

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ ve PALYATİF BAKIM
KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
MERHAMET YORGUNLUĞU VE STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARININ BELİRLENMESİ**

ABDÜLMENEF ADANIR

**HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970048

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ ve PALYATİF BAKIM
KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
MERHAMET YORGUNLUĞU VE STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARININ BELİRLENMESİ**

HEMŞİRELİK ESASLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ABDÜLMENEF ADANIR

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Dilek ÖZDEN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970048

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı, **Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans** programı öğrencisi **Abdülmenef ADANIR** “**Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi**” konulu Yüksek Lisans tezini 20.06.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Dilek ÖZDEN

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

ÜYE

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Elif GÜNAY İSMAİLOĞLU

YEDEK ÜYE

Bakırçay Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	11
1.3. Araştırmanın Soruları.....	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Palyatif Bakım ve Hemşirelik	12
2.2. Merhamet Kavramı	15
2.3. Merhamet Yorgunluğu (Compassion Fatigue)	17
2.4. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci	19
2.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri	21
2.6. Merhamet Yorgunluğunun Etkileri	22
2.7. Merhamet Yorgunluğunu Önleme Stratejileri	22
2.8. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Kavramlar	24
2.8.1. Tükenmişlik (Burnout).....	24
2.8.2. Merhamet Memnuniyeti (Compassion Satisfaction).....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Çalışma Materyali.....	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.6. Veri Toplama Araçları	29

3.7. Araştırma Planı.....	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.10. Etik Kurul Onayı.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğuna İlişkin Bulguların Tartışması.....	63
5.2. Katılımcıların Tükenmişlik Seviyelerine İlişkin Bulguların Tartışması.....	70
5.3. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	90
Ek-1. Hemşire Tanıtım Formu.....	90
Ek-2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ).....	93
Ek-3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	95
Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	97
Ek-5. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi.....	98
Ek-6. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi.....	100
Ek-7. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi.....	102
Ek-8. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi.....	103
Ek-9. Ege Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi.....	104
Ek-10. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi.....	107
Ek-11. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İzin Belgesi.....	108
Ek-12. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik Eğitim ve Araştırma ve Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastaneleri İzin Belgesi.....	109
Ek-13. Ölçek Çalışma İzni.....	110
Ek-14. Etik Kurul Kararları.....	111
Ek-15. Özgeçmiş.....	115

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	34
Tablo 4.2: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 4.3: Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) Alt Boyutları Puan Ortalaması.....	38
Tablo 4.4: Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutları Puan Ortalaması.....	39
Tablo 4.5: Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutları Korelasyonunun Dağılımı.....	40
Tablo 4.6: Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) Alt Boyutları Risk Tablosu	42
Tablo 4.7: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Merhamet Yorgunluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.8: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Merhamet yorgunluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.9: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Tükenmişlik Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.10: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Tükenmişlik Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 4.11: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Merhamet Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 4.12: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Merhamet Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
Tablo 4.13: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	58
Tablo 4.14: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1: Merhametle Bağlantılı Olan Değerler.....	16
Şekil 2: Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci.....	20



KISALTMALAR

PYKÖ	Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
STSSekonder (İkincil) Travmatik Stres
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü



TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde her zaman yanımda olan, engin bilgilerini bana aktaran, her ihtiyacım olduğunda kıymetli zamanını benimle paylaşan, sonsuz sabrı ve hoşgörüsüyle beni doğru yola yönlendiren, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen, umutsuzluğa kapıldığımda desteğiyle motivasyonumu sağlayan, akademik tecrübesiyle bana ışık tutan çok değerli ve kıymetli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Dilek ÖZDEN hocama,

Yüksek lisans eğitimim boyunca, vermiş olduğu derslerle bilgi birikimime katkı sağlayan, güler yüzü ve kaliteli tarzıyla her zaman örnek gösterilen, hemşirelik mesleğinin ait olması gereken profesyonelliği ve etik değerleri sonuna kadar yaşayan çok kıymetli hocam sayın Doç. Dr. Gülşah Gürol ARSLAN' a,

Yüksek lisansa başlama kararımnda etkili olan, eğitim sürecinde her zaman desteklerini hissettiğim, yaparsın edersin gibi güdüleyici davranışlar sergileyen, benden daha çok yüksek lisansı bitirmemi isteyen çok değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım İlkin YILMAZ ve Gizem GÖKTUNA 'ya,

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı eğitim ve öğretim kadrosuna, Hemşirelik Fakültesi'nin çok değerli ve güzide hocalarına,

Verilerin toplanmasında bana yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma, Onkoloji ve Palyatif Bakım gibi yoğun iş temposuna sahip kliniklerde çalışmalarına rağmen araştırmamıza dahil olup formları dolduran kıymetli meslektaşlarıma,

Bu süreçte bana hoşgörüsüyle davranan, izin almam gerektiğinde beni destekleyen, insanüstü bir çaba ile kliniğin iş yükünü sırtlayan Bozyaka Hematoloji Servisi'nin çok değerli hemşirelerine,

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, nefes almamı sağlayan değerli AİLEME,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SAYGILARIMLA..

Abdülmenef ADANIR

ÖZET

ONKOLOJİ VE PALYATİF BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MERHAMET YORGUNLUĞU VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ BELİRLENMESİ

Abdülmenef ADANIR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

menef35@hotmail.com

Amaç: Bu çalışma, onkoloji ve palyatif bakım hastasıyla çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı – kesitsel tipteki çalışmanın evrenini, İzmir ilinde bulunan iki üniversite, üç eğitim ve araştırma ve bir devlet hastanesi olmak üzere toplam altı hastanenin onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan 150 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 130 hemşire oluşturmuştur. Veriler, Hemşire tanıtım formu, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin merhamet yorgunluğu 17.34 ± 8.7 , tükenmişlik 20.12 ± 6.70 ve merhamet memnuniyeti puan ortalaması 30.01 ± 9.46 'dir. Çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında ise yine negatif yönde oldukça güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım 12.92

± 3.73 , çaresiz yaklaşım 8.41 ± 4.36 , boyun eğici yaklaşım 5.38 ± 3.01 , iyimser yaklaşım 8.60 ± 2.51 , sosyal destek arama ise 7.79 ± 2.10 'dur. Merhamet yorgunluğu ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde ancak zayıf yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Palyatif bakım gerektiren hasta ile ilgilenmeyi sevmeyen, bakım verdiği hastadan etkilenen, ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin, onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim almayan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması istatistiksel olarak önemli fark ile yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda hemşirelerin merhamet yorgunluğu arttıkça merhamet memnuniyetinin azaldığı ancak tükenmişliğin arttığı bulunmuştur. Merhamet memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin stresle daha iyi baş edebildikleri, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım içinde olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadığı, tam tersi kendine güvenen ve iyimser yaklaşım içinde olan hemşirelerin ise merhamet yorgunluğunu daha az düzeyde yaşadığı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Merhamet yorgunluğu, onkoloji, palyatif bakım, profesyonel yaşam kalitesi, stresle başa çıkma tarzı.

ABSTRACT

DETERMINATION OF COMPASSION FATIGUE AND COPING STYLES WITH STRESS OF NURSES WORKING AT ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE UNITS.

Objective: This study was carried out to determine the compassion fatigue and coping styles with stress of nurses working on oncology and palliative care patients

Method: The population of the descriptive and cross - sectional study consisted of 150 nurses working at oncology and palliative care clinics of six hospitals, including two universities, three education and research and one state hospital in the province of Izmir, the sample consisted of 130 nurses, who accepted to participate in the study. The data were collected by the Nurse introductory form, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL), and the Coping Style with Stress Scale. In the evaluation of data, number, percentage, t test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and correlation analysis were used.

Results: The mean compassion fatigue of the nurses is 17.34 ± 8.7 , burnout 20.12 ± 6.70 and the mean of compassion satisfaction is 30.01 ± 9.46 . In the study, a negative correlation was found between the mean scores of compassion fatigue and compassion satisfaction of the nurses and it was found that there was a strong negative relationship between burnout and compassion satisfaction mean scores ($p < 0.05$). The scale of nurses' coping styles with stress sub-scale mean scores were respectively, self confident approach 12.92 ± 3.73 , helpless approach 8.41 ± 4.36 , submissive approach 5.38 ± 3.01 , optimistic approach 8.60 ± 2.51 , and seeking of social support was 7.79 ± 2.10 . There was a positive but weak correlation between compassion fatigue and helpless approach and submissive approach ($p < 0.05$). The average compassion fatigue scores of the nurses who did not receive training on the management of the death/terminal process and the care process of oncology patients and also who do not like to

take care of the patient needed palliative care and were affected by the patient they cared for were found to be high with a significant difference statistically ($p < 0.05$).

Conclusion: In our study, it is found that as the compassion fatigue of nurses increased, compassion satisfaction decreased but burnout increased. It can be said that the nurses who have high compassion satisfaction are better able to cope with stress, and nurses who are confident and optimistic in the opposite way experience less compassion fatigue, on the other hand nurses, who are in desperate and submissive approach, experience compassion fatigue,

Key Words: Compassion fatigue, oncology, palliative care, professional quality of life, coping style with stress.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım profesyonelleri sıklıkla, yaşamın sonuyla karşı karşıya kalan hastalarda ortaya çıkan varoluşsal sorunlara, psikolojik zorluklara ve duygusal sıkıntılara maruz kalmaktadır. Palyatif bakımda çalışmak hem profesyonel hem de kişisel olarak ödüllendirici olsa da, aynı zamanda kişisel riskleri ve zorlukları da beraberinde getirir. Bu riskler merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve düşük bakım kalitesidir (Sanso ve ark. 2015).

Sağlık teknolojisi alanındaki yeni gelişmeler, hastaların önceki nesillere göre yaşama süresinin uzamasına imkan vermektedir. Günümüzde bakım veren kişiler hastaların bu uzun yaşam deneyimi ile daha sık karşılaşmaktadır. Uzun süren bu hastalık süreci hastaların ailelerinin ve sağlık profesyonellerinin, yani bir nevi kişiyle doğrudan ya da dolaylı olarak temas kuran herkesin hayatını değiştirmektedir. Hastalar için mevcut sürenin uzaması aynı zamanda bakım verenler için de sürenin uzamasına ve hastaların acı çekme ve ölüm anlarında onlarla daha fazla zaman geçirmelerine neden olmaktadır (Meadors ve Lamson, 2008).

Joinson (1992), hemşirelerde tükenmişliğin tabiatını incelerken, hemşirelerin bakım sağlama yeterliliğini kaybetmeyle karşı karşıya geldiklerini fark etmesiyle ilk kez merhamet yorgunluğu kavramını gündeme getirmiştir. Merhamet, “bir kimse veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma hissidir” (<http://www.tdk.gov.tr>). Merriam –Webster sözlüğüne göre ise; merhamet “acı ya da talihsizliğe maruz kalan birisine karşı duyulan derin sempati ve üzüntü hissi ile birlikte çekilen acı ve acı sebeplerini ortadan kaldırma arzusudur” (<http://www.merriamwebster.com/dictionary/compassion>). Merhamet yorgunluğu ise, travmatik strese doğrudan maruz kalan bireylere yardım ederken dolaylı olarak geçirilen travmanın duygusal etkisidir (Figley, 2002). Merhamet yorgunluğu, travmatik bir olaya maruz kalan veya ağrı, acı çeken bireylere yardım ederken oluşan olumsuz etkidir (Stamm, 2002). Hekim, hemşire gibi travmaya maruz kalmış kişilere yardımcı olunan mesleklerde merhamet yorgunluğu yaklaşık %50 oranında gelişmektedir (Injeyan ve ark. 2011).

İnsana hizmette bulunan, kanser ve psikiyatrik hastalık gibi kronik hastalıklarla çalışan hekim (onkolog, psikiyatrist vb.), hemşire (onkoloji hemşiresi, palyatif bakım hemşiresi, psikiyatri hemşiresi vb.), sosyal çalışmacı, psikolog gibi profesyonel meslek

çalışanlarında merhamet yorgunluğu daha fazla görülmektedir (Stamm, 2002; Figley, 2002). Merhamet yorgunluğu, hasta bir bireye bakım verirken empatinin meydana geldiği herhangi bir bakım ilişkisinde oluşabilir (Sabo, 2011). Bu durum, yoğun bakım, pediatri, acil servis özellikle de onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde daha yaygın görülmektedir (Beck, 2011; Hooper ve ark. 2012; Najjar ve ark. 2009; Wentzel ve Brysiewicz, 2014; Yoder, 2010).

Merhamet yorgunluğu; uzunca bir süre, sürekli ve yoğun bir şekilde hasta ile temas içinde olmaktan, kendinden bir şeyler vermekten ve travmatik strese maruz kalmaktan ileri gelen ve bir dönem düzeltilemeyen merhamet rahatsızlığından sonra merhamet stresi olarak ortaya çıkan ilerleyici ve kümülatif bir sürecin sonucudur (Coetzee ve Klopper, 2010). Bu süreçte merhamet yorgunluğunun fiziksel, duygusal/ruhsal, sosyal, zihinsel ve manevi belirtileri ortaya çıkmaktadır (Coetzee ve Klopper, 2010; Lynch ve Lobo, 2012).

Merhamet yorgunluğunun fiziksel belirtileri ; yorgunluk, enerji eksikliği, performans düşüklüğü, güç ve dayanıklılık kaybı, aşırı kilo alma/verme durumları, karın ağrısı, baş ağrısı, kalp çarpıntısı, yüksek tansiyon, hipotansiyon, uyku bozuklukları, bağırsak problemleri ve bağışıklık sistemnde zayıflamadır (Aycock ve Boyle, 2009; Showalter, 2010). Ruhlen oluşan yorgunluk, duygusal kırılmalar, tükenmişlik, enerji kaybı, ilgisizlik, işten ayrılma isteği, coşkuda azalma, duyarsızlaşma, yetenek kaybı, irritasyon, akıl yürütmede azalma, izolasyon ve anksiyete ise merhamet yorgunluğunun duygusal/ruhsal belirtilerini içerir (Coetzee ve Klopper, 2010; Showalter, 2010). Yorgunluk, depresyon, arkadaşlardan ve aileden uzaklaşma, önceden keyif aldığı şeylere karşı ilgi duymamak, başkalarının sorunları ile ilgili tekrarlanan düşünceler ve hayaller, başkalarına bakım vermenin duygusal sonucu olarak ortaya çıkabilir (Showalter, 2010). Merhamet yorgunluğunun sosyal belirtilerinde tepkisizlik, hastalar ile ilgilenmeme, yardım etme düzeyinde azalma ve hastanın acısına kayıtsız kalma görülür (Coetzee ve Klopper, 2010). Dikkatte azalma, hata yapmaya elverişli olma, can sıkıntısı ve konsantrasyon problemleri ise merhamet yorgunluğunun zihinsel belirtileridir (Coetzee ve Klopper, 2010).

Bir hemşirede merhamet yorgunluğunun varlığını saptayabilmek için genellikle birden fazla belirtinin görülmesi gerekmektedir. Çünkü merhamet yorgunluğu, kişiye özel olduğundan bu bulguları yapılandırmak zordur (Lynch ve Lobo, 2012; Dikmen ve Aydın,

2016). Bu belirtilerden yola çıkarak, merhamet yorgunluđuna maruz kalmıř hemřirelerde hastanın bakımı sırasında isteksizlik, sinirlilik, duygusal anlamda bunalmıřlık ve hastalara karřı duyarsızlık geliřebilir. Duyarsızlařma, hastanın insandan daha dűřük seviyede gűrűldűđű bir durumu ifade etmektedir. Hemřire duyarsızlařtıđında, kendisine verilen bilginin yanlıř yorumlanma olasılıđı űnemli ۆlçűde artmaktadır. Merhamet yorgunluđu yařayan hemřirenin ahlaki ve mesleki deđerlerinde de sık sık deđiřimler olmaktadır (řirin ve Yurttař, 2015). Merhamet yorgunluđu neticesinde oluřan duyarsızlařma hemřirelerde dođru olmayan bakım verme davranıřlarına sebebiyet verebilir (Jenkins ve Warren, 2012).

Merhamet yorgunluđu hemřirelere yűnelik fiziksel ve duygusal stres meydana getirdiđi için hemřireler ikinci mađdur olarak gűrűlűrler (Sabo, 2011). Hemřireler hasta ve hasta yakınlarının maruz kaldıkları travma, acı ve hatta ۆlűmlerin dođrudan içinde bulunmaktadır. Hastaların bir kısmı bařarılı bir řekilde tedavi edilse de, bu bařarılar hasta ve hasta yakınlarının hemřire űzerinde artarak oluřturduđu duygu yűkűnű ortadan kaldırmamaktadır (Coetzee ve Klopper, 2010). Merhamet yorgunluđu olarak belirtilen bu duygusal yűk hasta memnuniyetinde azalmalara ve tıbbi hataların artmasına sebep olmakta, ayrıca iřten ayrılmalarda űnemli bir neden olarak gűrűlmektedir (Maiden ve ark. 2011; Romano ve ark. 2013).

Merhamet yorgunluđuyla bař edemeyen hemřireler arasında mesleki yařamlarında da olumsuz davranıřlar gűrűlebilmektedir. Bu olumsuz davranıřlar arasında; iř doyumсуzluđu, yanlıř karar verme, yođun çalıřma, yardım etme dűzeyinde azalma, empati kaybı, objektif davranamama, empati ve objektiflik dengesinde bozulma, hastalara tahamműlsűzlűk, iře gitmekten çekinme veya nefret etmek, tıbbı hata, iřten ayrılma ve bađlılıđın azalması gibi durumlar sayılabilir (Joinson, 1992; Gentry ve ark. 2004; Hooper ve ark. 2010).

Merhamet yorgunluđu, hemřirelerin mesleki ve ۆzel yařamlarını da etkileyebilir. Konsantrasyonda azalma, her řeye karıřma, umutsuzluk, tűkenmiřlik ve sinirlilik gibi bir çok olumsuz davranıř hemřirelerde gűrűlebilir (Jenkins ve Warren, 2012; Negash ve Sahin, 2011). Aralıksız bir řekilde yűksek dűzeyde strese maruz kalan sađlık çalıřanları, merhamet yorgunluđuna karřı daha savunmasızdır. Godsil ve ark. (2013) arařtırmasında merhamet yorgunluđu ya da sekonder travmatik stres gibi bozuklukları yařayanların, beynin motordan ve duygusal dengeden sorumlu bűlgelerinde iřlevselliđin bozulduđunu gűrműřlerdir.

Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin, hastayla daha fazla zaman geçirmeleri nedeniyle yüksek seviyede strese maruz kalmaları kaçınılmazdır. Kanser hastalarına palyatif bakım veren hemşireler için stres kaynakları oldukça fazladır. Ölümü yaklaşan hastaların bakımı ve ölüm olayı, hemşirelik mesleğinin en ağır taraflarından biridir (Peykerli, 2003; Keser, 2007; Bahar, 2007). Hemşire için ölümün anlamı, ölüm korkuları, son anlarını yaşayan hastalarla empati kurmanın zor oluşu, hastalık ve etkilerinin ağır olması sebebiyle komplike bir bakım ve tedavinin uygulanması, hasta ve ailenin gergin ve stresli olmalarından dolayı çeşitli iletişim problemlerinin yaşanması, hasta ve yakınlarının tedaviye karşı dirençli olmaları, hasta ve ailelerin taleplerinin fazla olması gibi durumlar stres yaratan nedenler arasındadır (Pierce ve ark. 2007). Ölümcül hastalıklar her hastada farklı şiddet, düzey ve çeşitte psikolojik tepkilere yol açar. Ağrı, yalnızlık ve izolasyon terminal dönem hastalarının istenmeyen ama yaşanan en önemli sorunları arasındadır (Peykerli, 2003; Bahar, 2007). Kanser bakım sağlayıcılarının kanser hastalarıyla olan çalışmalarından nasıl etkilendiğini araştıran az sayıda çalışma vardır (Najjar ve ark. 2009). Fitch ve ark. (1999) onkoloji hemşireleri ile yürüttükleri çalışmada hemşireler için en önemli sorunun anksiyete, stres yönetimi/başa çıkma, ölüm/yas, yorgunluk, ağrı kontrolü, yaşam kalitesi ve tükenmişlik olduğunu belirtmektedir. Bir diğer stres kaynağı oluşturan birim ise palyatif bakım merkezleridir. Palyatif bakım, verilebilecek tedavinin azalması, hasta durumunun giderek kötüleşmesi, ağrı ve diğer semptomların kontrolünün yetersiz kalması, gerekli teknik desteğe ulaşılamaması ve bu alana ilişkin gelişmiş bakım planının yetersizliği sebebiyle çok sayıda problemi beraberinde getirmektedir (Singer ve ark. 1999; Silveira ve ark. 2016; Zenz J ve Zenz M, 2016; LeBaron ve ark. 2017). Yaşamın sonuyla yüzleşmek, ölüm ve buna bağlı inançlar, tutumlar ve kaynaklar ile yüzleşmek için çok çeşitli beceriler gereklidir (Sanso ve ark. 2015). Bu nedenle bu birimlerde çalışan hemşirelerin baş etme tarzlarının belirlenmesi önemlidir.

Günümüzde hemşirelerin empati ve merhametle çalışmaya devam etmeleri büyük bir önem arz etmektedir. Yalnız empatik ve özverili bir şekilde çalışmak merhamet yorgunluğu riskini de artırmaktadır. Hastalarına bu şekilde yaklaşan hemşireleri kaybetmemek için bir an evvel önlemlerin alınması gereklidir (Dikmen ve Aydın, 2016). Merhamet yorgunluğunu önleme stratejilerinin incelendiği bir çalışmada hemşireler, hasta bakımını otomatığe bağlayarak kendilerini merhamet yorgunluğundan koruduklarını ifade etmişlerdir (Yoder, 2010). Hemşireler merhamet yorgunluğunu önleme stratejilerinde iş yerinden ve

hemşirelikten ayrılma, başka servislere geçme, izin alma gibi olumsuz davranışların yanı sıra hemşirelik görevlerinde aktif olarak bulunma, bilgilendirme, gibi olumlu yöntemleri de kullandıklarını belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada hemşireler merhamet yorgunluğunu bireysel olarak önlemede dua, inanç, manevi farkındalık, öz-değerlendirme, içe bakış ve olumlu tutum geliştirme gibi yöntemlere de baş vurduklarını ifade etmişlerdir (Yoder, 2010). Diğer bir çalışmada, merhamet yorgunluğundan en üst seviyede korunmada etkili yöntemlerin bireysel ve mesleki öz-bakım ve farkındalığın olduğu belirtilmiştir (Hiçdurmaz ve İnci, 2015).

Yapılan çalışmalarda, merhamet yorgunluğunun sağlık bakım alanlarında yaygın olarak yaşanan bir problem olduğu bildirilmektedir. Abendroth ve Flannery, (2006) 216 hospis hemşiresi arasında yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin %78'nin orta seviyede merhamet yorgunluğu yaşadığını, %26'sının ise yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Hooper ve ark. (2010) ise hemşirelerin %86'sının orta seviyede merhamet yorgunluğuna maruz kaldıklarını, onkoloji kliniklerinde bulunan hemşirelerin, diğer kliniklere göre merhamet yorgunluğu açısından daha yüksek bir risk taşıdıklarını saptamıştır. Yoder (2010) acil bakım, onkoloji, yoğun bakım, cerrahi klinikleri ve evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşireler ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin %15'inin merhamet yorgunluğu açısından riskli olduğunu saptamıştır.

Bazı sosyodemografik özelliklerin merhamet yorgunluğu üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, Potter ve ark. (2010) onkoloji hemşiresi, tıbbi asistan, hasta bakım ve radyoloji teknisyenini içeren 153 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, lisans mezunu hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamada anlamlı olarak daha yüksek bir risk taşıdığını bulmuştur. Sacco ve ark. (2015) ise 221 yoğun bakım hemşireleri arasında yürüttüğü çalışmada, bekarlarda, 50 yaş ve üzeri olanlarda ve lisans üstü eğitimini tamamlayan hemşirelerde merhamet yorgunluğunu daha yüksek seviyede bulmuştur. Transplantasyon ünitesinde koordinatör olarak çalışan hemşireler arasında yapılan başka bir çalışmada, orta seviyede merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik saptanarak, merhamet yorgunluğu ile eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Kim, 2013).

Khan ve ark. (2015) askeri bir hastanede içinde doktor, hemşire ve paramedikal personel bulunan 252 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, merhamet yorgunluğunun

hemşire ve doktorlarda paramedikal personele oranla istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulmuştur.

Değişkenler açısından bakıldığında, Hegney ve ark. (2014) 132 acil bakım hemşiresi ile yürüttüğü çalışmada, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik seviyelerinin, depresyon ve anksiyete ile bir ilişki içinde olduğunu saptamışlardır. Yüksek seviye anksiyete ise, sürekli çalışma ve yaş ile ilişkili bulunmuştur. Kelly ve ark. (2015) ise çalışmalarında, hemşirelerin yaş, mesleğini sevme ve mesleğinden memnun olma gibi değişkenlerin merhamet yorgunluğunun en önemli göstergeleri olduğunu belirlemişlerdir.

Ülkemizde ise Gök (2015) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı kalitatif bir çalışmada, hemşirelerin çoğunlukla merhamet yorgunluğu yaşadığını ve bu durumla baş edebilmek için kurumda ve kurum dışında ruhen ve bedenen kendilerini yoğun bakım ortamından uzaklaştırma stratejisini tercih ettiklerini saptamıştır. Ayrıca hastanın genç bir yaşta olması, hasta yakınların sahip olduğu ilgisizlik, aşırı iş yükü, bireyse sınırlılıklar (yetersizlik ya da yetişememe duygusu), suçluluk duygusu ve takdir edilmeme gibi etkenlerin de merhamet yorgunluğunu tetiklediğini bildirmiştir.

Polat ve Erdem (2016) 346 sağlık profesyoneli ile yaptığı çalışmada, kadın hemşirelerin erkeklere oranla merhamet yorgunluğunu daha fazla yaşadığını, sağlık çalışanlarının hastaların maruz kaldığı acı ve ağrıya empatik bir yaklaşımla müdahale etmelerinin merhamet yorgunluğunun oluşmasına katkı sağladığını bildirmişlerdir.

Dikmen ve ark. (2016) yoğun bakım hemşireleri arasında yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin %52.7'sinin merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskte, %47.3'ünün ise düşük riskte olduğu görülmüştür. Aynı zamanda yaş, yoğun bakım deneyimi ve haftalık çalışma sürelerinin merhamet yorgunluğunu etkilediğini bildirmişlerdir.

Yılmaz (2016) hemşireliği ve onkoloji hastasıyla çalışmayı istemek, nöbet sayısının azlığı hemşirelerin çalışma yaşantısına olumlu katkı sağladığı ve farkındalık, iletişim, empati, ölüm deneyimleri ve baş etmeyle ilgili hazırlanan psikoeğitimin, onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kaliteleri ve travma sonrası gelişmeleri üzerine etkili olduğunu bildirmiştir.

Taranan literatür sonucunda, ülkemizde palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu düzeyinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerde ise merhamet yorgunluğu ile ilgili tek bir araştırma yapılmıştır. Oysa bu birimlerde hastalar ağrı ve acı çekmektedir. Hemşireler ise bu durumdan etkilenerek merhamet yorgunluğu yaşayabilir ve baş etme tarzları etkilenebilir. Merhamet yorgunluğu düzeylerinin incelenip hangi şiddette yaşandığının, onkolojide ve palyatifte çalışan hemşireler arasında merhamet yorgunluğu açısından bir fark olup olmadığının ve oluşan olumsuz durumla ne şekilde baş ettiklerinin belirlenmesi gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, onkoloji ve palyatif bakım hastasıyla çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1- Merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve tükenmişlik arasında nasıl bir ilişki vardır?
- 2- Palyatif bakım ve onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- 3- Palyatif bakım ve onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve stresle baş etme tarzları puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak fark var mıdır?
- 4- Palyatif bakım ve onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelerin PYKÖ alt ölçekleri ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasında nasıl bir ilişki vardır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım ve Hemşirelik

Ölüm insanlık için beklenen bir sonudur. Literatürde ölümle ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Kübblers Ross'a göre ölüm, “bir felaket değil, bir yıkım değil, gerçekte, kültür ve yaşamın en yapıcı, pozitif ve yaratıcı unsurlarından biri” olarak dile getirilmektedir. Türk Dil Kurumu ise ölümü, “bir canlının hayatının, sonsuz uykusunun ve ortadan kaybolmasının tam ve kesin sonu; sona erme, yok olma, ortadan kalkma” şeklinde tanımlamaktadır. Amerikan Tabipler Birliği tarafından ise, “dolaşım, solunum ve beyin fonksiyonlarındaki tüm işlevlerin geri çevrilemez şekilde sona ermesi” olarak tanımlanmaktadır (Temelli, 2018).

Ölüm ortamında ve sık sık ölmekte olan hasta ile çalışan profesyoneller, yaşamın sonunda bakımla ilgili varoluşsal konulara, psikolojik zorluklara ve duygusal sıkıntılara maruz kalmaktadır (Sanso ve ark. 2015). Ölmekte olan hastaya bakım veren hemşireler de, hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik yaşarlar. Bakım verilen hastanın kaybı ile beraber hemşire başarısızlık ve yetersizlik duygularını da hissedebilir (Çimete, 2002; Çavuşoğlu, 2003). Hemşirelerin kendilerini yetersiz ve başarısız görmeleri, suçluluk duygusu yaşamalarına sebep olabilir. Halbuki, ölmekte olan hastanın bakımında başarılı olmak, hastayı uzun süre yaşatmak ile değil, mümkün olduğunca hastanın acı çekmesini engellemek ve yaşam kalitesini arttırmakla mümkün olabilir (Çavuşoğlu, 2003). Uygulanan tedavi ve bakıma yönelik olumlu cevap alınamaması ve hastalığın zamanla kötüleşmesi, hemşirenin hastaya karşı öfke duymasına neden olabilir. Hatta hemşireler hastanın acı çekmesine engel olamadıkları için kendilerine karşı da öfkelenebilirler (Çimete, 2002; İnci ve Öz, 2012)

Palyatif bakım kliniklerinde son dönem hasta popülasyonunun fazla olması, hemşirelerin ölüm olgusu ile daha fazla karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Palyatif kelimesi Latince “pallium” sözcüğünden türeyen; bez, örtmek ve pelerine benzeyen giysi anlamına “palyasyon” kelimesi ise kötü bir şeyi daha az kötü duruma (tam iyileştirme olmaksızın) getirme, örtme anlamına gelmektedir. Palyatif bakım ilk olarak “ölüm bakımı” olarak kullanılmış zamanla “terminal bakım” olarak tanımlanmış ve günümüzde de birbirinin yerine kullanılan “hospis”, “hospis bakımı”, “bakımın sürekliliği”, “yaşam sonu bakım”,

“tanatoloji (ölüm bilimi)”, “konfor bakım”, “sürekli bakım ünitesi” ve “destek bakım (destek tedavi)” gibi terimlerle ifade edilmektedir (Pastrana ve ark. 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1980’lerde “tedavilere yanıt alınamayan hastaların bütüncül bakımı” olarak tanımlanan Palyatif bakım 2002 yılına gelindiğinde “yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların erken tanınması ve giderilmesi, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası” olarak güncellenmiştir (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 21.03.2019). Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute; NCI) tanımına göre ise Palyatif bakım; “kanser gibi yaşamı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım” olarak tanımlamıştır (<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-factsheet> Erişim: 20.03.2019).

Dünyada ilk modern palyatif bakım merkezi 1967 yılında İngiltere’de Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Bundan çok daha öncesinde 1842 yılında Jeanne Garnier Fransa’nın Lion şehrinde ilk hospis merkezini kurmuştur (Bennahum, 2015). Ülkemizdeki ise ilk olarak hospis mantığı ile kurulan kurum, 1896 yılında II. Abdulhamit tarafından yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülacezedir (Güngör, 2009). Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ve 1993 yılında hizmet veren, yasal düzenlemelerin eksikliği nedeniyle ve aynı zamanda maddi ve manevi desteğin yeterince sağlanamamasından dolayı 1997 yılında kapatılan bakımevi modern anlamdaki ilk kurumdur (Erbaycu, 2013). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan 2009-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programında ise palyatif bakım programı açıklanmıştır. Bu dönemde PALLIA-TURK projesi hayata geçirilmiş ve böylelikle palyatif bakım kliniklerinin kurulması hız kazanmıştır (Şahan ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakım yönergesi 2014 yılında çıkartılarak, palyatif bakım merkezine sahip olan hastaneler geri ödeme kapsamına alınmıştır (Kabalak, 2017; Benli ve Sunay, 2017). 2018 yılı itibariyle ülkemizde toplam 81 ilde 5.077 yatak ile 382 Sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Mevcut yatakların 1099’u üç büyük ilde (İstanbul, Ankara, İzmir) bulunmaktadır (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim: 06.06.2019).

Amerika, Kanada, İngiltere ve İspanya (Katalan Bölgesi) evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri gibi her türlü palyatif bakım hizmetinin verildiği ve palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkeler olarak

gösterilmektedir (Bingley ve Clark, 2009). Her ne kadar palyatif bakıma ilişkin projeler Dünya çapında yürütülse de palyatif bakımın sağlık sistemine entegre edilmesini sadece 20 ülke yani ülkelerin sadece %8,5'i gerçekleştirebilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015).

Palyatif bakımın amacı, hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak, hastanın ölümüne kadar kaliteli bir yaşam sunulmasıdır. Semptomlar kontrol altına alındığında, hastanın çevreyle uyumu artarak, tedavi planına uyumu da kolaylaşmaktadır (Pastrana ve ark. 2008; Kahveci ve Gökçınar, 2014). Palyatif bakım felsefesi; psikolojik, sosyal ve manevi destek beraberinde, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü sağlayan; kronik hastalığa sahip bireylerin aktif ve bütüncül bakımını ifade eder (Fadıloğlu 2007; Guthrie ve ark. 2007).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımın hedeflerini,

- Ağrı ve stres verici diğer semptomların giderilmesi
- Normal bir süreç olarak yaşama ve ölüme saygı duymayı içerir
- Ölümü ne hızlandırmayı ne de yavaşlatmayı amaçlamaz
- Hasta bakımın psikososyal ve spirüel yönünü bütünleştirir
- Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın aktif bir şekilde yaşamasına yardım eder ve destek sistemi oluşturur
- Hasta hastalığı boyunca cesaretlendirilir ve hastanın ailesinin baş etmesine yardım etmek için destek sistemi oluşturur
- Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak için ekip yaklaşımı kurar ve gerekirse matem danışmanlığı yapılır
- Hastalık sürecini pozitif etkilemek ve yaşam kalitesinin artırılması
- Radyoterapi ya da kemoterapi gibi yaşam süresini uzatma niyetinde olan yaklaşımları diğer tedavilerle kombine ederek, hastalığın erken aşamasında uygulanması
- Stres verici klinik komplikasyonları yönetmek ve daha iyi anlama ihtiyacı için araştırmalar yapma, şeklinde sıralamaktadır (WHO, 2007).

Ölüm olgusu ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı hemşirelik mesleğinde icra edilen en zor durumlardan birisi olmakla birlikte hemşireler yaşam sonu hasta bakımı ve ölüm

olgusuyla sürekli karşı karşıya kalmakta ve hastalara bakım verirken karmaşık duygular içerisinde bulunabilmektedirler. (Bırol, 2004; Demir, 2010; Seven, 2015).

Palyatif bakım, tedavi seçeneklerinin az olması, prognozün kötü olması, ağrı ve acı kontrolünün zor olması, hastanın bir çok işleme maruz kalması gibi nedenlerle çok sayıda sorunu beraberinde getirmektedir. (İnci ve Öz 2012)

Palyatif dönemdeki hasta ile bakım verme sürecinde ilgilenen hemşireler, hasta ve ailesi gibi korku, endişe, kızgınlık, suçluluk ve çaresizlik yaşayabilir. Ayrıca hemşire bakım verdiği hastanın sürekli ağrı ve acısına tanıklık ettikçe başarısızlık ve yetersizlik duyguları da yaşayabilmektedir. (İnci ve Öz, 2012). Bu duygular merhamet yorgunluğuna ve tükenmişlik duygularına yol açabilmektedir (Figley, 2002; Stamm, 2005; Potter, 2010; Yoder, 2010).

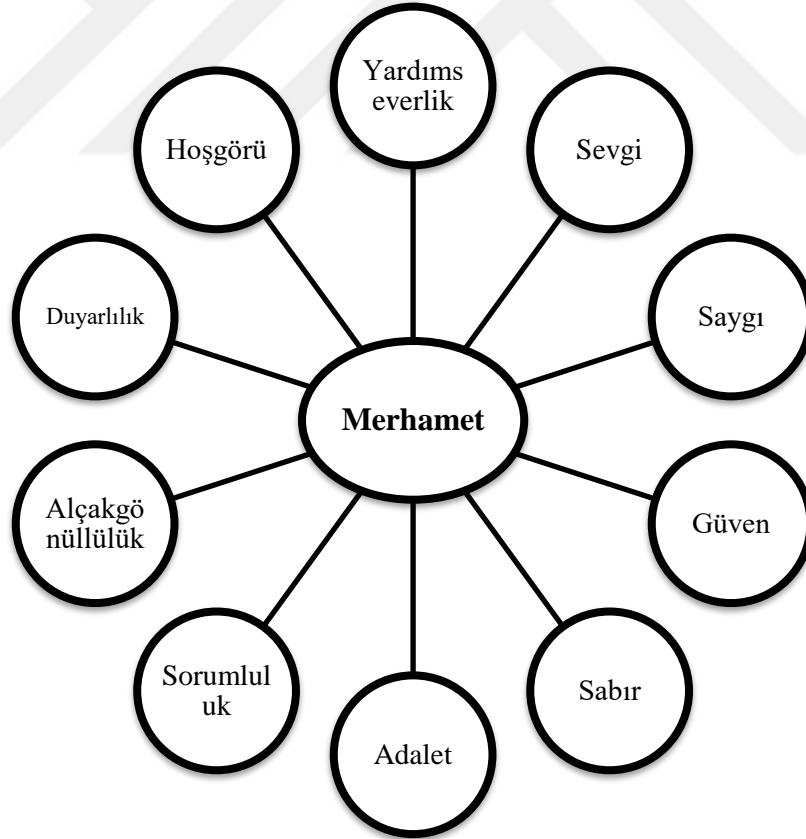
Hemşirenin palyatif bakım hastasına bakım verirken stresle etkili bir şekilde baş edebilmesi ve destek kaynaklarından yararlanması gerekir. Bunların gerçekleşmemesi sonucunda bakım verdiği bireylerin kaybı ile karşılaşan ve merhamet yorgunluğu içinde olan hemşirelerin bir süre sonra tükenmeleri kaçınılmazdır (İnci ve Öz, 2012).

2.2. Merhamet Kavramı

Merhamet; dinlerin, öğretilerin ve insana değer veren yaklaşımların önem verdiği evrensel bir değerdir. Bu konuda gerek felsefi gerek psikolojik çerçevede pek çok tanım yapılmıştır (Dalgacı ve Gürses, 2018). Kelime anlamına bakacak olursak; Merhametin, TDK tarafından, “bir kimse veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü ve acıma hissidir” şeklinde bir tanımı vardır. (<http://www.tdk.gov.tr>). Merriam – Webster sözlüğünde ise merhamet “acı ya da talihsizliğe maruz kalan birisine karşı duyulan derin sempati ve üzüntü hissi ile birlikte çekilen acı ve acı sebeplerini ortadan kaldırma arzusudur” gibi bir tanıma yer verilmiştir (<http://www.merriamwebster.com/dictionary/compassion>). Andre Comte-Sponville, *Büyük Erdemler Risalesi* ‘inde; Merhameti başkasının ızdırabından keyif alan acımasızlığın ve bunu dert etmeyen bireyciliğin tersi olarak ifade etmektedir. Bunların yanında sertlik, soğukluk, ilgisizlik, yürek kuruluğu ve duyarsızlık merhametin karşıt anlamlarındandır (Comte-Sponville, 2015; Dalgacı ve Gürses 2018).

Schopenhauer (2009), merhameti hem vicdan sahibi olma hem de sevgi ile yakın bir ilişkide düşünür. Ona göre, bir davranışın ahlaki olabilmesi için merhamet duygusu ile ortaya çıkması gerekir. Yani ahlaklı olmak, merhametli olmaktan geçer. Merhamet adalet yoluyla kişiyi diğer insanlarla olan ilişkilerine yönlendirir ve bu bağlamda adalet anlamına da gelir (Kahveci, 2014).

Zorluk, acı, yoksunluk, haksızlık tüm insanları birleştiren ortak bir paydadır. Kimse yardıma, ilgiye, desteğe ihtiyaç duymadan yaşayamaz. Dolayısıyla herkesin merhamete ihtiyacı vardır (Hökelekli, 2013). Sıkıntı çekene, ciddi bir hastalığa sahip olana, merhamet ya da sempati duyabiliriz. Ama ona acıdığımızı söylemeye cesaret edemeyiz, bu aşağılayıcı ya da hakaret edici olarak değerlendirilebilir. Acıma, dikey merhamet ise, tersine, yatay bir duygudur. Ancak eşit olanlar bunu anlayabilir. Sıkıntı çekenle ve bu süreçte onun yanında olup, acısını paylaşan kişi arasında bu eşitlik gerçekleşir (Comte-Sponville, 2015; Dalgacı ve Gürses, 2018).



Şekil 1: Merhametle Bağlantılı Olan Değerler (Dalgacı ve Gürses, 2018).

2.3. Merhamet Yorgunluğu (Compassion Fatigue)

Joinson (1992), hemşirelerde tükenmişliğin tabiatını incelerken, hemşirelerin bakım sağlama yeterliliğini kaybetmeyle karşı karşıya geldiklerini fark etmesiyle ilk kez merhamet yorgunluğu kavramını gündeme getirmiştir. Ülkemizde ise bu tanımın Türkçe karşılığı konusunda tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Ulusal literatürde bu terimin "şefkat yorgunluğu" (Karsavuran 2014), "merhamet yorgunluğu" (Gök, 2015; Şirin ve Yurttaş, 2015; Dikmen ve Aydın, 2016) ve "eşduyum yorgunluğu" (Hiçdurmaz ve İnci, 2015) şeklindeki çevirilerini görmek mümkündür.

Merhamet, başka birinin acısını azaltmak adına harekete geçmede etkili bir motivasyon kaynağı iken, merhamet yorgunluğu, travma yaşamış olan ya da ağrı, acı çeken birine yardım ederken oluşan olumsuz etkiyi ifade etmektedir (Şirin ve Yurttaş, 2015). Sorenson ve ark. (2016) merhamet yorgunluğunu, hastalara duyulan merhametin zamanla aşamalı bir şekilde azalması ile kendini gösteren bir durum olarak tanımlamıştır.

Merhamet yorgunluğu ile ilgili bu tanımlardan başka literatürde, bedensel yorgunluğun sebepleri ve özellikleri net bir şekilde bilinmesine rağmen bu durumun merhamet yorgunluğu için aynı olmadığı ifade edilmektedir (Pehlivan ve Güner, 2018). Kanada Hemşireler Birliği (2010) de bu görüşü destekleyerek merhamet yorgunluğunun fonksiyonel bir tanımının bulunmadığı bildirmiştir (<https://www.cna-aiic.ca/en/on-the-is%C2%ACsues/better-care/patient-safety/nurse-fatigue-and-patient-safety> Erişim tarihi. Nisan 9, 2018). Başka bir sebep olarak, merhamet yorgunluğunu ölçmede özgül bir yöntemin olmamasının da kavram karmaşasına neden olduğu söylenebilir. Tükenmişlik ya da diğer travmatik stres bozukluklarına sahip olan bireylerin ayırımı yapabilecek doğru bir ölçme aracının henüz olmaması sebebiyle, çalışmalarda farklı kavramlar birbirleri yerine kullanılarak, literatürde kavram kargaşasına neden olmaktadır (Najjar ve ark. 2009).

Merhamet yorgunluğu, travmatik strese doğrudan maruz kalan bireylere yardım ederken dolaylı olarak geçirilen travmanın duygusal etkisidir (Figley, 2002). Sağlık çalışanları, sosyal hizmet çalışanları, itfaiye ve acil yardım ekipleri gibi kişilere yardımda bulunan mesleklerde merhamet yorgunluğu ciddi bir problemdir (Stamm, 2002). Travmaya maruz kalmış kişilere

yardımda bulunan mesleklerde merhamet yorgunluğu yaklaşık %50 oranında gelişmektedir (Injeyan ve ark. 2011).

Joinson, (1992), bireylere empatik olarak bakım veren hemşirelerin, yardım ederken kişilerin sahip olduğu travmatik streslerini kendilerine mal ettiklerini ve böylece, merhamet yorgunluğu kavramını “bakım vericileri etkileyen benzersiz bir tükenmişlik biçimi” şeklinde ifade etmiştir. Empati, "hastanın dünyasında ve kendisiyle birlikte merkezi bir odaklanma ve hissetme" olarak tanımlanmıştır (Najjar ve ark. 2009). Joinson'un açıklamaları ile birlikte merhamet yorgunluğu kavramı, meslekten duyulan memnuniyetsizlikle ya da sistemle ilgili yaşanan hayal kırıklığı ile bağlantısı olmayan tükenmişliğin bir çeşidi olarak görülmüştür (Orlovsky, 2006). Figley (1995), merhamet yorgunluğu kavramını ayrıntılı bir şekilde inceleyerek resmi olarak kavramı; “travmatik olayları yeniden yaşama, travmatik olayların hatırlatıcılarından kaçınma ya da sürekli uyarılma gibi bir ya da birden fazla yolla kendisini gösteren, kümülatif stresin/tükenmişliğin etkilerinin de eklendiği, bireysel ya da kümülatif travma hikayeleri ile ilgili bir gerginlik ve endişe durumu” olarak açıklamıştır. Aynı zamanda kavramı, çaresizlik, konfüzyon ve izolasyon duygularını içeren, ani ve belirti göstermeden ortaya çıkan bir stres tepkisi olarak da nitelendirmiştir. Figley, merhamet yorgunluğu sürecinin STS (Sekonder Travmatik Stres) ile aynı anlamda olduğunu, yalnız merhamet yorgunluğunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu'ndan (TSSB) farklı bir şekilde travmatik olaydan çok, kişinin travma yaşamış ya da acı çeken bireylere maruziyetinden kaynaklandığını belirtmiştir (Pehlivan ve Güner, 2018). Simon (2005), onkoloji kliniklerinde çalışanlarının, kanser hastalarına ve ailelerine bakım sağlamanın bir sonucu olarak ikincil travmatik stres yaşadığını ve bu duruma onkoloji hastaları ve aileleri ile yaşanan yoğun duygusal temas ve empatinin yol açtığını ileri sürmüştür. Supple-Diaz ve Mattison'ın (1992) belirttiği gibi, kanser hastalarına profesyonel bakım vermek empati ve yoğun duygusal temasın yönetimini gerektirir. Stamm (2010), mesleki yaşam kalitesinin, olumlu (merhamet memnuniyeti) ve olumsuz (merhamet yorgunluğu) yönlerinin olduğunu ve merhamet yorgunluğunun böylelikle iki kısma ayrıldığını söylemiştir. Tükenmişlik ile bağlantılı olan birinci kısım, yorgunluk, hayal kırıklığı, öfke ve depresyon gibi belirtilerden meydana gelirken, ikinci kısmı oluşturan STS ise, işle ilgili travma ve korku neticesinde ortaya çıkan olumsuz bir durumdur (Pehlivan ve Güner, 2017).

Merhamet yorgunluğu zaman içinde gerçekleşen ve hastalarının travmasına maruz kalmanın bir sonucu olarak profesyonellerin kendileri, başkaları ve dünyaya bakış açısında ortaya çıkan zararlı değişikliklere yol açan kümülatif süreçtir (Najjar ve ark. 2009).

Merhamet yorgunluğu yaşayan ve aynı zamanda palyatif bakım verenler, kronik olarak yorgun ve huzursuz hissedebilir, baş ağrısı veya vücut ağrıları çekebilir, hastanın odasına girmeye ya da yürümeye korkabilir, yaşam sevincinden yoksun, kapana kısılmış hissedebilir, (Orlovsky, 2006). Merhamet yorgunluğu, yalnızca bakım uzmanı için değil, işyerinde de verimlilik düşüşüne, daha fazla hasta yatış süresine ve daha yüksek işten ayrılmalara neden olabilir (Najjar ve ark. 2009).

Joinson (1992) ve Figley (1995), merhamet yorgunluğu ile STS kavramlarının birbirleri yerine kullanılabileceğini ifade ederken, Stamm 2005 yılında iki terimin aynı şekilde adlandırılabilceğini, ancak 2010 yılında oluşturduğu yeni kavramsallaştırmada, merhamet yorgunluğunun STS ve tükenmişlik ile birlikte oluştuğunu bildirmiştir. Khan ve ark. (2015) ise merhamet yorgunluğunun aynı zamanda dolaylı travmatizasyon ve STS olarak da adlandırılabilceğini belirtmiştir (Khan ve ark. 2015).

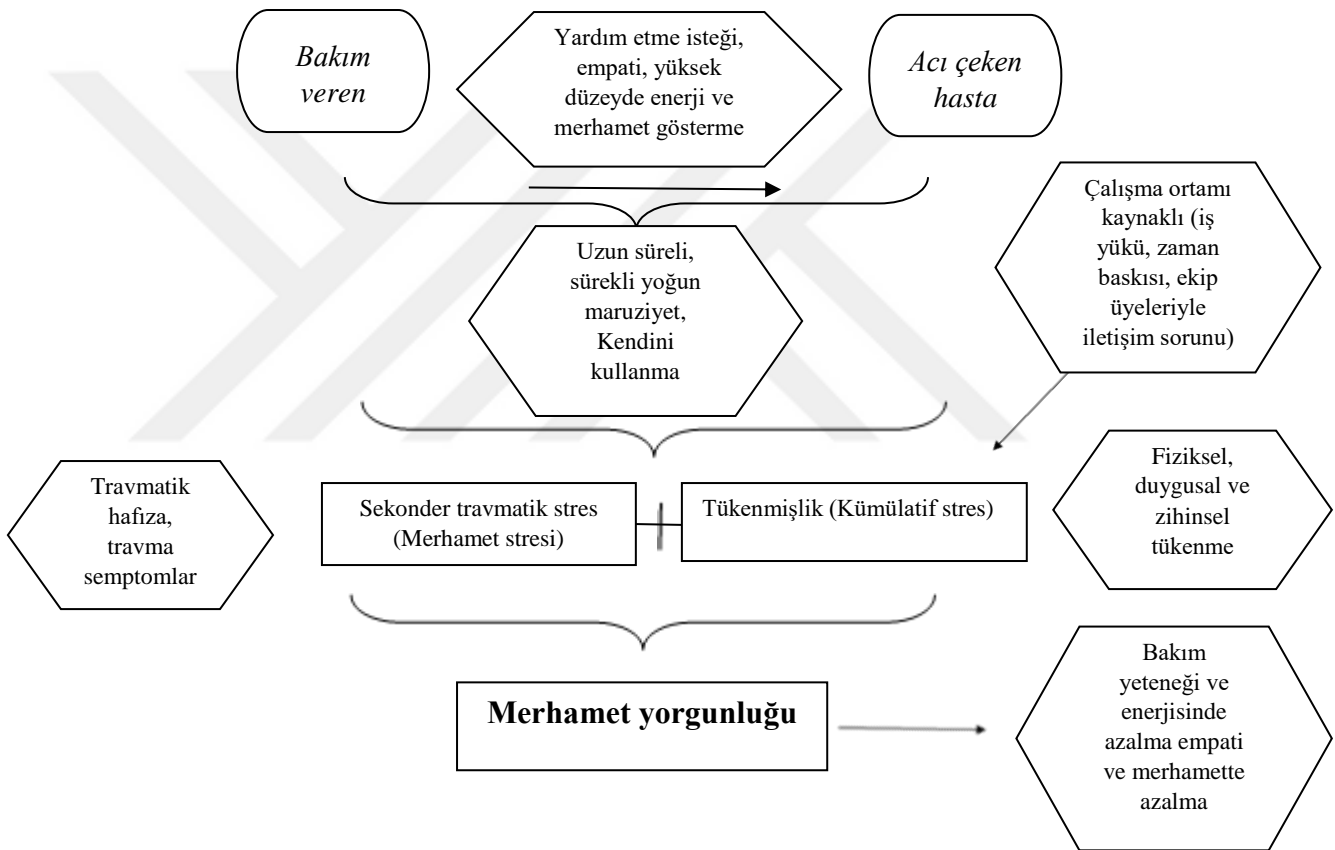
Sabo (2006) merhamet yorgunluğunu travmaya maruz kalmış, acı çeken bir hastaya bakım vermektten kaynaklanan fiziksel ve duygusal tepkiler ile kendini gösteren olağan bir durum olarak tanımlarken, Showalter (2010), belli bir süreç içerisinde zorlanma ve yorgunluk ile belirti veren ve bakımın mali yükü ile bağlantılı bir kavram olarak tanımlamıştır. Boyle (2011) ise merhamet yorgunluğunu ruhsal bitkinlik/halsizlik hali olarak ifade etmiştir.

Birbiri yerine kullanılabilen bu kavramların, eşanlamlı olup olmadığı ise hala kesin değildir. Najjar ve ark. (2009), merhamet yorgunluğuna ait olan tüm tanımlamalara bakıldığında Figley'in (1995) "travmatik olaylardan acı çeken bireylere yardım etme ya da yardım etme arzusundan doğan sekonder travmatik stres tepkisidir" şeklindeki tanımının, en geçerli ve en fazla kullanılan tanım olduğunu belirtmektedir (Figley, 1995)

2.4. Merhamet Yorgunluğu Oluşum Süreci

Merhamet yorgunluğuna neden olan faktörler; empatik yetenek, empatik ilişki, hastaya maruziyet, empatik tepki, merhamet stresi, başarı duygusu, ayrışma, uzamış maruziyet, travmatik hafıza ve yaşamın bozulması olarak belirtilmiştir (Dikmen ve Aydın, 2016; Yılmaz,

2016; Çolak, 2018). Figley (2002) modeline göre merhamet yorgunluğu, bakım vericinin, bakım vermektten kaynaklanan strese karşı empati kurma yeteneğinde oluşan değişim sebebiyle meydana gelmektedir. Dolayısıyla, merhamet yorgunluğu bakım verenin diğer kişilere empati kurmasında ve bakım verme isteğinde, yeteneğinde ve enerjisinde fazla miktarda azalmaya sebep olan, fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal anlamda tükenme olarak açıklanır (Dikmen ve Aydın, 2016).



Şekil 2. Merhamet yorgunluğu oluşum süreci (Pehlivan ve Güner 2018).

- (Stamm, 2002; Figley, 2002; Coetzee ve Klopper, 2010 ve Circenis ve Millere, 2011 modellerinden oluşturulmuştur).

2.5. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Mevcut literatür incelendiğinde araştırmacıların çoğunda, merhamet yorgunluğunun, fiziksel, duygusal/ruhsal, sosyal, zihinsel ve manevi bulguları olan, uzun süreçli, aralıksız ve yoğun bir halde hastalar ile ilişki kurmaktan, kendinden bir şeyler vermektten ve stresle maruziyet yaşamaktan kaynaklan ve kısa bir sürede giderilemeyen ilerleyici ve kümülatif bir sürecin sonucu olduğu görüşü kabul görmektedir (Figley, 2002; Stamm, 2002; Sabo, 2006; Coetzee ve Klopper, 2010; Showalter, 2010; Lynch ve Lobo, 2012; Gök, 2015; Şirin ve Yurttaş, 2015; Dikmen ve Aydın, 2016; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun fiziksel bulguları; baş ağrısı, mide ağrısı, hipotansiyon, hipertansiyon, taşikardi, yorgunluk/halsizlik, enerji eksikliği, performans eksikliği, güç ve dayanıklılık kaybı, uyku bozuklukları, gastrointestinal sorunlar, kilo değişimleri ve bağışıklık sisteminde zayıflama gibi fiziksel şikayetlerdir (Aycok ve Boyle, 2009; Showalter, 2010, Gök, 2015; Dikmen ve Aydın, 2016; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun duygusal/ruhsal bulguları; sinirlilik, öfke, kırgınlık, duygusal yorgunluk, duygusal kırılmalar, ilgisizlik, huzursuzluk, coşkuda azalma, ayrılma isteği, duyarsızlaşma, aşırı madde kullanımı (alkol, sigara, uyuşturucu vb.), yetenek kaybı, izolasyon, önceden keyif aldığı şeylere karşı ilgisizlik, başkalarının sorunlarıyla ilgili tekrarlanan düşünceler ve anksiyete gibi durumlardır (Coetzee ve Klopper, 2010; Showalter, 2010; Gök, 2015; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun sosyal bulguları; hissizlik, tepkisizlik, hastalar ile daha az zaman geçirme, ilgilenmeme, yardım etme kapasitesinin kaybı, hastanın acısına karşı duyarsızlaşma, belli hastaların bakımına karşı isteksizlik ve fazla miktarda izin kullanma gibi olumsuz davranışlardır (McHolm, 2006; Coetzee ve Klopper, 2010; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun zihinsel bulguları; dikkatte azalma, hata yapmaya elverişli olmak, sıkılma/tedirginlik, odaklanamama ve konsantrasyon problemleri olarak belirtilmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun manevi bulguları; karar almada zayıflık ve yetersizlik, iç dünyasında tatminsizlik, duygusal açıdan duyarsızlaşma, inanç ve değerlerde değişimler (McHolm, 2006; Yılmaz, 2016; Alan, 2018).

2.6. Merhamet Yorgunluğunun Etkileri

Merhamet yorgunluğuna maruz kalan hemşireler, hastaya bakım verme sürecinde isteksizlik, sinirlilik, duygusal anlamda bunalmışlık ve hastalara karşı duyarsızlaşma yaşayabilmektedir. Bu duruma sahip olan hemşirelerin manevi ve mesleki değerlerinde de çoğunlukla değişimler görülmektedir. Mesleki değişimlerin yaşandığı bu durumlar içinde; iş tatminsizliği, yanlış karar verme, yoğun çalışma, yardım etme kapasitesinde azalma, empati kurmada bozukluk, objektif davranamama, hastalara karşı tahammülsüz davranışlar, işe gitmekten çekinme ve isteksizlik, tıbbi hatalarda artma, işten ayrılma ve mesleğe bağlılıkta düşüş gibi olumsuzlukları sayabiliriz (Joinson, 1992; Gentry ve ark. 2004; McHolm, 2006; Hooper ve ark. 2010; Alan, 2018)

Duygusal yük olarak tanımlanan merhamet yorgunluğu, hastaya gerekli ilginin gösterilememesi sonucunda hasta doyumunda azalma, güvenli hemşirelik bakımının verilememesine ve tıbbi hataların artmasına neden olurken, aynı zamanda meslekten ayrılmalarda da önemli bir rol oynamaktadır (NIOSH, 2008; Maiden ve ark. 2011; Sabo, 2011; Jenkins ve Warren, 2012; Romano ve ark. 2013; Wentzel ve Brysiewicz, 2014; Alan, 2018).

2.7. Merhamet Yorgunluğunu Önleme Stratejileri

Merhamet yorgunluğunun etkilediği hemşire; empati, merhamet, saygı, bütünlük gibi değerlerle bakım verme arasında nitelikli bir ilişki kuramayacağı için duyarsızlaşmakta ve bunun sonucunda işine bağlanmada zorluk yaşamaktadır (Stamm, 2002; Alan, 2018). Duyarsızlaşma, bireyin bakım verdiği, ilgilendiği gruba karşı duygudan yoksun bir şekilde tutum ve davranış sergilemesini içerir (Üstün ve Günüşen, 2018). Sonnentag (2005) duyarsızlaşmayı, duygusal tükenmeyi önlemeye yönelik baş vurulan etkisiz bir yöntem olduğunu ifade etmiştir (Üstün ve Günüşen, 2018).

Bu günlerde popüler olmaya başlayan merhamet yorgunluğunu önlemeye yönelik araştırmalar sınırlıdır (Flarity ve ark. 2013; Alan, 2018). Merhamet yorgunluğunu önlemeye

yönelik stratejilerin kalitatif olarak bakıldığı bir çalışmada, hemşireler merhamet yorgunluğuna maruz kalmamak için hastaya verilen bakımı otomatığe bağlanmış gibi yaptıklarını ifade etmişlerdir (Yoder, 2010; Alan, 2018). Hemşireler merhamet yorgunluğu ile baş etmede iş yerinden ve meslekten ayrılma, başka birimlere geçme, aşırı izin alma gibi olumsuz stratejilerden başka hemşirelik rollerinde aktif olarak görev alma, bilgilendirme, gibi olumlu yöntemleri de kullandıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hemşireler merhamet yorgunluğu ile bireysel olarak baş etmede dua, inanç, ruhsal açıdan farkındalık, maneviyata yönelme, öz değerlendirme ve olumlu davranış geliştirme gibi stratejileri dile getirmişlerdir (Yoder, 2010; Alan, 2018).

Hemşireler, fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi öz bakımlarını yeterli bir şekilde yerine getirebilmelidir. Hemşireler egzersiz, diyet, derin soluk alıp verme egzersizi ile fiziksel bakımlarını, mizah, olumlu düşünme ve insan ruhunun bütünlüğüne karşı saygı duyma ile zihinsel bakımlarını, hem bireysel hem de mesleki anlamda kişilerarası ilişkiler kurarak sosyal bakımlarını, dua, meditasyon, doğa ve sanatsal etkinliklerle manevi öz bakımlarını yerine getirmelidirler (Potter ve ark. 2013; Alan, 2018).

Yönetim kadrosunda bulunan hemşirelerin ve kurum idarecilerinin, travmalı, ağırlı ve acı çeken hastalara bakım veren çalışanlarına bu öz bakım gereksinimlerini yerine getirmeleri için uygun ortamı sağlamaları, merhamet yorgunluğunu azaltmada etkili olacaktır (Alan, 2018).

Yurtdışında yürütülen bir çalışmada, hemşireler için yenilenme merkezi kurulması önerilmiştir. Zihinsel ve fiziksel ferahlık için sessiz bir ev ortamına benzeyen, sağlığı destekleyen, egzersiz yapma fırsatı veren, yoga, pilates, dans, müzik, masaj koltuğu, zayıflama programı ve meditasyon odaları gibi stresle baş etme stratejilerinin bulunduğu “Hemşirelik Yenilenme Merkezi” gibi kurumların oluşturulması ile hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri %42 oranında azaltılmıştır (Romano ve ark. 2013; Alan, 2018).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, Başkale ve ark. (2018), sağlıklı beslenen ve günlük 2-4 saat arasında egzersiz yapan hemşirelerin mesleki tatmin puanlarını daha yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada hemşirelerin sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma konularında teşvik edilmesi, hemşirelerin yaşam kalitelerini artırmak, tükenmişliği ve ikincil travma

stresini azaltmak için eğitim, danışmanlık ve destek programlarının yapılması önerilmektedir (Başkale ve ark. (2018).

Yassen (1995) yürüttüğü çalışmada, merhamet yorgunluğunu önleme stratejisinde üç aşamanın olduğunu ifade etmiştir. Bunlardan ilki eğitim, farkındalık toplantıları ve öz-bakım planlarının oluşturulması; ikincisi destek grupları, psikolojik danışmanlık ve konsültasyon yoluyla gerekli olan desteğin verilmesi; üçüncüsü ise bilgilendirme, müdahaleler ve kişisel terapi yoluyla personelin korunmasıdır. Bu bağlamda yönetici kadrosunda bulunan hemşireler, merhamet yorgunluğunu engellemek ya da iyileştirmek için hizmet içi eğitim programlarına dahil ettiği merhamet yorgunluğu eğitimlerini düzenlemeli, konunun daha iyi anlaşılması amacıyla toplantılar yapmalıdır (Alan, 2018). Merhamet yorgunluğu eğitimleri, hemşirelerin bireysel misyonlarını yeniden gözden geçirmelerine ve sonrasında kurumun ve mesleğinin değerleriyle ilişkili olarak kabul ettiği role daha profesyonel yaklaşmasına katkı sağlayacaktır (Potter ve ark. 2013; Alan, 2018).

2.8. Merhamet Yorgunluğu İle İlgili Kavramlar

Kişilere bakım vermenin olumsuz etkileri tükenmişlik, sekonder (ikincil) travmatik stres ve post travmatik stres gibi farklı tanımlamalarla açıklanırken (Figley, 2002; Şirin ve Yurttaş, 2015), kişilere bakım vermenin olumlu etkisi ise merhamet tatmini (memnuniyeti) kavramı ile açıklanmaktadır (Flarity, 2013).

2.8.1. Tükenmişlik (Burnout)

Tükenmişlik, 21. yüzyıldaki en önemli sorunlardan biri olarak düşünülmektedir. (Oral ve Tuncay, 2012). Maslach ve Jackson, 1981' de çalışma ortamından kaynaklanan bir sendrom olarak "tükenmişliği", "iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde bulunan bireylerde görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı duygusu" olarak tanımlamıştır. Figley (2002) ise tükenmişliği, "duygusal açıdan zorlayıcı durumlara uzun süreli maruz kalmanın yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu" olduğunu belirtmiştir. Najjar ve ark. (2009), zaman baskısına maruz kalmak, kompleks hasta yüklerini yönetmek ya da diğer birimlerle ve ekip üyeleriyle beraber hasta bakımını koordineli bir şekilde yönetmek gibi yapılması gereken zorunlu çalışmalar, profesyonellerin hastalarına karşı daha az duyarlı olmalarına ve çalışma arkadaşlarına yönelik olumsuz davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır.

Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu, benzerliklere sahip olmakla beraber birbirleriyle yakından ilişkili iki kavramdır. Her iki kavram da mental, fiziksel ve ruhsal tükenme ile sonuçlanmaktadır. Ancak merhamet yorgunluğunun, ani olarak başlaması (Sorenson ve ark. 2016) ve başka bir kişinin yaşadığı travmatik olayın etkilerine maruz kalmanın doğrudan bir sonucu olarak kendine has belirtilere sahip olması ile tükenmişlikten ayrılmaktadır (Pehlivan ve Güner, 2018). Merhamet yorgunluğu, semptomlarının çoğu travmatik anılar, şiddetli uyarılma, aynı ya da benzer olaylardan kaçınma ve tükenme ile bağlantılı olması sebebiyle TSSB'ye benzemektedir. Tükenmişlik ise, zayıflık ve mesleki tatmin düşüklüğünden kaynaklanmakta ve görevden ayrılmalara neden olmaktadır (Sorenson ve ark. 2016; El-Bar ve ark. 2013; Pehlivan ve Güner, 2018). Merhamet yorgunluğu, bakım verilen bireyin sahip olduğu acıdan veya ağrıdan korunamaması ya da kurtulamaması durumunda oluşan ve suçluluk ya da distresle sonuçlanırken; tükenmişlik ise, amaçlar başarılmadığında meydana gelmekte ve hayal kırıklığı ya da kontrol kaybı algısı ile sonuçlanmaktadır (Back ve ark. 2014).

Merhamet yorgunluğunun etyolojisini, “acı çeken bireye verilen bakım” oluştururken, tükenmişliğin ise “iş ya da çevre ile ilişkili stresörlere verilen yanıt” oluşturur. Oluşum süreci incelendiğinde; merhamet yorgunluğu ani ve akut başlangıçlı, tükenmişlik ise belli bir süre sonra yavaşça ortaya çıkar. Sonuçlar açısından değerlendirildiğinde, merhamet yorgunluğunda empati yapma yeteneğinde ve objektiflikte bozulma, kişinin görevini uygun bir şekilde yerine getirememesi, tükenmişlikte ise maruz kalınan kişilerde empatik tepkilerde düşüş, geri çekilme ve görevini terketme eğilimi görülür (Boyle 2011; Uslu ve Buldukoğlu 2017). Tükenmişlik kavramı, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük benlik duygusuyla karakterizedir ve hasta bakım kalitesinin düşük derecelendirilmesi, artmış hasta memnuniyetsizliği, artan tıbbi hatalar ve artan kişisel ve profesyonel konularla ilişkilidir (Sanso ve ark. 2015; Üstün ve Günüşen, 2018).

2.8.2. Merhamet Memnuniyeti (Compassion Satisfaction)

Uzunca bir süre merhamet göstermenin her zaman olumsuz duygulara neden olmadığı dile getirilmektedir. Merhamet memnuniyeti olarak tanımlanan olumlu duygu; bakım verenlerin, bakım sürecinde başarıya ulaştıklarını ve diğer kişilere yardım edebildikleri düşüncesi olduğu zamanlarda ortaya çıkmaktadır (Back ve ark. 2014). Merhamet

yorgunluğu riskini dengeleyen merhamet memnuniyeti, başkalarına bakım vermenin kazandırdığı psikolojik ödülünü ifade etmektedir (Flarity ve ark. 2014). Merhamet memnuniyetinin, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin zararlı etkilerini azaltabileceği söylenmektedir (Najjar ve ark. 2009). Stamm (2002), kişilerin çalışmalarından dolayı merhamet yorgunluğuna maruz kalabildiğini, aynı zamanda çalışmanın olumlu yararlarının da olabildiğini söylemektedir. Merhamet memnuniyeti, bakım vermektен haz alma kabiliyeti olarak tanımlanır. Stamm (2002), merhamet memnuniyetini, başkalarına yardım etmenin klinik deneyiminden kaynaklanan sevinç derecesi olarak tanımlar (Sanso ve ark. 2015).

Merhamet memnuniyetinin, hemşirelerin, hastanın acısına ortak olma ve ilişki kurma ve özellikle kendilerini, yeteneklerini, var olan kaynakları kullanarak hastanın ağrısını giderme veya hafifletmeden kaynaklanan güç ve esin kaynağı olduğu ifade edilmektedir. Bu durum hemşirelerin, merhametli ve tam yetkin hissetmelerine neden olmakta, verilen bakımın sonucunda ödül olarak hemşirelere, hastalarının daha az acı çektiklerini ve daha iyi olduklarını görmelerine olanak tanımaktadır, bunun sonucunda hemşireler kendilerini daha enerjik ve keyif verici bir duygu içinde hissederler (Pehlivan ve Güner, 2017). Böylelikle hemşireler, yüksek moralle çalıştığı kurumda bulunmaktan coşku duyarak durumlar ne olursa olsun hasta ihtiyaçlarını isteyerek karşılamaktadırlar (Coetzee ve Klopper, 2010).

Merhamet memnuniyetinin, merhamet yorgunluğunun tam tersi olduğu ifade edilmektedir. Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu arasında olumsuz (negatif) bir korelasyon olduğu belirtilmektedir (Smart ve ark. 2014; Başkale ve ark. 2016). Merhamet memnuniyetinde, hemşireler, şartları ne olursa olsun hastalarıyla yakınlık kurmakta, bu durum da hemşirelerin, hastaları ile anlamlı ve kasıtlı olarak etkileşmelerine olanak tanımaktadır. Merhamet yorgunluğunda ise, hemşireler çeşitli şartlar altında, zamanla kendilerini hastalarından izole etmekte ve uzaklaştırmaktadırlar. Böylece, hemşirenin, hasta gereksinimlerini yerine getirememesinde dolayı olumsuz durum ortaya çıkmaktadır (Pehlivan ve Güner, 2017). Simon ve arkadaşları (2005), 21 onkoloji sosyal hizmet uzmanında STS'yi incelemişlerdir. Sonuçlar, onkoloji sosyal hizmet uzmanlarının merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşadıklarını ve bu değişkenlerin merhamet memnuniyeti ile ters ilişkili olduğunu göstermiştir. Merhamet yorgunluğu sürecinin, merhamet rahatsızlığından, merhamet stresine ve en sonunda da merhamet yorgunluğuna doğru ilerleyen aşamalı ve kümülatif bir özellikte olduğu ifade edilmektedir. Merhamet memnuniyeti sürecinin ise, hasta ve hemşire arasında, birbirini tamamlayan, karşılıklı yarar sağlayan, düzeltici ve döngüsel bir özellikte olduğu

söylenmektedir (Coetzee ve Klopper, 2010). Merhamet memnuniyeti, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin zararlı etkilerini hafifletebilir (Najjar ve ark. 2009). Merhamet yorgunluğunun etkilerini azaltmak için merhamet memnuniyetini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmek hemşirelerin yaşam kalitelerinin artırılmasında potansiyel bir yöntem olabilir (Başkale ve ark. 2014).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel - tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat 2017 tarihinde literatür taramasıyla başlamış olup, Haziran 2019 tarihinde tez savunma sınavı ile sonlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın verileri 1 Ekim 2017- 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi *Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, TC. Sağlık Bakanlığı *Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi*, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi*, *Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi* onkoloji ve palyatif bakım birimlerinden toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İzmir ili içinde onkoloji ve palyatif bakım birimi olan hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmuştur.

Çalışma evrenini palyatif bakım ve onkoloji birimlerinde çalışan, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 31, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 14, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi'nde 8, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 30, Dokuz Eylül Araştırma Uygulama Hastanesi'nde 19, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 48 olmak üzere toplam 150 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, 1 Ekim 2017- 31 Ağustos 2018 tarihleri arasında onkoloji ve palyatif kliniklerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden, anketi eksiksiz olarak dolduran Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 28, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 12, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi'nden 7, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 24, Dokuz Eylül Araştırma Uygulama Hastanesi'nde 15, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 44 olmak üzere toplam 130 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

Örnekleme oluşturan 130 hemşireden, 74'ü hematoloji, 24'ü onkoloji ve 32'si palyatif bakım kliniklerinde çalışmaktadır. Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Açıklamadan sonra formlar hemşirelere bırakılıp kendilerinin doldurmaları istenmiş, formlar tamamlandıktan sonra toplanmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki kurumlarda çalışan hemşirelerden alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslekte toplam hizmet süresi, klinikte çalışma süresi, çalışma pozisyonu, haftalık çalışma süresi, aylık nöbet sayısı ve hemşireliği isteyerek seçmedir.

Bağımlı değişkenler; profesyonel yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalaması ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalaması.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında üç adet form kullanılmıştır:

1. *Hemşire Tanıtım Formu;* Araştırmacı tarafından oluşturulan, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin belirlendiği 22 maddelik bir formdur.

2. *Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ);* Bu ölçek Stamm (2005) tarafından geliştirilen, merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction), merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) ve tükenmişlik (burnout) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, Yeşil ve ark. (2010) tarafından yapılmış, otuz madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Merhamet memnuniyeti (iş doyumunu, compassion satisfaction) alt ölçeklerinden ilkidir ve çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler meslekteki tatmini ölçen maddelerdir (Min 0-Max

50). Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak artan memnuniyet veya artan tatmin duygusunu gösterir.

İkinci alt ölçek olan tükenmişlik (burnout), umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir (Min 0-Maz 25). Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Üçüncü alt ölçek olan merhamet yorgunluğu (eşduyum yorgunluğu, compassion fatigue), stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir (Min 0-Max 50). Bu alt ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. Maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmaktadır (Stamm, 2005; Yılmaz, 2016).

Sonuçlara göre, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun artması ile birlikte psikopatoloji düzeyleri de artmaktadır. Merhamet memnuniyetinin artmasıyla birlikte psikopatoloji ve tükenmişlik düzeyi azalmaktadır. Güvenilirlik analizlerinde elde edilen Cronbach's Alfa değeri .86 bulunmuştur (Yeşil ve ark. 2010). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa değeri .67 bulunmuştur.

Ölçeğin alt boyut puan ortalamalarında,

Merhamet memnuniyetinde, <33 düşük, 34-41 orta, >42 yüksek düzeyi,

Merhamet yorgunluğunda, <8 düşük, 9-16 orta, >17 yüksek riski,

Tükenmişlikte, <18 düşük, 19-26 orta, >27 yüksek riski göstermektedir (Goleman 2007; Meadors 2008; Elkonin 2011; Koca 2018).

3. *Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)*; Bu ölçek Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş, Ülkemizde ilk kez Siva (1988) tarafından kullanılmış ve kültüre özgü maddeler eklenerek 74 maddelik bir ölçek haline getirilmiştir. Daha sonra Şahin ve Durak (1995) tarafından ölçek 30 maddeye indirilmiş ve tekrar geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır. Ölçek Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal destek alt boyutundaki 1. ve 9. maddeler ters ifadelerden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipinde (0=kesinlikle katılmıyorum, 1=kısmen katılmıyorum, 2=katılıyorum, 3=tamamen katılıyorum) olan ölçekte toplam puan hesaplanmamakta, her boyut ayrı değerlendirilmektedir. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0.75 olarak bulunmuştur.

Ölçeklerin çalışmamızda kullanılabilmesine dair yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

3.7. Araştırma Planı

YILLAR	2017- 2019	2017	2017	2017- 2018	2018	2019	2019
AYLAR	şubat - Haziran	Ağustos	Eylül	Ekim - Ağustos	Eylül - Aralık	Ocak - Mayıs	Haziran
Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama	•						
Öneri Sınavı		•					
Başhekimlik İzinleri			•				
Etik kurul İzni			•				
Veri Toplama				•			
Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama					•		
Tez Yazım Süreci						•	
Tez Bitirme Sınavı							•

Çalışmaya başlamadan önce TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TC. Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi başhekimliklerinden yazılı izin ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışmaya ilişkin onay alınmıştır (Ek-14).

Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve sözlü veya yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Açıklamadan sonra formlar hemşirelere bırakılıp kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Formlar belli bir süre sonra toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, sayı, yüzde ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Veriler tablolarda sayı, yüzde şeklinde belirtilip anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Herhangi bir sınırlılık bulunmamaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.11.2017 tarih ve 3575-GOA protokol numaralı 2017/27-34 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-14).

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n: 130)

Özellik (n: 130)	Sayı	%
Yaş (33.45 ± 6.65) Min. - Max. (21 - 51)		
21-30	51	39.2
31-40	54	41.5
41-51	25	19.2
Cinsiyet		
Kadın	121	93.1
Erkek	9	6.9
Medeni durum		
Evli	80	61.5
Bekar	50	38.5
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	60	46.2
Olmayan	70	53.8
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	4	3.1
Ön lisans	10	7.7
Lisans	104	80.0
Yüksek lisans	12	0.2
Çalıştığı kurum		
Üniversite hastanesi	59	45.4
Eğitim ve araştırma hastanesi	64	49.2
Devlet hastanesi	7	5.4
Çalıştığı klinik		
Hematoloji	74	56.9
Onkoloji	24	18.5
Palyatif	32	24.6

Meslekte çalışma süresi (11.37 ± 7.35) Min. - Max. (1 - 33)		
1 - 11 yıl	78	60
12 - 22 yıl	39	30
23 - 33 yıl	13	10
Bulunduğu klinikte çalışma süresi (4.16 ± 3.89) Min. - Max. (1 - 29)		
1 - 10 yıl	122	93.8
11 yıl ve üzeri	8	6.2
Klinikte çalışma pozisyonu		
Sorumlu hemşire	12	9.2
Klinik hemşiresi	118	90.8
Haftalık çalışma süresi		
20 - 40 saat	45	34.6
41 - 56 saat	70	53.8
57 - 72 saat	15	11.5
Aylık ortalama nöbet sayısı		
Hiç	14	10.8
1 - 4	22	16.9
5 ve üzeri	94	72.3
Hemşireliği seçme durumu		
İsteyerek seçen	78	60.0
İstemeyerek seçen	52	40.0

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.45 ± 6.65 yıl olup, %41.5’i 31-40 yaş aralığında, %93.1’i kadın, %61.5’i evli, büyük çoğunluğu (%80.0) lisans mezunudur. Hemşirelerin %60.0’ının mesleği isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %49.2’si eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmakta, %90.8’i klinik hemşiresi, %56.9’u hematoloji kliniğinde görev yapmakta, %60.0’ı 1-11 yıl arası hemşirelik deneyimine sahiptir. Hemşirelerin %53.8’i 41-56 saatlik haftalık çalışma sürelerine sahip olup, %72.3’ü 5 ve üzeri nöbet tutmaktadır. Toplam çalışma süre ortalaması 11.37 ± 7.35 , bulunduğu klinikte çalışma süresinin ortalaması ise 4.16 ± 3.89 ’dir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 130)

Özellik (n: 130)	Sayı	%
Palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi		
Seven	63	48.5
Sevmeyen	67	51.5
Palyatif bakıma yönelik eğitim		
Alan	61	46.9
Almayan	69	53.1
Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedeni		
Cevapsız	66	50.8
İdarenin isteği	52	40.0
Kendi isteği	12	9.2
Bakım verilen hastadan etkilenme durumu		
Etkilenen	116	89.2
Etkilenmeyen	14	10.8
Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim		
Alan	52	40.0
Almayan	78	60.0
Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim		
Alan	60	46.2
Almayan	70	53.8
Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim		
Alan	67	51.5
Almayan	63	48.5

Tablo 4.2’de hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yarısından daha az bir kısmının (%48.5) palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi sevdiği, %46.9’unun palyatif bakıma yönelik eğitim aldığı, %9.2’sinin kendi isteğiyle palyatif bakım kliniğinde çalıştığı bulunmuştur. Hemşirelerin bakım verdikleri hastanın durumundan etkilenme oranı %89.2, kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim almayanların oranı %60.0, ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim almayanların oranı %53.8 ve onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim alanların oranı ise %51.5’tir.

Hemşirelerin %98.5'i palyatif bakımda eğitim/davranış terapisi verilmesini, %46.2'si palyatif bakımda 1-5 yıl arası çalışılması gerektiğini düşünmüştür (Tablo 4.2).



Tablo 4.3: Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) Alt Boyutları Puan Ortalaması

Özellik	n	Min.	Max.	\bar{X}	SS	Range
Merhamet Memnuniyeti	130	7.00	50.00	30.01	9.46	(0 – 50)
Merhamet Yorgunluğu	130	1.00	39.00	17.34	8.07	(0 – 50)
Tükenmişlik	130	1.00	39.00	20.12	6.70	(0 – 50)

Tablo 4.3'te hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) alt boyutları puan ortalaması gösterilmektedir. Hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalaması 30.01 ± 9.46 , merhamet yorgunluğu puan ortalaması 17.34 ± 8.07 , tükenmişlik puan ortalaması ise 20.12 ± 6.70 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutları Puan Ortalaması

Özellik	n	Min.	Max.	\bar{X}	SS	Range
Kendine Güvenli Yaklaşım	130	2.00	21.00	12.76	3.63	(0 – 21)
Çaresiz Yaklaşım	130	.00	21.00	8.41	4.36	(0 – 24)
Boyun Eğici Yaklaşım	130	.00	15.00	5.38	3.01	(0 – 18)
İyimser Yaklaşım	130	.00	15.00	8.60	2.51	(0 – 15)
Sosyal Destek Arama	130	2.00	12.00	7.79	2.10	(0 – 12)

Tablo 4.4'te hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutları puan ortalaması yer almaktadır. Alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım 12.76 ± 3.63 , çaresiz yaklaşım 8.41 ± 4.36 , boyun eğici yaklaşım 5.38 ± 3.01 , iyimser yaklaşım 8.60 ± 2.51 , sosyal destek arama ise 7.79 ± 2.10 'dur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ) Alt Boyutları Korelasyonunun Dağılımı

Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları			Stresle Baş etme Tarzları Ölçeği Alt Boyutları				
	Merh. Memnuniyeti	Tükenmişlik	Kendine Güvenli Yaklaş.	Çaresiz Yaklaşım	Boyun eğici Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
Merh. Yor.	r=-.203 p=.021	r=.0562 p=.000	r=-.120 p=.175	r=.437 p=.000	r=.336 p=.000	r=-.172 p=.500	r=.045 p=.608
Merh. Mem.		r=-0.648 p=.000	r=.457 p=.000	r=-.130 p=.140	r=-.063 p=.475	r=.489 p=.000	r=.193 p=.028
Tükenmişlik			r=-.324 p=.000	r=.436 p=.000	r=.240 p=.006	r=-.409 p=0.000	r=-.031 p=0.730

Tablo 4.5’te hemşirelerin profesyonel yaşam kalitesi (PYKÖ) ve stresle baş etme tarzları ölçeği (SBCTÖ) alt boyutları korelasyonunun dağılımı gösterilmektedir. Çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında ise yine negatif yönde oldukça güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak önemli pozitif yönde oldukça güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Merhamet yorgunluğu ile stresle baş etme tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde, merhamet yorgunluğu ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde ancak zayıf yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile kendine güven ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Tablo 4.5 incelendiğinde, merhamet memnuniyeti ile kendine güven, iyimser yaklaşım ve sosyal destek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ancak anlamlı düzeyde bir ilişki

olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin Tükenmişlik düzeyi ile kendine güven ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki ($p<0.05$), tükenmişlik ile kendine güven ve çaresiz yaklaşım puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5).



Tablo 4.6: Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) Alt Boyutları Risk Tablosu (n:130)

	Düşük Risk		Orta Risk		Yüksek Risk	
	N	%	n	%	n	%
Merhamet Yorgunluğu	16	12.3	47	36.2	67	51.5
Merhamet Memnuniyeti	88	67.7	27	20.8	15	11.5
Tükenmişlik	54	41.5	56	43.1	20	15.4

Tablo 4.6’da Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) alt boyutları risk tablosu gösterilmektedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %51.5’i merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskli, %36.2’si orta riskli olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %67.7’sinin düşük düzey, %20.8’inin ise orta düzey merhamet memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır. Tükenmişlik puan ortalamaları incelendiğinde ise, hemşirelerin %43.1’i orta risk, %15.4’ü yüksek risk tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Merhamet Yorgunluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

	n	Merhamet Yorgunluğu	
		$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; p$
Yaş			
21-30	51	17.58 ± 8.46	$X^2: 3.26$
31-40	54	15.81 ± 6.36	p: 0.195
41-51	25	20.16 ± 9.92	
Cinsiyet			
Kadın	121	17.17 ± 8.01	U: 428.500
Erkek	9	19.66 ± 9.05	p: 0.287
Medeni durum			
Evli	80	17.32 ± 7.69	U: 1913.000
Bekar	50	17.38 ± 8.73	p: 0.677
Çocuk sahibi olma durumu			
Olan	60	16.81 ± 8.22	U: 1959.000
Olmayan	70	17.80 ± 7.98	p: 0.510
Eğitim			
SML	4	12.75 ± 7.93	$X^2: 3.497$
Ön lisans	10	21.20 ± 8.95	p: 0.321
Lisans	104	17.25 ± 7.63	
Yüksek lisans	12	16.50 ± 10.70	
Çalıştığı kurum			
Üniversite Has.	59	17.42 ± 8.15	$X^2: 0.384$
Eğitim ve Araştırma Has.	64	17.51 ± 7.91	p: 0.825
Devlet Has.	7	15.14 ± 9.82	
Çalıştığı klinik			
Hematoloji	74	16.74 ± 7.46	$X^2: 1.101$
Onkoloji	24	19.04 ± 9.34	p: 0.577
Palyatif	32	17.46 ± 8.51	
Meslekte Çalışma süresi			

1 – 11 yıl	78	16.60 ± 7.55	X ² : 5.464
12 – 22 yıl	39	19.48 ± 8.80	p: 0.065
23 – 33 yıl	13	15.38 ± 8.18	
Klinikte çalışma süresi			
1 – 10 yıl	122	17.37 ± 8.13	U: 466.500
11 yıl ve üzeri	8	16.87 ± 7.73	p: 0.835
Çalışma pozisyonu			
Sorumlu hemşire	12	13.33 ± 4.88	U: 477.500
Klinik hemşiresi	118	17.75 ± 8.23	p: 0.063
Haftalık çalışma süresi			
20 – 40 saat	45	16.60 ± 8.67	X ² : 1.097
41 – 56 saat	70	17.78 ± 8.31	p: 0.578
57 – 72 saat	15	17.53 ± 4.65	
Aylık ortalama nöbet sayısı			
Hiç	14	15.28 ± 6.05	X ² : 0.831
1 – 4	22	18.09 ± 9.12	p: 0.660
5 ve üzeri	94	17.47 ± 8.11	
Hemşireliği seçme durumu			
İsteyerek seçen	78	17.57 ± 7.89	U: 1944.500
İstemeyerek seçen	52	17.00 ± 8.40	p: 0.691

Tablo 4.7 incelendiğinde, 41-51 yaş aralığındaki hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (20.16 ± 9.92) en yüksek olduğu, erkek hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (19.66 ± 9.05), kadın hemşirelere göre (17.17 ± 8.01) daha yüksek olduğu ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Hemşirelerin eğitim durumuna göre, ön lisans mezunu (21.20 ± 8.95) olanların merhamet yorgunluğu puan ortalamasının yüksek olduğu, SML mezunu hemşirelerin ise (12.75 ± 7.93) düşük olduğu ancak eğitim durumuna göre merhamet yorgunluğu puan ortalamasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar incelendiğinde, üniversite (17.42 ± 8.15) ile eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin (17.51 ± 7.91) benzer merhamet yorgunluğu puan ortalamalarına sahip olduğu, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ise (15.14 ± 9.82) merhamet yorgunluğu puan ortalamasının düşük

olduğu ancak istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). En yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip hemşirelerin onkoloji kliniğinde çalıştığı (19.04 ± 9.34), hematoloji kliniğinde çalışanların ise (16.74 ± 7.46) en düşük merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında, 12-22 yıl meslekte çalışma süresine sahip olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (19.48 ± 8.80) yüksek riskli, 23-33 yıl çalışma süresine sahip hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının ise (15.38 ± 8.18) düşük riskli olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması (13.33 ± 4.88) ile klinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması (17.75 ± 8.23) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması (17.57 ± 7.89) ile isteyerek seçmeyen hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması (17.00 ± 8.40) arasında benzer bir değer olduğu, farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Merhamet Yorgunluğu Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

		Merhamet	Yorgunluğu
	n	$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; p$
Palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi			
Seven	63	15.47 ± 6.68	U: 1608.000
Sevmeyen	67	19.10 ± 8.89	p: 0.019
Palyatif bakıma yönelik eğitim			
Alan	61	16.13 ± 7.40	U: 1794.500
Almayan	69	18.42 ± 8.53	p: 0.148
Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedeni			
Cevapsız	66	16.04 ± 6.92	X ² : 5.645
Kendi isteği	12	14.41 ± 6.69	p: 0.059
İdarenin isteği	52	19.67 ± 9.19	
Bakım verilen hastadan etkilenme durumu			
Etkilenen	116	17.85 ± 7.88	U: 505.500
Etkilenmeyen	14	13.14 ± 8.73	p: 0.021
Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim			
Alan	52	14.78 ± 6.50	U: 1478.500
Almayan	78	19.05 ± 8.59	p: 0.009
Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	60	15.66 ± 6.92	U: 1677.500
Almayan	70	18.78 ± 8.74	p: 0.048
Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	67	15.43 ± 7.17	U: 1511.000
Almayan	63	19.38 ± 8.53	p: 0.005

Tablo 4.8 incelendiğinde, palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (15.47 ± 6.68) sevmeyenlere göre (19.10 ± 8.89) daha düşük olduğu, yapılan değerlendirmede farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bakım verdiği hastadan etkilendiğini belirten hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (17.85 ± 7.88) etkilenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (13.14 ± 8.73) bulunmuştur ($p < 0.05$). Kansere ya da onkoloji hastasının psikolojik bakımı, ölüm ya da terminal sürecin ve onkoloji hastasının bakım yönetimine yönelik eğitim alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının, almayanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Palyatif bakıma ilişkin eğitim alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının (16.13 ± 7.40) almayanlara (18.42 ± 8.53) göre düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

	n	Tükenmişlik	
		$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; p$
Yaş			
21-30	51	20.43 ± 6.00	$X^2: 0.736$ p: 0.692
31-40	54	20.09 ± 6.88	
41-51	25	19.56 ± 7.82	
Cinsiyet			
Kadın	121	20.17 ± 6.78	U: 539.000 p: 0.960
Erkek	9	19.44 ± 5.74	
Medeni durum			
Evli	80	19.36 ± 6.50	U: 1678.000 p: 0.123
Bekar	50	21.34 ± 6.90	
Çocuk sahibi olma durumu			
Olan	60	19.60 ± 7.19	U: 1872.500 p: 0.287
Olmayan	70	20.57 ± 6.26	
Eğitim			
SML	4	14.25± 5.56	$X^2: 4.508$ p: 0.212
Ön lisans	10	23.30± 7.19	
Lisans	104	20.05± 6.35	
Yüksek lisans	12	20.00± 8.72	
Çalıştığı kurum			
Üniversite Has.	59	20.71± 6.63	$X^2: 1.240$ p: 0.538
Eğitim ve Araştırma Has.	64	19.92 ± 6.56	
Devlet Has.	7	17.00 ± 8.54	
Çalıştığı klinik			
Hematoloji	74	20.24 ± 5.98	$X^2: 0.415$ p: 0.812
Onkoloji	24	20.41 ± 7.27	
Palyatif	32	19.62 ± 7.94	
Meslekte Çalışma süresi			
1 - 11 yıl	78	19.85 ± 6.28	$X^2: 8.081$

12 - 22 yıl	39	22.07 ± 6.90	p: 0.018
23 - 33 yıl	13	15.84 ± 6.79	
Klinikte çalışma süresi			
1 - 10 yıl	122	20.23 ± 6.49	U: 354.000
11 yıl ve üzeri	8	18.37 ± 9.78	p: 0.194
Çalışma pozisyonu			
Sorumlu hemşire	12	13.41 ± 5.88	U: 262.500
Klinik hemşiresi	118	20.80 ± 6.42	p: 0.000
Haftalık çalışma süresi			
20 - 40 saat	45	18.06 ± 6.75	X ² : 5.525
41 - 56 saat	70	21.07 ± 6.20	p: 0.063
57 - 72 saat	15	21.86 ± 7.74	
Aylık ortalama nöbet sayısı			
Hiç	14	16.78 ± 5.64	X ² : 5.407
1 - 4	22	19.54 ± 8.63	p: 0.067
5 ve üzeri	94	20.75 ± 6.23	
Hemşireliği seçme durumu			
İsteyerek seçen	78	18.43 ± 6.13	U: 1361.000
İstemeyerek seçen	52	22.65 ± 6.77	p: 0.002

Tablo 4.9’da, hemşirelerin bazı özelliklerine göre profesyonel yaşam kalitesi ölçeği (PYKÖ) tükenmişlik alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.9 incelendiğinde, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, çalıştığı kurum ve klinik, klinikte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi ve aylık ortalama nöbet sayısına göre tükenmişlik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Meslekte çalışma süresine göre, 1-11 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması 19.85 ± 6.28 , 12-22 yıl 22.07 ± 6.90 iken, 23-33 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması 15.84 ± 6.79 olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Klinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması $\bar{X}= 20.80 \pm 6.42$ iken, sorumlu hemşirelerin $\bar{X}= 13.41 \pm 5.88$ olduğu, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen

hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin (18.43 ± 6.13), isteyerek seçmeyenlere (22.65 ± 6.77) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).



Tablo 4.10: Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Tükenmişlik Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

	n	Tükenmişlik	
		$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; p$
Palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi			
Seven	63	17.39 ± 6.08	U: 1090.500
Sevmeyen	67	22.68 ± 6.27	p: 0.000
Palyatif bakıma yönelik eğitim			
Alan	61	18.80 ± 6.75	U: 1718.500
Almayan	69	21.28 ± 6.48	p: 0.071
Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedeni			
Cevapsız	66	19.45 ± 5.60	X^2 : 15.908
Kendi isteği	12	13.41 ± 7.15	p: 0.000
İdarenin isteği	52	22.51 ± 6.75	
Bakım verilen hastadan etkilenme durumu			
Etkilenen	116	20.15 ± 6.66	U: 810.500
Etkilenmeyen	14	19.85 ± 7.24	p: 0.991
Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim			
Alan	52	18.23 ± 6.94	U: 1521.500
Almayan	78	21.38 ± 6.26	p: 0.016
Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	60	18.88 ± 6.71	U: 1741.500
Almayan	70	21.18 ± 6.55	p: 0.094
Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	67	18.22 ± 6.58	U: 1394.500
Almayan	63	22.14 ± 6.27	p: 0.001

Tablo 4.10'da, hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin özelliklerine göre profesyonel yaşam kalitesi ölçeği (PYKÖ) tükenmişlik alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamasının (17.39 ± 6.08) sevmeyenlere göre (22.68 ± 6.27) daha düşük olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bakım verdiği hastadan etkilenen hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamasının (20.15 ± 6.66) etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu (19.85 ± 7.24) ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Kanser ya da onkoloji hastasının psikolojik bakımı (18.23 ± 6.94) ve onkoloji hastasının bakım yönetimine yönelik eğitim alan hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamalarının (18.22 ± 6.58), almayanlara (21.38 ± 6.26 , 22.14 ± 6.27) göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedeni incelendiğinde, kendi isteğiyle çalışanların (13.41 ± 7.15) tükenmişlik alt boyut puan ortalamalarının, idarenin isteğiyle çalışanlara (22.51 ± 6.75) göre çok daha düşük olduğu ve bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Palyatif bakıma ve onkoloji/terminal süreç yönetimine ilişkin eğitim alan hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamalarının (18.80 ± 6.75 , 18.88 ± 6.71) eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamalarına (21.28 ± 6.48 , 21.18 ± 6.55) göre daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 : Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Merhamet Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

	n	Merhamet Memnuniyeti	
		$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; p$
Yaş			
21-30	51	29.64 ± 8.26	$X^2: 3.745$ p: 0.154
31-40	54	28.92 ± 10.06	
41-51	25	33.12 ± 10.11	
Cinsiyet			
Kadın	121	29.85 ± 9.67	U: 449.000 p: 0.381
Erkek	9	32.11 ± 5.75	
Medeni durum			
Evli	80	32.28 ± 9.03	U: 1309.500 p: 0.001
Bekar	50	26.38 ± 9.06	
Çocuk sahibi			
Olan	60	32.00± 10.05	U: 1655.000 p: 0.038
Olmayan	70	28.31 ± 8.63	
Eğitim			
SML	4	31.00± 4.69	$X^2: 4.009$ p: 0.261
Ön lisans	10	26.00± 9.46	
Lisans	104	30.61± 9.19	
Yüksek lisans	12	27.83± 12.46	
Çalıştığı kurum			
Üniversite Has.	59	29.11± 9.67	$X^2: 1.340$ p: 0.512
Eğitim ve Araştırma Has.	64	30.40 ± 9.15	
Devlet Has.	7	34.00 ± 10.61	
Çalıştığı klinik			
Hematoloji	74	28.45 ± 8.81	$X^2: 5.458$ p: 0.065
Onkoloji	24	30.33 ± 9.58	
Palyatif	32	33.37 ± 10.18	
Meslekte Çalışma süresi			

1 - 11 yıl	78	29.50 ± 9.28	X ² : 14.421
12 - 22 yıl	39	27.87 ± 8.64	p: 0.001
23 - 33 yıl	13	39.53 ± 7.57	
Klinikte çalışma süresi			
1 - 10 yıl	122	29.67 ± 9.35	U: 335.500
11 yıl ve üzeri	8	35.25 ± 10.25	p: 0.139
Çalışma pozisyonu			
Sorumlu hemşire	12	40.25 ± 7.25	U: 238.000
Klinik hemşiresi	118	28.97 ± 9.05	p: 0.000
Haftalık çalışma süresi			
20 - 40 saat	45	33.26 ± 9.74	X ² : 8.658
41 - 56 saat	70	27.62 ± 8.86	p: 0.013
57 - 72 saat	15	31.40 ± 8.64	
Aylık ortalama nöbet sayısı			
Hiç	14	37.42 ± 6.45	X ² : 11.977
1 - 4	22	30.77 ± 10.22	p: 0.003
5 ve üzeri	94	28.73 ± 9.20	
Hemşireliği seçme durumu			
İsteyerek seçen	78	32.87 ± 9.39	U: 1193.500
İstemeyerek seçen	52	25.73 ± 7.87	p: 0.000

Tablo 4.11’de, hemşirelerin bazı özelliklerine göre profesyonel yaşam kalitesi ölçeği (PYKÖ) merhamet memnuniyeti alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Erkek hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarının (32.11 ± 5.75), kadın hemşirelere göre (29.85 ± 9.67) daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Evli olan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamasının (32.28 ± 9.03), bekar olan hemşirelere (26.38 ± 9.06) göre, çocuk sahibi olanların (32.00 ± 10.05), olmayanlara (28.31 ± 8.63) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Tablo 4.11 incelendiğinde, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamasının yüksek olduğu (34.00 ± 10.61), en yüksek merhamet memnuniyeti puan ortalamasına sahip hemşirelerin palyatif bakım kliniğinde çalıştığı (33.37 ± 10.18), ancak kliniklere göre merhamet memnuniyeti puan

ortalamları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Meslekte çalışma süresi 23-33 yıl olan hemşirelerin, 20-40 saat haftalık çalışma süresine sahip olan hemşirelerin, hiç nöbet tutmayan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarının en yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda 11 ve üzeri klinik deneyime sahip olan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarının (35.25 ± 10.25) en yüksek olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Klinik hemşiresinin merhamet memnuniyeti puan ortalamasının (28.97 ± 9.05), sorumlu hemşire puan ortalamasına (40.25 ± 7.25) göre daha düşük olduğu, hemşireliği isteyerek seçenlerin (32.87 ± 9.39) seçmeyenlere (25.73 ± 7.87) göre daha yüksek puana sahip olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.11).



Tablo 4.12 : Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Merhamet Memnuniyeti Puan Ortalamalarının Dağılımı (n: 130)

		Merhamet	Memnuniyeti
	n	$\bar{X} \pm SS$	$X^2 ; P$
Palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi			
Seven	63	34.47 ± 8.50	U: 996.500
Sevmeyen	67	25.82 ± 8.38	p: 0.000
Palyatif bakıma yönelik eğitim			
Alan	61	32.29 ± 9.54	U: 1637.000
Almayan	69	28.00 ± 8.97	p: 0.029
Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedeni			
Cevapsız	66	29.42 ± 8.76	X^2 : 19.088
Kendi isteği	12	42.08 ± 7.29	p: 0.000
İdarenin isteği	52	27.98 ± 8.84	
Bakım verilen hastadan etkilenme durumu			
Etkilenen	116	30.32 ± 9.23	U: 724.500
Etkilenmeyen	14	27.42 ± 11.19	p: 0.511
Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim			
Alan	52	32.84 ± 9.29	U: 1491.000
Almayan	78	28.12 ± 9.15	p: 0.011
Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	60	32.63 ± 8.78	U: 1509.500
Almayan	70	27.77 ± 9.50	p: 0.006
Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim			
Alan	67	32.83 ± 8.92	U: 1386.000
Almayan	63	27.01 ± 9.15	p: 0.001

Tablo 4.12 incelendiğinde, palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamasının (34.47 ± 8.50) sevmeyenlere göre (25.82 ± 8.38)

daha yüksek olduğu, yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Palyatif bakım kliniğinde kendi isteğiyle çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalaması (42.08 ± 7.29), idarenin isteğiyle çalışanların puan ortalamasından (27.98 ± 8.84) daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verdiği hastadan etkilenen hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamasının (30.32 ± 9.23) etkilenmeyenlere göre daha yüksek olduğu (27.42 ± 11.19), ancak bu farkın istatistiksel olarak anlam ifade etmediği bulunmuştur ($p>0.05$). Kanser ya da onkoloji hastasının psikolojik bakımı, ölüm ya da terminal sürecin ve onkoloji hastasının bakım yönetimine yönelik eğitim alan hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarının, almayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Palyatif bakıma ilişkin eğitim alan (32.29 ± 9.54) hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalamalarının almayanlara (28.00 ± 8.97) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:130)

		n	Kendine Güvenli		Çaresiz Yaklaşım		Boyun Eğici		İyimser Yaklaşım		Sosyal Destek	
			$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test
Cinsiyet	Kadın	121	12.71±3.64	U: 512.000	8.25±4.40	U: 349.000	5.18±2.93	U: 247.000	8.53±2.44	U:	7.85±2.08	U:
	Erkek	9	13.55±3.67	p: 0.764	10.55±3.32	p: 0.072	8.11±2.89	p: 0.006	9.55±3.28	482.000	7.00±2.23	463.000
										p: 0.562		p: 0.449
Yaş	21-30	51	12.78±3.48	X ² : 0.002	9.09±4.44	X ² : 7.636	6.07±2.93	X ² : 5.732	8.47±2.21	X ² :	8.21±2.11	X ² :
	31-40	54	12.66±4.07	p: 0.999	7.18±3.89	p: 0.022	4.68±2.82	p: 0.057	8.50±2.69	0.229	7.50±2.10	4.300
	41-51	25	12.96±3.03		9.68±4.67		5.48±3.34		8.56±2.75	p: 0.892	7.56±1.98	p: 0.116
Medeni Durum	Evli	80	12.82±3.38	t: -0.220	8.41±4.22	t: 0.009	5.36±2.94	t: 0.105	8.57±2.45	t: 0.187	7.68±1.87	t: 0.718
	Bekar	50	12.68±4.05	p: 0.826	8.42±4.62	p: 0.992	5.42±3.15	p: 0.916	8.66±2.63	p: 0.852	7.96±2.42	p: 0.474
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Olan	60	12.96±3.29	t: 0.571	8.18±4.37	t: 0.559	5.10±2.94	t: -0.996	8.61±2.47	t: 0.038	7.53±1.93	t: -1.305
	Olmayan	70	12.60±3.92	p: 0.569	8.61±4.37	p: 0.577	5.62±3.07	p: 0.321	8.60±2.56	p: 0.970	8.01±2.22	p: 0.194
Eğitim Düzeyi	SML	4	14.75±2.06	X ² : 2.015	7.25±2.62	X ² : 2.183	6.25±3.30	X ² : 3.945	10.50±2.51	X ² :	7.50±2.64	X ² :
	Ön lisans	10	13.60±4.19	p: 0.569	9.60±5.42	p: 0.535	7.00±4.29	p: 0.268	9.30±2.75	3.232	7.90±3.03	0.015
	Lisans	104	12.75±3.38		8.53±4.29		5.33±2.88		8.57±2.45	p: 0.357	7.81±1.92	p: 1.000
	Yüksek lisans	12	11.50±5.38		6.75±4.45		4.16±2.48		7.66±2.64		7.58±2.74	
Çalıştığı Kurum	Üniversite	59	12.18±3.64	X ² : 3.201	8.71±4.41	X ² : 0.720	4.86±2.87	X ² : 2.813	7.96±2.61	X ² :	7.81±2.06	X ² :
	Eğitim ve Araştırma	64	13.46±3.56	p: 0.202	8.10±4.41	p: 0.698	5.84±3.19	p: 0.245	9.25±2.31	6.909	7.75±2.23	0.177
	Devlet	7	11.28±3.40		8.71±3.86		5.57±1.90		8.14±2.11	p: 0.032	8.00±1.00	p: 0.915
Çalıştığı Klinik	Hematoloji	74	12.59±3.91	X ² : 2.637	8.33±4.60	X ² : 3.257	5.12±3.26	X ² : 1.080	8.59±2.56	X ² :	7.85±2.29	X ² :
	Onkoloji	24	12.20±2.73	p: 0.268	9.66±4.13	p: 0.196	5.95±2.89	p: 0.583	7.87±2.47	2.778	7.70±1.75	0.123
	Palyatif	32	13.59±3.53		7.65±3.86		5.34±2.49		9.18±2.33	p: 0.249	7.71±1.92	p: 0.941
Meslekte	1-11	78	12.83±3.73	X ² : 1.011	8.44±4.19	X ² : 0.012	5.50±2.93	X ² : 0.694	8.66±2.35	X ² :	8.12±2.07	X ² :

Çalışma Süresi	12-22 23-33	39 13	12.35±3.46 13.61±3.61	p: 0.603	8.33±4.60 8.46±4.96	p: 0.994	5.28±3.15 5.00±3.29	p: 0.707	8.17±2.80 9.53±2.43	2.986 p: 0.225	7.00±1.97 8.15±2.11	7.281 p: 0.026
Klinikte Çalışma Süresi	1-10 11 ve üzeri	122 8	12.67±3.68 14.25±2.65	U: 381.000 p:0.297	8.54±4.41 6.50±3.16	U: 381.000 p: 0.299	5.48±3.02 3.87±2.58	U: 346.500 p: 0.168	8.57±2.53 9.12±2.29	U: 383.000 p: 0.299	7.77±2.13 8.12±1.64	U: 421.000 p: 0.511
Çalışma Pozisyonu	Sorumlu Hemşire Klinik Hemşiresi	12 118	14.08±3.31 12.63±3.65	U: 568.500 p: 0.259	5.16±3.61 8.74±4.31	U: 388.000 p: 0.010	3.50±2.35 5.57±3.01	U: 420.000 p: 0.020	9.58±1.16 8.50±2.59	U: 501.000 p: 0.092	8.75±1.42 7.69±2.13	U: 481.000 p: 0.065
Haftalık Çalışma Süresi	20-40 saat 41-56 saat 57-72 saat	45 70 15	12.80±3.23 12.45±3.95 14.13±3.13	X ² : 1.809 p: 0.405	8.06±4.26 8.82±4.60 7.53±3.41	X ² : 1.383 p: 0.501	4.77±2.78 5.74±3.24 5.53±2.35	X ² : 2.561 p: 0.278	8.68±2.45 8.35±2.65 9.53±1.80	X ² : 2.265 p: 0.322	7.55±1.79 7.71±2.25 8.86±1.99	X ² : 3.872 p: 0.144
Aylık Nöbet Sayısı	Hiç 1-4 5 ve üzeri	14 22 94	13.57±2.27 12.86±3.16 12.62±3.90	X ² : 0.846 p: 0.655	7.85±4.24 9.31±5.40 8.28±4.13	X ² : 1.302 p: 0.521	4.57±2.34 6.00±3.51 5.36±2.97	X ² : 1.563 p: 0.458	8.78±1.18 8.86±2.73 8.52±2.61	X ² : 0.818 p: 0.664	8.07±1.81 8.50±1.92 7.58±2.15	X ² : 3.552 p: 0.169
Hemşireliği Seçme Durumu	İsteyerek seçen İstemeyerek seçen	78 52	13.41±3.50 11.80±3.66	t: 2.509 p: 0.013	8.32±4.24 8.55±4.57	t: -0.302 p: 0.763	5.37±2.70 5.40±3.45	t: -0.056 p: 0.955	9.06±2.25 7.92±2.73	t: 2.591 p: 0.011	8.03±2.25 7.42±1.79	t: 1.647 p: 0.102

Tablo 4.13'te, hemşirelerin bazı özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma/olmama durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum ve klinik, meslekte ve klinikte çalışma süresi ve çalışma pozisyonuna göre SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin kendine güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalaması (13.41 ± 3.50), hemşireliği istemeyerek seçen hemşirelerin puan ortalamasından (11.80 ± 3.66) daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş grupları arasında 41-51 yaş grubuna sahip olan hemşirelerin (9.68 ± 4.67), diğer yaş gruplarına göre ve çalışma pozisyonu klinik hemşiresi olan hemşirelerin (8.74 ± 4.31) sorumlu hemşire olarak çalışanlara göre, çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu, farkın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek hemşirelerin (8.11 ± 2.89) stresle başa çıkma tarzları ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalamasının kadınlara (5.18 ± 2.93) göre daha yüksek olduğu, iki grup arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Klinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin (5.57 ± 3.01) boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması, sorumlu hemşire (3.50 ± 2.35) olarak çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin (9.25 ± 2.31), üniversite ve devlet hastanelerine göre, hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin (9.06 ± 2.25) istemeyerek seçen hemşirelere göre, stresle başa çıkma tarzları ölçeği iyimser yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Tablo 4.13 incelendiğinde, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma/olmama durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum ve klinik, klinikte çalışma süresi, çalışma pozisyonu, hemşireliği isteyerek seçme/seçmeme durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği sosyal destek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Meslekte çalışma süresi 23-33 yıl arası olan hemşirelerin (8.15 ± 2.11), 1-11 yıl ve 12-22 yıl arası meslekte çalışma sürelerine sahip hemşirelere göre, en yüksek sosyal destek alt boyut puan ortalamasına sahip olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:130)

		n	Kendine	Güven	Çaresiz	Yaklaşım	Boyun	Eğici	İyimser	Yaklaşım	Sosyal	Destek
			$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test	$\bar{x} \pm ss$	İstatistiksel Test
Palyatif hastasıyla ilgilmeyi	Seven	63	13.61±3.38	t: 2.640	7.87±3.97	t: -1.378	5.20±3.15	t: -0.652	9.22±2.31	t: 2.772	7.98±2.03	t: 1.010
	Sevmeyen	67	11.97±3.71	p: 0.009	8.92±4.67	p: 0.171	5.55±2.89	p: 0.515	8.02±2.57	p: 0.006	7.61±2.15	p: 0.315
Palyatif bakıma yönelik eğitim	Alan	61	13.06±3.93	t: 0.872	7.47±4.38	t: -2.348	4.80±2.95	t: -2.094	9.04±2.30	t: 1.902	7.65±2.11	t: -0.695
	Almayan	69	12.50±3.36	p: 0.385	9.24±4.20	p: 0.020	5.89±2.99	p: 0.038	8.21±2.63	p: 0.059	7.91±2.09	p: 0.488
Palyatif kliniğinde çalışma nedeni	Cevapsız	66	12.53±3.86	X ² : 2.034	8.66±4.42	X ² : 3.993	5.87±3.15	X ² : 5.373	8.77±2.22	X ² : 4.644	7.87±2.03	X ² : 0.390
	Kendi ist.	12	14.50±4.92	p: 0.362	6.16±3.18	p: 0.136	3.91±2.19	p: 0.068	9.83±3.48	p: 0.098	7.66±3.02	p: 0.823
	İdarenin isteği	52	12.67±2.90		8.61±4.45		5.09±2.88		8.11±2.53		7.71±1.97	
Hastadan etkilenme durumu	Etkilenen	116	12.84±3.47	U: 771.000	8.51±4.48	U: 755.500	5.34±2.99	U: 750.500	8.59±2.42	U: 806.000	7.79±2.09	U: 797.000
	Etkinmeyen	14	12.14±4.94	p: 0.757	7.57±3.22	p: 0.670	5.71±3.26	p: 0.642	8.71±3.24	p: 0.964	7.78±2.19	p: 0.909
Kanser hastasına psikolojik eğitim	Alan	52	13.38±3.70	t: 1.583	7.15±4.53	t: -2.758	4.65±3.10	t: -2.293	9.30±2.06	t: 2.653	8.19±2.01	t: 1.787
	Almayan	78	12.35±3.56	p: 0.116	9.25±4.06	p: 0.007	5.87±2.87	p: 0.023	8.14±2.68	p: 0.009	7.52±2.12	p: 0.076
Ölüm sürecine ilişkin eğitim	Alan	60	13.13±3.66	t: 1.056	7.36±3.99	t: -2.591	4.71±2.90	t: -2.380	9.10±2.01	t: 2.148	8.03±1.69	t: 1.245
	Almayan	70	12.45±3.61	p: 0.293	9.31±4.49	p: 0.011	5.95±3.00	p: 0.019	8.18±2.81	p: 0.034	7.58±2.38	p: 0.216
Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim	Alan	67	13.28±3.80	t: 1.673	7.38±4.10	t: -2.841	4.86±3.03	t: -2.049	9.16±2.26	t: 2.664	7.95±2.19	t: 0.911
	Almayan	63	12.22±3.39	p: 0.097	9.50±4.40	p: 0.005	5.93±2.91	p: 0.043	8.01±2.64	p: 0.009	7.61±2.00	p: 0.364

Tablo 4.14 incelendiğinde, palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği kendine güvenli (13.61±3.38) ve iyimser yaklaşım (9.22±2.31) alt boyut puan ortalamalarının, palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi sevmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Palyatif bakıma yönelik eğitim almayan hemşirelerin çaresiz yaklaşım (9.24±4.20) ve boyun eğici yaklaşım (5.89±2.99) alt boyut puan ortalamalarının, palyatif bakıma yönelik eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iki grup arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim almayan hemşirelerin, çaresiz yaklaşım (9.25±4.06) ve boyun eğici yaklaşım (5.87±2.87) alt boyut puan ortalamalarının, eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iyimser yaklaşım (8.14±2.68) alt boyut puan ortalamasının ise, eğitim alan hemşirelere göre daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim almayan hemşirelerin çaresiz yaklaşım (9.31±4.49) ve boyun eğici yaklaşım (5.95±3.00) alt boyut puan ortalamalarının, eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iyimser yaklaşım (8.18±2.81) alt boyut puan ortalamasının ise, eğitim alan hemşirelere göre daha düşük olduğu, istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim almayan hemşirelerin çaresiz yaklaşım (9.50±4.40) ve boyun eğici yaklaşım (5.93±2.91) alt boyut puan ortalamalarının, eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iyimser yaklaşım (8.01±2.64) alt boyut puan ortalamasının ise, eğitim alan hemşirelere göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedenleri arasında, bakım verilen hastadan etkilenen ve etkilenmeyen hemşireler arasında stresle başa çıkma tarzı ölçeği kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

5. TARTIŞMA

Merhamet yorgunluğu profesyonellerin sağlığını kötü yönde etkileyebileceği gibi aynı zamanda hasta bakımını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım verilen birimlerde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyetinin değerlendirilmesi önemli bir konu haline gelmiştir (Galiana ve ark. 2017).

Onkoloji ve palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması (17.34 ± 8.7) ile yüksek, merhamet memnuniyeti puan ortalaması (30.01 ± 9.46) ile düşük, tükenmişlik puan ortalaması (20.12 ± 6.70) ile orta düzeyde riskli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

5.1. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğuna İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda hemşirelerin %51.5'inin (n=67) yüksek riskte merhamet yorgunluğuna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu bulgumuzu destekler şekilde, Galiana ve ark. (2017) Brezilya ve İspanya da palyatif bakım biriminde çalışan, hemşirelerin yer aldığı çalışmada, merhamet yorgunluğunun yüksek düzeyde olduğunu bildirmektedir. Yine palyatif bakım birimlerinde yapılan başka bir çalışma da ise Sanso ve ark. (2015), hemşirelerin de yer aldığı (%33.2) 387 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, palyatif bakım kliniklerinde çalışanların orta seviye merhamet yorgunluğu yaşadıklarını bildirmiştir. Abendroth ve Flannery (2006), hospis birimlerinde çalışan hemşirelerin %78'inin orta düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığını, %26'sının ise yüksek risk kategorisinde olduğunu saptamıştır. Potter ve ark. (2010), bir onkoloji merkezinde 153 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, çalışanların merhamet yorgunluğu puan ortalamasını (15.2 ± 6.6) orta düzeyde bulmuştur. Khan ve ark. (2015), merhamet yorgunluğunu incelediği çalışmada, hemşirelerin %34.8'inin düşük, %65.2'sinin orta düzeyde merhamet yorgunluğu açısından risk yaşadığı, yüksek risk puan ortalamasına hiçbir hemşirenin sahip olmadığı bildirilmiştir. Hooper ve ark. (2010), acil bakım, onkoloji, nefroloji ve yoğun bakımda çalışan 114 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin %28.4'ünün yüksek risk düzeyinde merhamet yorgunluğuna sahip olduğu bildirilmiştir. Kim (2013), 14 yönetici pozisyonunda çalışan hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin yarısının düşük, diğer yarısının ise orta riskte merhamet yorgunluğuna sahip

olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise, hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalaması 17.34 ± 8.7 bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu bulguya dayanarak, onkoloji ve palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin, merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskli oldukları söylenebilir.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde literatürde yer alan çalışmalarda da (Hegney ve ark. 2014; Kelly ve ark. 2015; Kotula, 2015) merhamet yorgunluğu yüksek düzeyde bulunmuştur. Literatürde çeşitli kliniklerde çalışan hemşireler ile yapılan çalışmalarda (Stamm, 2005; Alexander, 2006; Potter, 2010; Yoder, 2010; Maiden ve ark. 2011) merhamet yorgunluğu orta düzeyde bulunmuştur.

Palyatif bakım hastaları ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması yoğun fiziksel ve psikolojik bakımı gerektirir. Palyatif bakım hastalarına bakım sırasında, hemşireler ölmekte olan hastanın ağrı ve acısına, umutsuzluklarına tanıklık etmektedir. Merhamet yorgunluğu bu bakımın bedeli olarak görülmektedir. Hastanın durumu, yoğun iş yükü ve deneyimsizlik hemşirelerde merhamet yorgunluğu için risk faktörleridir (Çıtak, 2018).

Merhamet memnuniyeti, yardım etme davranışının olumlu sonucudur. Merhamet yorgunluğunun tam tersini ifade eder. Merhamet yorgunluğu fazla ise merhamet memnuniyeti azalmaktadır (Yılmaz, 2016). Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu travma yaşayan kişiler ile çalışan bir bireyin mevcut deneyimlerine odaklanmaktadır (Huggard ve Dixon, 2011). Bu bağlamda çalışmanın örneklemini oluşturan onkoloji/palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin değerlendirilmesinin önemi bir kez daha dikkat çekmektedir

Çalışmamızda hemşireler 30.01 ± 9.46 puan ortalaması ile düşük seviyede merhamet memnuniyeti yaşamaktadır. Kim (2015) bizim çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerde (32.59 ± 4.97) düşük seviyede merhamet memnuniyeti bulmuştur. Merhamet memnuniyeti, kişinin yardım etme sonucu kazandığı olumlu davranış şeklidir. Onkoloji ve palyatif bakım gibi kliniklerde yaşanan kayıpların fazla olması, genç hasta popülasyonunun fazla olması, iyileşme süreçlerinin umut vaad etmemesi, zorlu çalışma koşulları, empatik yaklaşımın fazla olması, fiziksel ve psikolojik yıpranma gibi olumsuz koşullar beraberinde merhamet yorgunluğunu getirmektedir. Buna paralel olarak çalışmamızda yüksek risk merhamet yorgunluğuna karşı düşük düzeyde merhamet memnuniyeti bulunmuştur. Mevcut literatür incelendiğinde neredeyse tüm çalışmalarda hemşirelerin orta seviye merhamet

memnuniyetine sahip oldukları görülmüştür (Stamm, 2005; Abendroth ve Flannery, 2006; Alexander, 2006; Potter, 2010; Yoder, 2010; Hegney ve Ark. 2014; Kelly ve Ark. 2015; Kotula, 2015; Barbour, 2016).

Çalışmamızda hemşirelerin yaş grupları arasında merhamet yorgunluğu puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu bulgumuza benzer şekilde literatürde yer alan çalışmalarda da (Abendroth, 2006; Alexander, 2006; Potter, 2010; Barbour, 2016; Başkale ve ark. 2016) hemşirelerin yaş grupları arasında merhamet yorgunluğu açısından önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir. Sacco ve ark. (2015) yaş ve deneyim ile artan bilgi ve beceri ile merhamet yorgunluğu arasında negatif bir ilişki olduğunu, bilgi ve beceri arttığında merhamet yorgunluğunun da azaldığını bildirmektedir. (Sacco ve ark. 2015). Ancak bizim çalışmamızda en yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına (20.16 ± 9.92), 41-51 yaş arasında olan hemşirelerin sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Bizim bulgumuz ile benzer şekilde, Kim ve ark. (2015) ve Denk (2018), hemşireler ile yürüttüğü çalışmada merhamet yorgunluğu puan ortalamasının 40-49 yaş arası hemşirelerde en yüksek olduğunu bildirmiştir. Sacco ve ark. (2015) ise 221 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı çalışmada 40-49 yaş aralığında olan hemşirelerin en yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu, 50 yaş ve üzeri hemşirelerin ise düşük merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde, farklı birimlerde çalışan hemşireler üzerinde yürütülen bir çalışmada, 30 yaş ve üzeri olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının istatistiksel olarak önemli bir farkla yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (Koca, 2018. Tam tersi Çolak (2018), 118 hemşire ile yürüttüğü çalışmada 19-30 yaş grubundaki hemşirelerin, 31-50 yaş grubundaki hemşirelere göre merhamet yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ozan (2019), 182 hemşire ile yaptığı çalışmada 19-24 yaş aralığında bulunan hemşirelerin en yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır ($p<0.05$). Çok daha ileri yaş gruplarında yüksek merhamet yorgunluğu görülme sebepleri arasında, kişinin olaylar karşısında yaşla birlikte duyarlılığının artması, empatik yeteneğinin artması gibi durumlar olabilir (Üstün ve Günüşen , 2018; Başkale ve ark. 2016).

Çalışmamızda istatistiksel olarak önemli bir fark olmamakla birlikte, erkeklerin (19.66 ± 9.05) kadınlara göre (17.17 ± 8.01) yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığı bulunmuştur. Bizim bulgumuzu destekler nitelikte, Alexander (2006), Kim ve ark. (2015) ve Khan ve ark. (2015) cinsiyet ile merhamet yorgunluğu arasında önemli anlamlı bir fark

olmadığını ve erkeklerin kadınlardan daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığını bildirmiştir. Ozan (2019), yoğun bakımda çalışan hemşireler ile yürüttüğü çalışmada, merhamet yorgunluğu boyutunu cinsiyet ile karşılaştırdığında, erkeklerin ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksek olduğunu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuştur. Aynı çalışmada, kadınların merhamet ölçeği puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, kadınların erkeklerden daha fazla merhamet duygusuna sahip oldukları belirtilmiştir (Ozan, 2019). Hissedilen merhamet duygusu ile merhamet yorgunluğu arasında negatif bir ilişki olması, kadınların daha düşük merhamet yorgunluğu puanına sahip olmalarını açıklayabilir (Ozan, 2019).

Bu çalışmada evli ve bekar hemşirelerin benzer merhamet yorgunluğu puan ortalamalarına sahip oldukları, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.8). Alexander (2006) ve Abendroth (2006) da çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşmıştır. Kim ve ark. (2015) ise evli olma durumu ile merhamet yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu, evli olan hemşirelerin %27.6'sının bekar olan hemşirelerin ise %39.4'ünün yüksek oranda merhamet yorgunluğuna maruz kaldıkları sonucuna varmıştır. Evli olan kişilerin sosyal destek mekanizmalarının daha kuvvetli olması, aile içi sorumluluklarını yerine getirme ihtiyaçları, hemşireleri daha düzenli bir hayata yönlendirmeye sebep olabileceğinden, evli olma durumunda daha düşük merhamet yorgunluğu puan ortalamasının görülmesine neden olabilir (Denk, 2018). Yılmaz (2016), onkoloji hemşireleri ile yürüttüğü çalışmasında, evli olan hemşirelerin bekar olan hemşirelere oranla daha yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu bildirmektedir.

Bu çalışmada en yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına ön lisans mezunlarının, en düşük merhamet yorgunluğu puan ortalamasına SML mezunlarının sahip olduğu, ancak hemşirelerin eğitim durumuna göre merhamet yorgunluğu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.8). Potter ve ark. (2010), içinde onkoloji hemşirelerin de bulunduğu, tıbbi asistan, hasta bakım teknisyeni ve radyoloji teknisyenlerinin olduğu 153 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, lisans mezunu hemşirelerin en yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu ancak eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varmıştır ($p>0.05$). Alexander, (2006) ve Barbour, (2016) da bizim bulgumuzu destekleyen bir sonuç bulmuştur. Ozan (2019), lise mezunlarının en yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına, lisans üstü mezunlarının ise en düşük merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduğunu ve

bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur ($p<0.05$). Eğitimin, hemşirelik mesleğinin olumsuz getirileri olan stres gibi faktörlerle baş etme ve problem çözme becerisini geliştirmesinde etkili olduğu söylenebilir (Denk, 2018).

Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve devlet hastaneleri arasında merhamet yorgunluğu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0.05$), en yüksek ortalamaya eğitim ve araştırma hastanelerinin sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4). Polat (2010), 346 sağlık çalışanı ile yürüttüğü çalışmada, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı sonucuna varmıştır ($p>0.05$). Kılıç (2018), bir devlet hastanesinde 260 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin yüksek seviyede merhamet yorgunluğu riski altında olduğunu bulmuştur.

Hematoloji, onkoloji ve palyatif bakım klinikleri arasında en yüksek merhamet yorgunluğuna sahip hemşirelerin onkoloji kliniklerinde çalıştıkları görülmüştür. Ancak bu fark istatistiksel olarak bir anlam ifade etmemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Kanser hastalığının doğası gereği hasta ve çevresinde oluşturduğu ciddi endişe ve stres, bu hastalığın tedavisi ile ilgilenen bütün sağlık çalışanlarının üzerinde önemli bir baskı oluşturmakta ve erken dönemde yıpranma, iş motivasyonu ve verimlilik kaybına neden olabilmektedir (Cingi ve Eroğlu, 2019). Uzun süre bu kliniklerde çalışan hemşireler, zorlu çalışma koşullarına ek olarak daha fazla hasta kaybıyla karşı karşıya kalmakta daha fazla duygusal çöküntü yaşamaktadır (Potter ve ark. 2010; Çıtak 2018). Benzer şekilde Hooper ve ark. (2010) en yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip hemşirelerin, onkolojide çalışanlar olduğunu bulmuştur. Koca (2018), onkoloji biriminde çalışanların % 75'inde, yüksek risk merhamet yorgunluğuna sahip olduklarını bulmuştur. Yılmaz (2016), 182 onkoloji hemşiresi ile yürüttüğü çalışmasında, hemşirelerin 18.9 ± 8.07 puan ortalaması ile yüksek risk merhamet yorgunluğu yaşadığını bulmuştur. Onkoloji son dönem hasta bakımı, hasta ölümleri gibi onkoloji çalışma alanına özgü çeşitli çalışma durumlarıyla çok sık karşılaşma, özellikle de yeni işe başlayan hemşirelerin yaşamın sonunda olan hasta ve ailelerine bakım için hazır olmalarının yetersiz olması tükenmişliğin ve merhamet yorgunluğunun yaşanmasına neden olabilmektedir (De carvalho ve ark. 2005; Gallagher ve ark. 2009; Üstün ve Günüşen, 2018).

Meslekte çalışma deneyimi incelendiğinde, 11-22 yıl arası deneyimi olan hemşirelerin en yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduğu, 23-33 yıl arası deneyimi olanların ise en düşük merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). (Tablo 4.8). Literatür (Alexander, 2006; Potter ve ark., 2010; Barbour, 2016; Çolak, 2018; Kılıç, 2018) ile benzer sonuçlar bulunmuştur. Çolak, (2018) 118 hemşire ile yürüttüğü çalışmada en yüksek merhamet yorgunluğu puanının, 5 yıldan az çalışma deneyimine sahip hemşirelerde, en düşük merhamet yorgunluğu puanının ise 10 yıldan fazla çalışma deneyimine sahip olan hemşirelere ait olduğunu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuştur. Kotula, (2015) ise 58 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, 18-35 yıl arası deneyime sahip olanların, 36 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlara göre daha yüksek merhamet yorgunluğu puan ortalamasına sahip olduklarını bulmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır ($p<0.05$). Kolthoff ve Hickman, (2016) 42 geriatri hemşiresi arasında yürütülen çalışmada, 1 yıldan az çalışma deneyimine sahip hemşirelerin, çalışma deneyimi fazla olan hemşirelerden daha yüksek merhamet yorgunluğu puanına sahip olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır. Koca (2018), farklı birimlerde çalışan hemşireler arasında yürüttüğü çalışmasında, mesleğinde ve çalıştığı birimde 7-10 yıl arası toplam hizmet süresine sahip olan hemşirelerde merhamet yorgunluğunun daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Burtson ve Stichler (2010), merhamet yorgunluğunun, bilgi ve beceri ile negatif bir ilişki içinde olduğunu, bilgi ve becerinin hemşirenin yaşı ve deneyimi ile artış göstereceğini böylelikle merhamet yorgunluğunun azalacağını bildirmiştir (Burtson ve Stichler. 2010). Daha az deneyimli hemşireler henüz başkalarının ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermelerine yardımcı olmak için kendilerini yenileyen veya yeniden enerji veren faaliyetleri bir araya getiremediklerinden merhamet yorgunluğuna karşı daha savunmasız olabilir. Daha deneyimli hemşireler, çalışma ortamlarının duygusal talepleri altında, en üst düzeyde işlevsel olacak şekilde profesyonel esneklik becerilerini geliştirmede daha etkin olabilir (Potter ve ark. 2010; Başkale ve ark. 2016; Yasal ve Günüşen, 2019)

Çalışmamızda klinik hemşiresi olarak çalışan katılımcıların yüksek risk merhamet yorgunluğuna sahip olduğu, sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların ise orta risk merhamet yorgunluğu yaşadıkları ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.8). Bizim bulgumuz ile benzer şekilde literatürde yer alan araştırmalarda da (Çolak, 2018; Kim, 2013; Denk, 2018; Kılıç, 2018) sorumlu hemşirelerin,

klinik hemşirelerine oranla daha düşük merhamet yorgunluğu puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Klinik hemşirelerin hasta ile uzun süreli çalışması, hastayla daha fazla iletişim içinde olmaları acılarına daha fazla tanık olmalarına ve empati yaşamalarına dolayısıyla merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır.

Merhamet yorgunluğunu palyatif bakım birimlerinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve aylık nöbet tutma sayısı gibi faktörlerin etkileyebileceği tahmin edilirken, bu çalışmada bu faktörlerin merhamet yorgunluğunu etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Şaşırtıcı şekilde hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin az da olsa daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.7). Bulgumuza benzer şekilde Yılmaz (2016) ve Çolak (2018) de çalışmalarında bu sonuca varmıştır. Koca (2018) ve Denk (2018) ise hemşireliği isteyerek seçenlerin daha düşük merhamet yorgunluğu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Koca (2018), hemşireliği isteyerek seçmenin merhamet yorgunluğu üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi sevmeyen hemşirelerin istatistiksel olarak önemli bir farkla daha fazla merhamet yorgunluğu yaşadığı aynı zamanda merhamet memnuniyetlerinin de daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9) (Tablo 4.13) ($p<0.05$). Yılmaz, (2016) onkoloji hemşireleri ile yürüttüğü çalışmasında, onkoloji hastasıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin daha düşük merhamet yorgunluğu puanına sahip olduklarını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varmıştır ($p<0.05$). Hastalarla ilgilenmeyi sevmenin merhamet yorgunluğu açısından etkili olduğu ancak tek başına yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır.

Palyatif bakım kliniğinde idarenin isteği ile çalışan hemşirelerin kendi isteğiyle çalışanlara oranla daha yüksek merhamet yorgunluğu yaşadığı (Tablo 4.9) tam tersi palyatif bakım kliniklerinde kendi isteğiyle çalışan hemşirelerin merhamet memnuniyetinin daha yüksek olduğu (Tablo 4.13) görülmüştür. Hemşirelikte yönetim hizmetlerinin planlama yaparken, hemşirelerin istekleri doğrultusunda en uygun kliniklerde çalıştırılmaları merhamet yorgunluğunu azaltmada ve memnuniyeti artırmada etkin olacağı görülmüştür. İstenilen klinikte çalışma, hemşirelerin yaptığı işten zevk almalarını ve iş yaşamında kendilerine doyum sağlayacağından merhamet memnuniyeti artacaktır (Yılmaz, 2016). Literatürde, merhamet memnuniyeti ile merhamet yorgunluğu arasında negatif korelasyon olduğu

bildirilmektedir (Yılmaz, 2016; Kılıç, 2018; Çolak, 2018). Bunun doğrultusunda bulunduğu klinikte kendi isteğiyle çalışanların merhamet yorgunluğu puanı daha düşük olacaktır.

Çalışmamızda hemşirelerin %89'u bakım verdiği hastadan etkilenmektedir. Palyatif bakım hastasına bakım verirken etkilendiğini belirten hemşirelerin istatistiksel olarak önemli farkla merhamet yorgunluğu yaşadığı söylenebilir. Duygusal, psikolojik ve empatik yaklaşımın merhamet yorgunluğunun indikatörleri arasında olduğu görülmüştür (Pereira ve ark. 2011).

Bu çalışmada Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik, ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin ve onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu daha düşük, merhamet memnuniyeti ise daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9) (Tablo 4.13). Yılmaz (2016), onkoloji hemşiresi ile yürüttüğü çalışmada, onkoloji hastasının bakımına yönelik eğitim alan hemşirelerin daha düşük düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığını bildirmiştir. Palyatif bakım kliniklerinde hemşirelik hizmetleri, hastaların ve ailelerinin özel ihtiyaçlarını karşılama adına daha stresli bir çalışma ortamında yürütülmektedir (Üstün ve Günüşen, 2018). Palyatif bakım kliniklerinde ölüm, acı çekme vb. travmatik deneyimlerin fazla olması ve eğitimle bu durumlarla nasıl baş edilebileceğinin öğretilmesi merhamet yorgunluğunu azaltabilir. Eğitimin merhamet yorgunluğuna karşı bir savunma stratejisi geliştirebileceği, kişide davranış değişikliğine sebep olabileceği ve daha profesyonel bir kimlik kazandırabileceği sonucuna varılmıştır.

5.2. Katılımcıların Tükenmişlik Seviyelerine İlişkin Bulguların Tartışması

Tükenmişlik işle ilgili uzun süren stres ile gelişen fiziksel, duygusal ve etkileşimsel belirtiler kümesidir (Çıtak, 2018).

Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik puan ortalaması (20.12 ± 6.70) orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.3). Literatür de yer alan çalışmalarda da (Stamm, 2005; Alexander, 2006; Potter, 2010; Yoder, 2010; Kim, 2013; Hegney ve ark., 2014; Kelly ve ark. 2015; Kotula, 2015; Barbour, 2016) bizim çalışmamızla paralel şekilde merhamet memnuniyeti orta düzeydedir. Abendroth ve Flannery, (2006) Hospis hemşirelerinin, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Kim ve ark. (2015) 335 klinik hemşiresi arasında yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını bulmuştur.

Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde, kadınların erkeklerden daha yüksek tükenmişlik puanına sahip olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9) ($p>0.05$) (Alexander, 2006; Hooper ve ark., 2010; Kim ve ark., 2015; Khan ve ark., 2015; Polat, 2016). Yaş grupları arasında, 41-51 yaş arasında olan katılımcıların en düşük tükenmişlik puanına sahip olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9) (Potter, 2010; Abendroth ve Flannery 2006; Alexander, 2006; Polat, 2016) ($p>0.05$). Sacco ve ark. (2015), 221 yoğun bakım hemşiresi arasında yürütülen çalışmada ise, 50 yaş ve üzeri olanların en düşük tükenmişlik puanına sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir ($p<0.05$). Yine benzer şekilde Kotula (2015) ve Barbour (2016) çalışmalarında yaş grupları arasında, tükenmişlik açısından anlamlı bir fark bulmuştur. Hemşirelerin çalışma deneyimleri incelendiğinde 23-33 yıl arası mesleki tecrübesi olan hemşirelerin en düşük tükenmişlik puanına sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan birçok çalışmada mesleki deneyim arttıkça tükenmişlik puan ortalaması azalmakta ancak bu istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır (Potter, 2010; Alexander, 2006; Polat, 2016; Kim ve ark. 2015; Hooper ve ark. 2010). Eğitim açısından incelendiğinde en yüksek tükenmişlik puanına, ön lisans mezunu olan hemşirelerin sahip olduğu ve bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Kim (2013), 14 yönetici pozisyonunda çalışan hemşire ile yürüttüğü çalışmasında da en yüksek tükenmişlik puanına ön lisans mezunlarının sahip olduğunu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur. Potter, (2010) ise lisans mezunlarının en yüksek tükenmişlik puanına sahip olduğunu ve bu farkın anlamlı olmadığını bulmuştur. Klinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçmeyenlerin daha yüksek tükenmişlik puanına sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Palyatif bakım açısından bakıldığında, palyatif bakım gerektiren hastayla ilgilenmeyi seven, kendi isteğiyle palyatif bakım kliniklerinde çalışan, kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına ve onkoloji hastasının bakım yönetimine yönelik eğitim alan hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları en düşük düzeyde olup, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

5.3. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda palyatif bakım hastalarına bakım veren hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde, alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım 12.92 ± 3.73 , çaresiz yaklaşım 8.41 ± 4.36 , boyun eğici yaklaşım 5.38 ± 3.01 , iyimser yaklaşım 8.60 ± 2.51 , sosyal destek arama ise 7.79 ± 2.10 'dur (Tablo 4.4).

Hemşirenin palyatif bakım hastasına bakım verirken stresle etkili olarak baş edebilmesi ve destek kaynaklarından yararlanmaları gerekir. Aksi halde bakım verdiği bireylerin kayıp yaşamasına tanık olan ve merhamet yorgunluğu yaşayan hemşirelerin bir süre sonra tükenmeleri kaçınılmazdır (İnci ve Öz, 2012). Nitekim çalışmamızda hemşirelerin merhamet yorgunluğu artıkça merhamet memnuniyetinin azaldığı ancak tükenmişliğin arttığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Sacco ve ark. (2015) palyatif bakımda çalışanların merhamet memnuniyeti ile merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik arasında negatif yönde ilişki bulmuştur. Bu sonuç bizim bulgumuzu desteklemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Yılmaz, 2016; Koca, 2018; Kılıç, 2018; Çolak, 2018). Merhamet memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin ise stresle daha iyi baş edebildikleri söylenebilir.

Çaresiz ve boyun eğici yaklaşım içinde olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadığı, tam tersi kendine güvenen ve iyimser yaklaşım içinde olan hemşirelerin ise merhamet yorgunluğunu daha az düzeyde yaşadığı söylenebilir (Tablo 4.5). Bu bulgu bize baş etme düzeyleri iyi olan hemşirelerin merhamet yorgunluğunu daha iyi yönettiğini göstermektedir. Stresörlerle etkin baş edememeye bağlı duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kendini gerçekleştirme ve başarıda düşüş, bunlara bağlı olarak tükenmişlik, iş doyumunda azalma ve yaşam kalitesinde düşme onkolojide çalışan hemşirelerde yaygın görülen semptomlar olduğu literatürde de bildirilmektedir (Tunçel ve ark. 2014; Emold ve ark. 2011; Üstün ve Günüşen, 2018).

Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir. Araştırma sonuçlarımız, palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelerin

kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanlarının yüksek olduğunun görülmesi, stresle başa çıkabildiklerini düşündürmektedir. Bu nedenle stresle başa çıkabilen hemşirelerin, merhamet yorgunluğu puanı düşük, merhamet memnuniyeti puanı ise yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5).

Çalışmamızda hemşirelerin merhamet yorgunluğu arttıkça merhamet memnuniyetinin azaldığı ancak tükenmişliğin arttığı bulunmuştur. Merhamet memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin stresle daha iyi baş edebildikleri, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım içinde olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşadığı, tam tersi kendine güvenen ve iyimser yaklaşım içinde olan hemşirelerin ise merhamet yorgunluğunu daha az düzeyde yaşadığı görülmüştür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1. Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33.45 ± 6.65 yıl olup, %41.5'i 31-40 yaş aralığında, %93.1'i kadın, %61.5'i evli, büyük çoğunluğu (%80.0) lisans mezunudur. Hemşirelerin %49.2'si eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmakta, %90.8'i klinik hemşiresi, %60.0'ı 1-11 yıl arası hemşirelik deneyimine sahiptir (Tablo 4.1).

6.2. Hemşirelerin yarısından daha az bir kısmının (%48.5) palyatif hastalarıyla ilgilenmeyi sevdiği, %46.9'unun palyatif bakıma yönelik eğitim aldığı, %9.2'sinin kendi isteğiyle palyatif bakım kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım verdikleri hastanın durumundan etkilenme oranı %89.2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

6.3. Hemşirelerin merhamet memnuniyeti puan ortalaması 30.01 ± 9.46 , merhamet yorgunluğu puan ortalaması 17.34 ± 8.07 , tükenmişlik puan ortalaması ise 20.12 ± 6.70 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

6.4. Çalışmamızda hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında ise yine negatif yönde oldukça güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak önemli pozitif yönde oldukça güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.5).

6.5. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla, kendine güvenli yaklaşım 12.92 ± 3.73 , çaresiz yaklaşım 8.41 ± 4.36 , boyun eğici yaklaşım 5.38 ± 3.01 , iyimser yaklaşım 8.60 ± 2.51 , sosyal destek arama ise 7.79 ± 2.10 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

6.6. Merhamet yorgunluğu ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde ancak zayıf yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p < 0.05$). Hemşirelerin merhamet yorgunluğu ile kendine güven ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur. ($p > 0.05$) (Tablo 4.5).

6.7. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %51.5'i merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskli, %36.2'si orta riskli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %67.7'sinin düşük düzey, %20.8'inin ise orta düzey merhamet memnuniyetine sahip oldukları saptanmıştır. Tükenmişlik puan ortalamaları incelendiğinde ise, hemşirelerin %43.1'i orta risk, %15.4'ü yüksek risk tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).

6.8. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı klinik, meslekte çalışma süresi, çalışma pozisyonu ve hemşireliği isteyerek seçip seçmeme durumlarına göre merhamet yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

6.9. Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (15.47 ± 6.68) sevmeyenlere göre (19.10 ± 8.89) daha düşük olduğu, yapılan değerlendirmede farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

6.10. Bakım verdiği hastadan etkilendiğini belirten hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamasının (17.85 ± 7.88) etkilenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (13.14 ± 8.73) bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

6.11. Kanser ya da onkoloji hastasının psikolojik bakımı, ölüm ya da terminal sürecin ve onkoloji hastasının bakım yönetimine yönelik eğitim alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının, almayanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

6.12. Palyatif bakıma ilişkin eğitim alan hemşirelerin merhamet yorgunluğu puan ortalamalarının (16.13 ± 7.40) almayanlara (18.42 ± 8.53) göre düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

6.13. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, çalıştığı kurum ve klinik, klinikte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi ve aylık ortalama nöbet sayısına göre tükenmişlik puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

6.14. Meslekte çalışma süresinde, 1-11 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması 19.85 ± 6.28 , çalışma süresi 12-22 yıl olan hemşirelerin 22.07 ± 6.90 iken, 23-33 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması

15.84 ± 6.79 olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.9).

6.15. Klinik hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin tükenmişlik alt boyut puan ortalaması $\bar{X}= 20.80 \pm 6.42$ iken, sorumlu hemşirelerin $\bar{X}= 13.41 \pm 5.88$ olduğu, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin (18.43 ± 6.13), hemşireliği isteyerek seçmeyenlere (22.65 ± 6.77) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.9).

6.16. Hemşirelerin cinsiyet ve bulunduğu klinikte çalışma süresine göre merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05) (Tablo 4.11), medeni durum, meslekte çalışma süresi, çalışma pozisyonu ve hemşireliği isteyerek seçip seçmeme durumuna göre ise merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.11).

6.17. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma/olmama durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum ve klinik, meslekte ve klinikte çalışma süresi ve çalışma pozisyonuna göre SBÇTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.13).

6.18. Hemşireliği isteyerek seçen hemşirelerin kendine güvenli yaklaşım alt boyut puan ortalaması (13.41±3.50), hemşireliği istemeyerek seçen hemşirelerin puan ortalamasından (11.80±3.66) daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.13).

6.19. Yaş grupları arasında 41-51 yaş grubuna sahip olan hemşirelerin (9.68±4.67), diğer yaş gruplarına göre ve çalışma pozisyonu klinik hemşiresi olan hemşirelerin (8.74±4.31) sorumlu hemşire olarak çalışanlara göre, çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu, farkın istatistiksel düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.13).

6.20. Erkek hemşirelerin (8.11±2.89) stresle başa çıkma tarzları ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalamasının kadınlara (5.18±2.93) göre daha yüksek olduğu, iki

grup arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

6.21. Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi seven hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği kendine güvenli (13.61 ± 3.38) ve iyimser yaklaşım (9.22 ± 2.31) alt boyut puan ortalamalarının, palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmeyi sevmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

6.22. Palyatif bakıma yönelik eğitim almayan hemşirelerin çaresiz yaklaşım (9.24 ± 4.20) ve boyun eğici yaklaşım (5.89 ± 2.99) alt boyut puan ortalamalarının, palyatif bakıma yönelik eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iki grup arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

6.23. Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim almayan hemşirelerin çaresiz yaklaşım (9.31 ± 4.49) ve boyun eğici yaklaşım (5.95 ± 3.00) alt boyut puan ortalamalarının, eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, iyimser yaklaşım (8.18 ± 2.81) alt boyut puan ortalamasının ise, eğitim alan hemşirelere göre daha düşük olduğu, istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

6.24. Palyatif bakım kliniğinde çalışma nedenleri arasında, bakım verilen hastadan etkilenen ve etkilenmeyen hemşireler arasında stresle başa çıkma tarzı ölçeği kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunmaktayız;

- Merhamet yorgunluğuna ilişkin araştırmaların farklı ve daha geniş popülasyonlarda yapılması,
- Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin stresle baş etme tarzlarının artırılması için psikolojik ve manevi yönden güçlendirilme programlarının uygulanması,
- Hastane yöneticilerinin merhamet yorgunluğunun farkında olup bunu önlemeye yönelik savunma stratejileri geliştirmeleri,
- Hizmet içi eğitimlerde ölüme, merhamete, onkoloji ve palyatif bakım gerektiren hastanın yönetimine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Hemşirelerin lisans eğitiminde, merhamet yorgunluğuna dair eğitimlerin, müfredatta düzenlenerek farkındalığın oluşturulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 2006;8(6): 346-356.

Alan H. Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. *Journal of Health and Nursing Management*. 2018;5(2):141-146.

Alexander M. Compassion Fatigue Experienced by Emergency Department Nurses Who Provided Care. The Florida State University. Yüksek Lisans Tezi. 2006.

Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*. 2009;13(2): 183-191.

Back AL, Deignan PF, Potter PA. Compassion, compassion fatigue, and burnout: key insights for oncology professionals. *Am Soc Clin Oncol Educ. Book 2014*: 454–9.

Bahar A. Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007; 2(6): 147-157.

Barbour LC. Exploring oncology nurses' grief: A self-study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2016;3:233-40.

Başkale H, Partlak N, Serçekuş P. Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Pam Tıp Derg*. 2016;9(2):125-133

Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(1): 1-10

Bennahum Da. The Historical Development Of Hospice And Palliative Care. In: Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK, eds. *Hospice And Palliative Care: Concepts And Practice*, 2nd ed. Boston: Jones and Barlett, 2003:1-11.

Benli AR, Sunay D. Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük. *Ankara Med J*, 2017;(3):143-50.

Bingley, A., and Clark, D. A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC). *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009; 37 (3). 287-296.

Birol L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Akdemir N, Birol L), Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara, 2004.

Boyle DA. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agend. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):2

Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs*. 2010; 66(8):1819-31.

Canadian Nurses Association. Nurse Fatigue and Patient Safety. Available at: <https://www.cna-aic.ca/en/on-the-issues/better-care/patient-safety/nurse-fatigue-and-patientsafety>. Accessed Apr 9, 2018.

Cingi CC, Eroglu E. Compassion Fatigue in Health Care Personnel, *Osmangazi Journal of Medicine*. 2019;41(1): 58 - 71

Circenis K, Millere I. Compassion Fatigue, Burnout and Contributory Factors Among Nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:2042–46.

Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2010;12(2): 235-243.

Comte-Sponville Andre, Büyük Erdemler Risalesi, (Çev. Işık Ergüden), Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2004.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2004.

Çıtak EA. Onkoloji Hemşireliğinde Merhamet Yorgunluğu. Kocaman Yıldırım N, editör. *Psikoonkoloji*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.63-7.

Cimete, G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002.

Çolak Y. Dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisinin incelenmesi. Akdeniz Üniversitesi. Yüksek Lisan Tezi. 2018.

Dalgacı B, Gürses İ. Merhametin Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi. Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 2 (1): 181-204.

De Carvalho E, Muller M, de Carvalho P, Melo A. Stress in the Professional Practice of Oncology Nurses. Cancer Nursing 2005;28:187- 92.

Denk T. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi, merhamet memnuniyeti, merhamet yorgunluğu. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018.

Demir Y. Ölüm ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı. In: Ay F. A, ed. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010;697-722.

Dikmen Y, Aydın Y. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: ne? nasıl? ne yapmalı? J hum rhythm. 2016;1(1):13-21.

Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P. Compassion fatigue: a study of critical care nurses in Turkey. Journal of Human Sciences. 2016;13(2): 2879-2884

El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. Isr J Health Policy Res 2013;2:31.

Elkonin D, Lizelle (2011) Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. Health SA Gesondheid 16: 1–8.

Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication Skills, Working Environment and Burnout Among Oncology Nurses. European Journal of Oncology Nursing 2011;15:358-63.

Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf>. Erişim tarihi: 04.06.2018.

Fadıloğlu Ç. Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım, Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kursları; Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Kitabı, İzmir; 2007.

Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. NewYork: Taylor and Francis Group; 1995

Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;58(11): 1433-1441.

Fitch MI, Bakker D, Conlon M. Important issues in clinical practice. *Canadian Oncology Nursing*. 1999;9(4): 151-164.

Flarity K, Gentry JE, Mesnikoff N. The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 2013;35(3): 247-258.

Galiana L., Arena F., Oliver A., sanso N., Benito E. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil : ProQOL Validation and Cross-Cultural Diagnosis. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:598-604.

Gallagher R, Gormley DK. Perceptions of Stress, Burnout, and Support Systems in Pediatric Bone Marrow Transplantation Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2009;13(6):681-5.

Gentry JE, Baggerly J, Baranowsky A. Training-as-treatment: effectiveness of the Certified Compassion Fatigue Specialist Training. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 2004;6(3): 147-155.

Godsil BP, Kiss JP, Spedding M, Jay TM. The hippocampal-prefrontal pathway: the weak link in psychiatric disorders? *European Neuropsychopharmacology: The Journal of The European College of Neuropsychopharmacology*. 2013;23(10): 1165-1181.

Goleman, D. *Sosyal Zeka İnsan İlişkilerinin Yeni Bilimi*, 2. Baskı, İstanbul, 2007. 3008-3017.

Gök GA. Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015; 20(2): 299-313.

Guthrie AE, Green CJ, Matzoo ML. Palliative and end-of- Life Care, *Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives*, Eds; Monohan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Gren CF, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 2007; 156-176.

Güngör S. Osmanlı'dan Türkiye Cumhuriyeti'ne Bir Hayır Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. Türk İdare Dergisi 2009;163-164:157-81.

Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. Journal of Nursing Management. 2014;22(4):506-518.

Hiçdurmaz D, İnci FA. Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(3): 295-303.

Hökelekli, Hayati, Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsani Değerler, Dem Yayınları, İstanbul 2013. 187-195.

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA ve ark. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association. 2010;36(5): 420-427.

<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/carechoices/palliative-care-factsheet> Erişim: 20.03.2019.

<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim: 06.06.2019.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 21.03.2019.

Huggard P, Dixon R. "Tired of caring": The impact of caring on resident doctors. Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies. 2011(3), 105-111.

İnci F, Öz F. Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2):178-187.

Injeyan MC, Shuman C, Shugar A, Chitayat D ve ark. Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: the roles of dispositional optimism and locus of control. Journal of Genetic Counseling. 2011; 20(5): 526-540.

Jenkins B, Warren NA. Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. Critical Care Nursing Quarterly. 2012; 35(4): 388-395.

Joinson C. Coping with compassion fatigue. Nursing, 1992; 22(4):116, 118-9, 120.

Kabalak AA. Türkiye'de Palyatif Bakım Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics 2017;10(1):7-12.

Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti., İstanbul, 2014;1-7.

Karsavuran S. Sağlık sektöründe tükenmişlik: Ankara'daki sağlık bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;32:133-165.

Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. Journal of Nursing Scholarship. 2015; 47(6): 522–528.

Keser ÖN. Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6:41-47.

Khan AA, Khan MA, Malik NJ. Compassion fatigue amongst health care providers. Pak Armed Forces Med J. 2015; 65(2): 286-89.

Kılıç S. Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerde travmatik stres belirtileri, mesleki tatmin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun incelenmesi. Hacı Bektaş Veli Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018.

Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim JS. Professional Quality of Life and Clinical Competencies among Korean Nurses. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2015;9(3):200-6.

Kim S. Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: a descriptive research study. Progress in Transplantation. 2013; 23(4): 329-335.

Koca F. Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018.

Kolthoff KL, Hickman SE. Compassion fatigue among nurses working with older adults. Geriatr Nurs. 2017;38(2):106-109.

Kotula KR. Compassion fatigue in critical care nursing and development of an educational module. North Dakota State University. Yüksek Lisans Tezi. 2015.

Kutsi Kahveci, 'Bir Mistik Düşünür: Meister Eckhart' Atatürk Üniversitesi Yayınları, No: 1038, Eser Matbaacılık, Erzurum 2014, s. 65.,

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine, İstanbul: April Yayıncılık, 2010.

LeBaron VT, Palat G, Sinha S, Chinta SK ve ark. Recommendations to support nurses and improve the delivery of oncology and palliative care in India. *Indian J Palliat Care* 2017; 23:188-98.

Lynch SH, Lobo ML. Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(9): 2125-2134.

Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011; 30(6): 339-345.

Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981; 2(2):99 - 113

McHolm F. Rx for compassion fatigue. *J Christ Nurs* 2006;23:12–9.

Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates ve Practitioners*. 2008; 22(1): 24-34

Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JJ. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *J Pediatr Nurs*. 2015; 30(1): 174-83.

Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Doebbeling CC. Compassion fatigue a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*. 2009; 14(2): 267-277.

National Institute for Occupational Safety and Health. Exposure to Stress Occupational Hazards in Hospitals.(2008). Atlanta, Ga: Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, Dhhs (NIOSH) Publication No. 2008-136. [Http://Www.Cdc.Gov/Niosh/Docs/2008-136/Pdfs/2008-136.Pdf](http://www.Cdc.Gov/Niosh/Docs/2008-136/Pdfs/2008-136.Pdf). Eriş. Tar.: 8/7/2017.

Negash S, Sahin S. Compassion fatigue in marriage and family therapy: implications for therapists and clients. *Journal of Marital And Family Therapy*. 2011; 37(1): 1-13.

Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 2012; 23(2): 93-114.

Orlovsky C. Compassion fatigue. *Prairie Rose* 2006;75:13.

Ozan A. Yoğun bakım hemşirelerinde merhametin ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018.

Pastrana T, Jünger S, Ostgathe O. A Matter Of Definition Key Elements Identified in a Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. *Palliative Medicine*. 2008; 22(3):222-232

Pehlivan T, Güner P. Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *J Psychiatric Nurs*. 2018;9(2):129-134

Pereira, SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*. 2011;18(3), 317-326.

Peykerli G. Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2003; 25(4): 62-65.

Pierce B, Dougherty E, Panzarella T, Le LW ve ark. Staff stress, work satisfaction, and death attitudes on an oncology palliative care unit, and on a medical and radiation oncology inpatient unit. *Journal of Palliative Care*. 2007;23(1):32-39.

Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;26: 291-312

Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J ve ark. Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(5): 56-62

Potter P, Deshields T, Rodriguez S. Developing a systemic program for compassion fatigue. *Nursing Administration Quarterly*. 2013;37(4): 326-332.

Romano J, Trotta R, Rich VL. Combating compassion fatigue: an exemplar of an approach to nursing renewal. *Nursing Administration Quarterly*. 2013;37(4): 333-336.

Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *Int J Nurs Pract*. 2006; 12:136–42

Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(1): 1.

Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*. 2006;12(3): 136-142

Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *CriticalCareNurse*. 2015;35(4): 32-44.

Sanso N, Laura Galiana L, Oliver A, Pascual A, ve ark. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage* 2015;50: 200-207.

Schopenhauer A. Merhamet (Çev. Zekâi Kocatürk). *Dergâh Yayınları*, İstanbul, 2009.

Seven A. Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları. *Sakarya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi*. 2015.

Showalter SE. Compassion fatigue: what is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2010;27(4): 239-242.

Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(6):1012-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>

Simon C, Pryce J, Roff L, Klemmack D. Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2005;23(4): 1–14.

Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care patients' perspectives. JAMA. 1999;281:163-168.

Smart D, English A, James J, et al. Compassion fatigue and satisfaction: a cross sectional survey among US healthcare workers. Nurs Health Sci 2014;16:3-10.

Sonnentag S. Burnout Research: Adding an Off-work and Day-level Perspective. Work&Stress 2005;19(3):271-5.

Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature J Nurs Scholarsh. 2016;48(5): 456-65.

Stamm, BH. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), Psychosocial stress series, no. 24. Treating compassion fatigue (pp. 107-119). New York, NY, US: Brunner-Routledge.

Stamm BH. The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales. Sidran Press; 2005. p. 1 - 13.

Stamm BH. The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello 2010. P: 1-30.

Supple-Diaz L, Mattison D. Factors affecting survival and satisfaction: Navigating a career in oncology social work. Journal of Psychosocial Oncology. 1992;10(1):111-131

Şahan FU, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):81-90.

Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995;10(34): 56-73

Şirin M, Yurttaş A. Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(2): 123-130.

TDK. Güncel Türkçe Sözlük Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b17fc95013433.48700735. 2018.

Temelli G. Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları. Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018.

Tunçel Yİ, Kaya M, Kuru NR, Menteş S ve ark. Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu. Journal of Turkish Society Intensive Care 2014;12:57-62.

Uslu E, Buldukoğlu K. Psikiyatri Hemşireliğinde Şefkat Yorgunluğu: Sistemik Derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017;9(4):421-430

Üstün B, Partlak Günüşen N. Terminal Hastalıklı Hastaların Hemşiresi Olmak: Güçlü Kalabilir miyiz? Cimete G, editör. Çocuklarda Palyatif Bakım; Terminal Dönemdeki Çocuk ve Aileye Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.127-32.

Wentzel D, Brysiewicz P. The consequence of caring too much: compassion fatigue and the trauma nurse. Journal of Emergency Nursing: JEN : Official Publication of the Emergency Department Nurses Association. 2014;40(1): 95-97.

WHO. Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, 2007; Module 5, Geneva, World Health Organization.

Yasal D, Günüşen NP. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirtilerini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Başetme Yollarının İncelenmesi. DEUHFED 2019;12(1), 74-81

Yassen, J. (1995). Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder. In Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized (Ed CR Figley), New York, Brunner-Mazel, 178-208.

Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F ve ark. Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2010;47: 111-7

Yılmaz G. Onkoloji hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu, iş doyumunu, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Doktora Tezi, 2016.

Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. Applied Nursing Research. 2010; 23(4): 191-197.

Zenz J, Zenz M. Survey on german palliative care specialists' experiences with advance directives. Pain Ther. 2017;6:17-28

8. EKLER

Ek-1. Hemşire Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülen tez çalışmasıdır. Palyatif bakım ve Onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

DOÇ. DR. DİLEK ÖZDEN

HEM. ABDÜLMENEF ADANIR

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

3- Medeni durumunuz:

Bekar

Evli

4- Varsa çocuk sayınız:

5- Eğitim düzeyiniz:

Sağlık Meslek Lisesi

Önlisans

Lisans

Yüksek lisans

Doktora

6- Çalıştığınız Kurum:

Dokuz Eylül Üniversitesi

Ege Üniversitesi

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

7- Çalıştığınız Klinik:

8- Meslekte çalışma süreniz:

9- Bulduğunuz klinikte çalışma süreniz:

10- Klinikte çalışma pozisyonunuz:

Sorumlu hemşire

Klinik hemşiresi

11- Haftalık çalışma süreniz:

12- Aylık ortalama nöbet sayınız:

Hiç

1-4 nöbet

5 ve üzeri

13- Hemşireliği isteyerek mi seçtiniz?

Evet

Hayır

14- Palyatif bakım gerektiren hastalarla ilgilenmeyi seviyor musunuz?

Evet

Hayır

15- Palyatif bakıma yönelik eğitim aldınız mı

Evet

Hayır

16- Palyatif bakımda çalışanlara yönelik eğitim/davranış terapisi verilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

17- Palyatif bakımda maksimum çalışma süresi ne olmalıdır?

.....

18- Bakım verdiğiniz hastanın durumu sizi etkiliyor mu?

- Evet Hayır

19- Sosyal destek alıyor musunuz?

- Evet Hayır

20- Kanser/onkoloji hastasının psikolojik bakımına yönelik eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

21- Ölüm/terminal sürecin yönetimine ilişkin eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

22- Onkoloji hastasının bakım yönetimine ilişkin eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

Ek-2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ)

Değerli Katılımcı,

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duyularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

İLGİLİ KUTUCUKLARI İŞARETLEYİNİZ.	0. HIÇBİR ZAMAN	1. NADİREN	2. BAZI ZAMANLAR	3. SIKÇA	4. SIK SIK	5. ÇOK SIK
1. Kendimi mutlu hissediyorum.						
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.						
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.						
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.						
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.						
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum						
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.						
8.Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.						
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.						
10.Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.						
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.						
12. İşimi seviyorum.						
13. Yardım eden olmamın sonucunda						

kendimi çökkün hissediyorum.						
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.						
15. Bana güç veren inançlarım var.						
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.						
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.						
18. İşim beni tatmin ediyor.						
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.						
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.						
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.						
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.						
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.						
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.						
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.						
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.						
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.						
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.						
29. Çok hassas bir insanım.						
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.						

Ek-3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Değerli Katılımcı,

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Sizi ne kadar tanımlıyor ? / Size ne kadar uygun ?

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA..	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()

21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()



Ek-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Meslektaşım,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak, Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi üzerine bir çalışma yapıyorum. Bu tezden elde edilecek sonuçların, hemşirelik mesleği adına ve aynı zamanda onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin diğer meslektaşları arasında bir farkındalık yaratacağını ve zorlu iş koşullarının kişide oluşturduğu olumsuz etkilerinin belirlenmesine katkı sağlayacağını düşünüyorum. Araştırmada size ait bilgilerin gizliliğine gerekli özen ve saygı gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında sizin kişisel bilgileriniz özenle korunacaktır ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde sizin bilgilerinize ulaşabilir.

Bu araştırmaya katılmayı rededebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde çalışma durumunuzla ilgili herhangi bir değişiklik olmayacaktır. İsteddiğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret de ödenmeyecektir.

Ben, (katılımcı adı)....., araştırmacı Abdülmenev Adanır tarafından sözlü ve yazılı olarak araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Bu çalışma konusunda sorularım cevaplandı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince bilgilendirildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde, çalışmadan istediğim zaman, herhangi bir neden belirtmeden çekilebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Çalışmaya katılmak için düşünmem için yeterli zaman tanındı. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan, kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih:.....

Katılımcının Adı/Soyadı:

İmzası:.....

Araştırmacının Adı/Soyadı:.....

İmzası:.....

Ek-5. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi



Sayı : 65516083-799
Konu : Çalışma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

İlgi: Abdülmenev Adanır'ın 26/03/2018 tarihli ön izin belgesi

İlgi sayılı yazınızda, Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Yüksek Lisans öğrencisi Abdülmenev ADANIR ile birlikte yapılması planlanan " Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" isimli çalışmasını Hastanemiz Palyatif Bakım Biriminde çalışan hemşireler ile yapması için ön izin istenilmektedir.

Yüksek Lisans öğrencinizin çalışmasını kurumuzda yapması tarafımızca uygun görülmüş olup, ön izin belgesi yazımız ekinde sunulmuştur.

e-imzalıdır,
Uzm. Dr. Esra DUĞRAL
Başhekim

EKLER:Araştırma Ön İzin Belgesi

28/03/18

Eğitim Birimi Özmen cad.No:147 Buca/İZMİR-1320

Faks No:

e-Posta:ozden.karakoc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozden.karakoc@saglik.gov.tr

Bilgi için:Özden KARAKOÇ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:4443508

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 91145bb0-3659-4bdd-a7be-d2f1c3d9220b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BUCA SEYFİ DEMİRSOY DEVLET HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.



Abdülmenef Adanır

0505 9690499
26.03.2018

Araştırmamın;

Adı/ Konusu:	Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlenmesi
Amacı:	Bu çalışma, onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır
Yöntemi:	Bu çalışma kesitsel - tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki kurumlarda çalışan hemşirelerden alınacaktır. Verilerin toplanmasında üç adet form kullanılacaktır Hemşire Tanıtım Formu, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).
Uygulanacağı Birimler:	Onkoloji(hematoloji) ve Palyatif Bakım Klinikleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	-----
Başlama Tarihi ve Süresi:	Mart 2018- 1 sene
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç.Dr. Dilek Özden

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu

IZMIR BUCA SEYFİ DEMİRSOY
DEVLET HASTANESİ
2018
Dr. M. B. Ç. Ç.
Dilek Özden
Beylikdüzü

Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza

BUCA SEYFİ DEMİRSOY
DEVLET HASTANESİ
2018

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 91145bb0-3659-4bdd-97be-d2f1c3d9220b kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5072 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Klinik / Birim Sorumlusu

İmza

27 ...03/2018

Abdülmenef Adanır

HASTANE YÖNETİCİSİ

IZMIR BUCA SEYFİ DEMİRSOY
DEVLET HASTANESİ
Göğüs Hast. İleri Düzey Uzmanı
Uzm.Dr. İsmail Yılmaz
Diy. Tar. No: 03503/18
Beylikdüzü

Ek-6. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi

	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ		

BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Abdülmenev Adanır
26/01/2018

Araştırmanın;

Adı:	Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlenmesi
Amacı:	Bu çalışma, onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır
Yöntemi:	Bu çalışma kesitsel - tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki kurumlarda çalışan hemşirelerden alınacaktır. Verilerin toplanmasında üç adet form kullanılacaktır Hemşire Tanıtım Formu, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).

	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ		

Uygulanacağı Yerler:	Onkoloji(hematoloji) ve Palyatif Bakım Klinikleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	-----
Başlama Tarihi ve Süresi:	Şubat 2018- 1 sene
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç.Dr. Dilek Özden

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu*

İmza

26.../01/2018

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İzmir Eğl. Arş. Hast.
Doç. Dr. Oktay Bilgili
İç Hast. ve Hematoloji Uzmanı
Dip. No: 22755 - 29478

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İzmir Bozyaka Ekl. ve Arş. Hast.
Uzm. Dr. Aslıhan Yılmaz
Palyatif Bakım Uzmanı Sorumlusu

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*

İmza

26.../01/2018

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İzmir Eğl. Arş. Hast.
Doç. Dr. Oktay Bilgili
İç Hast. ve Hematoloji Uzmanı
Dip. No: 22755 - 29478

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza

26.../01/2018

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR BOZYAKA EKL. VE ARŞ. HASTANESİ
AYŞEN YALÇINKAYA
Bakım Hizmetleri Müdürü

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı

İmza

26.../01/2018

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR BOZYAKA EKL. VE ARŞ. HASTANESİ
Uzm. Dr. Mehmet Şahin
Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu
Dip. No: 22755 - 29478

HASTANE YÖNETİCİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EKL. VE ARŞ. HASTANESİ
Doç. Dr. Emre İLHAN
26.../01/2018
Dip. No: 22755 - 29478

Ek-7. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ
19/04/2018 15:23 - 47104536 - 772 02 - E 16353
03067319005

Sayı : 47104536-772 02
Konu : Abdülmenev ADANIR Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Abdülmenev ADANIR'ın "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, çalışmanın kurumumuzda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır,
Op.Dr.Hilmi GÜNGÖR
Başhekim Yardımcısı

EK:
Araştırma İzin Yazısı

Gereği:
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Palyatif Bakım
Birimi
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Tıbbi Onkoloji
Kliniği İdari Sorumlusu

Bilgi:
İzmir K.Ç.Ü. Atatürk E.A.H. Sağlık Bakım
Hizmetleri Müdürlüğü

Karabağlar Mahallesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Basın Sitesi, 35360
Karabağlar/İzmir
Faks No:02324847486
e-Posta:emine.durman@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.izmirataturkcah.saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine DÜRMAN

Unvan:EBE

Telefon No:0232244444-1873

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 75f0447e-fe03-4d3e-9c0e-7747e5b2e072 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırma Ön İzin Belgesi

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Abdülmenef Adanır

0505 9690499
26.03.2018

Araştırmanın;

Adı/ Konusu:	Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlenmesi
Amacı:	Bu çalışma, onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır
Yöntemi:	Bu çalışma kesitsel - tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki kurumlarda çalışan hemşirelerden alınacaktır. Verilerin toplanmasında üç adet form kullanılacaktır Hemşire Tanıtım Formu, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).
Uygulanacağı Birimler:	Onkoloji(hematoloji) ve Palyatif Bakım Klinikleri
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	-----
Başlama Tarihi ve Süresi:	Mart 2018- 1 sene
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç.Dr. Dilek Özden

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu

İmza
.../.../2018
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MÜHÜR
TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
H.Hakan SAKAOĞLU
İdari ve Mali İşler Müd. Yard.

Klinik / Birim Sorumlusu

İmza
.../.../2018

Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza
26.03.2018

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza
.../.../2018

Ek-9. Ege Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 23/10/2017-E.93298



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-703.99
Konu : çalışma izni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 18/10/2017 tarihli ve 2071 sayılı yazı.

Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu yüksek lisans öğrencisi Abdülmenef ADANIR'ın "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" isimli tez çalışması 01 Ekim 2017 – 30 Ağustos 2018 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesinde çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Cemil GÜRGÜN
Başhekim V.

Ek:Onkoloji Bilim Dalından gelen 269000
sayılı yazı.

Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEKR5LDMU

Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Tarih ve Sayısı: 23/10/2017-E.269000



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Onkoloji Bilim Dalı



Sayı : İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı-044
Konu : Çalışma İzni Hk.

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 19/10/2017 tarihli ve 267239 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu yüksek lisans öğrencisi Abdülmenev ADANIR'ın "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" isimli tez çalışması 01 Ekim 2017 – 30 Ağustos 2018 tarihleri arasında kliniğimizde yapmaları uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Rüçhan USLU
Bilim Dalı Başkanı

e-imzalıdır

Zeliha Fulden SARAÇ
Anabilim Dalı Başkanı V.

v. Evrak Tarih ve Sayısı: 09/01/2018-E.2287



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-703.99
Konu : Çalışma İzni (Abdülmenef Adanır)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 17/11/2017 tarihli ve 2304 sayılı yazı.

Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Abdülmenef ADANIR ile birlikte yapılması planlanan "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" konulu araştırmayı ilgi yazıda belirtilen tarihler arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim V.

Ek:İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji
Bilim Dalından gelen 3864 sayılı yazı.



Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8AST3EY
Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274




Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek-10. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kurum İzin Belgesi



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 14585038-000  -11822
Konu : Çalışma İzni Hk.


18 Ağustos 2017.../.../2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

İlgi : 10.08.2017 tarih ve 48169510-100/1566 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda konusu geçen Fakülteniz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Yüksek Lisans Öğrencisi Abdülmenev Adamır ile birlikte planlanan "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" isimli çalışmanın verilerinin Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda çalışan hemşireler ile anket yöntemi ile toplanması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.


Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Mithatpaşa Cad. No:1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Bakçova/İZMİR
Telefon: 0 (232) 412 23 03 Faks: 0 (232) 4129797
E-Posta: gulay.orcun@deu.edu.tr Elektronik Ap: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için iribat:
Gülay ÖRCÜN
Sözleşmeli Memur

Ek-11. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ EĞİTİM
ARGE BİRİMİ
17/04/2018 17:02 - 77597247 - 772.02 - E.25



Sayı : 77597247-772.02
Konu : Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D. Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Abdülmenev ADANIR'ın "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve S.B.Ü.Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica/arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

DAĞITIM:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D)

Sümer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak/İZMİR
Faks No:0232 4849087

e-Posta:filiz.gocmen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: filiz.gocmen@saglik.gov.tr

Bilgi için:Filiz GÖÇMEN
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0232 444 35 01- 1242

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 55104b67-d473-4848-be99-8551b4222e04 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-12. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Tepecik Eğitim ve Araştırma ve Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastaneleri İzin Belgesi



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Abdülmenef
ADANIR'ın Araştırma İzni Hk.

Sayın Abdülmenef ADANIR
Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Abdülmenef ADANIR'ın hazırlamış olduğu "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, S.B.Ü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Birol DURUKAN
BAŞKAN

EKLER:
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Rp. (1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6258a481-08f3-4582-b37d-86e83a60f77d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-13. Ölçek Çalışma İzni

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği hk.

Konu: Fw: Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği hk.

Doç.Dr. Dilek Özden Dokuz Eylül Üniversitesi Hemirelik Fakültesi inciraltı / zmir

----- Forwarded Message -----

From: Asli Yesil <yesilasli8@yahoo.com>
To: dilek özden <dozden2002@yahoo.com>
Sent: Friday, July 21, 2017, 2:18:52 PM GMT+3
Subject: Re: Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği hk.

Dilek hanım merhaba

Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar

Aslı YEŞİL

On Wednesday, July 19, 2017 4:58 PM, dilek özden <dozden2002@yahoo.com> wrote:

Sayın Aslı Yeşil,
Sizin Geçerlilik güvenirliğini yaptığınız ve bu anlamda literatüre önemli katkı verdiğiniz "Çalışanlar için yaşam kalitesi Ölçeği" ni 2 yüksek lisans tez öğrencim için planladığımız çalışmada kullanmak istiyoruz. Bu ölçeği kullanabilmemiz için izninizi rica ediyoruz.
Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim..

Doç.Dr. Dilek Özden
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
inciraltı / izmir

Ek-14. Etik Kurul Kararları

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3575-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/23-09	Tarih:28.09.2017
	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlusu olduğu "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, Ege Üniversitesi Onkoloji ve Palyatif Bakım Birimlerinden izin alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izinleri alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	



EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3575-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Ta. İli	Versiyon Numarası	Dil
	Araştırmacı dilekçesi	14.11.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

	Karar No:2017/27-34	Tarih:23.11.2017
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Dilek ÖZDEN'in sorumlusu olduğu "Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Stresle Başa Çıkma Tartzlarının Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 14.11.2017 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevineç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek-15. Özgeçmiş



ABDÜLMENEF ADANIR

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	23636435732
Doğum Tarihi	07/09/1984
İletişim Adresi	784 SOKAK NO:14 ALTAY MAHALLESİ
Telefon	(505) 969 04 99
E-posta	menef35@hotmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

02 Eylül 2016 - Şu Anda (2 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ESASLARI (YL)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.11 / 4.0

08 Eylül 2006 - 03 Haziran 2011 (4 yıl 9 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU, SAĞLIK MEMURLUĞU PR.
Diploma Numarası: 042
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.48 / 4.0

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

