezis gibi durumlar ortaya çıkabilir.</li> <li>- Yaklaşık 15–30 dakika sürer.</li> </ul>
<b>REM uykusu</b> <b>(hızlı göz hareketi)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toplam uykunun %20-25'ini oluşturur.</li> <li>- Bireyi uyandırmak NonREM evresine göre daha zordur.</li> <li>- Kalp atımı, solunum, vücut ısısı, gastrik sekresyon ve metabolizma hızı artar. Solunum ve göz kasları dışındaki tüm iskelet kaslarında atoni görülür.</li> <li>- Öğrenme, hafıza ve adaptasyon gibi bilişsel süreçte rol oynamakta ve mental, emosyonel dengeyi sağlamaktadır.</li> <li>- Rüyalarda bu evrede görülür.</li> <li>- Bu evre yaklaşık 80–100 dakika sürer.</li> </ul>

(24, 37, 64, 70, 79)

#### **2.3.4. Uyku Gereksinimi**

İnsanların uyku gereksinimi; yaş, cinsiyet, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özelliklere göre farklılık gösterir(27, 29). Türk toplumunun %75.0'i gibi büyük bir çoğunluğu 7-8 saatlik bir uyku alışkanlığına sahiptir(81). Cinsiyet, sağlıklı yaşlanmada uyku üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği, erkeklerde kadınlara göre daha fazla azalma gösterir(29). Fiziksel aktivitenin fazla olması uykuya olan gereksinimi artırır. Gündüz, yaşamı sağlıklı bir şekilde sürdürmek için uykunun kaliteli ve yeterli olması gerekir(27).

#### **2.3.5. Uykunun İşlevi**

İnsanlar, uyku ve dinlenme dönemlerinde fiziksel ve mental olarak rahatlık hissederler. Uykuda fiziksel olarak böbreklerden fosfat atılımı olur(27). Özellikle NonREM uykusunda beyin dokusu gibi özel hücreler ve epiteller yenilenir. NonREM uykusunun IV. Evresi, kemik gelişimini sağlayan büyüme hormonunun üretiminden protein sentezinden ve doku yenilenmesinden sorumludur(56). Bazal metabolizmanın yavaşlaması ile vücudun enerjisi korunur. Dolaşım sistemi uykuda daha verimli çalışır. Bazal metabolizmanın yavaşlaması ile kalp daha çok kanla dolar ve her vuruşta daha fazla kanı dolaşıma verir. Sağlıklı bir kişinin kalp atımı 60-80 atım/dk dır. Uyku sırasında 60 atım/dk ya da altına düşer(81). REM uykusu öğrenme, bellek, ruhsal denge ve sosyal uyum için önemlidir. Gün içindeki olaylar gözden geçirilir ve önemli bilgiler depolanır. Günlük problemler çözümlenir. Stres ve bazı yeni deneyimler yaşamak REM uykusuna olan gereksinimi artırır. Birey yeteri kadar REM uykusu uyuyamazsa gün içinde gergin ve anksiyeteli olur(27).

#### **2.3.6. Uykuyu Etkileyen Etmenler**

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini bozar. Bu etkenler:

- Yaş; uyku örüntüleri yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Yaş değişkeni bir bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir.

Gereksinim duyulan uyku miktarı yaş ilerledikçe azalır. Yaşlıların daha az uyumaya, yatakta daha uzun süre kalmaya meyilleri vardır. Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmak için daha fazla zamana gereksinim duyarlar, gece daha sık ve çabuk uyanırlar, sabah erken kalkarlar. Yaşlıların uyku düzenleri ve gereksinimleri daha fazla değişiklik gösterir(37, 68, 79).

- Cinsiyet; uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir etmendir. Yaşlanma ile birlikte yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği kadınlara göre erkeklerde daha fazla azalır. Kadınların erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtmelerine ve uyku ilacı almaların karşın daha fazla uyudukları saptanmıştır(24, 56, 68).
- Hastalıklar; fizyolojik ve psikolojik etkileri ile uyku düzeninde bozukluğa sebep olurlar. Genellikle ağrıya yol açan durumlar; astım, gastro özofageal reflü (GÖRH), duodonal ülser, anjina pektoris, konjestif kalp yetmezliği (KKY), üremi, alerjik rinit, nöbetler, hipertiroidi, diabetes mellitus (DM), beslenme sorunları, ağrılı ereksiyon ve postoperatif travmalar uykusuzluğa (insomniya) yol açabilirler(27, 29). Hipotiroidi, enfeksiyonlar, myotonik distrofi, tümörler, serebro-vasküler olaylar (SVO), hidrosefali, hipoglisemi, hiponatremi, karaciğer-böbrek yetmezliği ve fiziksel travmalar aşırı uyumaya (hipersomniya) yol açan tıbbi durumlardır(29). Ayrıca kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), astım gibi öksürüğe neden olan hastalıklar, Parkinson hastalığı, romatizmal durumlar, menapoz sonrası ateş basması ve gece idrara sık çıkma (noktüri) gibi durumlar uykuya dalma ve sürdürmede güçlüğü neden olarak, toplam uyku süresinde azalmaya yol açarak uyku kalitesini bozmaktadırlar(27, 29). Psikiyatrik hastalıklardan; depresyon, mani, psikoz, anksiyete, akut şizofreni, stres, demans ve alzheimer gibi bozuklukları olan kişilerde genellikle uykuya dalmada zorluk ve uyku süresinde azalma, aşırı uykulu olma gibi uyku problemleri görüldüğü belirtilmektedir(27).
- Çevresel faktörler; aşırı gürültü, ışık, sıcak ya da soğuk gibi çevresel faktörler bireylerin uykuya dalmasını ve uykuyu sürdürmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyler genellikle kendi evlerinde, alışkın oldukları



ortamda rahat ederler ve daha iyi uyurlar(79). Gürültülü bir ortamda uyku yüzeyseldir ve uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken, bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler. Oda sıcaklığı da uyku kalitesini etkiler. Oda sıcaklığının 24<sup>0</sup>C'den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya neden olurken, 12<sup>0</sup>C'den düşük olması da görülen rüyaların içeriğini olumsuz yönde etkilemektedir(29).

- Fiziksel aktivite; fiziksel aktivite ve egzersiz yorgunluğu arttırarak uykuyu etkiler. Hem REM hem de NonREM uykusunu arttırır(37, 42). Egzersiz sırasında salgılanan serotonin derin uyumayı ve delta uykusunun düzenlenmesini sağlar(29, 79). Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirir(27).
- Emosyonel durum; günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uyku düzenini bozar. Anksiyete ve stres uykuyu iki şekilde etkiler: stres içindeki birey gereksinimi olan uykuyu sağlamakta güçlük çeker ve REM uykusunun miktarı azalır(42 56). Bununla birlikte korku, üzüntü, yas, kuşku ve sevinç bireyin gevşemesini ve uyumasını engeller. Bireyin yaşadığı depresyon da uyku düzenini bozar. Depresyonda olan bireyler uykuya dalmada güçlük çekerler ve gece boyunca sık sık uyanırlar(79).
- Diyet; kilo kaybı ve kilo alma durumlarının uykuyu etkilediği tespit edilmiştir. Kilo kaybı kesik kesik uyumaya ve daha erken uyanmaya neden olur. Kilo alımı ile uykuda geçen zaman artar, sabahları geç uyanmaya neden olur ve sık uyanmalar azalır(56, 68). Besinlerle alınan aminoasit L-triptofan uykuyu başlatan en önemli transmitter olan serotonin ön maddesidir. L-triptofan en çok ve en kullanılabilir haliyle sütte bulunur. Esansiyel aminoasitlerden yoksun bir diyet uyku kalitesini bozarken, yeterli protein içeren diyet uykuyu arttırmaktadır(24, 29, 42).
- İlaçlar; kullanılan bazı ilaçlar uyku kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere yol açabilir. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu

azaltır(27, 29). Sedatif kullanan bireylerde iş gücü kaybı ve uyuşukluk hissi görülür. Hipnotikler, uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra yoğun REM ya da yavaş dalga uykusuna (rebound insomniyaya) yol açabilir(27, 29, 68). Kullanılan diüretikler, digoksin ve beta blokerler bireyin sık sık uyanmasına neden olabilir. Narkotik analjezikler, barbitürat ve stimulan ilaçlar REM uykusunu bozarak gece uyanmaya ve uyuşukluğa neden olurlar(27, 29).

- Alkol, sigara ve uyarıcılar; az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapar, özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NonREM uykusunun IV. Evresi'nde ve REM uykusunda azalmaya neden olur(27, 29). Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi uyarıcı maddelerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı güçleştirerek gece sık sık ve sabah erkenden uyanmaya neden olur(27, 29).
- Yaşam tarzı; bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Bireyin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise değişen uyku programına uyum sağlanması zorlaşır. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur. Ayrıca gece geç saatlerde yapılan sosyal aktiviteler ve geceleri yemek yeme bireylerin uyku düzenini ve kalitesini etkiler(27, 29, 56).

### **2.3.7. Uyku Yoksunluğu ve Etkileri**

İnsanı etkin hale getiren koşulların en önemlilerinden biri olan uyku; temel fizyolojik bir yaşam gereksinimidir. Uykunun yeterli olabilmesi için hem nitelik hem de nicelik açısından tam olması gerekmektedir. İyi bir uyku için tüm uyku evreleri ve süreleri yeteri kadar sağlanmalıdır(79). Uyku yoksunluğu durumunda, uyku bölündüğünde ya da yeterince derin uyunmadığında, birey hastalanmakta ya da fiziksel ve zihinsel işlevleri bozulmaktadır. Uyku yoksunluğu yaşayan bireylerde, yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, halüsinasyon, iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi

durumlar görülür. Ayrıca bu bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilir(29).

## **2.3.8. Uyku Bozuklukları**

### **2.3.8.1. Birincil Uyku Bozuklukları**

#### **2.3.8.1.1. Dissomnia**

Dissomnia; uyku süresi, miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize, fazla uyuma, uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır(56, 64, 68).

- İnsomnia; uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan uyku olarak kabul edilmektedir. İnsomnia, en az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku olarak tanımlanmıştır(24, 42, 70, 79).
- Hipersomnia; bir aydan uzun süren, gündelik yaşamı etkileyen, ancak herhangi bir mental veya fiziksel hastalık ya da bir maddenin etkisine bağlı olmayan, gece yeterince uyumasına karşın gündüzleri uyumak zorunda kalanlar hipersomnia olarak tanımlanabilir(37, 64, 68).
- Narkolepsi; gündüz uyuklama hali ve anormal REM dönemleri ile karakterizedir ve en az üç ay sürer. Normal uykuda 10 dakikadan kısa zamanda REM dönemine girmek narkolepsi olarak kabul edilmektedir(37, 56).
- Solunumla ilişkili uyku bozukluğu; uyku ile ilişkili solunum sorununun neden olduğu aşırı uyku veya insomniaya giden uyku bozukluğu ile karakterizedir. Uyku sırasında oluşan solunum sorunları; apneler, hipopneler ve oksijen desatürasyonlarıdır(56).
- Sirkadiyen ritim uyku bozukluğu; sirkadiyen ritminin bozulması durumunda uyuma-uyanma paterninin zamanlamasında ve arzu edilen normal patern arasında aralık yoktur(24, 56).

- Başka türlü adlandırılmayan dissomniya; idiyopatik periyodik bacak ve kol hareketleri (nokturnal miyoklonus), Huzursuz Bacak Sendromu (Restless Legs Sendromu-RLS), Kleine-Levin Sendromu, mensturasyonla ilişkili sendrom, yetersiz uyku ve uyku sarhoşluğudur(56, 64).

#### **2.3.8.1.2. Parasomnia**

Parasomnia, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranış ve fizyolojik alanlarda değişimleri kapsamaktadır(56, 64).

- Kâbus bozukluğu; REM döneminde kâbus görüp uyanma halidir. Kişi olan biteni hatırlar. Kâbus bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilir, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülür(37, 56, 64).
- Uykuda korku nöbeti (Povar Nocturnus); III. ve IV. evrede ortaya çıkan büyük anksiyete ve panik halidir. Genellikle kişi ne olduğunu hatırlamaz(37, 56).
- Uyurgezerlik (sleepwalking); III. ve IV. evrede ortaya çıkar. Genellikle gecenin ilk 1/3'lük bölümünde görülür ve kişi ne olduğunu hatırlamaz. Yatağından kalkıp giyinebilir, dolaşabilir ve kendi kendine konuşabilir(37, 56).
- Diğer parasomnialar; gece boyunca diş gıcırdatma, uyku sırasında konuşma, uyku sırasında bireyin rüyasında karmaşık ve şiddetli davranışlar göstermesi, uyku paralizi vb. değişik şekillerde ortaya çıkabilir(56, 64).

#### **2.3.8.2. Başka Ruhsal Bozukluklara Bağlı Uyku Bozuklukları**

Başka ruhsal bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları insomnia ve hipersomnia olmak üzere iki grupta ele alınır. İnsomnia, en az bir ay süreyle gündüz uykuya dalma, uykuyu sürdürme zorluğu ve gündüz işlevselliğinde bozulmanın eklenmesi ile karakterizedir. Hipersomnia, en az bir ay süre ile hemen her gün gündüz uyku dönemleri ve bu dönemlerin uzaması ile kendini gösteren aşırı uykulu olma halidir(56).

## **2.4.TÜKENMİŞLİK**

### **2.4.1. Tükenmişliğin Tanımı**

Tükenmişlik kavramı ilk kez klinik psikolog Herbert Freudenberger tarafından tanımlanmıştır. Freudenberger'e göre tükenmişlik; yorgunluk hayal kırıklığı ve iş bırakma ile kendini gösteren bir sendromdur. Bu kavram daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Uzun dönemli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach tükenmişliği; kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları, olumsuz benlik kavramının gelişmesi, iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, mental ve duygusal bir tükenme hali olarak tanımlamıştır. Türkçe 'ye "tükenmişlik sendromu" olarak çevrilen burnout günümüzde sağlık çalışanlarının yüz yüze kaldığı önemli sorunlardan biridir. Sağlık hizmeti vermek, oldukça stresli bir uğraştır. Sağlık çalışanları, kendi duygusal birikimlerinden ödün vererek, her gün hastaların gereksinimlerine yanıt vermek zorunda kalmaktadırlar. Zaman geçtikçe, meslekleri gereği karşılamak durumunda kaldıkları bu yükü kaldıramaz hale gelmekte stresle başa çıkma yolları ve duygusal birikimleri tükenmektedir(8, 20, 28, 40, 47, 88).

### **2.4.2. Maslach Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli**

#### **2.4.2.1.Duygusal Tükenmişlik**

Enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği duygusuna kapılmasıyla ortaya çıkar. Bu duygusal yoğunluğu yaşayan kişi, hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür. Gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır(3, 25).

#### **2.4.2.2.Duyarsızlaşma**

Çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı insan yerine nesne gibi davranmalarıyla kendisini gösterir. Bireyler etkileşimde buldukları kişilere ve örgüte karşı uzak, umursamaz ve alaycı bir tavır takınabilirler. Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından sürekli kötülük geleceğini sanma duyarsızlaşmanın diğer belirtileri arasındadır(3, 25).

#### **2.4.2.3.Kişisel Başarı Eksikliği**

Bireylerin kendileriyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanması biçiminde belirir. İşe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı, başarı ve yeterlilik duygularında azalma görülür. İşinde ilerleme kaydetmediğini, hatta gerilediğini düşünen bu tür kişiler kendilerini suçlu hisseder ve harcadıkları çabanın bir işe yaramayacağına inanırlar(3, 25).

### **2.4.3. Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler**

Maslach ve ark. bazı demografik değişkenlerin, kişisel özelliklerin ve işe yönelik tutumun tükenmişliği etkileyeceğini belirtmiştir. Tükenmişliğin oluşumunda bireysel ve örgütsel özelliklerin başlıcaları şunlardır:

#### **2.4.3.1.Bireysel Faktörler**

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim
- Kişilik özellikleri
- Uyku sorunları
- İşe yönelik tutumlar(28, 87)

### **2.4.3.2.Örgütsel Faktörler**

- Aşırı iş yükü
- Kontrol eksikliği
- Yetersiz ödül
- Grubun bozulması
- Adaletsizlik
- Değerlerin çatışması (28, 87)

### **2.4.4. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri**

#### **2.4.4.1.Fiziksel Belirtiler**

- Yorgunluk
- Bitkinlik
- Güçsüzlük
- Yıpranma
- Baş ağrısı
- Bulantı-kusma
- Kas krampları
- Uyku bozuklukları
- Enerji kaybı
- Kilo kaybı
- Bel ağrısı
- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Geçmeyen soğuk algınlığı
- Yüksek kolesterol
- Yüksek tansiyon
- Diyabet
- Ülser
- Solunum güçlüğü ve taşipne(3, 8, 28, 40, 87)

#### **2.4.4.2.Ruhsal Belirtiler**

- Nedensiz iç sıkıntısı (Anksiyete)
- Çevreye karşı anormal derecede ilgisizlik, duygusuzluk ve kayıtsızlık (Apati)
- Engellenmişlik hissi
- Duygusal bitkinlik, kronik sinirlilik hali
- Zaman zaman bilişsel becerilerde güçlük
- Hayal kırıklığı
- Huzursuzluk
- Sabırsızlık
- Benlik saygısında azalma
- Kendini değersiz hissetme
- Ümitsizlik
- Alınganlık
- Paranoya
- Öz saygı ve özgüvende azalma
- Başarısızlık hissi
- Suçluluk
- Çaresizlik
- Eleştiriye aşırı duyarlılık(3, 8, 28, 40, 87)

#### **2.4.4.3.Davranışsal Belirtiler**

- Sık sık hata yapılması
- İşe gelmeme/işe geç gelme
- İş bırakma eğiliminde olma
- Asosyalleşme
- İlaç ve alkol tüketiminde artma
- Rol çatışmasını ve başarısızlık hissini sık yaşama
- Yadsıma
- Suçlayıcı ve alaycı olma
- Yalnız kalma isteği
- Başkalarına fazla güvenmeme ve ya onlardan kaçınma



- Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık
- Çalışma arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma gibi faktörler sayılabilir(3, 8, 28, 40, 87).

#### **2.4.5. Tükenmişliği Önleme ve Başa Çıkma Stratejileri**

Tükenmişliğe en etkili müdahale, belirtilerin erken tespit edilmesidir. Tükenmişliğin önlenmesinde hem bireysel hem de örgütsel düzeyde sorumluluklar söz konusudur.

##### **2.4.5.1.Bireysel Düzeyde**

- Kişi, işin başında yaptığı işin zorluklarını ve risklerini, tükenmenin belirtilerini iyi öğrenmelidir.
- Mümkün olduğu kadar iyi performans gösterebileceği bir bölümde çalışmalıdır.
- Sorumluluklarının sınırını bilmeli, bu sayede gereksiz kaldıramayacağı yüklerin altına girmekten kendini koruyabilmelidir.
- Gerektiğinde yardım alma konusunda bilinçlendirilmelidir.
- Çalışma ortamından zaman zaman uzaklaşmalı, değişik zihinsel-fiziksel aktiviteler ve hobilere zaman ayırmalıdır.
- Kişi tatil ve dinlenme imkânlarını mutlaka kullanmalıdır.
- Aynı yerde çalışanlar iş dışı zamanlarda da beraber vakit geçirme imkânları yakalayıp çalışma arkadaşları ile birliktelik ruhu yaratmak için çaba göstermelidir(3, 14, 40, 72, 87).

##### **2.4.5.2.Örgütsel Düzeyde**

- Çalışanların görev ve yetkilerinin açık ve net olarak belirtilmesi ve bunların yasal düzenlemeler ile yaşama geçirilmesi,

- Yetki paylaşımına izin veren yönetim yaklaşımı ve çalışanların çalışma saatleri, ücret problemleri, tatil ve sosyal imkânları konularında gerekli özenin gösterilmesi,
- Bölümlerin personel planının iyi yapılıp, düzenli ekip içi toplantılar ile gerektiğinde sıkıntılı durumlara düşmeden, olaylara büyümeden anında müdahale edilmesi,
- Çalışanlarının ödül kaynaklarının artırılması, hoşgörülü, esnek ve katılımcı bir yönetim anlayışının esas alınması,
- Her bireyin strese verdiği tepkinin ve stresle başa çıkma gücünün farklı olduğunun unutulmaması ve “stresle baş etme yöntemleri” eğitimlerinin verilmesi,
- Motivasyonu artırıcı ve çalışanların kendilerini geliştirebilecekleri eğitim olanaklarının sağlanması(3, 14, 40, 72, 87).

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

**3.1. Araştırmanın Şekli:** Araştırma 1 Kasım 2012- 30 Mart 2013 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

**3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri:** Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi, Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi, Özel Medline Eskişehir Hastanesi ve Eskişehir Özel Ümit Hastanesi'nin ameliyathanelerinde gerçekleştirilmiştir.

**3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde (45), Yunus Emre Devlet Hastanesi Ameliyathanesinde (40), Eskişehir Devlet Hastanesi Ameliyathanesinde (42), Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi Ameliyathanesinde (10), Özel Medline Eskişehir Hastanesi Ameliyathanesinde (7) ve Eskişehir Özel Ümit Hastanesi Ameliyathanesinde (10) çalışan 154 hemşire oluşturmaktadır. 1 Kasım 2012- 30 Mart 2013 tarihleri arasında ameliyathanede aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışma kapsamına alınmış; gebelik (13), doğum izni (11) ve çalışmaya katılmak için görüşmek istememe (30) gibi nedenlerden dolayı çalışmanın örneklemini ameliyathane çalışan 100 hemşire oluşturmuştur.

#### 3.4. Araştırmanın Uygulanması

**3.4.1. Veri Toplama Aracı:** Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacı ile üç form kullanılacaktır. Bunlar: Ek-1 Kişisel Veri Toplama Formu, Ek-2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Ek-3 Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'dir.

##### **Kişisel Veri Toplama Formu (EK-1):**

Bu form araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki çalışma süresi gibi sosyo-demografik değişkenlere ve çalışma ortamına ilişkin sorular yer almaktadır.

### **Maslach Tükenmişlik Ölçeği (EK-2):**

Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ- Maslach Burnout Inventory) Maslach ve Jackson (1981), tarafından geliştirilmiştir. Ergin (1992) tarafından Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Birinci alt boyut 8 maddeden oluşan “ Emotional Exhaustion” “EE” ifade edilen duygusal tükenme alt ölçeğidir. İkinci alt boyut üç maddeden oluşan “Depersonalization” “DP” olarak ifade edilen duyarsızlaşma alt ölçeğidir. Üçüncü boyut ise 8 maddeden oluşan “Personal Accomplishment” “PA” olarak ifade edilen kişisel başarı alt ölçeğidir. 22 maddeden oluşan ölçek tükenmişliğin üç alt boyutunu değerlendirmektedir.

Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı anlaşılarak, 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman). Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman=4, her zaman=0).

### **Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (EK-3):**

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır. PUKİ sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “Uykusu iyi olanlar ( good sleepers)” ve “uykusu kötü olanlar (poor sleepers)” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir.

Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir madde puanının gruplandırılması ile elde edilmektedir.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin 7 bileşeni vardır:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)

3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5),
6. Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanının yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü (5-21 puan) olarak sınıflandırılır. Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır. Ölçeğin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer.

#### **3.4.2. Veri toplama aracının uygulanması:**

Araştırmanın amacı açıklanarak, hemşirelerden onam alındı, hemşirelerle görüşme yapılarak hemşirelere; Kişisel Veri Toplama Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uygulandı.

#### **3.5. Verilerin değerlendirilmesi:**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15 paket programı kullanılarak, frekans, varyans, korelasyon ve regresyon ağacı analizi yapılmıştır.

#### **Araştırmanın etik yönü:**

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay, ilgili hastanelerin başhekimliklerinden yazılı onay ve çalışma kapsamındaki bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

#### IV. BULGULAR

Çalışma, 9.11.12-29.11.12 tarihleri arasında ameliyathanede çalışan toplam 100 hemşire üzerinde yapılmıştır.

**Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Demografik Özellikler		N	%
Yaş	20-29	15	15,0
	30-39	59	59,0
	40-49	20	20,0
	50+	6	6,0
Cinsiyet	Kadın	86	86,0
	Erkek	14	14,0
Medeni durum	Evli	75	75,0
	Bekâr	13	13,0
	Boşanmış	12	12,0
Çocuk sayısı	Yok	19	19,0
	1	31	31,0
	2	46	46,0
	3+	4	4,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	17	17,0
	Ön lisans	42	42,0
	Lisans	41	41,0
<b>Toplam</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo1’de çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre 20-29 yaş grubunda olan hemşirelerin oranı %15.0, 30-39 yaş grubunda olanların oranı %59.0, 40-49 yaş grubunda olanların oranı %20.0 ve 50 yaş ve üzerinde olanların oranı ise %6.0 olduğu görülmüştür. Hemşirelerin %86.0’sı kadın ve %14.0’ü erkektir. Hemşirelerin %75.0’i evli, %13.0’ü bekâr ve %12.0’si eşinden boşanmıştır. Hemşirelerin %81.0’i çocuk sahibi iken, %19.0’unun çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olan hemşirelerin %31.0’inin 1 çocuğu, %46.0’sının 2 çocuğu ve %4.0’ünün 3 ve üzeri sayıda çocuğu vardır. Hemşirelerin %17.0’si sağlık meslek lisesi mezunu (SML), %42.0’si ön lisans mezunu ve %41.0’i lisans mezunudur.

**Tablo 2: Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Çalışma Durumuna İlişkin Özellikler</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Meslekte çalışma süresi</b>	1 yıldan az	4	4,0
	1-4 yıl	7	7,0
	5-9 yıl	18	18,0
	10-14 yıl	17	17,0
	15-19 yıl	22	22,0
	20+	32	32,0
<b>Ameliyathane hemşiresi olarak çalışma süresi</b>	1 yıldan az	9	9,0
	1-4 yıl	15	15,0
	5-9 yıl	32	32,0
	10-14 yıl	15	15,0
	15-19 yıl	13	13,0
	20+	16	16,0
<b>Çalışmakta olduğu kurum</b>	Üniversite hastanesi	33	33,0
	Devlet hastanesi	46	46,0
	Özel hastane	21	21,0
<b>Haftalık çalışma saati</b>	40 saatten az	3	3,0
	40-49	73	73,0
	50-59	18	18,0
	60+	6	6,0
<b>Çalışma şekli</b>	Sürekli gündüz	65	65,0
	Sürekli gece	4	4,0
	Vardiya	31	31,0
<b>Toplam</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tablo2’de hemşirelerin çalışma özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; meslekte 1 yıldan az çalışan hemşirelerin oranı %4.0, 1 ile 4 yıl arasında çalışanların oranı %7.0, 5 ile 9 yıl arasında çalışanların oranı %18.0, 10 ile 14 yıl arasında çalışanların oranı %17.0, 15 ile 19 yıl arasında çalışanların oranı %22.0 ve 20 yıl ve üzerinde çalışanların oranı %32.0’dir. Ameliyathanede 1 yıldan az çalışan hemşirelerin oranı %9.0, 1 ile 4 yıl arasında çalışanların oranı %15.0, 5 ile 9 yıl arasında çalışanların oranı %32.0, 10 ile 14 yıl arasında çalışanların oranı %15.0, 15 ile 19 yıl arasında çalışanların oranı %13.0 ve 20 yıl ve üzerinde çalışanların oranı %16.0’dır. Hemşirelerin %33.0’ü üniversite hastanesinde, %46.0’sı devlet hastanesinde ve %21.0’i özel hastanede çalışmaktadır. Hemşirelerin haftalık çalışma saati %3.0’ünün 40 saat ve altında, %73.0’ünün 40 ile 49 saat arasında, %18.0’inin 50 ile 59 saat arasında ve

%6.0'sının 60 saat ve üzerindedir. Hemşirelerin %65.0'i sürekli gündüz, %4.0'ü sürekli gece ve %31.0'i vardiya şeklinde çalışmaktadır.

**Tablo 3: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı**

<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği</b>						
<b>Alt Boyutları</b>	<b>Yüksek</b>		<b>Orta</b>		<b>Düşük</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Duygusal Tükenme</b>	39	39,0	34	34,0	27	27,0
<b>Duyarsızlaşma</b>	3	3,0	21	21,0	76	76,0
<b>Kişisel Başarı</b>	97	97,0	3	3,0	0	0,0

Tablo 3'te ameliyathanede çalışan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %39.0'unun yüksek düzeyde, %34.0'ünün orta düzeyde ve %27.0'sinin düşük düzeyde duygusal tükenme yaşadığı ve %3.0'ünün yüksek düzeyde, %21.0'inin orta düzeyde ve %76.0'sının düşük düzeyde duyarsızlaştığı bulunmuştur. Buna ilaveten hemşirelerin %97.0'si yüksek düzeyde ve %3.0'ü orta düzeyde kişisel başarıya sahiptir.

**Tablo 4: Hemşirelerin Global Skorundan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı**

<b>Pittsburgh Uyku Kalitesi ölçeği</b>				
<b>Global Skor</b>	<b>&lt;5 Uyku Kalitesi İyi</b>		<b>≥5 Uyku Kalitesi Anlamlı Düzeyde Kötü</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
		37	37,0	63

Tablo 4'te ameliyathanede çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %63.0'ünün uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğu ve %37.0'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu bulunmuştur.



**Tablo 5: Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı**

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği								
Alt Bileşenleri	Çok İyi		Oldukça İyi		Oldukça Kötü		Çok Kötü	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Öznel Uyku Kalitesi</b>	14	14,0	49	49,0	34	34,0	3	3,0
<b>Uyku Latensi</b>	37	37,0	32	32,0	24	24,0	7	7,0
<b>Uyku Süresi</b>	28	28,0	54	54,0	10	10,0	8	8,0
<b>Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	80	80,0	11	11,0	4	4,0	5	5,0
<b>Uyku Bozukluğu</b>	5	5,0	59	59,0	33	33,0	3	3,0
<b>Uyku İlacı Kullanımı</b>	93	93,0	3	3,0	0	0,0	4	4,0
<b>Gündüz Uyku İşlevi Bozukluğu</b>	37	37,0	31	31,0	22	22,0	10	10,0

Tablo 5'te ameliyathanede çalışan hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinin alt bileşenlerinden aldıkları puanlara göre; %49.0'unda öznel uyku kalitesinin oldukça iyi olduğu, %37.0'sinde uyku latensinin çok iyi olduğu, %54.0'ünde uyku süresinin oldukça iyi olduğu, %80.0'inde alışılmış uyku etkinliğinin çok iyi olduğu, %64.0'ünde uyku bozukluğunun olmadığı, %96.0'sında uyku ilacı kullanımının olmadığı ve %68.0'inde gündüz uyku işlevi bozukluğunun olmadığı sonuçları elde edilmiştir.

**Tablo 6: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaş Aralıklarına Göre Dağılımları**

Ölçekler	Yaş	N	Mean	S.D.	Sig.
<b>Duygusal Tükenme</b>	20-29	15	15,46	6,53	0,065
	30-39	59	15,93	6,59	
	40-49	20	18,65	5,43	
	50+	6	10,66	8,45	
<b>Duyarsızlaşma</b>	20-29	15	3,86	2,72	0,421
	30-39	59	4,10	2,77	
	40-49	20	3,30	2,36	
	50+	6	2,50	2,81	
<b>Kişisel Başarı</b>	20-29	15	9,13	2,94	0,113
	30-39	59	12,18	5,08	
	40-49	20	11,80	4,21	
	50+	6	9,66	5,24	
<b>Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği</b>	20-29	15	5,06	4,23	0,343
	30-39	59	6,59	3,33	
	40-49	20	5,50	2,81	
	50+	6	5,83	2,56	

Tablo 6’da farklı yaş gruplarındaki hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının dağılımı verilmiştir. Oneway Anova Testi sonuçlarına göre; Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile yaş grupları arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ) .

**Tablo 7: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Dağılımları**

Ölçekler	Cinsiyet	N	Mean	S.D.	Sig.
Duygusal Tükenme	Kadın	86	16,84	6,63	0,004
	Erkek	14	11,42	4,46	
Duyarsızlaşma	Kadın	86	3,81	2,80	0,971
	Erkek	14	3,78	1,84	
Kişisel Başarı	Kadın	86	11,50	4,84	1,000
	Erkek	14	11,50	4,25	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği	Kadın	86	6,31	3,42	0,115
	Erkek	14	4,78	2,66	

Tablo 7’de cinsiyete göre hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Independent Samples T-Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre duygusal tükenme alt boyutunda kadın ile erkek hemşireler arasında çok önemli düzeyde fark vardır( $p < 0,01^{**}$ ). Kadın hemşirelerin duygusal tükenmeden aldıkları puan ortalaması erkek hemşirelerden fazladır. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutları ile Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile cinsiyet arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ).

**Tablo 8: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Dağılımları**

Ölçekler	Medeni Durum	N	Mean	S.D.	Sig.
Duygusal Tükenme	Evli	75	16,13	6,23	0,815
	Bekâr	13	16,76	8,89	
	Boşanmış	12	15,08	6,80	
Duyarsızlaşma	Evli	75	3,32	2,01	0,002
	Bekâr	13	6,07	3,66	
	Boşanmış	12	4,41	3,87	
Kişisel Başarı	Evli	75	11,22	4,50	0,435
	Bekâr	13	13,07	6,11	
	Boşanmış	12	11,50	4,70	
Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği	Evli	75	6,01	3,18	0,906
	Bekâr	13	6,38	4,53	
	Boşanmış	12	6,33	3,28	

Tablo 8’de medeni duruma göre hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Oneway Anova Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre duyarsızlaşma alt boyutu ile medeni durum arasında çok önemli düzeyde fark vardır( $p < 0,01^{**}$ ). Duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutları ile Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile medeni durum arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ).

**Tablo 9: Medeni Duruma Göre Duyarsızlaşma Alt Boyutundan Alınan Puanların Dağılımı**

<b>Duyarsızlaşma</b>		<b>Sig.</b>
<b>Evli</b>	Bekâr	0,001
	Boşanmış	0,351
<b>Bekâr</b>	Evli	0,001
	Boşanmış	0,237
<b>Boşanmış</b>	Evli	0,351
	Bekâr	0,237

Tablo 9’da Post Hoc Tukey HSD Testi sonuçlarına göre; bekâr hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunun puanı evli hemşirelere göre daha yüksektir( $p<0,01^{**}$ ).

**Tablo 10: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Çocuk Sayısına Göre Dağılımları**

Ölçekler	Çocuk Sayısı	N	Mean	S.D.	Sig.
<b>Duygusal Tükenme</b>	Yok	19	17,42	8,53	0,760
	1	31	16,19	6,92	
	2	46	15,45	5,65	
	3+	4	16,25	6,18	
<b>Duyarsızlaşma</b>	Yok	19	6,00	3,43	0,001
	1	31	3,58	2,52	
	2	46	3,19	2,03	
	3+	4	2,25	1,25	
<b>Kişisel Başarı</b>	Yok	19	11,42	5,67	0,089
	1	31	13,16	4,52	
	2	46	10,63	4,35	
	3+	4	9,00	3,36	
<b>Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği</b>	Yok	19	6,15	3,94	0,699
	1	31	6,58	3,38	
	2	46	5,69	3,25	
	3+	4	6,75	0,95	

Tablo 10’da çocuk sayısına göre hemşirelerin; Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Oneway Anova Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre duyarsızlaşma alt boyutunda çocuk sahibi olmayan hemşireler ile çocuk sahibi olan hemşireler arasında çok önemli düzeyde fark vardır( $p < 0,01^{**}$ ).

Duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutları ile Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile çocuk sayısı arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ).

**Tablo 11: Çocuk Sayısına Göre Duyarsızlaşma Alt Boyutundan Alınan Puanların Dağılımı**

Duyarsızlaşma		Sig.
Yok	1	0,007
	2	0,000
	3+	0,037
1	Yok	0,007
	2	0,910
	+3	0,747
2	Yok	0,000
	1	0,910
	3+	0,886
3+	Yok	0,037
	1	0,747
	2	0,886

Tablo 11’de Post Hoc Tukey HSD Testi sonuçlarına göre; çocuğu olmayan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunun puanı, çocuğu olan hemşirelere göre yüksektir.

**Tablo 12: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımları**

Ölçekler	Eğitim Durumu	N	Mean	S.D.	Sig.
<b>Duygusal Tükenme</b>	Sağlık meslek lisesi	17	13,05	5,26	0,116
	Ön lisans	42	16,80	7,25	
	Lisans	41	16,60	6,25	
<b>Duyarsızlaşma</b>	Sağlık meslek lisesi	17	3,70	2,61	0,666
	Ön lisans	42	3,57	2,55	
	Lisans	41	4,09	2,87	
<b>Kişisel Başarı</b>	Sağlık meslek lisesi	17	10,35	3,80	0,554
	Ön lisans	42	11,71	4,80	
	Lisans	41	11,75	5,05	
<b>Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği</b>	Sağlık meslek lisesi	17	6,17	3,77	0,990
	Ön lisans	42	6,04	3,45	
	Lisans	41	6,12	3,16	

Tablo 12’de farklı eğitim durumu olan hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Oneway Anova Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile hemşirelerin eğitim durumları arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ).



**Tablo 13: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Meslekte Çalışma Yılı, Ameliyathanede Çalışma Yılı ve Haftalık Çalışma Saatine Göre Dağılımları**

<b>Correlations sig. (2-tailed) değerleri</b>	<b>Meslekte Çalışma Yılı</b>	<b>Ameliyathanede Çalışma Yılı</b>	<b>Haftalık Çalışma Saati</b>
<b>Duygusal Tükenme</b>	0,185	0,961	0,387
<b>Duyarsızlaşma</b>	0,495	0,080	0,553
<b>Kişisel Başarı</b>	0,710	0,679	0,002
<b>Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği</b>	0,859	0,317	0,125

Tablo 13’de meslekte çalışma yılı, ameliyathanede çalışma yılı ve haftalık çalışma saatine göre hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Pearson Correlation Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre kişisel başarı alt boyutu ile haftalık çalışma saati arasında çok önemli düzeyde negatif bir ilişki vardır( $p < 0,01^{**}$ ). Haftalık çalışma saati arttıkça kişisel başarı düşmektedir.

**Tablo 14: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeğinden Aldıkları Puanların Çalışma Şekline Göre Dağılımları**

Ölçekler	Çalışma Şekli	N	Mean	S.D.	Sig.
<b>Duygusal Tükenme</b>	Sürekli gündüz	65	15,55	6,73	0,545
	Sürekli gece	4	17,50	6,45	
	Vardiya	31	17,03	6,51	
<b>Duyarsızlaşma</b>	Sürekli gündüz	65	3,56	2,69	0,401
	Sürekli gece	4	3,50	2,38	
	Vardiya	31	4,35	2,71	
<b>Kişisel Başarı</b>	Sürekli gündüz	65	11,24	4,93	0,319
	Sürekli gece	4	9,00	1,82	
	Vardiya	31	12,35	4,50	
<b>Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği</b>	Sürekli gündüz	65	6,03	3,34	0,856
	Sürekli gece	4	7,00	0,81	
	Vardiya	31	6,12	3,63	

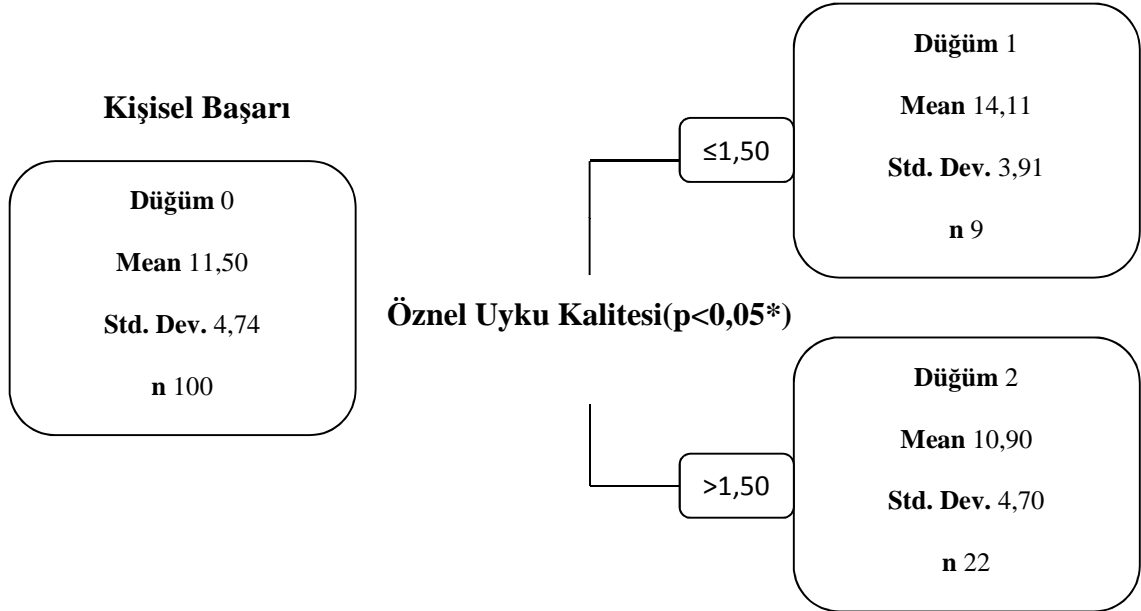
Tablo 14’te çalışma şekline göre hemşirelerin Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalitesi puanlarının Oneway Anova Testi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Maslach tükenmişlik alt boyutları ve Pittsburgh uyku kalite ölçeğinden alınan puanlar ile çalışma şekli arasında fark yoktur( $p \geq 0,05$ ).

**Tablo 15: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametreleri İle İlişkili Pittsburgh Alt Bileşenlerinin ve Global Skorun Regresyon Analizi İle Değerlendirme Sonucu**

<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Beta</b>	<b>Sig.</b>
<b>Öznel Uyku Kalitesi</b>	0,091	0,806
<b>Uyku Latensi</b>	-0,075	0,871
<b>Uyku Süresi</b>	0,047	0,916
<b>Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	-0,059	0,863
<b>Uyku Bozukluğu</b>	0,264	0,385
<b>Uyku İlacı Kullanımı</b>	-0,102	0,738
<b>Gündüz Uyku İşlevi Bozukluğu</b>	0,278	0,553
<b>Global Skor</b>	-0,075	0,961
<b>Duyarsızlaşma</b>		
<b>Öznel Uyku Kalitesi</b>	-0,255	0,476
<b>Uyku Latensi</b>	-0,412	0,358
<b>Uyku Süresi</b>	-0,443	0,299
<b>Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	-0,072	0,826
<b>Uyku Bozukluğu</b>	-0,192	0,513
<b>Uyku İlacı Kullanımı</b>	-0,186	0,524
<b>Gündüz Uyku İşlevi Bozukluğu</b>	-0,040	0,929
<b>Global Skor</b>	1,090	0,464
<b>Kişisel Başarı</b>		
<b>Öznel Uyku Kalitesi</b>	-0,735	0,048
<b>Uyku Latensi</b>	-0,682	0,142
<b>Uyku Süresi</b>	-1,016	0,023
<b>Alışılmış Uyku Etkinliği</b>	-0,305	0,368
<b>Uyku Bozukluğu</b>	-0,553	0,070
<b>Uyku İlacı Kullanımı</b>	-0,608	0,046
<b>Gündüz Uyku İşlevi Bozukluğu</b>	-0,767	0,102
<b>Global Skor</b>	3,119	0,044

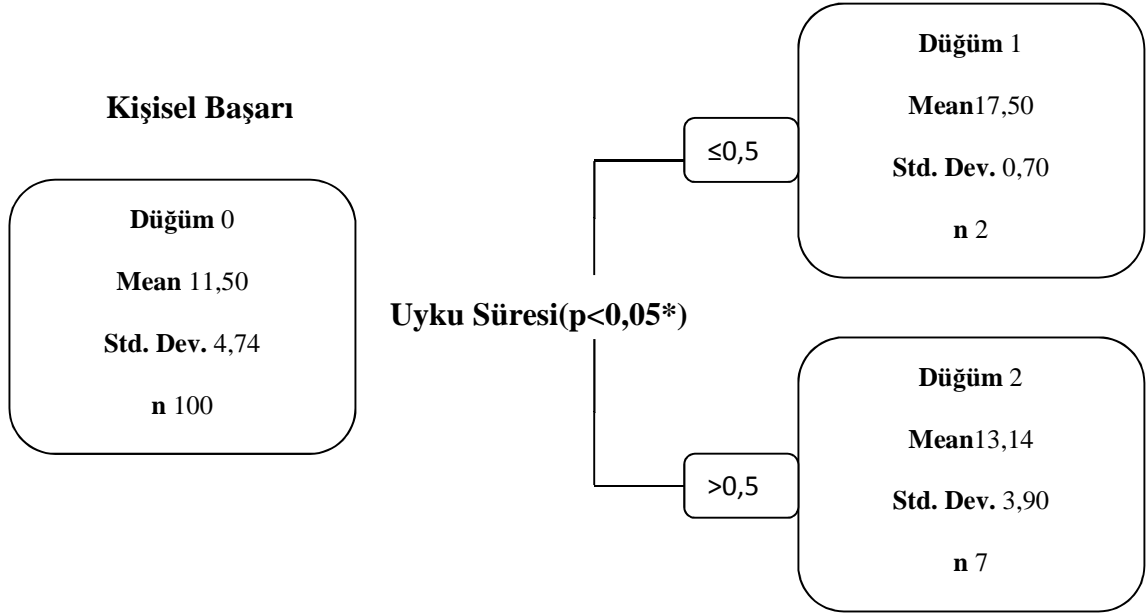
Tablo 15'te duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile Pittsburgh uyku kalite ölçeğinin alt bileşenleri ve global skor arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Kişisel başarı ile öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve global skor arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır( $p < 0,05^*$ ).

**Şekil 1: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden Kişisel Başarı İle Öznel Uyku Kalitesinin İlişkisi**



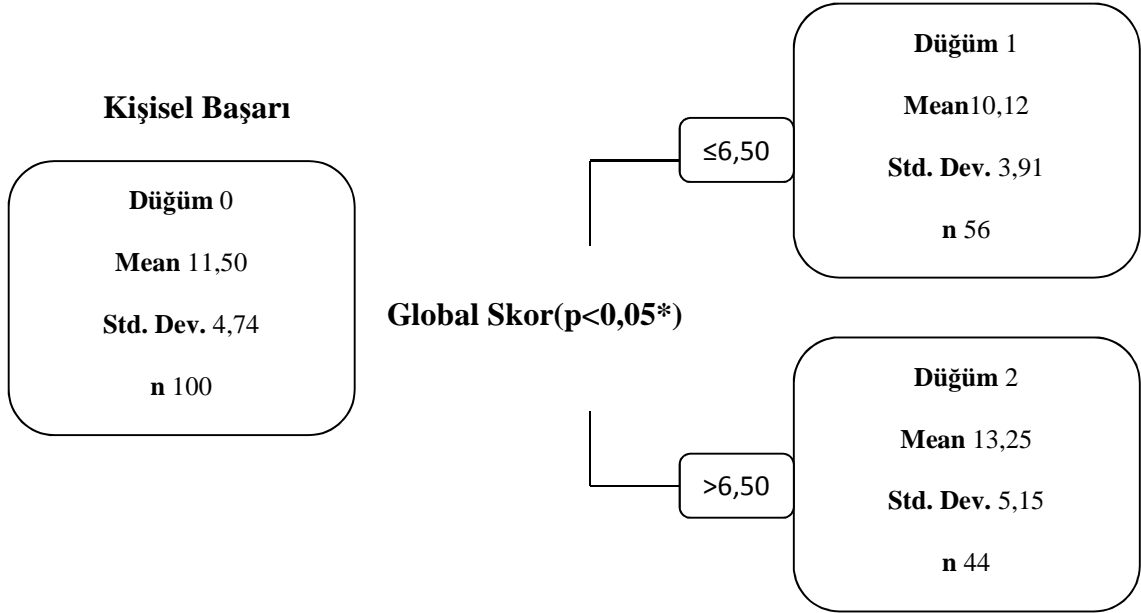
Şekil 1’de öznel uyku kalitesinin kişisel başarı ile ilişkisinin değerlendirildiği regresyon ağacında, öznel uyku kalitesinin istatistiksel olarak önemli düzeyde kişisel başarıya etki ettiği görülmektedir. Öznel uyku kalitesi indeksinden 1,50 ve altında olan 9 kişinin ortalama kişisel başarı puanlarıyla bu indeksten 1,50’in üzerinde olan 22 kişinin kişisel başarı puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Düşük uyku kalitesine sahip olan grubun kişisel başarı puanları diğer gruba göre düşüktür.

**Şekil 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden Kişisel Başarı İle Uyku Süresi Arasındaki İlişki**



Şekil 2’de uyku süresinin kişisel başarı ile ilişkisinin değerlendirildiği regresyon ağacında, uyku süresinin istatistiksel olarak önemli düzeyde kişisel başarıya etki ettiği görülmektedir. Uyku süresi indeksinden 0,50 ve altında olan 2 kişinin ortalama kişisel başarı puanlarıyla bu indeksten 0,50’in üzerinde olan 7 kişinin kişisel başarı puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Düşük uyku kalitesine sahip olan grubun kişisel başarı puanları diğer gruba göre düşük bulunmuştur.

**Şekil 3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Parametrelerinden Kişisel Başarı İle Global Skor Arasındaki İlişki**



Şekil 3'te global skorun kişisel başarı ile ilişkisinin değerlendirildiği regresyon ağacında, global skorun istatistiksel olarak önemli düzeyde kişisel başarıya etki ettiği görülmektedir. Global skor indeksinden 6,50 ve altında olan 56 kişinin ortalama kişisel başarı puanlarıyla bu indeksten 6,50'in üzerinde olan 44 kişinin kişisel başarı puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Kötü uyku kalitesine sahip olan grubun kişisel başarı puanları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur.

## V. TARTIŞMA

Ameliyathanede çalışan hemşirelerde uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesine yönelik gerçekleştirilen çalışmamızda; hemşirelerin büyük çoğunluğu (%59.0) 30-39 yaş grubundadır(Tablo 1). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Aras (2006) yaptığı çalışmada 30-34 yaş grubunda olan hemşirelerin oranını %34.4, Taycan ve ark. (2006) 35-39 yaş grubunda olanların oranını %57.6 ve Circenis ve ark. (2011) 30-39 yaş grubunda olanların oranını %47.0 olarak bulmuştur(8, 19, 74). Bu çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla aynıdır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Gürsoy ve Çolak (2007) 19-29 yaş grubunda olan hemşirelerin oranını %54.0, Sinat (2007) 20-30 yaş grubunda olanların oranını %52.0, Günüşen ve Üstün (2008) 25-29 yaş grubunda olanların oranını %35.8 ve Ertuğrul (2010) 25-29 yaş grubunda olanların oranını %43.7 olarak bulmuştur(28, 33, 34, 72).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%86.0) kadındır ve (%75.0) evlidir(Tablo 1). Bu konuda yapılan çalışmaları incelediğimizde; evli hemşirelerin oranını Yavuzyılmaz ve Topbaş (2007) %90.3, Şahin ve Turan (2008) %83.0, Haifa ve ark. (2010) %75.7 olarak bulmuştur(35, 73, 84). Ertuğrul (2010)'un yaptığı çalışmada ise hemşirelerin büyük çoğunluğu (%57.0) bekârdır(28).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%81.0) çocuk sahibidir(Tablo 1). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; çocuk sahibi olan hemşirelerin oranını Özkan ve Yılmaz (2005) %82.2 ve Aras (2006) %88.2 olarak bulmuştur(8, 67). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda çocuk sahibi olmayan hemşirelerin oranı yüksektir. Bu oranı Özbayır (2006) %55.3 ve Ertuğrul (2010) %73.7 olarak bulmuştur(28, 60).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%42.0) ön lisans mezunudur(Tablo 1). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Fındık (2011) ön lisans mezunu hemşirelerin oranını %32.8 olarak bulmuştur(30). Çıtak (2006) lisans mezunu hemşirelerin oranını %55.3, Chan (2008) lisans mezunu olanların oranını %67.5 bulmuştur(18, 20). Sinat (2007) SML'den mezun olan hemşirelerin oranını %46.6, Erçevik (2010) SML'den mezun olanların oranını %47.1 olarak bulmuştur(25, 72).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%32.0) meslekte çalışma süresi 20 yıl ve üzerindedir(Tablo 2). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Özkan ve Yılmaz (2005) 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin oranını %67.8, Şahin ve Turan (2008) 10 yıl ve üzerinde çalışanların oranını %65.0 olarak bulmuştur(67, 73).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%32.0) ameliyathanede çalışma süresi 5-9 yıl arasındadır(Tablo 2). Özbayır (2006) yaptığı çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%30.7) ameliyathanede çalışma süresini 1-5 yıl arasında olduğunu göstermiştir(60).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%46.0) devlet hastanesinde çalışmaktadır(Tablo 2). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Gürsoy ve Çolak (2007) devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin oranını %69.0, Sinat (2007) devlet hastanesinde çalışanların oranını %74.9 ve Kavlu (2008) devlet hastanesinde çalışanların oranını %91.0 olarak bulmuştur(34, 47, 72).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%73.0) haftalık çalışma süresi 40-49 saat arasındadır(Tablo 2). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Özkan ve Yılmaz (2005) 40-50 saat arasında çalışan hemşirelerin oranını %67.8, Sinat (2007) 41-45 saat arasında çalışanların oranını %45.7 ve Ertuğrul (2010) 41-50 saat arasında çalışanların oranını %47.4 olarak bulmuştur(28, 67, 72).

Çalışmamızda, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%65.0) sürekli gündüz çalışmaktadır(Tablo 2). Bu konuya yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Özbayır (2006) sürekli gündüz çalışan hemşirelerin oranını %78.7 bulurken, Gürsoy ve Çolak (2007) vardiyalı çalışanların oranını %58.1 ve Zencirci ve Arslan (2011) ise vardiyalı çalışanların oranını %65.2 olarak bulmuştur(34, 60, 89).

Çalışmamızda ameliyathanede çalışan hemşirelerin Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %39.0'unun yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadığı, %76.0'sinin düşük düzeyde duyarsızlaştığı ve %97.0'sinin ise yüksek düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu bulunmuştur(Tablo 3). Bu sonuçlar ameliyathanede çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeylerinin yüksek, duyarsızlaşma düzeyinin ise düşük olduğunu göstermektedir. Bu konuda yapılan



çalışmalar incelendiğinde hemşirelerde duygusal tükenmenin yoğun olarak yaşandığı (7, 28, 35, 89), duyarsızlaşma düşük ve kişisel başarı düzeyinin ise yüksek olduğu sonuçları yaptığımız çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir(19, 30, 34, 69). Hemşirelerde duygusal tükenmişlik (34, 72) ve kişisel başarı düzeyinin düşük olduğu, duyarsızlaşmanın ise yüksek olduğu çalışma sonuçları da elde edilmiştir(28, 35, 47, 89).

Çalışmamızda hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %63.0'ünün uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğu bulgusu elde edilmiştir(Tablo 4). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Barboza ve ark. (2008) gece mesaisinde çalışan hemşirelerin %97.3'ünün, Chan (2008) vardiyalı çalışan hemşirelerin %72.0'sinin, Üstün ve Yücel (2011) hemşirelerin %50.5'inin, Zencirci ve Arslan (2011) gece-gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin %79.1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğunu yaptıkları çalışmada göstermişlerdir(15, 18, 82, 89).

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleriyle, tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında karşılaştırma yapılmıştır. Buna göre, yaş grupları ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunamamıştır ( $p \geq 0.05$ )(Tablo 6). Konuya yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; yaş ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında önemli bir ilişki bulunmazken (28, 30, 33); Üstün ve Yücel (2011), Taycan ve ark. (2006), Altay ve ark. (2010)nın çalışmasında, yaş arttıkça kişisel başarının da arttığı, Patrick (2006), Garrosa ve ark. (2008)nın çalışmasında da gençlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek olduğu saptanmıştır(7, 31, 69, 74). Chan (2008) ise çalışmasında yaş ilerledikçe uyku kalitesinin azaldığını göstermiştir(18).

Çalışmamızda, cinsiyet ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesinin karşılaştırılmasında, duygusal tükenme alt boyutunda tükenmişliğin cinsiyete göre kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur( $p < 0.01^{**}$ )(Tablo 7). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarla elde edilen sonuç tutarlılık göstermektedir. Doğan (2005), Yavuzylmaz ve Topbaş (2007), Ertuğrul (2010) cinsiyetin tükenmişlikte etkili olduğu ve kadınlarda duygusal tükenmenin yoğun olarak yaşandığını göstermişlerdir(22, 28, 84). Kadınlarda duygusal tükenmenin yüksek olması; işe bağlı olan ve işe bağlı olmayan etmenlerin kadınları etkilemesinden kaynaklanabilir. Toplumumuzda

kadınların, hem işte hem de evde çalışması, çocuklarının bakımını üstlenmesi nedeniyle, iş yükleri artmakta ve kadınlar tükenmişlik için daha riskli bir grup haline gelmektedir. Öte yandan Kilfedder ve ark. (2001) cinsiyet ile tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan önemli düzeyde bir ilişki olduğunu ve erkeklerde duyarsızlaşmanın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(50).

Çalışmamızda hemşirelerin medeni durumu ile tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamda düzeyde bir ilişki bulunmuştur( $p<0,01^{**}$ )(Tablo 8). Duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmişliğin bekâr hemşirelerde, evli hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konuya yönelik yapılan bir çalışma incelendiğinde medeni durumun tükenmişlik düzeyine etki ettiği, bekârlarda duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın yüksek olduğu bulunmuştur(73). Bizim çalışma sonucumuz ile bu çalışma sonuçları uyumludur. Evli insanların sorunlarla baş etme ve problemleri çözme becerinin daha gelişmiş olması; bekâr insanların ailelerinden uzak ve yalnız yaşıyor olmaları, bekârları tükenmişlik için daha riskli bir grup haline getirebilmektedir. Öte yandan bu konuya yönelik yapılan diğer çalışmalarda, evli hemşirelerde duygusal tükenmişliğin daha yüksek olduğu saptanmıştır(35, 60, 84). Gürsoy ve Çolak (2007), Ertuğrul (2010), Tselebis ve ark. (2011) ise medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasında önemli bir farkın olmadığını yaptıkları çalışmada göstermişlerdir(28, 34, 80).

Çalışmamızda hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur( $p<0,01^{**}$ )(Tablo 10). Çocuk sahibi olan hemşirelere göre çocuk sahibi olmayan hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Bu konuya yönelik ülkemizde yapılan çalışmalarla elde edilen sonuç tutarlılık göstermektedir. Özkan ve Yılmaz (2005), Aras (2006), Erçevik (2010) yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek olduğunu bulmuşlardır(8, 25, 67). Çocuk sahibi olan bireylerin, iş yaşamı dışında ilgilenebileceği ve stresini atabileceği sevdiği bir uğraşının olması, çocuk sahibi olmayan bireyleri tükenmişlik için daha riskli bir grup haline getirebilmektedir. Öte yandan Thorsen ve ark. (2011)'nin yaptıkları çalışmada, çocuk sayısı ile duyarsızlaşma arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur(77). Yaptıkları korelasyon analizine göre çocuk sayısı arttıkça

duyarsızlaşmada artmaktadır. Özbayır (2006) ve Ertuğrul (2010) ise yaptıkları çalışmada çocuk sayısı ile tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulamamışlardır(28, 60).

Çalışmamızda farklı eğitime sahip hemşirelerin, eğitim durumu ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır( $p \geq 0.05$ )(Tablo 12). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; eğitim durumu ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında fark bulunmazken (18, 20, 25, 30, 60, 67, 72, 75); yapılan diğer bir çalışmada ise lisans mezunu hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme yaşadığı bulgusu elde edilmiştir(49).

Yaptığımız çalışmada; hemşirelerin haftalık çalışma saati ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesinin karşılaştırılmasında, haftalık çalışma saati ile kişisel başarı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur( $p < 0,01^{**}$ )(Tablo 13). Hemşirelerin haftalık çalışma saati arttıkça kişisel başarısı düşmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada haftalık çalışma saati arttıkça kişisel başarının düştüğü sonucu elde edilmiştir(67). Yapılan bu çalışma bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Hemşirelerin iş yüklerinin artması ve çalışma sürelerinin uzaması nedeniyle haftalık çalışma saatlerinin fazla olması hemşireleri tükenmişlik için daha riskli bir grup haline getirdiği söylenebilir. Öte yandan yapılan diğer çalışmalarda haftalık çalışma saati ile tükenmişlik düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunmazken (30, 75); Patrick (2006), Taycan ve ark. (2006), Erçevik (2010) ve Ertuğrul (2010)'un yaptıkları çalışmada ise haftalık çalışma saati arttıkça duygusal tükenmenin arttığı bulunmuştur(25, 28, 69, 74).

Çalışmamızda hemşirelerin çalışma şekli ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır( $p \geq 0.05$ )(Tablo 14). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda çalışma şekli ile tükenmişlik düzeyi ve uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır(30, 34, 60, 74, 75, 89). Diğer çalışmalara baktığımızda ise vardiyalı çalışan hemşirelerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir(25, 88). Hemşirelerin uyku kalitesinin araştırılmasına yönelik yapılan çalışmalarda; vardiyalı çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur(45, 82).

Çalışmamızda ameliyathanede çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinin alt bileşenleri ve global skor arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır( $p \geq 0,05$ )(Tablo 15). Öte yandan öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve global skor ile kişisel başarı alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki vardır( $p < 0,05^*$ ). Yaptığımız regresyon ağacı modelinde, öznel uyku kalitesi indeksinden 1.5'in ve uyku süresi indeksinden 0.5'in üzerinde alan hemşirelerin düşük düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu; global skordan indeksinden 6.5'in üzerinde alan hemşirelerin ise yüksek düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu bulunmuştur. Zencirci ve Arslan (2011)'in hemşirelerin uyku kalitesi ile tükenmişlik düzeylerini karşılaştırdıkları çalışmada; gündüz ve vardiyalı çalışan hemşirelerin öznel uyku kalitesi ve uyku süresi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında, vardiyalı çalışan hemşirelerin global skoru ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinde yer alan öznel uyku kalitesi, uyku süresi bileşenlerinden ve global skordan yüksek puan alan hemşirelerin, duygusal tükenme/duyarsızlaşma düzeyleri yüksek; global skordan yüksek puan alan hemşirelerin kişisel başarı düzeyleri düşük bulunmuştur(89). Bizim çalışmamızda global skor indeksinden yüksek puan alan hemşirelerde literatürün aksine kişisel başarı düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu sonucu etkileyen faktörlerden en önemlisi; çalışmamızın son beş yıldır hız kazanan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında özelleştirme, özerkleştirme, esnek yönetim, desantralizasyon sonucu, Kamu Hastane Birlikleri Yasası'nın 2.11.2012 tarihinde kabulü ile işten çıkarılmaların arttığı ve performansa dayalı çalışma sisteminin getirildiği bir döneme denk düşmesinden kaynaklanabilir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan ameliyathane hemşirelerinin (N:100) değerlendirilmeleri sonucunda; Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanlara göre, duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeylerinin yüksek, duyarsızlaşma düzeyinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, kadınlarda duygusal tükenmişliğin daha yoğun yaşandığı, bekâr ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek olduğu ve haftalık çalışma saati arttıkça kişisel başarının azaldığı bulguları elde edilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre; %63.0'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmamızda; öznel uyku kalitesi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve global skor ile kişisel başarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur( $p<0,05^*$ ). Öznel uyku kalitesi indeksinden 1.5'in ve uyku süresi indeksinden 0.5'in üzerinde alan hemşirelerin düşük düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu; global skor indeksinden 6.5'in üzerinde alan hemşirelerin ise yüksek düzeyde kişisel başarıya sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Çalışanların ruh sağlığını korumak ve sürdürmek için çalışanlara psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri verilmelidir.
- Çalışanların yöneticilerine daha kolay ulaşabilmesi için, idarecilerin belirli dönemlerde sorun ve önerilerin paylaşılacağı grup toplantıları yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları, tükenmişlik sendromu ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Kurumlarda fiziki koşulların ve haftalık çalışma saatlerinin uygun hale getirilmelidir, gerekli dinlenme yerleri bulundurulmalıdır.
- Hemşirelerde çocuk bakımı sorunu olanların, sorununu gidermek amacıyla kreş ve sosyal imkânlar sağlanmalıdır.

- Uyku kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirgeyebilmek için vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin daha özenli olarak ayarlanması önerilmektedir.
- Sağlık çalışanları için ülkemiz çalışma koşulları açısından tükenmişliği hazırlayan ve uyku sorunlarına neden olan faktörlere yönelik çözüm yolları üretmek ve başa çıkmayı arttırmak için geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aksoy G., Kanan N. ve Akyolcu N., 2012, Cerrahi Hemşireliği 1, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
2. Aksungur A., 2009, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
3. Aktekin F.A., 2010, İş Sağlığı ve Güvenliğinin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
4. Akyolcu N., Aksoy G. ve Kanan N., 2011, Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
5. Alçelik A., Deniz F., Yeşildal N., Mayda A.S. ve Şerifi B.A.,2005, AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(2).
6. Aljeesh Y. and Nawajha S.A., 2011, Determinants of Low Back Pain among Operating Room Nurses in Gaza Governmental Hospitals, Journal of Al Azhar University-Gaza (Natural Sciences), 13, 41-54 p.
7. Altay B., Gönerer D. ve Demirkıran C., 2010, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, Fırat Tıp Dergisi, 15(1), 10-16 s.
8. Aras Z., 2006, Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları, , Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
9. Arslan S., 2005, Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.
10. Aslan F.E., 2009, Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 1
11. Aslan F.E. ve Öntürk Z.K., 2011, Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Cilt 4, Sayı 1.
12. Atik D.Ö., Zeydan Z.E. ve Çoşar A.A., 2012, Uyku Sorunları Hipertansiyona Neden Olur mu?, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, Cilt 1, Sayı 3, 2-8 s.

13. Atkinson L.J. and Fortunato N.H., 1996, Berry & Kohn's Operating Room Technique 8th ed., Mosby, St.Louis, 21-34.
14. Balcıoğlu İ., Memetali S. ve Rozant R., 2008, Tükenmişlik Sendromu, Dirim Tıp Gazetesi, Sayı:83, 99-104 s.
15. Barboza J.I.R.A., De Moraes E.L., Pereira E.A. and De Assis Reimao R.N.A., 2008, Evaluation of The Sleep Pattern in Nursing Professionals Working Night Shifts at The Intensive Care Units, Einstein., 6(3), 296-301 p.
16. Bayramođlu F., Abdülkadirođlu Z. Ve İlhan N., 1997, Uyku ve Uyku Bozuklukları, Genel Tıp Dergisi, 7(3), 161-166s.
17. Can Ö.S. ve Ökten F., 2004, Operasyon Odasında Çalışma Riskleri, Türkiye Klinikleri Anestezi ve Reanimasyon Dergisi, 2, 103-112.
18. Chan M.F., 2008, Factors Associated With Perceived Sleep Quality of Nurses Working on Rotating Shifts, Journal of Clinical Nursing, 18, 285-293 p.
19. Circenis K., Millere I. and Deklava L., 2011, Stress-Related Psychological Disorders Among Surgical Care Nurses in Latvia, Review of Global Medicine and Healthcare Research, Volume:2, Number:2, 131-138 p.
20. Çıtak E.A., 2006, Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi, Yönetimi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
21. Da Rocha M.C. and De Martino M.M., 2010, Stress and Sleep Quality of Nurses Working Different Hospital Shifts, Rev Esc Enferm USP, 44(2), 279-285 p.
22. Doğan K., 2005, Ankara'daki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu ve İlişkili Etmenler, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
23. Dolgun E. ve Dönmez Y.C., 2010, Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Cilt:3, Sayı:3.
24. Engin E., 1999, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.



25. Erçevik R., 2010, Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
26. Erdil F. ve Elbaş N.Ö., 2008, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı, Aydoğdu Ofset, Ankara.
27. Ertekin Ş., 1998, Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
28. Ertuğrul E., 2010, Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
29. Eryavuz N., 2007, Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
30. Fındık Ü.Y., 2011, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:27, Sayı:3, 55-65 s.
31. Garrosa E., Jimenez B.M., Liang Y. and Gonzalez J.L., 2008, The Relationship Between Socio-Demographic Variables, Job Stressors, Burnout and Hardy Personality in Nurses: An Exploratory Study, International Journal of Nursing Studies 45, 418-427 p.
32. Gülseren Ş. ve Karaduman E., Kültür S., 2000, Hemşire ve Teknisyenlerde Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi, Kriz Dergisi, 9(1), 27-38.
33. Günüşen N. ve Üstün B., 2008, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11:4, 48-58 s.
34. Gürsoy A.A. ve Çolak A., 2007, Ameliyathane Hemşirelerinde İş Doyumu, Anksiyete ve Tükenmişlik, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1, 28-37s.
35. Haifa A., Rasha A. and Hiba A., 2010, Burnout Syndrome Among Multinational Nurses Working in Saudi Arabia, Annals of African Medicine, Volume: 9, Number: 4, 226-229 p.
36. İnce S., 2008, Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 24 (3), 61-71.
37. İncekara E., 2004, Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Başvuran Hastaların Uyku Sorunları ve Uyku Sorunlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

38. İnceslesli A., 2005, Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
39. Jagger J.M., Bentley M. and Tereskerz P., 1998, A Study of Patterns and Prevention of Blood Exposures in OR Personnel, AORN J, Vol. 67, No. 5, 974-986 p.
40. Kaçmaz N., 2005, Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68, 29-32 s.
41. Kanan N., 2011, Nöroşirürji Ameliyathane Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları, İ.U.F.N. Hem. Derg., Cilt 19 - Sayı 3, 179-186 s.
42. Kara M.,1996, Hastanede Yatan Hastaların Uyku İle İlgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu Soruna İlişkin Tutumları, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
43. Karabulut N. ve Çetinkaya F.,2011, Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştığı Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 1.
44. Karadağ M., 2007, uyku bozuklukları sınıflaması, akciğer arşivi, 8, 88-91s.
45. Karagözoğlu S. and Bingöl N., 2008 Sleep Quality and Job Satisfaction of Turkish Nurses, Nursing Outlook, 56(6), 98-307 p.
46. Karaöz S., 2000, Cerrahi Hemşireliği ve Etik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1).
47. Kavlu İ., 2008, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
48. Kavuklu B. ve Yüksel M., 1999, Ameliyathane Uygulamaları Kitabı, İnterfarma Ltd. Şti., Ankara.
49. Kebapçı A. ve Akyolcu N., 2011, Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11(2), 59-67 s.
50. Kilfedder C.J., Power K.G. and Wells T.J., 2001, Burnout in Psychiatric Nursing, Journal of Advanced Nursing 34(3), 383-396 p.
51. Köşgeroğlu N., Kaya D. ve Fıçıcı E., 2000, Hemşirelerin Viral Hepatit Etkenlerine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Araştırılması, Viral Hepatit Dergisi, 3, 186-190 s.

52. Köşgeroğlu N., Ayrancı Ü. ve Bahar M., 2003, Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde Kesici/Delici Aletle Yaralanma ve Tıbbi Yardım Alma Durumları. In: Selimen D. Hemşirelik Forumu, 6 (6).32–37 s.
53. Köşgeroğlu N., Ayrancı Ü. and Şahin F., 2010, Frequency of Vaccination and Exposure to Needle-Sharp Injuries Among A Group of Nurses in Turkey: A Meta Regression Analysis, Pak J. Med. Sci., Vol. 26, No.3, 515-519 p.
54. Kunert K., King M.L. and Kolkhorst F.W., 2007, Fatigue and Sleep Quality in Nurses, Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 45(8), 30-7 p.
55. Kutlu D., 2007, Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
56. Lafçı D., 2009, Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
57. Lagier F., Vervloet D., Lhermet I. and Charpin D., 1992, Prevalence of Latex Allergy in Operating Room Nurses, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 90, 3, 319-322 p.
58. Ögün C.Ö. ve Çuhruk H., 2001, Ameliyathane Ortamının Ameliyathane Personelinin Sağlığı Üzerine Etkileri, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, 21, 83-93.
59. Özbayır T., 1996, Ameliyathane Hemşirelerinde Görülen Meslek Hastalıkları, 1. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, İzmir, 145- 148 s.
60. Özbayır T., 2006, Ameliyathane Hemşirelerinde Tükenmişliğin İncelenmesi, Hemşirelik Forum Dergisi, 18-25 s.
61. Özbayır T., 2011 Ameliyat dönemi bakım. Karadakovan A., Aslan F.E., Eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 2. Baskı, Adana.
62. Özdemir A., Yılmaz K. ve İnandır İ., 2011, Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakım Hedefleri, 7. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi.
63. Özerol İ.H., 2005, Tıbbi Atık Stratejileri Nelerdir?, 4. Ulusal Sterilizasyon-Dezenfeksiyon Kongresi, Samsun.
64. Özgen F., 2001, Uyku ve Uyku Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 5, 41-48.
65. Özgür G., Yıldırım S. ve Aktaş N., 2008, Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2).
66. Özgür G., Gümüş A.B. ve Gürdağ Ş., 2011, Hastanede Çalışan Hemşirelerde Ruhsal Belirtilerin İncelenmesi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, Cilt 24, Sayı 4, 296-305 s.
67. Özkan S. ve Yılmaz E., 2005, Hemşirelerde İş Doyumunun İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 22, 297-310 s.

68. Öztürk M., 2003, Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
69. Patrick K., 2007, Burnout in Nursing, Australian Journal of Advanced Nursing, Volume:24, Number:3, 43-48 p.
70. Pıçak R. ve İsmailoğulları S., 2010, Birinci Basamakta Uyku Bozukluklarına Yaklaşım ve Öneriler, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), Cilt 4, Sayı 3, 12-22 s.
71. Sağlık Bakanlığı, 2011, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı:27910.
72. Sinat Ö., 2007, Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
73. Şahin D. ve Turan F.N., 2008, Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri, Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 45(4), 116-121 s.
74. Taycan O., Kutlu L., Çimen S. and Aydın N., 2006, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7, 100-108 s.
75. Taze S., 2008, Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
76. Tekbaş G., 2006, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Radyoloji Teknisyenlerinde Mesleki Radyasyonun Tiroid Nodül Prevelansına Etkisinin Normal Popülasyonla Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
77. Thorsen V.C., Tharp A.L.T. and Meguid T., 2011, High Rates of Burnout Among Maternal Health Staff at a Referral Hospital in Malawi: A Cross-Sectional Study, Thorsen et al. BMC Nursing 2011, 10, 1-9 p.
78. Tokars J.I., Bell D.M. and Culver D.H., 1992, Percutaneous Injuries During Surgical Procedures, JAMA, Vol. 267, No. 21, 2899-2904 p.
79. Tosunoğlu A., 1997, Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
80. Tselebis A., Moulou A. and Ilias I., 2001, Burnout Versus Depression and Sense of Coherence: Study of Greek Nursing Staff, Nursing and Health Sciences, 3, 69-71p.
81. Uğraş G.A., 2006, Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

82. Üstün Y. ve Yücel Ş.Ç., 2011, Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 4, Sayı 1.
83. Yavuz M., 2011 Ameliyat Öncesi Bakım. Karadakovan A., Aslan F.E., Eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 2. Baskı, Adana.
84. Yavuzylmaz A. ve Topbaş M., 2007, Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1), 41-50 s.
85. Yezülcan S., Babuşcu S., Üzel E. ve Maden S., 2009, Ameliyathane Ortamında Sirküle ve Skrab Hemşire Koordinasyonunun Gerekliliği ve Ameliyat Başı Gaz Sayımına Etkisi, İstanbul Tıp Dergisi, 4, 188-192 s.
86. Yıldırım A. ve Bakır S., 2000, Ameliyathane Hemşireliği Kitabı, Öz Aşama Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara.
87. Yıldız H., 2009, Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
88. Yörükoğlu S., 2008, Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
89. Zencirci A.D. ve Arslan S., 2011, Morning- Evening Type and Burnout Level As Factors Influencing Sleep Quality of Shift Nurses: A Questionnaire Study, Croat Med J., 52, 527-537 p.

**EK-1**

**KİŞİSEL VERİ TOPLAMA FORMU**

1. Yaşınız?

- a. 19 yaş ve altı
- b. 20-29
- c. 30-39
- d. 40-49
- e. 50-59
- f. 60 +

2. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın
- b. Erkek

3. Medeni durumunuz?

- a. Evli
- b. Bekâr
- c. Boşanmış
- d. Eşi ölmüş

4. Kaç çocuğunuz var?

- a. Yok
- b. 1
- c. 2
- d. 3 +

5. Nerede ikamet ediyorsunuz?
- a. Ailemle yaşıyorum
  - b. Yalnız yaşıyorum
  - c. Lojmanda kalıyorum
  - d. Arkadaşım ile kalıyorum
  - e. Diğer belirtiniz...
6. Eğitim durumunuz?
- a. Sağlık Meslek Lisesi
  - b. Ön lisans
  - c. Lisans
  - d. Lisans Üstü
7. Meslekte çalışma süreniz?
- a. 1 yıldan az
  - b. 1-4 yıl
  - c. 5-9 yıl
  - d. 10-14 yıl
  - e. 15-19 yıl
  - f. 20 +

8. Ameliyathane hemşiresi olarak çalışma süreniz?

- a. 1 yıldan az
- b. 1-4 yıl
- c. 5-9 yıl
- d. 10-14 yıl
- e. 15-19 yıl
- f. 20 +

9. Çalışmakta olduğunuz kurum nedir?

- a. Üniversite Hastanesi
- b. Devlet Hastanesi
- c. Özel Hastane

10. Çalışma pozisyonunuz?

- a. Ameliyathane sorumlu hemşiresi
- b. Ameliyat hemşiresi
- c. Anestezi hemşiresi
- d. Diğer belirtiniz...

11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

- a. 40 saatten az
- b. 40-49 saat
- c. 50-59 saat
- d. 60 +



12. Çalışma şekliniz?

- a. Sürekli gündüz
- b. Sürekli gece
- c. Vardiya
- d. Diğer belirtiniz...

13. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- a. Kendi isteğimle
- b. Ailemin isteğiyle
- c. Çevremın etkisiyle
- d. Daha kolay iş imkânı olduğu için
- e. Diğer belirtiniz...

14. Mesleğinizi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?

- a. İlk fırsatta değiştireceğim
- b. Koşullar uygun olursa değiştiririm
- c. Yapabildiğim kadar devam edeceğim
- d. Emekliliğime kadar devam edeceğim
- e. Diğer belirtiniz...

15. Ameliyathaneyi tercih nedeniniz?

- a. Kendi isteğimle
- b. İdarenin isteğiyle
- c. Diğer belirtiniz...

16. Ameliyathanede çalışmaktan memnun musunuz?

- a. Evet, ise 18. Soruya geçiniz.
- b. Hayır

17. Yanıtınız ‘Hayır’ ise bunun nedeni sizce aşağıdakilerden hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. Mesleki doyumsuzluk
- b. Personel ve malzeme yetersizliği
- c. Cerrah ile olan iletişimde problemler
- d. Hemşireler ile olan iletişimde problemler
- e. Personel ile olan iletişimde problemler
- f. Ekip işbirliğinin olmaması
- g. Ameliyathane ile ilgili mesleki deneyim bilgi birikiminin yetersiz olması
- h. Hata yapma korkusu
- i. Düşük ücret
- j. Aşırı stres
- k. İş yükünün fazla olması
- l. Düzensiz çalışma saatleri (uzun çalışma saatleri/gece mesaisi)
- m. Nöbet izninin olmaması/yasal iznini kullanamama
- n. Ödüllendirmenin olmaması, takdir edilmeme
- o. Ameliyathanedeki fiziksel çevrenin (ısı, ışık, havalandırma) yetersiz olması ve skopi, röntgen cihazlarının aşırı kullanımı
- p. Enfeksiyonlu ve bulaşıcı hastalığı olan vakalarda tedirginlik yaşanması

q. Diğer belirtiniz...

18. Yaşadığınız stres sizde ne gibi yakınmalara sebep oluyor? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. Uykusuzluk
- b. Anksiyete
- c. Kaslarda gerginlik
- d. Baş ağrısı
- e. Yorgunluk
- f. Çaresizlik
- g. Diğer belirtiniz...

19. Stresle başa çıkmada en çok kimlerden yardım alırsınız? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. Hiç kimseden
- b. İdarecilerimden
- c. Anne, baba ve kardeşlerimden
- d. Eşimden
- e. Akrabalardan
- f. Arkadaşlarımdan (meslek ve meslek dışı)
- g. Diğer belirtiniz...

20. Ameliyathanede maruz kaldığınız fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörler nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. Hiçbir fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktöre maruz kalmıyorum
- b. Aşırı sıcak/soğuk
- c. Radyasyon
- d. Basınç
- e. Gürültü
- f. Antiseptikler
- g. Dezenfektanlar
- h. Anestezik maddeler
- i. Mikroorganizmalar (bakteri, virüs, mantar)
- j. Diğer belirtiniz...

21. Ameliyathanedeki hareketliliğe, fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörlere bağlı aşağıdaki rahatsızlıkların hangilerinden şikâyetçisiniz? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. Herhangi bir şikâyetim yok
- b. Alt ekstremitelerde ağrı
- c. Bel ağrısı
- d. Sırt ağrısı
- e. Boyun ağrısı
- f. Baş ağrısı
- g. İşitme kaybı

- h. Egzama
- i. Varis
- j. Hemoroid
- k. Hipertansiyon
- l. Hepatit B/C
- m. Alerjik astım
- n. Tüberküloz
- o. Üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)
- p. Diğer belirtiniz...

22. Çalışma ortamınızda aşağıdaki belirtilen mesleki kazalardan en çok hangisi ve ya hangileri meydana gelmektedir? (birden fazla seçenek işaretleyiniz)

- a. İğne batmaları
- b. Bistüri, makas ve cam kesikleri
- c. Elektrik ve elektrikli kullanımı ile ilgili kazalar
- d. Kimyasal maddelerin (dezenfektan, antiseptik vb.) uygunsuz kullanımından meydana gelen yaralanmalar
- e. Diğer belirtiniz...

**EK-2****MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

**Açıklama:** Aşağıda uzun dönemli iş stresinin neden olduğu tükenmişlik sendromu hakkında 19 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkate okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse kara verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
8.İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin beni giderek					

katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13.İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14.İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18.Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi neşeli hissediyorum.					
19.Bu meslekte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunları serinkanlılıkla hallederim.					
22.Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

**EK-3****PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Cinsiyet:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

**Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarımız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.**

**Lütfen tüm soruları cevaplayınız.**

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

**Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.**

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

**5.1.** 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç

b)Haftada 1'den ↓

c)Haftada 1 veya 2 kez

d)Haftada 3 veya ↑



**5.2. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.3. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.4. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.5. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.6. Aşırı derecede üşüdünüz**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.7. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.8. Kötü rüyalar gördünüz**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.9. Ağrı duydunuz**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**5.10. Diğer nedenler lütfen belirtiniz.....**

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.**

- |            |                |                 |             |
|------------|----------------|-----------------|-------------|
| a) Çok iyi | b) Oldukça iyi | c) Oldukça kötü | d) Çok kötü |
|------------|----------------|-----------------|-------------|

**7.** Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a)Geçen hafta boyunca hiç  
b)Haftada 1'den ↓  
c)Haftada 1 veya 2 kez  
d)Haftada 3 veya↑

**8.** Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a)Geçen hafta boyunca hiç  
b)Haftada 1'den ↓  
c)Haftada 1 veya 2 kez  
d)Haftada 3 veya↑

**9.** Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a)Hiç problem oluşturmadı  
b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu  
c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu  
d)Çok büyük bir problem oluşturdu

**10.** Bir yatak partneriniz var mı?

- a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok  
b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var  
c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil  
d)Partner aynı yatakta

**11.** Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

**11.1.** Gürültülü horlama

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**11.2.** Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**11.3.** Uyurken bacaklarda seđirme veya sıçrama

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**11.4.** Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

**11.5.** Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| a)Geçen hafta boyunca hiç | b)Haftada 1'den ↓ |
| c)Haftada 1 veya 2 kez    | d)Haftada 3 veya↑ |

## ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Eskişehir/merkezde doğan Dilek KOMŞUK, ilköğrenimini 1993-2001 yılları arasında Havacılar İlköğretim Okulu'nda, lise öğrenimini 2001-2004 yılları arasında Eskişehir Salih Zeki Lisesi'nde ve lisans eğitimini 2004-2008 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda tamamlamıştır. 2011 yılı güz döneminde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Eğitimine başlamıştır.

2008-2009 yılları arasında Özel Eskişehir Sakarya Hastanesi'nde göz ameliyathane hemşiresi olarak çalışmıştır. 2009 yılı Şubat ayında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaya başlamış ve halen bu görevini sürdürmektedir.