



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN YORGUNLUK DÜZEYLERİ
İLE BAKIM DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nurdan Seçil ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13/10/2022

Nurdan Seçil ÇELİK

ithaf

*Yüksek Lisans Tezimi hayatımın her alanında yanımda olup, desteğini benden hiç
esirgemeyen sevgili aileme ithaf ediyorum.*



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında sabır ve özverileri ile bana yol gösteren, destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her zaman örnek aldığım saygı değer danışman hocam Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Yaşamım boyunca her durumda yanımda olup, beni her zaman destekleyen ve hiçbir fedakarlıktan çekinmeyen annem Selma ÇELİK'e, babam Cemil ÇELİK'e, ablam Nurgül Selin KAYA'ya ve kardeşim Umut Kaan ÇELİK'e,

Destegini benden hiç esirgemeyen her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarım Seher TEMUR'a, Aysun SAMAT'a, Ümmühan YILMAZ'a, Merve ÖZTÜRK'e, Çakır SARIOĞLU'na

Sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Nurdan Seçil ÇELİK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşirelikte Bakım Davranışı	5
2.1.1. Bakım Kavramı	5
2.1.2. Hemşirelikte Bakım Kavramı	7
2.1.3. Hemşirelikte Bakımın Özellikleri	10
2.1.3.1. Bakım Bilgisi	11
2.1.3.2. Bakım Becerisi	11
2.1.3.3. Bakım Süreci	12
2.1.3.4. Bakım Davranışları	13
2.1.4. Bakım Davranışı Kavramı	13
2.1.5. Bakım Davranışını Etkileyen Unsurlar	14
2.2. Hemşirelikte Yorgunluk	15
2.2.1. Yorgunluk Kavramı	15
2.2.2. Yorgunluğun Tıbbi Tarihçesi	17
2.2.3. Mesleki Yorgunluk	19
2.2.4. Hemşirelikte Yorgunluk ve Sonuçları	21
2.3. Hemşirelikte Yorgunluk ve Bakım Davranışlarına İlişkin Araştırmalar	24
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. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	29
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.6. Veri Toplama Süreci	31
3.7. Araştırma Planı	31
3.8. Verilerin Analizi	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
EKLER	67
Ek 1. Rize İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı İzni	68
Ek 2. Etik Kurul İzni	69
Ek 3. Piper Yorgunluk Ölçeği İzni	72
Ek 4. Bakım Davranışları Ölçeği-24 İzni	73
Ek 5. Tanıtıcı Özellikler Formu	74
Ek 6. Piper Yorgunluk Ölçeği	75
Ek 7. Bakım Davranışları Ölçeği-24	77
ÖZGEÇMİŞ	78

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri	28
Tablo 2. Araştırmanın işlem basamakları	31
Tablo 3. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı	34
Tablo 4. Hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puan ortalamaları	36
Tablo 5. Hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puanlarının ilişkisi	37
Tablo 6. Hemşireler açısından yorgunluk ölçeği ve alt boyutlarının bakım davranışları ölçeği ve alt boyutları üzerine etkisi	39
Tablo 7. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklere göre yorgunluk ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırması	42
Tablo 8. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım davranışları ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırması	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Hemşirelikte bakım kavramının bileşenleri

10



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltma

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHNA	Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICD-10	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
TDK	Türk Dil Kurumu
THD	Türk Hemşireler Derneği



ÖZET

Hemşirelerin Yorgunluk Düzeyleri ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışma, hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Araştırma, Rize il merkezinde bulunan devlet ve üniversite hastanesinde çalışan 240 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler, Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmış, t testi, ANOVA, korelasyon ve regresyon testleri ile analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan hemşireler, ortalama 28.15 yaşlarında, deneyim yılları ortalama 6.17 dir. Çoğunluğu kadın, bekar ve lisans/lisansüstü eğitim sahibidir. Ölçek toplamalarında hemşirelerin yorgunluk puanı 6.21 ± 1.53 ve bakım davranışları puanı 5.05 ± 0.55 tir. Hemşirelerin mesleki deneyim yılları, çalıştıkları klinik, hemşireliği sevmeye durumu ile yorgunluk ölçeğinin toplamı arasında, ayrıca hemşirelerin yaşları, medeni durumları, mesleki deneyimleri, hemşireliği sevmeye durumları ve alkol durumları ile bakım davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Bununla birlikte yorgunluk düzeyi ile bakım davranışları arasında genel toplamda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Ancak yorgunluğun davranış/şiddet ($r = -0.154$; $p = 0.017$) ile bilişsel ruhsal ($r = -0.154$; $p = 0.017$) boyutları ile genelde hemşirelerin bakım davranış puanları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yorgunluğun davranış/şiddet ile bilişsel/ruhsal ($\beta = -0.052$) boyutları hemşirelerin bakım davranışlarını genel toplamda negatif yönde, duygulanım ($\beta = 0.066$) boyutu pozitif yönde etkilemiştir ($R^2 = 0.055$; $F = 4.474$; $p = 0.002$). Sonuç olarak iş yükü nedeni ile yorgunluk yaşayan hemşirelerin yorgunluk düzeyleri şiddetli seviyededir. Hemşirelerin özellikle davranış/ şiddet, duygulanım ve bilişsel/ruhsal yorgunluk düzeyi genelde bakım davranış düzeylerini etkilemektedir. Hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin azaltılıp bakım davranışları düzeyine olumlu katkı sağlamak için hemşire hasta oranı iyileştirilebilir, hemşirelerin çalışma programları ve saatlerine ilişkin düzenlemeler yapılabilir.

Anahtar Sözcükler: Davranış, Hastaneler, Hemşireler, Hemşirelik Bakımı, Yorgunluk

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between the Fatigue Levels and the Care Behaviors of the Nurse

The study was conducted to evaluate the relationship between nurses' fatigue levels and care behaviors. The research was carried out with 240 nurses working in state and university hospitals in Rize city center. Data were collected using Nurses' Descriptive Characteristics Form, Piper Fatigue Scale and Caring Behaviors Scale, and analyzed with t-test, ANOVA, correlation and regression tests. The nurses participating in the study were aged 28.15 on average and their years of experience were 6.17 on average. Most of them are women, single and have undergraduate/graduate education. In the scale totals, the nurses' fatigue score was 6.21 ± 1.53 and the care behavior score was 5.05 ± 0.55 . A statistically significant difference was found between the years of professional experience of the nurses, the clinic they worked in, the state of liking nursing and the total of the fatigue scale, as well as the age, marital status, professional experience, liking of nursing, alcohol status and care behaviors of the nurses ($p < 0.05$). However, no statistically significant relationship was found between the level of fatigue and caring behaviors in the general total ($p > 0.05$). However, it was determined that there was a very weak negative correlation between the behavior/severity ($r = -0.154$; $p = 0.017$) and cognitive-psychic ($r = -0.154$; $p = 0.017$) dimensions of fatigue and the nurses' care behavior scores in general. In addition, behavioral/violence and cognitive/spiritual ($\beta = -0.052$) dimensions of fatigue negatively affected nurses' care behaviors overall, while affect ($\beta = 0.066$) dimensions positively affected ($R^2 = 0.055$; $F = 4.474$; $p = 0.002$). As a result, the fatigue levels of the nurses who experienced fatigue due to the workload were severe. Nurses' levels of behavior/violence, affect and cognitive/mental fatigue generally affect their level of care behavior. In order to reduce the fatigue levels of nurses and contribute positively to the level of care behaviors, the nurse-patient ratio can be improved, and arrangements can be made regarding the working schedules and hours of the nurses.

Keywords: Behavior, Fatigue, Hospitals, Nurses, Nursing Care

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hemşirelik, sağlığın korunma, geliştirilme ve hastalık halinde iyileştirme gibi önemli sorumlulukları üstlenen bir meslektir. Kişilerin ve toplumun sağlığının sürdürülmesinde vazgeçilmezdir (1). Ancak hemşireler, çalışma yeri, hasta-hemşire oranı, hasta sayısı, hastaların aciliyet ve bağımsızlık düzeyi, stres, görev tanımı, teknolojik destek, hemşirelik bakım hizmetlerinin yapısı, klinik ve mesleki otonomi, vardiyalı çalışma, gece, fazla mesai, hemşire personelin bilgi, beceri ve deneyim gibi (2, 3) çalışma yerinden kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir (1). Bu durum hemşirelerin, potansiyel stres düzeyini artırırken, performansını düşürebilmekte ve iş yükünü artırabilmektedir. Ayrıca hemşireler, nöbetli çalışma, uzun süre ayakta kalma, normalden daha çok hastaya bakım verme ve fazla mesai yapma gibi nedenlerle de uyku düzensizlikleri, bazı psikosomatik ve kronik hastalıklara sahip olurken, sosyal yaşamları olumsuz etkilenebilmekte, özellikle dikkatsizlik ve yorgunluk gibi problemler yaşayabilmektedirler (4). Bununla birlikte hemşire başına düşen hasta sayısındaki fazlalık da hemşirelerde dikkat dağılmasına, hata yapma riskinin artmasına ve hastalardan olumsuz geri bildirim alınmasına ve fiziksel yorgunluğa sebep olmaktadır (5).

Özata ve Altuncan çalışmasında, bu ifadeleri destekler şekilde iş yükünün fazla olmasının, çalışan hemşire sayısının az olmasının, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesinin, stres ve yorgunluk durumunun tıbbi hataya yol açtığını belirtmiştir (6). Miller ise çoğunluğu hastanelerde çalışan, hesap verme sorumluluğu olan, 12 saatlik vardiyalarda ve gündüz-gece dönüşümlü çalışma programlarına sahip hemşirelerin uyku bozukluğu, uyku yoksunluğu yaşayabileceğini, akut veya kronik yorgunluk gelişme risklerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca gece çalışmasının halsizliğe yol açabileceğini açıklamıştır. Halsizlik ise uzun süre uyumadan kalma sonucunda ortaya çıkan yorgunluk durumudur. Bu durum uyanıklık, konsantrasyon, yargılama duygu durumlarını olumsuz etkileyerek kazalara, yanlış uygulamalara ve yaralanmalara neden olabilmektedir. Hafızada, problem çözmede ve karar vermede bozulmaya yol açarak iş üretkenliğini ve performans düzeyini de etkileyebilmektedir (7).

Özetle nöbetli, gece ve gündüz değişen saatlerde ve 12-16 saati bulan sürelerle çalışma, hemşirelerin biyolojik ritimlerini, içsel fizyolojik saatlerini ve dengeleri bozabilmekte, yorgun, uykusuz çalışılmasına, dolayısıyla hasta bakımını ve güvenliğini

etkilemektedir (8). Adriaenssens ve arkadaşlarının çalışmasında da vardiyalı çalışmanın, hemşirelerde yorgunluğun yaygınlığına etkisi olduğunu belirtmiştir (9).

Görüldüğü gibi yedi gün 24 saat bakım ihtiyacının olduğu hastanelerde çalışan hemşireler, birçok stres unsuruna, farklı vardiya sistemlerine ve uzun çalışma saatlerinemmaruz kalmaktadır (10). Çalışma saatlerinin yüksek olması, hemşirelerin sağlıklarını ve hasta sonuçlarını olumsuz etkilemekte ve bu durum endişe verici bir boyuttadır (11).

Hemşirelerin iş yükünün fazla olması sonucu artan yorgunluk düzeyleri, iş performanslarında değişimlere, konsantrasyonlarının bozulmasına ve davranışlarının bozulmasına sebebiyet vermektedir. Bu doğrultuda Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), “149 sayılı hemşirelik personeli antlaşması, 157 sayılı tavsiye kararının 33. maddesinin birinci bendi” içerisinde hemşirelerin çalışma saatlerinin sekiz saat olması gerektiğini, yalnızca acil durumlar gerekçe gösterilerek çalışma saatlerinin ihlal edilmesi gerektiğini savunmaktadır (12).

Bu kapsamda Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşullarını düzenleyen kanunlar ve Sağlık Bakanlığınca düzenlenen yönetmelik ve genelgeler bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin çalışma koşullarının bir gerekliliği olarak “gece çalışması ve nöbet sistemi” bulunmaktadır (13). Fakat Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşullarının ILO’nun tavsiye ettiği standartların altında olduğu gözlemlenmektedir (12). Bu durumun hemşirelerde performans düşüklüğüne, fiziksel ve mental olarak yorgunluğa, güvenli hizmet sunma durumlarında azalmaya ve bu gibi birçok probleme sebebiyet verebileceği öngörülmektedir. Türk Hemşireler Derneğinin (THD) hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili yaptığı çalışmada, bu sonuçları destekler şekilde gece ve gündüz değişen saatlerde uzun sürelerle çalışmanın hemşirelerin biyoloji ritimlerini, kendini olduğu kadar hasta bakımını, güvenliğini, aile ve sosyal yaşamını da etkilediği bildirilmektedir (14). Olumsuz çalışma koşullarının, hemşirelerde bakım eyleminde ilgi, özen ve bilgi eksikliğine yol açtığı, sorumluluk almama, hak ettiği bilgi, özen, ilgi ve eğitimden yoksun olmasına (15) neden olduğu vurgulanmaktadır. Kısaca hemşirelerin yaşadıkları yorgunluk, genel davranışlarının yanı sıra bakım davranışlarını da etkilemektedir.

Kanada Hemşireler Birliği ise yorgunluğu fiziksel ve zihinsel olarak yaşanan öznel bir his olarak tanımlamıştır. Ayrıca ağır iş yükünün, personel eksikliğinin, vardiyalı çalışmanın, artan hasta sayısının ve beklentilerinin, mesleki gelişime yeterli zaman

ayıramamanın, liderlik özelliği olmayan yöneticilerle çalışmanın ve benzer birçok faktörün hemşirelerde yorgunluğa sebep olduğunu belirtmektedir (16). Benzer şekilde Amerikan Hemşireler Birliği de yorgunluğu, hemşirelerin kişisel güvenliği, hasta güvenliği ve bakımı için bir tehdit olarak kabul etmiştir (17). Bazı çalışmalarda da bu beyanları destekler şekilde hemşirelerin yorgunluk yaşamasının hata oranlarını yükselttiği ve önemli bir güvenlik tehlikesi oluşturduğu vurgulanmaktadır (18, 19). Altuntaş ve arkadaşlarının 120 hemşirenin yorgunluk yakınmalarını değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin %68'nin kendilerini sürekli şekilde yorgun, bitkin ve halsiz hissettikleri saptanmıştır (20). Çünkü subjektif bir bulgu olarak değerlendirilen yorgunluğa, uzun süreli maruziyet zamanla hemşirelerin günlük yaşamını sürdürmesini ve kapasitesini kullanmasını engellemekte ve verimliliklerinin azalmasına neden olmaktadır (21, 22). Diğer deyişle bakıma ilişkin davranışlarını ve bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Oysa bakım, hemşirelik hizmetlerinin en önemli rolü ve yönüdür. Her hemşirenin, bakım davranışı yoluyla hemşirelik hizmetlerini geliştirme ve iyileştirme sorumluluğu vardır (23).

Bakım, hemşirelik mesleğinin temeli olup, hemşirelerin özgür oldukları alandır. Bu sebeple başarıyla yapılan bir hemşirelik bakımı, mesleğin başarısı için de temel oluşturur (24). Bununla birlikte devam edemeyen, belirsiz zamanlarda, normal çalışma saatini aşan, bazen beklenmedik gün ve saatlerde çalışan diğer bir ifadeyle yorgun olan hemşireler için dikkatli, özenli, ilgili, nazik olmak ve hasta bakımına dikkatini vermek güçtür. Bu durum, hasta hakları ve bakım etiği yönünden olumsuz bir durum olup, profesyonel bir kişinin özel ilgi ve bakımı için hastaneye müracaat eden, bakım alma beklentisinde olan bir kişi için ön görülemeyen bir risk yaratmaktadır (15).

Bu sonuçlar dikkate alındığında, hemşirelerin yorgun olmasının, bakım davranışları, bakımın etkililiğini ve kalitesini etkileyebileceği görülmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelenmiş ve yorgunluğun daha çok psikolojik yönünü ele alan (21), çalışmalara rastlanırken, fiziksel yorgunluğa yönelik sınırlı sayıda çalışmanın olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yorgunluk ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara ise rastlanmamıştır (25). Yalnızca bazı çalışmalarda, hemşirelerin bakım davranışları ile yorgunlukla ilişkili olan tükenmişliğin (26) ve merhamet yorgunluğunun ilişkisi incelenmiştir (27-29). Bu kapsamda bire bir hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın yapılması konuya ilişkin

literatürdeki boşluğun doldurulmasını sağlarken, hemşirelerin yorgunluk düzeylerini ve onları etkileyen faktörlerin tespit edilmesini, yorgunluğun azaltılmasına yönelik kurum politikalarının iyileştirilmesine yönelik öneri ve veri sağlayarak hasta bakımının iyileştirilmesine katkı verebilir.

Bu çalışma, hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışları düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin demografik özellikleri yorgunluk düzeylerini ve bakım davranışları düzeylerini etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmada genel bilgiler; hemşirelikte bakım davranışları, yorgunluk ve hemşirelikte yorgunluk ve bakım davranışlarına ilişkin araştırmalar olmak üzere üç alt başlıkta sunulmuştur.

2.1. Hemşirelikte Bakım Davranışı

Bu bölümde bakım kavramı, hemşirelikte bakım kavramı, hemşirelikte bakımın özellikleri ve bakım davranışı kavramı başlıklarına yer verilmiştir.

2.1.1. Bakım Kavramı

Bakım kavramı, fenomenolojik, ilişkisel, öznel ve etik yönleri olan birçok boyuta sahip bir kavramdır. Bakım kavramı, özellikle hemşirelik için özgün bir kavramdır ve genellikle hemşirelerin gerçekleştirdiği bir uğraştır (30).

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlüğüne göre bakım kavramı; “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek ve birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlamaktadır (31). Diğer bir tanıma göre bakım; “insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yapılan her şeydir” (32). Bu anlamda bakım kavramı, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir bireyin bakımının üstlenilmesi olarak tanımlanabilir (30). Dolayısıyla bakım, özellikle hemşireler öncelikli olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının temel görevleri arasında tanımlanmaktadır (30-33).

Bakım kavramı, birçok filozof, psikolog ve hemşire kuramcılar tarafında farklı şekilde tanımlanmıştır. Bir filozof olan Seneca bakım kavramını; “insanları üzen, sıkıntı veren bir olgu olarak kabul edilmesinin aksine, insanı tanrı seviyesine yükselten bir olgu” olarak ifade etmiştir. Tanrı doğası gereği iyidir ancak insanlar iyiyi “bakım” ile mükemmelleştirmektedir (30). Varoluşçu felsefeyi destekleyen psikolog Rollo May, bakım kavramını “insanı insan yapan bakımdır, bakım sevgiyle isteği mümkün kılar ve bakım, vicdanlı olmanın kaynağıdır” şeklinde belirtmiştir. Levinas, felsefi olarak bakım kavramını ahlak, sorumluluk ve etik kavramlarıyla beraber işlemiştir. Levinas’a göre bakım evrenseldir çünkü herkes bazı dönemlerde bakım gereksinimi duymaktadır. Bakım, birey adına sorumluluk oluşturur çünkü bir başkası ile ilgilenerek bakımını gerçekleştirmek

ahlaki bir sorumluluk olmaktadır. Filozof Kierkegaard bakım kavramı “insan hayatının anlanması adına temel olan bakımdır; bakım sübjektif, bireysel ve psikolojik bir oluşumdur” şeklinde açıklamıştır. Filozof Martin Heidegger, bakımın varoluş adına zorunlu bir olgu olduğunu savunmaktadır. Heidegger’e göre “bakım başkaları adına üzüntü ve kaygı duymaktır”. Bakım, felsefi düşünce sisteminin tam olarak merkezinde bulunmaktadır. Varoluşsal olarak bakım, doğuş itibarıyla oluşan bir olgudur ve duyuşsal bir boyutu içermektedir. Heidegger, bakım kavramının başkalarıyla ilgilenmek ve özenli bakım sağlamak anlamında birbirleri ile kıyaslamaktadır. Ayrıca bakım kavramını hem duyuşsal hem de fiziksel olarak irdelediğini göstermektedir. Felsefeci Martha Craven Nussbaum, bakım kavramını “insanın sağlıklı olma olanaklarının sağlanması” olarak ifade etmektedir. Ayrıca bakım olgusunun “kadın sorumluluğunda” bir algısının olduğunu ve bu algıdan farklı olarak bakımın adillikle ilişki içerisinde bulunduğunu savunmaktadır (30).

Hemşire kuramcılardan ise Florence Nightingale, Madeleine Leininger, Virginia Henderson, Lydia E. Hall, Dorothea Orem, Margaret Jean Watson, Fry, Benner ve Wrubel gibi birçok kuramcı bakım kavramına kuramlarında yer vermişlerdir. Nightingale’e göre bakım kavramı “bireyin yaşamı adına sorumluluk almaktır” (30, 34). Henderson’a göre “hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal yönünü göz önünde bulundurarak temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir. Lydia E. Hall’a göre hemşirelik bakımı, bireyin rahatlığını sağlamak, bilgi eksikliğini tanılayıp bireyi bilgilendirmek, bireyin öğrenme gereksinimlerini karşılamak ve bireyin günlük gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir. Dorothea Orem ise hemşirelik bakımını, sağlıklı/hasta birey biyolojik ve psikososyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken bir işlev olarak tanımlamıştır (30).

Watson ise “bakımı, bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyo-kültürel boyutlarda iki kişinin karşılıklı etkileşimi sonucu bilimsel, etik, estetik ve dolayısı ile profesyonel olarak bireyselleşmiş kişilerarası bir süreçtir” olarak tanımlamıştır (34). Ayrıca bakım kavramı, hastanın deneyimlerini bir yansıması olarak betimlenebilmektedir. Bakım verme işi hemşireliğin temeli, hemşirelik pratiği adına bir merkezi odak notası olarak ifade edilmektedir. Watson’a göre bakım hastaya yarar sağladığı gibi hemşireye de yarar sağlamaktadır. Bu da hemşire ve hasta arası karşılıklı bir yarar sağlama işinin olduğu ve her iki tarafın gelişim gösterdiği bir süreci ifade etmektedir. Watson’un İnsan Bakım

Teorisine göre hemşirelik “bakım verme felsefesi-bilimi” olarak nitelendirilmektedir (30, 34).

Fry, hemşirelik bakımını hemşireliğin gerekliliği olan bilgi ve becerilerle beraber ahlaki bir boyutta incelemektedir. Fry’a göre hastaya bakım vermek, hemşirenin benimseme gerekliliği bulunan merhamet, vefalılık, dürüstlük ve yetkinliğin yanında hijyen, organize etme ve iş yapma süreçlerini bütünsel bir şekilde içerisinde barındırmaktadır. Hemşirelik bakım kavramının ahlaki boyutu bireyle hemşire arası iletişimde “temel” olarak nitelendirilmektedir (30, 34).

Benner ve Wrubel’e göre “bakım, hasta ile hemşire arasında etkileşimli bir süreçtir. Bakım uygulamaları, hasta savunuculuğu ve bireyin büyüme ve gelişmesine yardımcı olacak gerekli koşulların sağlanmasıdır”. Benner ve Wrubel, bireysel olarak yaklaşım içerisinde bireyselleştirilmiş bakımın hemşireliğin yetkinliği altında olduğunu ifade etmiş, hemşireliğin bakımdaki önemini vurgulamıştır (30, 34).

Roach, bakım kavramını “evrensel bir süreç” şeklinde tanımlamış ve profesyonel bakım verilmesi adına olan süreç adına bir değerlendirme yapmıştır. Roach’a göre bakım, profesyonel bir şekilde yapılan bakım verme eylemi, duygusal, bilişsel ve yönetsel becerileri kapsayan bir alan içerisinde olan insan davranışlarıdır” (34).

Morse, Solberg, Neander, Battorf ve Johnson ise kapsamlı çalışmasında, bakım kavramının sözcük tanımlamalarını ve boyutlarını incelemişlerdir. Bakımı “ahlaki bir zorunluluk, bir duygulanım, bir insani özellik, kişiler arası etkileşim ve terapötik müdahale” olarak tanımlamışlardır (34). Bu kapsamda hemşireler, bir sağlık profesyoneli olarak sağlık hizmetleri içerisinde bakımın verilmesinde önemli pozisyona sahiptirler (35).

2.1.2. Hemşirelikte Bakım Kavramı

Hemşirelik, sağlık bakım ortamında evrensel olarak kabul gören bir meslektir. Savage göre “hemşireliğin toplumdaki misyonu; bireyleri, ailelerin ve grupların fiziksel, zihinsel ve sosyal güçlerini belirlemelerine ve geliştirmelerine, yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın zorlu koşullarında bunu yapmalarına yardımcı olmaktır. Bu hemşirelerin sağlığı geliştirme ve sürdürme, aynı zamanda hastalığı önleme işlevlerini geliştirmesini ve gerçekleştirmesini gerektirir. Hemşirelik aynı zamanda hastalık ve rehabilitasyon sırasında bakımın planlanması ve uygulanmasını içerir; sağlık, hastalık, sakatlık ve ölümü etkilediği için yaşamın fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerini kapsar” (36). Dolayısıyla hemşirelik ve

sağlık bakımının doğası; hemşirenin rollerini ve işlevlerini, hemşirelik uygulama bilgisini, hemşirelik uygulama becerilerini ve sağlık bakımını kapsar (36).

Hemşirelik, geçmişte etkileyen toplumsal ve politik koşullar içinde gelişmiş bir meslektir. Hemşirelerin, doğrudan sorumlulukları dışındaki faktörlerin, hastalara ve ailelerine verdikleri bakım üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğini anlamaları için mesleklerinin gelişiminin farkında olması gerekir. Bu bakımın verildiği her bir ülkeye özgü olabilir. Ayrıca bakım, sağlık bakımı ve hemşirelik eğitiminin gelişmişliği ve yönetilme biçimini de etkiler (36). Bu kapsamda hemşirelikte bakım, hemşireliğin ayrılmaz bir parçasıdır ve hemşirelik, hasta bakımının fiili olarak uygulanmasını içeren bakım temelli bir bilimsel disiplindir (32).

Nightingale, hemşirelik bakımını “hemşirelik mesleğinin temelinde bakım verme bulunmaktadır” (37), Leininger ise “bakım hemşirelik, hemşirelikte bakımdır” ifadesini ile vurgulamıştır (38).

Hemşirelik bakımının, literatürde farklı tanımları mevcuttur (39). Bir tanıma göre hemşirelik bakımı; “bakımı niteleyen, özellikleri insana özgü bir özellik, bir duygu, kişiler arası dinamik, tedavi edici bir süreç ve ahlaki yükümlülüktür”. Bir başka tanıma göre hemşirelik bakımı; “bir değer ya da tutumun istek, niyet veya taahhüde dönüşerek kendisini somut eylemler ile ortaya koymasısıdır” (32). Bu tanımların dışında hemşirelik bakımı “bireyselleştirilmiş bakım” olarak da ifade edilmektedir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımında, bireyin genel sağlık durumunun ve kişisel durumunun karar verme becerisi ve kapasitenin göz önünde bulundurulmasıyla bir planlama yapılmasını gerektirmektedir (40). Bütüncül bir şekilde incelendiğinde ise hemşirelik bakımının farklı bir boyut kazandığı ifade edilmektedir. Amerikan Holistik Hemşireler Birliğine (AHNA) göre bütüncül hemşirelik bakımı; bireyin tamamen iyilik içerisinde olması, ruh sağlığı, akıl ve beden sağlığının uyumlu bir şekilde olması ile ilişkilendirilmektedir. Bu açıklama, bütüncül hemşirelik bakımının kişinin zihnen, ruhen, duygusal olarak bedenlen, çevresel, ilişkiler ile ve sosyokültürel bir şekilde ele alınarak yapılan hemşirelik uygulaması olarak tanımının yapılmasına olanak tanımaktadır (41).

Hemşirelik bakımı, hemşireliğin “hemşirelik bakımını sağlamak ve yönetmek, sağlıklı/hasta bireyleri ve sağlık bakımı çalışanlarını eğitmek, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak davranmak, eleştirel düşünme ve araştırma yoluyla hemşirelik uygulamasını geliştirmek” olmak üzere dört temel işlevinden biridir (36).

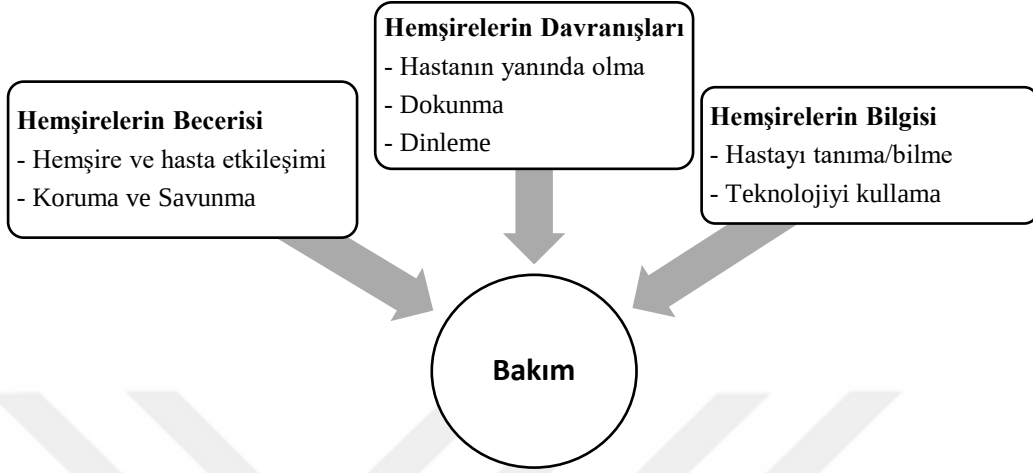
Hemşireliğin dört temel işlevinden biri olan “hemşirelik bakımını sağlama ve yönetme işlevi”;

- Bireyin, ailenin, grubun veya toplumun gereksinimlerini tanımlamak ve bunları karşılamak için gerekli ve mevcut kaynakları belirlemek,
- Hemşirelik bakımı ile en uygun ve etkili şekilde karşılanabilecek ya da diğer profesyonellere yönlendirilmesi gereken gereksinimleri saptamak,
- Hemşirelik bakımı ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini öncelik sırasına göre sıralamak,
- Gereken hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak,
- Bireyi ve uygun olduğunda aile ve yakınlarını bakımın tüm yönlerine dahil etmek, öz bakımına katılımını ve sağlıkla ilgili tüm konularda kendi kararlarını vermesi için cesaretlendirmek,
- Hemşirelik sürecinin her aşamasında neler yapıldığını belgelemek ve sunulan bilgileri hemşirelik bakımı sonuçlarını, birey, aile, grup, toplum ya da ilgili hemşire ve hemşirelik bakımının uygulandığı sistem açısından değerlendirmek üzere kullanmak,
- Kabul edilen ve uygun olan kültürel, etik ve mesleki standartları uygulamaktır (36).

Bu doğrultuda hemşirelerin sağlıklı veya hasta bireye, ailelerine gerekli bakımı anlamlı verebilmeleri adına hemşire-hasta ilişkisinin güçlü temeller üzerine kurulması gereklidir. Ayrıca bakım vermek için sempati gösterme, özverili, saygı olmalarının yanı sıra motivasyon, iletişim, bilgi, bireysel yaklaşım, gereksinimlerin karşılanması, samimiyet ve dürüstlük gibi değerleri gözetmeleri gerekmektedir (34). Brunton ve Beaman’da hemşirelerin önemli gördükleri bakım davranışlarını; insan olarak hastanın değerliliği, hastaya saygının gösterilmesi, hastaya karşı duyarlı olma, hastayla konuşma, hastadan edinilen bilgilerin gizliliğine önem verme, birey olarak hastaya özel davranma ve hastayı dikkatlice dinlemek olarak belirtmişlerdir (34, 42).

Bu unsurlar dikkate alındığında bakımın genellikle ilişkisel bir kavram olduğu görülmektedir ve umursama, şefkat, duyarlı olma, değer verme, ahlaki davranma, terapötik müdahale, iletişim, bilgi verme temalarının “bakım” kavramı içinde yer aldığı görülmektedir (34).

Hemşirelikte bakım kavramının bileşenleri ise hemşirelik bilgisi, becerisi ve davranışları şeklinde üç başlıkta tanımlanmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Hemşirelikte bakım kavramının bileşenleri (Erol ve Türk'den, 43)

Bu bileşenler dikkate alındığında hemşirelik bakımı, mesleki bilgi ve becerinin yanında yeteneklerin de kullanıldığı, özerk kararların verildiği hemşirelik mesleğinde temel görevlerinden biri olarak tanımlanabilir. Bakım hizmetlerinde kalitenin yansıması olarak nitelendirilen sağlık hizmetleri, hemşirelik mesleğinin birincil sorumluluğu olarak açıklanmaktadır. Bakım, toplumun her ferdinin hayatlarının er ya da geç bir noktasında gerekli olmaktadır (44, 45).

Bakım, hastalara ve hemşirelere sağlamış olduğu yarar nedeni ile “hemşireliğin özü” olarak nitelendirilmektedir. Tedavinin yapılabilmesi, hemşireliğin ahlaki ve etik temelini yanında hemşireliğin özü olarak gerekliliği bulunmasından dolayı bakım birçok hemşirelik girişiminin tam olarak merkezinde yer almaktadır. Hasta gözünden hemşirelik bakımıysa hastane bakımıyla alakalı genel memnuniyetin en önemli göstergelerinden biridir. Hasta memnuniyeti, hemşire bakımı adına etkili bir ölçüm, bakım kalitesinin izlenimi, hemşirelikteki etkinliğin değerlendirilmesi adına kritik bir önem taşımaktadır (37).

2.1.3. Hemşirelikte Bakımın Özellikleri

Hemşirelik bakımın karakteristik özelliği Roach tarafından ele alınmış ve “5C” kuralı ile tanımlanmıştır. Roach’a göre 5C kuralı; güven (confidence), merhamet

(compassion), yeterlilik (competence), taahhüt (commitment) ve vicdandan (conscience) oluşmaktadır (46). Bununla birlikte hemşirelik bakımının etkilendiği 4 temel özellik; bakım bilgisi, becerisi, davranışı ve bakım süreci olarak tanımlanmaktadır (46).

2.1.3.1. Bakım Bilgisi

Hemşirelerin yaşam boyu öğrenme ilkesi doğrultusunda bilgi ve becerilerini güncelleyip, alanlarıyla alakalı gelişmelere uyum sağlamaları ve vermiş oldukları bakım birikimlerini alanlarında çalışan diğer kişilere aktarmaları gerekmektedir. Hemşirelik mesleği adına bir alt yapının oluşturulabilmesi, bilgi birikimiyle olmaktadır. Bilim ve teknolojilerdeki gelişmelerin bir ivme kazanması, kaynakların etkin kullanımının yanında bakım kalitesini artırma ve bakım standartlarının sürekliliğini sağlama adına hemşirelerin bilgi edinmesinde bir gereklilik arz etmektedir. Hemşirelikte bilgi; sezgi, deneyim ve gözlem gibi olgulardan kazanılabilmektedir. Hızlı bir şekilde gelişim gösteren teknolojinin yanında değişen bilgi birikimi adına uyum sağlanması için hemşirelik eğitiminde ve uygulamada hemşirelerin yönlendirilmesi için yeni teknik ve modellerin kullanıldığı gözlemlenmektedir (47, 48).

Bakıma ihtiyaç duyan kimselerin ihtiyaçlarının giderilmesi, standardizasyonu ve kullanıcıya rehberlik etmesi bakımından hemşirelik modelleri etkin ve kullanışlı bir araç olmaktadır. Bundan dolayı hemşirelerin eğitim sürecinde sıkça kuram/model tekniğiyle eğitim verildiği, bu bağlamda kuram/model tekniğinin önem arz ettiği ifade edilmektedir. Eğitim süresince model ağırlıklı ve kanıta dayalı simülasyon eğitimleri ve bilgisayar destekli eğitimler ve akran koçluğu gibi yöntemlerle eğitimleri sürdürülmektedir (47).

2.1.3.2. Bakım Becerisi

Hemşirelik uygulaması, teorik bilgi ve bu bilginin pratikte kullanımının bir entegrasyonu şeklinde yapılmaktadır. Bundan dolayı hemşirelik eğitiminde hemşirenin hastaya hizmet vermeden önce ilgili psikomotor becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Beceri kazanımıyla beraber hemşirenin kaygı düzeyi azalmakta, hastayla kuracağı iletişim becerilerine katkı sağlamaktadır. Uygulamalı eğitim boyunca öğrenciye klinikte karşılaşması muhtemel durumlar ve bu durumlarda yapılacak uygulamalar adına eğitim verilmektedir. Bu eğitim hemşirelik öğrencisine kontrol duygusu ve güvenle birlikte öğrenme düzeyine de katkı sağlamaktadır. Maket kullanımıyla eğitim verilen mesleki beceri laboratuvarlarında hemşirelik öğrencisine bilgi ve deneyimlerin aktarımı da önemlidir (49).

Uygulamalı eğitimle birlikte hemşirelik becerilerini geliştiren bir diğer uygulama “simülasyon” uygulaması olmaktadır. Bu uygulama, hemşirenin teknik becerilerinin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Temel plastik mankenlerden sanal gerçeklik ve dokunmatik sistemlere yönelik araçlar simülasyon uygulamasında kullanılmaktadır (50). Bu durum özellikle yoğun bakım ünitesi, acil servis ve ameliyathane gibi özellikli alanlarda görev yapacak olan hemşirelerin hızlı karar verebilme ve stres yönetimi gibi becerilerinin gelişmesi açısından önemlidir. Çünkü hemşirelerin faaliyet alanlarındaki hataların en küçük düzeydeki değişimleri, ortaya istenmeyen sonuçlar çıkmasına sebebiyet verebilmektedir (51).

Hemşirelik mesleğinde kazanılması ve geliştirilmesi gereken bir diğer beceri, iletişim becerisidir. Her yaştan, her sosyoekonomik düzeyden bireylerin faaliyetlerinin koordinesi adına meslektaşlarıyla etkili bir iletişimin sağlanması gerekliliği bulunan hemşirelik alanında, iletişim oldukça yüksek bir öneme sahiptir. Ayrıca hemşirelikte meslek içi ya da toplumsal düzeyde bilgilendirmenin yapılması ve eğitimin verilmesi sorumluluğu bulunmaktadır. Bundan dolayı hemşirelikte eğitim süresi boyunca ve sonrasında hizmet içi eğitimler verilerek iletişim becerileri adına destek olunması istenmektedir (52).

2.1.3.3. Bakım Süreci

Hemşireliğin bakım süreci, 1950’li yılların ortalarına kadar “tanılama, planlama ve uygulama” şeklinde üç basamakta ele alınırken 1955’ten sonra hemşirelik bakım süreçleri standardize edilerek “değerlendirme” basamağı da bu sürece dahil edilmiştir. 1967 yılında ise hemşirelik süreçlerinin sınırları “5D” modeliyle çizilmiştir. 5D Modeli; keşfetme (Discover), araştırma (Delve), karar verme (Decide), uygulama (Do), ayırtma (Discriminate) şeklinde tanımlanmakta ve hemşirelikte bu aşamaların uygulanması gerektiği ifade edilmektedir (53).

Problemlerin belirlenmesinin yanında hastanın genel durumunun değerlendirilmesi, uygulanmış olan hemşirelik bakım süreçleri içerisindeki ilk uygulama olmaktadır. Bu süreç; verilerin toplanması, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş temel aşamadan oluşmaktadır.

2.1.3.4. Bakım Davranışları

Sağlık ortamı içerisinde hemşireler, hastalar ile en çok vakit geçiren sağlık profesyonelleridir. Bu durum hastaya uygulanan bakım davranışlarının hasta adına sağlıklı bir sonuç vermesinin önemli bir etkisinin olacağını göstermektedir. Çünkü hemşireler tarafından verilen bakım, hastaların memnuniyet düzeylerinin artması ya da azalması ile ilişkilendirilmektedir (37, 54).

Çalışmanın ana konusundan biri olan bakım davranışları aşağıdaki alt başlıkta ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.1.4. Bakım Davranışı Kavramı

Bakım davranışı, çok boyutlu bir kavramdır. Hemşireler hastaya dokunurken, dinlerken, yanında bulunurken ve hastayı tanımlarken bu davranışları gösterirler. Hemşireler bakım davranışlarını yalnızca hastaya değil, aynı zamanda hasta yakınlarına da sağlarlar. Hasta yakınlarının hemşirelerden onları cesaretlendirme, zor dönemlerinde destek olma, stres ve anksiyete gibi olumsuz durumları önleme ya da azaltma, güven ortamı yaratma gibi beklentileri bulunmaktadır ve böyle durumlarda onlara destek olmaları istenmektedir (55). Hemşirelerin hasta bakımı esnasında saygılı ve anlayışlı bir tutum sergileyerek göz teması kurması, hastaların duygu ve düşüncelerini açıklamalarına izin vermesi ve hastaları cesaretlendirmesi de beklenmektedir (55).

Bakım davranışları aynı zamanda hemşirelik mesleğini profesyonelliğe taşıyan bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Bakım davranışlarının basamakları; bakım verilecek bireyler adına veri ve bilgilerin toplanması, toplanan verilerle birlikte bireyin bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaçlar adına verilecek olan bakım davranışlarının planlanması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (56).

Hemşire kuramcı Leininger ise bakım davranışlarını; “empati ve duyarlı olma, ilgi ve şefkat, konfor, başa çıkma, beslenme, aşk, paylaşma ve yardım, destekleme, dokunma, güven, kolaylaştırıcı, yardım edici davranışlar, güç verici ve koruyucu davranışlar, ilham veren davranışlar” şeklinde belirlemiştir (57). Bakım veren kişiyle bakım alan kişinin aralarında yakın bir ilişki olması gerekliliğini ifade eden Leininger, aynı zamanda hemşirelik bakımında bulunan kültürel farklılıkların da dikkate alınması gerektiğini ifade etmiştir (57).

Watson ise bakım davranışlarını; “dikkatli dinleme, göz teması kurma, hastayı rahatlatma, hastanın sorumluluğunu alma, dürüstlük ve duyarlılık, dokunma, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, zihinsel ve fiziksel olarak hazır bulunma, duygusal bir şekilde açık ve ulaşılabilir olma, hastaya adıyla seslenme, birey merkezîyetçi olma, bilgi verme ve kültürel farklılıkları dikkate alma” şeklinde tanımlamıştır (58). Bu kapsamda bir bireye/hastaya hemşire bakımı verilirken empati kurulması, saygılı olunması ve bir güven bağı oluşturulması beklenmektedir (59). Bu davranışlar gerek hemşireler gerek hastalar için olumlu sonuçlar oluşturmaktadır. Bundan dolayı hemşirelerin bakım davranışlarını hastaya maksimum düzeyde sunması ve bakım kalitesinin artırılması büyük önem arz etmektedir (60).

2.1.5. Bakım Davranışını Etkileyen Unsurlar

Hemşireler, hasta bakımı sırasında bakım davranışları gösterirken bu davranışların etkilendiği birçok unsur ile karşı karşıya kalmaktadır. Hemşirelerin bakım davranışlarını etkileyen faktörler genel olarak; hastalara ait unsurlar, hemşirelere ait unsurlar ve çevresel/kurumsal unsurlar olmak üzere üç farklı sınıflandırma ile ifade edilmektedir (56).

Hastalara ait unsurlar; hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını algılama düzeylerini etkileyen unsurlardır. Hastalara ait bu unsurlar; hastaların sosyal durumu, eğitim düzeyi, yaşı (55), deneyimleri, hastalığı algılama biçimi, hastalığın kronik ya da akut olması, hastanın psikolojik-fiziksel durumu, bireyin hastalığa yüklemiş olduğu anlam ve hastanın yaşamış olduğu anksiyeteye şeklinde belirtilebilir (38, 60).

Hemşirelere ait unsurlar; hemşirelerin yaşı, çalıştıkları kurum, birim ve hasta sayısındaki fazlalık, hastaya sunulan bakım süresinin az veya çok olması, hemşirelerin görev-sorumluluklarının dışındaki işlere ayırmış oldukları zaman gibi unsurlardır. Bu unsurlar direkt olarak bakım davranışlarını etkilemektedir (61). Bunların yanında hemşirelik içerisinde bakımın kalitesini belirleyen en önemli unsurlardan biri “eğitimdir”. Çünkü eğitim düzeylerinin yüksek olması, hemşirelikte mesleki profesyonelliği ve profesyonel davranışlar sergilemesini de aynı düzeyde yükseltmektedir (59).

Hasta bakımında hemşirenin memnuniyeti ve motivasyonu büyük önem arz etmektedir. Motivasyonun yüksek olması, hemşirenin kaliteli bir bakım verdiği, motivasyonun düşüklüğünde ise hemşirenin dikkatinin dağıldığı, unutkanlık yaşadığı, önemsememe ve insan ilişkilerinde olumsuz davranışlar sergilediğini göstermektedir (59).

Hasta bakım davranışları üzerinde çevresel/kurumsal faktörler de önemli düzeyde etki etmektedir. Yoğun bir çalışma temposu olan hemşirelerin kurumsal faktörlerin de etkisi ile birlikte kaliteli bir bakım davranışı sergileyemediği düşünülmektedir. Hemşirelerin çalışmış oldukları bölümde hasta bakımının haricinde, aynı zamanda görev tanımlarında bulunmayan birçok iş ile ilgilendiği söylenmektedir. Başka işlere harcamış oldukları zamanın alındığı, bu durumun bakım kalitesinde düşüklüğe yol açtığı ifade edilmektedir. Bunun yanında kurumlardaki hemşire, malzeme ve donanımlı cihazların eksikliği ya da olmayışı sebebiyle bakımın kalitesi de azalabilmektedir (59, 60).

Bakım davranışlarını etkileyen unsurlar ayrılmaz bir bütünün birer parçası olmaktadır. Bu unsurlardan bakım alanın yanında bakım veren de direkt olarak etkilenmektedir. Bundan dolayı bütüncül bir bakım anlayışıyla kaliteli bir bakım sağlanması gerekmektedir (59).

2.2. Hemşirelikte Yorgunluk

Hemşirelik mesleğinde yorgunluk, diğer mesleklere oranla daha yüksek olabilmektedir. Bu nedenle bu bölüm; yorgunluk kavramı, yorgunluğun tıbbi tarihçesi, mesleki yorgunluk, hemşirelikte yorgunluğun sonuçları başlıklarında açıklanmıştır.

2.2.1. Yorgunluk Kavramı

Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğünde yorgunluk kavramı; “çalışma ya da metabolik artıkların birikmesi, kaşeksi, ateş, hormonlardaki değişiklikler, uyku düzensizlikleri, psikolojik sorunlar, anemi, oksijen yetersizliği gibi nedenlerle gelişen güçsüzlük, tükenme ve enerji kaybı sonucu bireyin ruh ve beden etkinlikleri açısından verimlilik düzeyinin azalması” olarak tanımlanmaktadır (31).

Yorgunluk kavramı kişiye özgü (62), fiziksel, duygusal ve bilişsel boyutları içerisinde barındıran, sıkıntıya sebebiyet veren korkunç, hoş olmayan, bireyin algısıyla ilişkili bir öznelliği bulunan ve evrensel bir deneyim olarak tanımlanabilmektedir (63).

Yorgunluk kavramı ayrıca tükenme, zayıflama ve halsizliğin yanında solgunluk ve enerji düşüklüğü gibi kavramlarla kullanımıyla da açıklanmaktadır (63). Yorgunluk, zayıf ya da yetersiz bir uyku, uzun süreler boyunca stres, depresyon, anksiyete ve ağrının yanında besin eksikliği, ateş, ileri yaş, anemi, yaşam olayları ve çevresel faktörleri kapsamaktadır (62).

Yorgunluk, vücudun zihinsel ya da fiziksel kaynaklarında yıpranmaya ve aşınmaya sebebiyet vermekte olan her şeyi içermektedir.

Yorgunluğun akut ve kronik olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Akut yorgunluk, kısa süreliyen, kronik yorgunluk uzun süreliyi. Akut yorgunluk yeterli bir uykuya, dinlenmeyle ya da rahatlamayla kısa bir zaman zarfında geçebilirken, kronik yorgunluk kolay bir şekilde geçmemektedir. Kronik yorgunlukta kişi kolayca rahatlayamamakta, aynı zamanda yaşam kalitesinde derin bir olumsuz etki olmaktadır. Yorgunluk kişide fiziksel ve psikolojik olan isteklere yanıtın bir göstergesi olmakta, kişinin işlevi sürdürme bilme kapasitesindeki azalma sebebiyle vücudun aldığı koruyucu bir önlem olarak nitelendirilmektedir (62, 64). Ayrıca yorgunluk uzun süreli gerginliği tetiklemesi sebebiyle stresle ilişkilendirilmektedir (65).

Yorgunluk sebepleri çok faktörlü olarak karşımıza çıkmakta, psikolojik ve fizyolojik faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Yorgunluğun fizyolojik faktörleri; anemi, düşük testosteron hormonu üretimi ve dinlenme durumunda enerji tüketiminde yüksekliğin yanında bozulan uyku düzeni olmaktadır, psikolojik faktörleri “depresyon” olarak gösterilmektedir. Yorgunluk kişinin fiziksel fonksiyonları üzerinde bir bozulmaya sebebiyet vermekte ve böylece yaşam kalitesini düşürmektedir (66).

Temel olarak çalışma süresindeki yorgunluk değerini belirlemek için çalışma süresinin uzunluğu ve sirkadiyen zaman baz alınmaktadır. Çalışma sürelerinin uzaması, kişinin yorulmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle sübjektif gece çalışma sürelerinin gündüze göre daha yorucu olduğu ifade edilmektedir (67).

Yorgunluk sürekli olarak zihinsel ya da fiziksel aktivitenin, yetersiz dinlenmenin, standart dışındaki çalışma programlarının veya uyku kaybının birbirleri arasındaki kombinasyonundan meydana gelmektedir. Yorgunluğun en önemli etkilerinden bazıları; dikkat eksikliği, karar verme bozukluğu ve hafıza kaybının yanında reaksiyon sürelerinin uzaması, detaylara olan dikkatin azalması, sorun çözme aktivitesinde düşüklük, görevleri ifa etmede motivasyonun düşmesi, öfke, kaygı, depresyon ve düşmanlık gibi durumlardır. Bu öğelerden her biri hemşireleri etkilediği gibi aynı zamanda hasta güvenliğini de olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (68).

Yorgunluğu etkileyen en önemli unsurlardan bir diğeri; işle ilgili yorgunluk ve stres derecesidir. Birçok hemşire yorgunluk sonrası bir toparlanma süreci adına zaman ayıramamakta, sürekli bir fiziksel ve zihinsel yorgunluk halinde işlev görmek zorunda

kalabilmektedir. Bu da sağlık çalışanlarında bulunan program düzensizliğinin, sağlık adına olumsuz bir etkisinin olduğunu göstermektedir (69). Sekiz saatlik bir çalışmanın ardından kişisel performansın, konsantrasyonun azaldığı, bilişsel hata riskinin ise arttığı tespit edilmiştir. Uyku ve ruh halinin yanında kişide sosyal yönden iyi hissetme durumu, vardiyayı izleyen ilk dinlenme gününün ardından diğer dinlenme günlerine oranla daha kötü olma eğiliminde olmaktadır (70).

Yoğun bakım hemşirelerinin yorgunluk düzeyleri ve eleştirel düşünme yetenekleri baz alındığında, on iki saatlik vardiya sonunda yorgunluk puanlarının başlangıca ve sekiz saatlik vardiyaya göre daha yüksek bir seviyede olduğu rapor edilmektedir. Bir diğer ifadeyle on iki saatlik vardiyaların yorgunluk oluşturma potansiyelinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (71).

Birçok meslek kolunda çalışanlar, nöbet usulü ile çalışmaktadır. Bu açıdan nöbet usulü ile çalışma, sağlık hizmetlerinde de bulunmaktadır. Çünkü sağlık çalışanlarının hastalar ve yaralıları için 7 gün 24 saat bakım zorunluluğu bulunmaktadır (72). Dolayısıyla 24 saat nöbet usulü çalışma sağlık çalışanlarında ya da hemşirelerde yorgunluğa sebebiyet verebilir. Artan yorgunluk hemşirelerin hata yapma oranları etkiyebilir. Bu görüşü doğrular şekilde hemşirelerde yorgunluk ve düşük uyku kalitesiyle tıbbi hataların ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu ilişkilendirme adına hemşirelerin vücutlarının yeni bir çalışma düzenine uyum sağlamak adına yeteri kadar bir zamanının bulunmadığı gerekçe göstermiştir (73). Dönüşümlü vardiyalarda çalışmada, düzenli çalışma programı olanlara göre hemşireleri etkilemekte, vardiyalı çalışan hemşireler en az iki kat daha fazla hata yapmakta veya hata yapma oranları daha yüksek olmaktadır (74).

2.2.2. Yorgunluğun Tıbbi Tarihçesi

Yorgunluk genel olarak bazı zaman diliminde bir hastalık olarak görülmüş bazı zaman diliminde ise farklı hastalıkların bir belirtisi olarak görülmüştür. Fakat tarih süresince üzerinde düşünülen yorgunluk, iyileştirilmeye çalışan bir problem olarak görülmüştür. Hipokrates yorgunluğu, başlı başına bir hastalık olarak tanımlarken, Bouchut ise “nöropati” teriminin karşılığı olan ve yorgunluğun ön planda durduğu bir durum olarak tanımlamıştır. 1772 yılında Cullen “sinir gücü” kavramını ortaya atmış, sinir gücünü kas ve sinirin birbirleri ile bağlantılı yapılardan oluştuğunu ifade etmiştir. Cullen, hastalıkların tamamının bu sinir gücünün tabiatı karşısında meydana gelen hareketlerden oluştuğunu,

sinir gücündeki azalmanın en önemli belirtisinin ise yorgunluk olduğunu savunmaktadır (75).

Yorgunluğun tek başına bir hastalık olarak görülmesinin yanında bazı zaman dilimlerinde çeşitli adlar ve terimlerle karşılanan özgül bir durum veya birçok farklı hastalığı ortaya çıkaran bir belirti olarak nitelendirilmiştir. Fakat tarih boyunca yorgunluk iyileştirilmeye çalışılmıştır. Hipokrates tarafından hastalık olarak görülen bu kavram, Scythiansların hastalığı olarak nitelendirilmiştir. Sürekli bir şekilde at binilmesi sonucu meydana gelen genital bölge harabiyetine eşlik eden en yaygın belirti, genel bir yorgunluk olarak ifade edilmiştir (76).

On sekizinci yüzyıldan günümüze yorgunluk, hekimlerin sık bir şekilde karşılaşmış oldukları yakınmaların başında gelen bir kavram olmuştur. 1764 yılında Fransa’da Bochart’un “nöropati” terimi ile karşılanan bu kavram, ön planda olan bir durumu tanımlamaktadır. Nöropati sonrasında ortaya çıkan nevrasteninin öncülü olarak gösterilmiştir. 1772’de Cullen’in öne sürdüğü sinir gücü kavramıyla sinir gücündeki zayıflamanın en önemli etkeni olarak gösterilmesi de yorgunluğun araştırılması ve iyileştirilmesi adına önemli olmuştur (75).

Ayrıca bir hekim olan Silas Weir Mitchell, Amerikan İç Savaşı sırasında çatışma stresine maruz kalan kişilerde tespit ettiği ve nörolojik bir hastalık olarak nitelendirdiği “asteni” terimini kullanmıştır. Sonrasında nörologlar, düşünce davranışı ve tepki zamanında zayıflamanın olması durumunu olarak asteni terimiyle tanımlamışlardır. Victor ve Ropper ise bu kavram içerisinde “psikomotor asteni” kavramını geliştirmiştir. Mac Cabe, depresyondan farklı bir hastalık olarak “mental asteni” yi tanımlamıştır (77).

Günümüzde kullanılmayan fakat birbiri ile benzer bir klinik durumu nitelendiren birçok tarihsel terim bulunmaktadır. “Nöro-sirkulatuvar asteni, Da Costa Sendromu, asker kalbi, subakut asteni, fonksiyonel kardiyovasküler hastalık, kardiyak nöroz ve kronik asteni” gibi birçok belirti sebebiyle birçok tanı kategorisi kullanılması, yorgunluk adına kavramsal bir kargaşaya neden olmuştur (77).

Günümüzde bazı kesimlere göre asteni, kronik bir yorgunluk sendromu gibi ayrı bir fiziksel hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bazıları ise asteniyi, psikolojik bir bozukluk olmakla birlikte nevrasteni veya kronik asteni olarak tanımlanmaktadır. Hatta daha çok psikojenik kökeni bulunan çok sayıda psikiyatrik ve fiziksel hastalıklara sebebiyet veren veya yaşam tarzı sebebiyle meydana gelen bir belirti olarak tanımlayanlar da

bulunmaktadır. Asteni adına farklı olan üç görüşün de içeriğinde bulunduğu bir süreklilik (continuum) olarak değerlendirmesinin yapılması, fiziksel, davranışsal, emosyonel ve bilişsel bileşenleri bulunan öznel bir belirti olarak tanımlanmış, bilimsele en yakın tanımlama olarak gösterilmektedir. Asteni, bazı zamanlarda tek başına bir durumu nitelendirse de bazı zamanlarda herhangi bir hastalığa veya yaşam tarzına etki eden ve yetilerin yitimiyle sonuçlanan bir belirti olarak da açıklanmıştır (78).

Nevrasteni, birçok psikolojik ve fiziksel yakınmaya sebebiyet veren fakat temel yakınmanın bir yorgunluktan kaynaklandığı bir hastalık olarak da nitelendirilmektedir. Nevrasteni terimsel olarak oldukça karmaşık anlamlar yüklü bir tarihe sahiptir. Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-10) kapsamında nevrasteni bulunurken, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sınıflama sistemi içerisinde nevrasteniye yer verilmemiştir. ABD nevrasteninin eşdeğeri olarak “kronik yorgunluk sendromuna” yer vermiştir. Ayrıca nevrasteninin kronik asteniyle aynı klinik durum olduğu görüşünde olanlar da bulunmaktadır (78). Fransız tıbbında kronik yorgunluk sendromu, Anglosakson tıbbında kronik asteni olarak adlandırılan klinik durum olarak tanımlanmıştır. Britanya tıbbında ise myaljik ensefalomyelit ile kronik yorgunluk sendromunun birbirlerinin yerine kullanıldığı gözlemlenmektedir (79).

2.2.3. Mesleki Yorgunluk Kavramı

Yorgunluk, birden fazla tanımı bulunan bir kavramdır. Fiziksel ve zihinsel bir şekilde meydana gelen öznel bir hissi temsil etmektedir. Bu his, aynı zamanda yorgunluktan tükenmeye kadar değişim gösterebilmekte, çevresel ve bireysel faktörler eşliğinde dereceleri değişime uğrayabilmektedir (80).

Yorgunluk, bireyin etkin çalışmayla aile-sosyal rollerinde mevcut işlev görme yeteneğinin de dahil olduğu, günlük faaliyetlerini gerçekleştirme becerisini zayıflatan ve sürekli bir yorgunluk hissine dönüşen bir durum olmaktadır (81).

Yorgunluğun bir mesleğe bağlı bir şekilde, belirli çalışma dilimi içerisinde gerçekleşmesi durumu ise “mesleki yorgunluk” olarak tanımlanmaktadır (80). İş ortamı ve taleplerinden meydana gelen yorgunluk olarak da literatür içerisinde meslekle ilişkili yorgunluk olarak adlandırılmaktadır (82). Mesleki yorgunluk, meslekle alakalı görevlerin, programların ve ortamların etkisiyle aşırı iş talepleri ile oluşan çalışanlarda meydana gelen, çalışanlar üzerinde fiziksel ve bilişsel yeteneklerin yanında normal işlevlerini de yerine getirmelerini engelleyen, çok boyutlu bir durum olarak nitelendirilmektedir (83).

Literatürde bazı çalışmalarda, yorgunluk adına kategorik bir sınıflandırma yapılması önerilmekteyken (yorgunluğun varlığı ya da yokluğu şeklinde), bazı çalışmalarda şiddet derecesini ifade eden sınıflandırma yapılması önerilmektedir (84). Yorgunluğun temel özelliklerinin içerisinde yorgunluğun dinlenme dönemlerine karşın semptomlarının (yorgunluk, düzensiz uyku alışkanlıkları ve bitkinlik gibi) devamlılık göstermesi bulunmaktadır. Bu da mesleki yorgunluğun akutla kronik yorgunluk arası değişim gösteren, çok boyutlu bir durum olarak gösterilmesini mümkün kılmaktadır (83).

Mesleki yorgunluk; akut, kronik ve vardiyalar arası iyileşme olarak üç boyutta incelenmektedir. Akut ve kronik yorgunluğun temel nedenleri “süreleri” bağlamında birbirinden ayrılmakta, akut yorgunluk uykusuzluk (84), fiziksel ya da zihinsel iş taleplerinin yüksek olduğu bir vardiya sonrası meydana gelebilmektedir (85). Bu yorgunluk kişinin enerjisini düşürmekte, faaliyetlere katılmak adına isteksizliğe sebebiyet vermektedir (85).

Akut yorgunluğun etkileri genel olarak bir aydan az kısa süreli olmakta (64), kaliteli bir dinlenmeyle, yeterli uykuyla, uygun diyetle veya egzersizle ortadan kalkabilmektedir (86). Bazı araştırmalar, hemşirelerin akut yorgunluklarının kronik yorgunluktan daha şiddetli olduğunu göstermektedir (87).

Kronik yorgunluk ise kademeli ve genel olarak bir aydan daha uzun bir süreyi kapsayan bir zihin-beden hissi olarak tanımlanabilmektedir. Kronik yorgunluk akut yorgunluktan farklı olarak dinlenme ile ortadan kalkmamaktadır. Akut yorgunlukla ilişkili olan semptomların kalıcılığının engelleyen en önemli faktörler içerisinde vardiyalar arası iyileşme gösterilmektedir. Kişide yüksek bir akut yorgunluk gelişmesi durumunda (vardiya sonu yorgunluğu), vardiyalar arası iyileşmenin yetersizliğinin bulunması halinde kronik yorgunluk meydana gelebilmektedir (87).

Kronik yorgunluk genel olarak olumsuz duygular, fiziksel kalıcı yorgunluk ve konsantrasyon eksikliği gibi semptomlar görülmesine sebebiyet vermesinin yanında diyabet, multipl skleroz, romatoid artrit, kemoterapi, yüksek radyasyona maruz kalınması halinde, tedavilerin bir yan etkisi şeklinde meydana gelebilmektedir (88). Ayrıca hemşirelerdeki yorgunluğun sebepleri arasında düzensiz vardiya programlarının ve uyku bozukluklarının olması sebebiyle genel olarak kronik yorgunluk kabul edildiği söylenmektedir (64).

Yorgunluğun çok çeşitli nöro-davranışsal işlevlerdeki görev performanslarında düşüşe sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (89). Yorgunluk sebebiyle meydana gelen olumsuz duygu durum azalmaları başlıca; empatide azalma, yüz ifadelerini okuma becerilerinde düşüş, duygusal dengesizlik, güçlendirilmiş duygusal tepkime, olumsuz etkilerde artış, olumlu etkilerde azalma, uyanıklığın azalması, moral ve motivasyon kaybı olmaktadır (90).

Bilişsel alanda meydana gelen yorgunlukla ilişkili olumsuz durumlar; bilişsel yavaşlama, dikkat kaybı, hatırlama zorluğu, karar verme zorluğu, durumsal farkındalığın azalması veya kaybı, yaratıcılığın azalması, görev performansında hatalar, kaza/hata riskinde artış olmaktadır. Davranışsal alanda meydana gelen yorgunlukla ilişkili olumsuz durumlar ise hareket kaybı, sebat (duruma artık yanıt veremeyen eylemlerin esnek olmayan tekrarları), aşırı risk alma ya da riskten kaçınma ve provokasyonlara aşırı tepki verme, dikkat dağınıklığı, iletişimin niteliği ve niceliğinde azalma, istemsiz bir şekilde uykuya dalma olasılığında artış olmaktadır (90).

Yorgunluğun en fazla görüldüğü başlıca mesleklerden biri de hemşireliktir. Hemşirelerde yorgunluk; fiziksel ve bilişsel yeteneklerin kabul edilebilir düzeyde çalışmasını engelleyen, fiziksel ve zihinsel yorgunluk ya da tükenme hissi olarak ifade edilebilmektedir (69). Mesleki yorgunluk, hemşirelik mesleği içerisinde bakımın kalitesini, hasta memnuniyetini, hasta-hemşire güvenliğini olumsuz bir şekilde etkileyen bir durum olmaktadır (91). Bunun yanında güvenlik kültürünün oluşmasını, sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliğinin sağlanmasının ve sağlığın geliştirilmesinin önünde büyük bir problem olarak gösterilmektedir (92).

2.2.4. Hemşirelikte Yorgunluk ve Sonuçları

Hemşirelerde yorgunluk, “performans, üretkenlik, refah ve hasta güvenliği” kavramları adına direkt etkisinin bulunması sebebiyle oldukça önemli bir husustur (90). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin sık bir şekilde yorgunluk yaşadığı, hemşirelerin yaşamış oldukları yorgunluk düzeylerinin ve yorgunluğa maruz kalma oranlarının günden güne arttığı ve gittikçe kötüleştiği, bu durumun işlerini direkt olarak etkilediği ifade edilmektedir (93).

Hemşirelerin mesleki yorgunluklarının örgütsel sonuçlarının gün geçtikçe daha iyi anlaşıldığı söylenmektedir. Yorgunluk, kişisel etkilerinin yanında ayrıca çalışma ekibini de etkileyen bir problem olmaktadır. Hemşireler üzerindeki yorgunluk düzeylerinin

artmasının sebepleri arasında; sürekli gergin bir ortama maruz kalmak (94), çalışma süresi içerisinde ayakta durmak (94), stres altında çalışmak (95), sürekli olarak iş taleplerine yanıt vermek (69), uzun ve yoğun vardiyalarda çalışmak (96), yetersiz personel olması (97), uykusuzluk (1, 5, 98), iş stresi (99), hasta ve ailelerin beklentilerindeki artış, vardiyalar arası dinlenme sürelerinin yetersizliği (97) ve daha birçok sebep gösterilebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin vardiyalar arasındaki iyileştirmenin azalması durumunda yorgunluk düzeyinin artabileceği (100), gecikmiş tepki süreleri (101, 102), kritik ve önemli kararlar almada gecikmeler ve yetersizlikler (103), motivasyon düşüklüğü ve bu bağlamda tıbbi hatalarda artışa sebebiyet veren davranışsal, bilişsel ve psikomotor bozukluklarının yaşanma olasılıklarının yükseleceği belirtilmiştir (104). Bununla birlikte sekiz saatten daha uzun herhangi bir vardiyayının “uzatılmış vardiya” olarak nitelendirildiği görülmektedir (105). Araştırmalar, hemşirelerin 24 saatlik zaman diliminde 12 saatten fazla, yedi günlük bir çalışma süresinde ise 60 saatten fazla çalışmasının yorgunluk riski teşkil ettiğini, bu bağlamda daha yüksek sürelerde çalışmaması gerektiğini önermektedir. Bir hemşirenin günde 12 saatten daha fazla çalışması, vardiyalar arasında uykusunun yaklaşık 5 saate düşeceğini, bu bağlamda vardiyalar arası yeterli bir iyileşmenin gerçekleşmeyeceğini ifade etmektedir. Bu da 12 saat üstünde çalışan hemşirelerin mesleki yorgunluklarının artacağı söylenebilmektedir (69).

Rogers ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, iş devamsızlıklarının yüzde 12’lik bir oranının hemşire yoğunluğuyla bir ilişkisinin bulunduğu, sekiz saatlik vardiyalara oranla 12 saatlik vardiya sisteminde çalışanların iş devamsızlıklarının daha yaygın olduğu rapor edilmektedir (105). Han ve arkadaşları ise vardiya sisteminde çalışmanın hemşireliğin artan yorgunluğuna olumsuz katkıları olan başka bir önemli faktör olduğu, gece-gündüz vardiya programı arası yapılan geçişin bir zorunluluğunun bulunduğu hemşirelik mesleğinde hemşirelerin bu sisteme uyum sağlamaları gerektiğini, vardiyalar arası iyileşme adına bir zorluk yaşandığını, bundan dolayı ileride akut yorgunluk yaşama olasılıklarının arttığını ifade etmektedir (69). Admi ve arkadaşları, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere oranla uyku düzenlerinin daha kalitesiz olduğu, bundan dolayı gece vardiyasında çalışan hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin daha yüksek olduğunu tanımlamıştır (106).

Vardiyalı ve uzun çalışma saatleri sebebiyle yorgunluk yaşayan hemşirelerde gastrointestinal ve psikolojik bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, kanser,

yaralanmalar, tip 2 diyabet, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve nedenlerin tamamıyla ilişkili bir şekilde mortalite ve kronik hastalıkların yönetilmesinde zorluk yaşanabildiği (109), yorgunluk sonucunda hemşirelerin hasta bakımında hastalar üzerindeki kazalar yanında iş kazalarına da sebebiyet verebileceği ifade edilmektedir (107).

Vardiyalı çalışmanın hemşireler üzerinde sirkadiyen ritimde bozulmalara sebebiyet vermesinin yanında hemşirelerin yorgunluk düzeylerinde bir artışa sebebiyet vermektedir (108). Vardiyalı çalışmanın ve uzun çalışma saatlerinin olduğu hemşirelikte yorgunluğa sebebiyet veren etkenler, bireysel olarak aynı etkiyi göstermemekle birlikte, hemşirelerin yorgunluk tarafından işten ayrılma niyetlerinde artış ve istifalar gibi olumsuz örgütsel problemlere neden olabilmektedir (109).

Literatürde vardiyalı çalışanların genel bir yorgunluk yaşadıkları söylenmektedir (110-113). Vardiyalı çalışanlar üzerinde, yüksek iş talepleriyle beraber sağlık ve refah hususunda olumsuz etkilerin bulunduğu saptanmaktadır (114). Scott-Emuakpor ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, vardiyalı çalışanların vardiya bitiminde yorgunluk düzeylerinin daha yüksek bir seviyede artma olasılığı bulunduğu, çalışanların evlerine giderken motorlu araç kazası yapma risklerinin de arttığı tespit edilmektedir (115).

Hemşirelerde ise yorgunluk sonucunda; ilaç hataları, düşmeler ve mortalitenin de içinde bulunduğu istenmeyen hasta problemleri (116), karar verme kalitesinin düşmesi (117), iş kazalarında artış (90, 116), verimlilikte düşüş (118), mesleki doyumunun azalması (119) gibi sorunlar meydana gelmektedir. Sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin daha yüksek fiziksel, duygusal ve psikolojik stres faktörlerine maruz kaldığı dolayısıyla daha yüksek düzeyde yorgunluk yaşadıkları savunulmaktadır (111, 120).

Hemşirelerin fiziksel yorgunluk düzeylerindeki artış mesleki faaliyetlerini yerine getirememelerine sebebiyet vermektedir. Hemşirenin yorgunluk sonucunda kas-iskelet sisteminde sorunlar oluşmakta (121), bu durumda birçok sonuç ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlardan hastaya verimli bir bakım hizmetinin verilememesi, uzun süreli ayakta çalışma faaliyetlerinde bulunulamaması gibi mesleğin gerektirmiş olduğu birçok iş özelliğinin yitimi sonucunda, hemşirenin bakım davranışlarının da etkilendiği düşünülmektedir (107).

Hemşirelerin yorgunluk yaşaması sebebiyle yorgunlukla beraber oluşan problemleri yalnızca kendilerine değil aynı zamanda topluma ve iş hayatına da yansıttığı görülmektedir. Bu durum çalışma arkadaşlarıyla ve hastalarla olan iletişimini

engellemektedir. Aynı zamanda bakım davranışlarının da yorgunluğa bağlı olarak olumsuz bir değişime uğradığı düşünülmektedir (21).

2.3. Hemşirelikte Yorgunluk ve Bakım Davranışlarına İlişkin Araştırmalar

Hemşirelikte yorgunluk kavramı birçok çalışmanın konusu olmuştur. Rafei ve arkadaşlarının Tahran’da yanık birimlerinde yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin bakım davranışları ve bakım davranışlarıyla ilgili faktörlere ilişkin algılarının incelenmiştir. Çalışmada, tükenmişlik çerçevesinde verilen tepkilerin ve hemşirelerin bakım davranışlarının anlamlı bir düzeyde hemşirelerin ve hastaların kişisel özelliklerinden ve bu iki faktör arası etkileşimden etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Tahran’da bulunan yanık ünitelerinde uzun süreli yoğun organizasyonel baskılar bulunduğu, dolayısıyla hemşirelerin üzerinde stres ve yorgunluk oluştuğu, stres ve yorgunluğun azalması adına hemşire moralini iyileştirici politikalar izlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (26).

Steege ve Rainbow yapmış oldukları çalışmalarında, hemşirelerde yorgunluk düzeylerinin artması sonucu hemşire memnuniyetinde ve işten ayrılmalarda artış görüldüğü, bu durumun hasta sonuçlarını da olumsuz etkilediği ifade edilmekte, durumlar birbirleri ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmada 22 hemşire ile oluşturulan ve hemşirelikte profesyonellik kültürünü temsilen bir yapı olan “süper hemşire” modeli ile çıkarımlar yapılmış, hemşirelikte yorgunluğun etkili bir şekilde çözülmesi adına profesyonel hemşirelik kültürünün rolünün daha fazla desteklenmesi gerektiği kanaatine varılmıştır. Çalışmada hemşirelerdeki yorgunluk düzeylerinin artması sonucu meydana gelebilecek sonuçların birçok boyutunun olduğu, aynı zamanda bu durumun hemşirenin bakım verdiği hastayı da etkilediği düşünülmektedir (92).

Brown ve arkadaşlarının çalışmalarında, hemşirelerin değişim ile yorgunluklarının dayanıklılıkları ve iş doyumları ile aralarındaki ilişki incelenmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerindeki sürekli değişimlerin akut bakım hastanelerine sık ve büyük bir şekilde olduğu, bu değişimin hemşirelere zarar ve yorgunluğa sebebiyet verebilirliğinin bulunduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda hastanede çalışan hemşirelerin iş tatmini, dayanıklılık ve davranışların yorgunluktan kaynaklandığı, yorgunluğa ise sürekli ve büyük değişimlerin yol açabileceği ifade edilmiştir. Değişim yorgunluğunun yatak sayısı daha büyük hastanelerde yoğun bir şekilde yaşanması sebebiyle hemşirelerin daha yüksek eğitim seviyesi ve dayanıklılık seviyesinin artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır (122).

Neville ve Coleise toplum tıp merkezinde yürüttükleri çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarıyla merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet tatmini arasındaki ilişki incelenmiştir. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun hemşirelik için stresör olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, hemşirelerdeki bakım davranışlarıyla yorgunluk ve tükenmişliğin doğrudan anlamlı bir ilişkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarıyla tükenmişlik ve yorgunluk ilişkilendirmesi hususunda eksikler olduğu vurgulanmıştır (27).

Mutlu ve Yılmaz'ın çalışmasında, örgütsel sinizmin hemşirelerin bakım davranışlarına ve çalışma yaşam kalitelerine etkileri incelenmiştir. 60 hemşire ile yürütülen çalışmada, hemşirelerin bakım davranışları, iş tatmini ve tükenmişlikleri arasında bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarının meslekte yeni ve daha genç olan hemşirelerde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu da mesleğin ilk yıllarındaki hemşirelerin iş doyumlarının ve bakım davranışlarının yüksekliğinin yanında tükenmişlik seviyelerinin düşük olduğunu göstermiştir (123).

Dıgın ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, cerrahi hemşirelerin merhamet yorgunluğuyla bakım davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. 143 hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluklarıyla bakım davranışları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiş, cerrahi hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ortalama seviyeden düşük olduğu, bakım kalitesi algılarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda hemşirelerin merhamet yorgunluklarının artmasına bağlı bakım kalitesinde düşüş olduğu saptanmıştır (28).

Hezer ise 107 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin iş doyumları ve tükenmişlik düzeylerinin algılanan bakım kalitesine olan etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda hemşirenin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu, ayrıca hemşirelerin duygusal tükenme kaynaklı tükenmişlik seviyeleri orta, duyarsızlaşmadan kaynaklı tükenmişlik düzeyi düşük, kişisel başarı algılamasından ortaya çıkan tükenmişlik düzeyi ise yüksek olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım davranışlarının yüksek düzeyde olmasının yanında hemşirelerin iş doyum düzeylerindeki artış nedeni ile tükenme düzeylerinin ise azaldığı, bakım davranışlarının ise arttığı tespit edilmiştir. Bunun hemşirelerin bakım davranışlarındaki olumlu bir artışın tükenme düzeylerini azaltacağı ifade edilmiştir (124).

Sevgi Metin'in, 122 yoğun bakım hemşireleri ile 15 dakika süre ile yüz yüze görüşme tekniği ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin çoğunluğunun cerrahi yoğun bakım

ünitelerinde görev aldığı, çalışanların %73'ünün 24:00 ila 08:00 saatleri arası çalıştığı, yalnızca %13.9'unun fazla mesai yapmadığı, %20.5'inin ise bu bağlamda mesleklerini sevmedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin yorgunluk nedenleri %38.59 “nöbet” olarak gösterilmiş, hemşirelerin yorgunluklarının %52.5'lik bir oran ile stresli çalışmadan kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayrıca yorgunlukla baş edilmesi adına çoğunlukla uyku ve dinlenme yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Çalışmada yorgunluk ölçeği puanlarının 24:00 ila 08:00 saatleri arasında çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu, ölçek toplam puanının ve bütün alt boyut puanlarının ise mesleğini severek yapan hemşirelerde daha düşük olduğu gözlemlenmektedir (125).

Özcan'ın COVID-19 pandemisinde 261 hemşireler ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin iş doyumlarının, iş yükünün ve bakım davranışlarının birbirleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin iş stres düzeylerinin düşük, iş doyum ve bakım davranışı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiş, fakat hemşirelerin pandemi öncesi çalışma ortamını değerlendirme durumlarının, iş kontrolünün ve üstlerden uygun destek ve iş yerlerinde algılanan önemin direkt olarak hemşirelerin bakım davranışına etki ettiği saptanmıştır (126).

Durukan'ın yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin bakım davranışlarının çalışma koşullarından etkilendiği belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışma koşullarındaki iş yükü ve yorgunluğun da hemşirelerin bakım davranışlarını etkilediği açıklanmıştır. Ayrıca hemşirelerin bakım davranışlarını eğitim ve gelişim düzeylerinin etkileyebileceği, bu bağlamda yapılan hemşirelerin bakım davranışlarına etki eden faktörlerin daha geniş kapsamda incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Hemşirelerin bakım davranışlarının olumlu bir şekilde artması için mesleki eğitim ve gelişim açısından desteklenmesi, istihdamının artırılması ve hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması önerilmiştir (61).

Burtson ve Stichler ise yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bakım davranışları, bilgi ve beceri alt boyutuyla merhamet yorgunluğunun anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca iş ile ilgili sosyal etkileşim fırsatlarının hemşire memnuniyeti ve hemşire bakımında değişkenliğinin bulunduğu rapor edilmiştir (29).

Can ve Hisar'ın çalışmasında ise hemşirelerin profesyonellik davranışları ve tükenmişlik düzeyleri incelenmiş ve çalışma sonucunda; hemşirelerin mesleki/profesyonellik davranışlarından toplumsal hizmet sunma, yeterlilik ve sürekli

eğitim boyutlarının duygusal tikenmişlikle negatif y6nl6 ve d6ř6k d6zeyde anlamlı olan bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca 6alışanların tikenmişlik seviyelerinin y6ksek olduğu, profesyonellik davranışlarının ise d6ř6k olduğu belirlenmiş, eğitim ve uygulamaların yapılması 6nerilmiştir (127).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırmada, hemşirelerin yorgunluk ve bakımın davranış düzeyleri belirleneceği ve bu düzeyler arasındaki ilişki durumu değerlendirileceği için tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Rize il merkezindeki bir devlet hastanesi ile bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülmüştür (Tablo 1). Araştırma, 10.12.2021 tarihinde başlamış ve 31.08.2022 tarihinde tamamlanmıştır.

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri

Hastanelerin Özellikleri	Rize Eğitim Araştırma Hastanesi	Rize Devlet Hastanesi
Hastane türü	Sağlık Bakanlığına Bağlı Üniversite Hastanesi	Kamu Hastanesi
Yatak Sayısı	530	252
Hemşire Sayısı	432	200

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Rize il merkezindeki bir üniversite hastanesine ve bir devlet hastanesine bağlı çalışan tüm hemşireler oluşturmaktadır (N=632).

Araştırmanın örnekleme ise evreni bilen örneklem büyüklüğünü hesaplama yöntemi ile saptanan 240 hemşire oluşturmuştur. Araştırma kabul edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılmakta gönüllü olan bu 240 hemşire, hastanelerden basit rastgele yöntemiyle seçilmiştir.

Örneklemden hemşire sayısı; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemden birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (632)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer:1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı): 0.50

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma: 0.05 (%95 güvenirlikle)

$$n = \frac{(632*1.96*1.96*0.5*0.5)}{[(0.05*0.05)(632-1) + (1.96*1.96*0.5*0.5)]} = 240$$

Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri: Rize merkezindeki devlet ve üniversite hastanelerinde, en az 3 ay süre ile hemşire olarak çalışmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri: Hastanelerde geçici görevle bulunan hemşireler ya da ebe, acil tıp teknisyeni gibi diğer personel olmaktır.

3.4. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Rize İl Sağlık Müdürlüğü'nden 18.10.2021 tarihinde araştırma için E-64247179-799 sayılı yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Bununla birlikte etik kurul için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 09.12.2021 tarih ve 24237859-908 sayılı yazı ile onay alınmıştır (Ek 2). Piper Yorgunluk Ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için Gülbeyaz Can'dan 04.02.2020 tarihinde (Ek 3) ve Bakım Davranışları Ölçeği-24'ü araştırmada kullanılabilmesi için Şerife Kurşun'dan 27.01.2020 tarihinde e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 4).

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak hemşireler için tanıtıcı özellikler formu (Ek 5), Piper Yorgunluk Ölçeği (Ek 6) ve Bakım Davranışları-24 Ölçeği kullanılmıştır (Ek 7).

Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan form, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, çocuk sayısı, mesleki deneyim yılı, çalıştığı hastane, çalıştığı servis, mesleği sevme durumu, çalışma saatleri, fazla mesai saatleri, hastalık ve düzenli bir ilaç kullanma durumu, en çok yorgun duruma düşüren sebepler, yorgunluk durumunu yenmek için yapılan aktivitelere ilişkin toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Piper'in Yorgunluk Ölçeği: Barbara F. Piper ve arkadaşları tarafından 1987 yılında yorgunluğa ilişkin çok yönlü ölçme modelini değerlendirmek amacı ile geliştirilen ölçek, Can ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin, davranış/şiddet, duygulanım, duygusal ve bilişsel/ruhsal olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Davranış/şiddet boyutu; yorgunluğun günlük yaşam aktivitesine etkisini ve şiddetini değerlendirmektedir. Duygulanım boyutu; yorgunluğa atfedilen duygusal anlamı içermektedir. Duyusal boyutu; yorgunluğun mental, fiziksel ve emosyonel semptomlarını kapsamaktadır. Bilişsel/ruhsal boyutu; yorgunluğun bilişsel fonksiyonlar ve ruhsal durumu etkileme düzeyini içermektedir. Ölçek toplam puanı, 0-10 arasında değişmektedir. 0 puan= yorgunluğun olmadığını, 1-3 puan= hafif derecede, 4-6 puan= orta derecede yorgunluk hissedildiğini, 7-10 puan= yorgunluğun şiddetli olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçek, davranış/şiddet alt boyutu (6 madde; 2-7); duygulanım alt boyutu (5 madde; 8-12); duygusal alt boyutu (5 madde; 13-17) ve bilişsel/ruhsal alt boyutu (6 madde; 18-23) kapsayacak şekilde toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Alt boyut puanları, alt boyutun içerisinde yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle, total yorgunluk puanı ise maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bununla birlikte ölçekte, 5 adet açık uçlu soru bulunur ve bu sorular PYÖ puanını hesaplarken değerlendirmeye alınmaz. Can arkadaşlarının çalışmasında PYÖ'nün Cronbach Alpha değeri 0.98 olarak bulunmuştur (128). Yürütülen çalışmada ise PYÖ'nün Cronbach Alpha değeri 0.925 olarak belirlenmiştir.

Bakım Davranışları Ölçeği-24: Ölçek, ilk olarak Wolf tarafından 1981 yılında 75 madde olarak geliştirilmiş ve daha sonra Wolf ve diğerleri tarafından 1994 yılında revize edilerek ölçek 43 maddeye düşürülmüştür. Hasta ve hemşireler tarafından her iki yönlü olarak kullanılan ölçek, Wu ve diğerleri tarafından 2006 yılında revize edilerek 24 madde ve 4 alt boyut şeklinde düzenlenmiştir. Hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanan ölçek, hemşirelerin kendilerini değerlendirmek, bakım sürecindeki hasta algılarını, cerrahi işlem öncesi ve sonrası bakımı değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin puanlamasında; tüm maddelerin puanları toplanıp madde sayısı olan 24'e bölünmesi ile 1 ile 6 arasında elde edilir. Alt boyutlarda içinde bu puanlama aynıdır. Alt boyut maddelerin puanları toplanıp, madde sayısına bölünmesi alt boyut ölçek puanları 1 ile 6 arasında elde edilmektedir. Alt boyut ve toplam ölçek puanı arttıkça hasta ya da hemşirelerin bakım davranışlarını algılama düzeyi artmaktadır. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Kurşun ve Kanan tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Bakım Davranışları

Ölçeği içerisinde güvence (8 madde= 16-18, 20-24), bilgi-beceri (5 madde= 9-12, 15), saygılı olma (6 madde= 1, 3, 5, 6, 13, 19) ve bağlılık (5 madde= 2, 4, 7, 8, 14) ifadeleriyle 4 alt grup olarak 24 maddeden oluşturulmuş, yanıtların puanlaması için 6'lı Likert tipi skala 1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Kurşun ve Kanan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.947 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı hem hasta hem de hemşireler için 0.96, alt gruplar için ise 0.82 ile 0.92 arasında değişmektedir (129).

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmada veri toplanmadan önce kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır. Veriler, Hemşireler için tanıtıcı özellikler formu, Piper'in Yorgunluk Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği örneklem sayısı kadar çoğaltılmıştır. Veriler toplanmadan önce hemşireler araştırmanın konusu, amacı, formların nasıl doldurulacağı ve süresi konusunda bilgilendirilmiş, yazılı onayları alınmıştır. Böylece çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımda gönüllü olan hemşirelere elden dağıtılan anketler, 10 Aralık 2021- 1 Şubat 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşülüp elden toplanmıştır.

3.7. Araştırma Planı

Araştırma planı Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2.Araştırmanın işlem basamakları

Tarih	Araştırma Basamakları
10 Haziran 2018- 31 Ağustos 2022	Konuya ilişkin literatür taraması yapılması
18 Kasım 2019	Veri toplama araçlarının oluşturulması
18 Ekim 2021	Araştırma kapsamındaki hastanelerden izin alınması
09 Aralık 2021	KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınması
10 Aralık 2021 -1 Şubat 2022	Veri toplama süreci
3-14 Şubat 2022	Verilerin istatistiksel analizi
15 Şubat 2021-31 Ağustos 2022	Tez raporu yazımı

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi

Araştırmadaki veriler, SPSS 22.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde sıklık, yüzde,

ayrıca ölçek düzeylerinin belirlenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım durumu; Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri ile incelenmiştir. Bu değerlerin +1.5 ile-1.5 (134), +2.0 ile-2.0 (131) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmiş ve araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Normal dağılım sonrası hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puanları arasındaki ilişkiler korelasyon ve yorgunluk bakım davranışları üzerindeki etkisi Lineer Regresyon analizi ile incelenmiştir. “Korelasyon değerleri 0-0.20 arası çok zayıf, 0.20-0.39 arasında zayıf, 0.40-0.59 arasında orta, 0.60-0.79 arasında yüksek ve 0.80-1.0 arasında çok yüksek ilişki şeklinde değerlendirilmiştir”. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırmasında ise t-testi, ANOVA analizleri yapılmış ve ileri test olarak Tukey, LSD testleri kullanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. “Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir” (130).

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları:

Araştırma, yalnızca Rize’deki Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim araştırma hastanesi ile bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin görüşlerinden elde edilen verilerle yapılması ve Covid-19 döneminde yapılması ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları; hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, yorgunluk ve bakım davranışlarının puan ortalamaları, hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları arasındaki ilişki, yorgunluğun hemşirenin bakım davranışları üzerine etkisi, hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması şeklinde sunulmuştur.

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre hemşirelerin %39.6'sı 26-30 yaş (28.15 ± 5.53) arasında, %70.8'i kadın, %61.3'ü bekar ve %76.7'si lisans/lisansüstü eğitime ve %60.4'ü 1-5 yıllık (6.17 ± 5.35) mesleki deneyime sahiptir. Hemşirelerin %74.6'sının çocuğu olmadığı, çocuğu olanların %41'inin bir çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %51.7'sinin üniversite hastanesinde, %36.7'sinin yoğun bakım ünitesinde, %82.5'inin 08.00-08.00 arasında çalıştığı, %68.3'ünün aylık 32 saat ve üzeri mesai yaptığı, %78.8'inin hemşireliği sevdiği belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %83.8'inin herhangi bir hastalık durumunun olmadığı, %89.2'sinin düzenli ilaç, %71.7'sinin sigara ve %86.7'sinin alkol kullanmadığı, %40.4'ünün yorgunluk nedeninin iş yükü ve %52.5'inin yorgunlukla mücadele şeklinin uyumak olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Bunların yanısıra 1-5 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin %71.4'ü cerrahi, %60.2'si yoğun bakım, %56.2'si dahili, %53.3'ü diğer (ameliyathane vd.) kliniklerde çalışmaktadır. 6-10 yıl arası mesleki deneyime sahip hemşirelerin %34.4'ü dahili, %29.5'i yoğun bakım ünitelerinde, %15'i acil'de, %24.4'ü diğer (ameliyathane vd.) ve %8.6'sı cerrahi kliniklerinde çalışmaktadır. 10 yıl üzeri mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin ise %22.5'i acil, %22.2'si diğer (ameliyathane vd.), %20'si cerrahi, %10.2'si yoğun bakım ve %9.4'ü dahili kliniklerde çalışmaktadır. Bu bulgular istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemiştir ($\chi^2 = 13.913$; $p = 0.084$).

Tablo 3. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı (N=240)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş (Ort: 28.15±5.53)		
21-25 yaş	91	37.9
26-30 yaş	95	39.6
30 yaş ve üzeri	54	22.5
Cinsiyet		
Kadın	170	70.8
Erkek	70	29.2
Medeni Durum		
Bekar	147	61.3
Evli	93	38.7
Çocuk Sahipliği		
Evet	61	25.4
Hayır	179	74.6
Çocuk Sayısı		
Bir çocuk	25	41.0
İki çocuk	21	34.4
Üç çocuk	15	24.6
Mesleki Deneyim (Ort: 6.17±5.35)		
1-5 yıl	145	60.4
6-10 yıl	57	23.8
10 yıl üzeri	38	15.8
Çalışılan Hastane		
Devlet hastanesi	116	48.3
Eğitim araştırma hastanesi	124	51.7
Çalışılan Klinik		
Dahiliye servisi	32	13.3
Cerrahi servisi	35	14.6
Yoğun bakım servisi	88	36.7
Acil servis	40	16.7
Diğer (Ameliyathane vd.)	45	18.8
Eğitim Düzeyi		
Lise	20	8.3
Ön lisans	36	15.0
Lisans/lisansüstü	184	76.7
Hemşireliği Sevme Durumu		
Seviyor	189	78.8
Sevmiyor	51	21.2
Çalışma Düzeni		
08.00-08.00	198	82.5
Diğer (08.00-16.00/08.00-24.00)	42	17.5

Tablo 3. (Devam)

Aylık Mesai Saati		
24 saat ve altı	36	15.0
24-32 saat	40	16.7
32 saat ve üzeri	164	68.3
Hastalık Durumu		
Var	39	16.2
Yok	201	83.8
Düzenli İlaç Kullanma Durumu		
Var	26	10.8
Yok	214	89.2
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	68	28.3
Hayır	172	71.7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	32	13.3
Hayır	208	86.7
Yorgunluk Nedeni		
Uzun çalışma saati/nöbetler	57	23.8
İş yükü	97	40.4
Uykusuzluk	39	16.2
Stresli iş ortamı	47	19.6
Yorgunlukla Mücadele Şekli		
Uyumak	126	52.5
Sosyal aktivite	41	17.1
Dinlenmek	73	30.4

Hemşirelerin yorgunluk ölçeği toplam puan ortalaması 6.21 ± 1.53 tür. Bu puan ortalaması davranış/şiddet alt boyutu için 5.87 ± 1.80 , duygulanım alt boyutu için 7.43 ± 1.92 duyuşsal alt boyut için 6.11 ± 1.86 , bilişsel/ruhsal alt boyut için 5.62 ± 1.94 tür. Hemşirelerin bakım davranışları ölçek puan ortalaması 5.05 ± 0.55 dir. Güvence alt boyutu için 5.08 ± 0.58 , bilgi-beceri boyutu için 5.45 ± 0.54 , saygılı olma alt boyutu için 4.92 ± 0.67 , bağılılık boyutu için 4.79 ± 0.71 olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puan ortalamaları (N=240)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort	SS	Min.	Maks.
Yorgunluk ölçek toplamı	6.21	1.53	0.27	9.59
Davranış/şiddet boyutu	5.87	1.80	1.0	10.0
Duygulanım boyutu	7.43	1.92	0.0	10.0
Duyusal boyutu	6.11	1.86	0.0	10.0
Bilişsel/ruhsal boyutu	5.62	1.94	0.0	10.0
Bakım davranışları ölçek toplamı	5.05	0.55	3.0	6.0
Güvence boyutu	5.08	0.58	3.0	6.0
Bilgi-beceri boyutu	5.45	0.54	3.0	6.0
Saygılı olma boyutu	4.92	0.67	2.5	6.0
Bağlılık boyutu	4.79	0.71	2.8	6.0

Hemşirelerin yorgunluk ile bakım davranışlarına ilişkin ölçek puanları arasında ilişki durumu incelendiğinde; yorgunluk ölçeği ile bakım davranışları ölçeğinin toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.101$; $p=0.120$). Ancak yorgunluk ölçeğinin davranış/şiddet ($r=-0.154$; $p=0.017<0.05$) ve bilişsel/ruhsal ($r=-0.149$; $p=0.021<0.05$) alt boyutları ile bakım davranışları ölçeğinin toplamı arasında negatif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 5). Ayrıca yorgunluk ölçeğinin davranış/şiddet boyutu ile bakım davranışları ölçeğinin güvence ($r=-0.165$; $p=0.010<0.05$), saygılı olma ($r=-0.139$; $p=0.032<0.05$) ve bağlılık ($r=-0.153$; $p=0.018<0.05$) alt boyutları arasında da negatif çok zayıf fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bununla birlikte yorgunluk ölçeğinin bilişsel/ruhsal alt boyutu ile bakım davranışları ölçeğinin güvence alt boyutu arasında yine negatif yönde çok zayıf ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.174$; $p=0.007<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin yorgunluk ve bakım davranışları ölçek puanlarının ilişkisi

		Yorgunluk Genel	Davranış Şiddet	Duygulanım	Duyusal	Bilişsel Ruhsal
Bakım Davranışları Genel	R	-0.101	-0.154*	0.042	-0.043	-0.149*
	P	0.120	0.017	0.516	0.509	0.021
Güvence	R	-0.121	-0.165*	0.029	-0.058	-0.174**
	P	0.061	0.010	0.654	0.373	0.007
Bilgi Beceri	R	-0.031	-0.066	0.104	0.004	-0.118
	P	0.631	0.310	0.107	0.948	0.068
Saygılı Olma	R	-0.081	-0.139*	0.038	-0.041	-0.104
	P	0.212	0.032	0.556	0.526	0.109
Bağlılık	R	-0.104	-0.153*	-0.003	-0.042	-0.122
	P	0.109	0.018	0.964	0.522	0.059

*p<0.05; **<0.01

Hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisi incelendiğinde; korelasyon analizinde olduğu gibi regresyon analizde toplamda yorgunluk ölçek puanları bakım davranışları ölçek puanlarını istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilememiştir ($F=2.440$; $p=0.120>0.050$) (Tablo 6).

Yorgunluk ölçeğinin alt boyutlarının hemşirelerin bakım davranışları üzerindeki etkisi analiz edildiğinde; tüm alt boyutlara ilişkin oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($F=4.474$; $p=0.002<0.05$) ve bu dört boyut bakım davranışları ölçeğini genel toplamda %5.5 ile açıklamıştır ($R^2=0.055$). Yorgunluğun davranış/şiddet ($\beta=-0.077$) ile bilişsel/ruhsal ($\beta=-0.052$) alt boyutu genelde hemşirelerin bakım davranışları düzeyini negatif yönde etkileyip azaltırken ($p<0.05$), duygulanım alt boyutu pozitif yönde etkileyip artırmıştır ($\beta=0.066$). Duyusal yorgunluk alt boyutu ise hemşirelerin bakım davranışlarını genelde etkilememiştir ($p=0.202>0.05$) (Tablo 6).

Yorgunluğun alt boyutlarının bakım davranışları ölçeğinin güvence alt boyutuna etkisi ise anlamlı bulunurken ($F=4.904$; $p=0.001<0.05$), bu alt boyutlar tarafından bakım davranışlarının güvence boyutu %6.1 oranında açıklanmıştır ($R^2=0.061$). Yorgunluğun davranış/şiddet ($\beta=-0.079$) ile bilişsel/ruhsal ($\beta=-0.063$) boyutu bakım davranışlarının güvence boyutunu negatif yönde etkileyip azaltırken ($p<0.05$), yorgunluğun duygulanım boyutu pozitif yönde etkileyip artırmıştır ($\beta=0.067$) ($p<0.05$). Duyusal yorgunluk alt boyutu ise bakım davranışları ölçeğinin güvence boyutunu etkilememiştir ($p=0.188>0.05$).

Yorgunluğun alt boyutlarının bakım davranışları ölçeğinin bilgi-beceri alt boyutuna etkisi de anlamlı bulunurken ($F=3.950$; $p=0.004<0.05$), bu alt boyutlar bakım davranışları ölçeğinin bilgi beceri düzeyini %4.7 ile açıklamıştır ($R^2=0.047$). Yorgunluk ölçeğinin duygulanım boyutu, bakım davranışlarının bilgi-beceri boyutunu pozitif yönde etkileyip artırırken ($\beta =0.068$), bilişsel/ruhsal boyutu negatif yönde etkileyip azaltmıştır ($\beta =-0.062$) ($p<0.05$). Yorgunluğun davranış/ şiddet ($p=0.076>0.05$) ile duyusal ($p=0.138>0.05$) boyutu bakım davranışlarını bilgi-beceri boyutunda etkilememiştir (Tablo 6).

Yorgunluğun alt boyutlarının bakım davranışları ölçeğinin saygılı olma alt boyutuna etkisi anlamlı bulunurken ($F=3.031$; $p=0.018<0.05$), bu alt boyutlar bakım davranışları ölçeğinin saygılı olma boyutunu %3.3 oranında açıklanmıştır ($R^2=0.033$). Yorgunluğun davranış/şiddet boyutu bakım davranışlarının saygılı olma boyutunu negatif yönde etkileyip azaltırken ($\beta=-0.090$), duygulanım boyutu pozitif yönde etkileyip artırmıştır ($\beta=0.071$) ($p<0.05$). Duyusal ($p=0.468>0.05$) ile bilişsel/ruhsal ($p=0.273>0.05$) yorgunluk alt boyutları bakım davranışlarının saygılı boyutunu etkilememiştir (Tablo 6).

Yorgunluğun alt boyutlarının bakım davranışları ölçeğinin bağıllık boyutuna etkisi anlamlı bulunurken ($F=2.786$; $p=0.027<0.05$), bu alt boyutlar bakım davranışlarının bağıllık boyutunu %2.9 ile açıklamıştır ($R^2=0.029$). Yorgunluğun sadece davranış/şiddet boyutu bakım davranışlarının bağıllık boyutunu negatif yönde etkileyip azaltmıştır ($\beta=-0.089$). Yorgunluğu diğer üç boyutu bakım davranışlarının bağıllık boyutunu etkilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşireler açısından yorgunluk ölçeği ve alt boyutlarının bakım davranışları ölçeği ve alt boyutları üzerine etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	p	R ²
Bakım Davranışları Toplam	Sabit*	5.286	35.433	0.000	2.440	0.120	0.006
	Yorgunluk Genel	-0.036	-1.562	0.120			
Bakım Davranışları Toplam	Sabit*	5.113	33.433	0.000	4.474	0.002	0.055
	Davranış Şiddet	-0.077	-2.821	0.005			
	Duygulanım	0.066	2.808	0.005			
	Duyusal	0.033	1.278	0.202			
	Bilişsel Ruhsal	-0.052	-2.033	0.043			
Güvence	Sabit	5.181	32.417	0.000	4.904	0.001	0.061
	Davranış Şiddet	-0.079	-2.754	0.006			
	Duygulanım	0.067	2.741	0.007			
	Duyusal	0.036	1.321	0.188			
	Bilişsel Ruhsal	-0.063	-2.358	0.019			
Bilgi Beceri	Sabit	5.340	35.676	0.000	3.950	0.004	0.047
	Davranış Şiddet	-0.048	-1.782	0.076			
	Duygulanım	0.068	2.981	0.003			
	Duyusal	0.038	1.488	0.138			
	Bilişsel Ruhsal	-0.062	-2.478	0.014			
Saygılı Olma	Sabit	4.974	26.493	0.000	3.031	0.018	0.033
	Davranış Şiddet	-0.090	-2.685	0.008			
	Duygulanım	0.071	2.469	0.014			
	Duyusal	0.023	0.727	0.468			
	Bilişsel Ruhsal	-0.035	-1.099	0.273			
Bağlılık	Sabit	4.945	24.935	0.000	2.786	0.027	0.029
	Davranış Şiddet	-0.089	-2.496	0.013			
	Duygulanım	0.055	1.803	0.073			
	Duyusal	0.037	1.079	0.282			
	Bilişsel Ruhsal	-0.046	-1.368	0.173			

Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile yorgunluk ölçeği puanları karşılaştırıldığında; hemşirelerin mesleki deneyim yıllarına göre yorgunluk ölçeği toplamı ($F=3.626$; $p=0.028<0.05$; $\eta^2=0.030$), davranış/şiddet ($F=4.082$; $p=0.018<0.05$; $\eta^2=0.033$) ile duyusal yorgunluk ($F=4.036$; $p=0.019<0.05$; $\eta^2=0.033$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Bu farklara göre yorgunluk toplamında 10 yıl üzerine göre 6-10 yıl, davranış ve şiddet boyutunda 1-5 yıl ile 10 yıl üzerine göre 6-10 yıl, duyusal yorgunluk boyutunda ise 10 yıl üzerine göre 10 yıl ve

altında mesleki deneyime sahip hemşirelerin yorgunluk puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$). Hemşirelerin mesleki deneyim yılı, duygulanım ile bilişsel/ruhsal yorgunluk alt boyutu düzeyinde ise istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmamıştır (Tablo 7).

Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye göre devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ise duysal yorgunluk alt boyut puan ortalaması, üniversite hastanesinden çalışan hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksektir ve bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır ($t=2.540$; $p=0.011<0.05$; $d=0.328$; $\eta^2=0.026$). Yorgunluk toplamında ve diğer boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre yine yorgunluk ölçeği toplamında ($F=4.029$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0.064$), duygulanım ($F=3.649$; $p=0.007<0.05$; $\eta^2=0.058$) ve duysal yorgunluk ($F=3.490$; $p=0.009<0.05$; $\eta^2=0.056$) alt boyutlarında puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmıştır. Bu bulgulara göre yorgunluk ölçeği toplamı ile duysal yorgunluk alt boyutunda yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları, dahiliye, acil ve ameliyathane gibi diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksektir. Duygulanım boyutunda da yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamaları ameliyathane gibi diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışılan kliniğe göre davranış/şiddet ile bilişsel/ruhsal yorgunluk puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7).

Hemşireliği sevmeyen hemşirelerin ise sevenlere göre yorgunluk ölçeği toplamında ($t=-2.597$; $p=0.01<0.05$; $d=0.410$; $\eta^2=0.028$), duygulanım ($t=-2.839$; $p=0.005<0.05$; $d=0.448$; $\eta^2=0.033$) ve bilişsel/ruhsal ($t=-2.604$; $p=0.01<0.05$; $d=0.411$; $\eta^2=0.028$) yorgunluk alt boyutlarında puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Hemşirelerin hemşireliği sevmeye durumu, davranış/şiddet ile duysal yorgunluk alt boyutlarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Sigara kullanan hemşirelerin de kullanmayanlara göre duygulanım yorgunluk puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.008$; $p=0.046<0.05$; $d=0.288$; $\eta^2=0.017$) (Tablo 7).

Hemşirelerin yorgunlukla mücadele şekline göre ise bilişsel/ruhsal yorgunluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($F=3.672$; $p=0.027<0.05$;

$\eta^2=0.030$). Bu farka göre yorgunlukla dinlenerek mücadele eden hemşirelerin bilişsel/ruhsal yorgunluk puan ortalamaları, uyuyarak ve sosyal aktivite yaparak mücadele eden hemşirelerden daha dūřuktur ($p<0.05$). Yorgunlukla mücadele şekli yoğunluk ۆlęęi toplamında, davranışsal/şiddet, duygulanım ve duygusal yorgunluk alt boyutlarında anlamlı fark yaratmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Ayrıca hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, ocuk sahip olma durumu ve ocuk sayısı, çalışma dūzeni, aylık ortalama mesai saati, hastalık, dūzenli ilaç ve alkol kullanma durumu, yorgunluk nedenleri, yorgunluk ۆlęęi puan ortalamaları ۆzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).



Tablo 7. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklere göre yorgunluk ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (N=240)

Demografik Özellikler	n	Yorgunluk Ölçek Toplamı	Davranış Şiddet	Duygulanım	Duyusal	Bilişsel Ruhsal
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
20-25 yaş	91	6.22±1.60	5.71±1.78	7.38±1.95	6.31±1.96	5.69±2.16
26-30 yaş	95	6.24±1.34	6.00±1.60	7.54±1.79	6.13±1.66	5.47±1.68
30 yaş üzeri	54	6.15±1.72	5.92±2.15	7.31±2.10	5.70±2.00	5.78±1.99
F=		0.062	0.653	0.303	1.892	0.526
p=		0.940	0.521	0.739	0.153	0.592
Cinsiyet						
Kadın	170	6.20±1.54	5.76±1.82	7.44±1.94	6.13±1.88	5.66±1.87
Erkek	70	6.23±1.51	6.13±1.74	7.38±1.86	6.03±1.83	5.54±2.12
t=		-0.152	-1.440	0.214	0.374	0.414
p=		0.879	0.151	0.831	0.709	0.679
Medeni Durum						
Bekar	147	6.19±1.45	5.73±1.67	7.38±1.86	6.19±1.79	5.64±1.96
Evli	93	6.25±1.65	6.09±1.97	7.49±2.01	5.97±1.98	5.60±1.93
t=		-0.291	-1.494	-0.414	0.893	0.165
p=		0.771	0.152	0.679	0.373	0.869
Çocuk Sahipliği						
Evet	61	6.29±1.66	6.19±2.10	7.34±2.07	5.90±1.92	5.85±1.75
Hayır	179	6.18±1.48	5.76±1.68	7.45±1.87	6.17±1.84	5.54±2.00
t=		0.498	1.604	-0.387	-0.996	1.077
p=		0.619	0.153	0.699	0.320	0.283
Çocuk Sayısı						
Bir çocuk	25	6.29±1.49	6.38±1.84	7.29±2.01	5.69±1.72	5.86±1.60
İki çocuk	21	6.24±2.05	6.06±2.55	7.63±2.31	5.69±2.38	5.72±2.12
Üç çocuk	15	6.37±1.41	6.05±1.89	7.02±1.87	6.53±1.44	6.03±1.52
F=		0.028	0.174	0.386	1.074	0.134
p=		0.973	0.841	0.681	0.348	0.875
Mesleki Deneyim						
1-5 yıl ⁽¹⁾	145	6.19±1.58	5.77±1.74	7.53±1.93	6.14±1.91	5.52±2.07
6-10 yıl ⁽²⁾	57	6.58±1.15	6.42±1.59	7.58±1.72	6.48±1.42	6.01±1.56
10 yıl üzeri ⁽³⁾	38	5.73±1.71	5.43±2.15	6.79±2.08	5.39±2.13	5.44±1.91
F=		3.626	4.082	2.511	4.036	1.520
p=		0.028	0.018	0.083	0.019	0.221
Tukey=		2>3 (p<0.05)	2>1,3 (p<0.05)		1,2>3 (p<0.05)	
Çalışılan Hastane						
Devlet hastanesi	116	6.36±1.30	6.06±1.57	7.62±1.62	6.42±1.58	5.57±1.71
Üniversite hastanesi	124	6.06±1.71	5.69±1.98	7.24±2.15	5.81±2.06	5.67±2.14
t=		1.518	1.592	1.559	2.540	-0.386
p=		0.127	0.110	0.117	0.011	0.698

Tablo 7. (Devam)

Çalışılan Klinik						
Dahiliye servis ⁽⁴⁾	32	5.72±1.43	5.47±1.71	6.75±1.76	5.60±1.74	5.17±1.86
Cerrahi servis ⁽⁵⁾	35	6.21±1.31	5.81±1.83	7.40±1.54	6.27±1.88	5.61±1.60
Yoğun bakım ⁽⁶⁾	88	6.68±1.64	6.24±1.87	7.97±2.06	6.66±1.76	6.09±2.21
Acil servis ⁽⁷⁾	40	6.02±1.30	5.80±1.81	7.32±1.78	5.75±1.96	5.41±1.46
Diğer (Ameliyathane) ⁽⁸⁾	45	5.81±1.51	5.54±1.61	6.96±1.95	5.61±1.85	5.23±1.94
F=		4.029	1.733	3.649	3.490	2.306
p=		0.004	0.144	0.007	0.009	0.059
Tukey=		6>4,7,8 (p<0.05)		6>4,8 (p<0.05)	6>4,7,8 (p<0.05)	
Eğitim Düzeyi						
Lise	20	6.71±1.60	6.30±2.01	8.07±1.74	6.89±1.65	5.86±2.43
Ön lisans	36	5.99±1.62	5.52±1.90	7.04±2.11	5.91±2.24	5.63±1.95
Lisans/lisansüstü	184	6.20±1.50	5.89±1.75	7.43±1.89	6.06±1.79	5.59±1.89
F=		1.477	1.257	1.848	2.019	0.172
p=		0.230	0.286	0.160	0.135	0.842
Hemşireliği Sevme Durumu						
Seviyor	189	6.08±1.51	5.76±1.81	7.25±1.88	6.04±1.84	5.45±1.84
Sevmiyor	51	6.70±1.49	6.29±1.72	8.09±1.91	6.34±1.96	6.24±2.17
t=		-2.597	-1.879	-2.839	-1.007	-2.604
p=		0.010	0.061	0.005	0.315	0.010
Çalışma Düzeni						
08.00-08.00	198	6.25±1.47	5.91±1.73	7.51±1.84	6.16±1.83	5.61±1.91
Diğer (08.00-16.00/08.00-24.00)	42	6.03±1.77	5.70±2.10	7.02±2.22	5.81±2.03	5.70±2.11
t=		0.852	0.666	1.512	1.102	-0.278
p=		0.395	0.506	0.132	0.272	0.781
Aylık Mesai Saati						
24 saat ve altı	36	6.24±1.74	5.67±2.06	7.38±2.04	6.18±1.98	5.92±2.15
24-32 saat	40	6.07±1.85	5.90±2.07	7.00±2.24	6.10±2.06	5.46±2.37
32 saat ve üzeri	164	6.23±1.40	5.91±1.68	7.54±1.80	6.09±1.80	5.60±1.78
F=		0.186	0.256	1.301	0.035	0.581
p=		0.831	0.774	0.274	0.966	0.560
Hastalık Durumu						
Var	39	6.09±1.49	5.86±1.43	7.48±1.96	5.68±2.11	5.51±1.95
Yok	201	6.23±1.54	5.87±1.87	7.41±1.91	6.19±1.81	5.68±1.99
t=		-0.524	-0.044	0.203	-1.559	-0.398
p=		0.601	0.965	0.840	0.120	0.691
Düzenli İlaç Kullanma Durumu						
Var	26	6.38±1.71	6.09±1.46	8.06±2.06	5.81±2.41	5.75±2.16
Yok	214	6.19±1.51	5.84±1.84	7.35±1.89	6.14±1.794	5.61±1.92
t=		0.608	0.661	1.783	-0.844	0.360
p=		0.544	0.509	0.076	0.400	0.719

Tablo 7. (Devam)

Sigara Kullanma Durumu						
Evet	68	6.35±1.52	5.96±1.61	7.82±1.75	6.21±2.07	5.63±2.32
Hayır	172	6.15±1.53	5.83±1.87	7.27±1.96	6.06±1.78	5.62±1.77
t=		0.894	0.502	2.008	0.543	0.042
p=		0.372	0.616	0.046	0.612	0.970
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	32	6.45±1.26	6.35±1.54	7.72±1.69	6.34±1.59	5.56±2.02
Hayır	208	6.17±1.57	5.80±1.83	7.38±1.95	6.07±1.90	5.63±1.93
t=		0.938	1.637	0.933	0.768	-0.183
p=		0.349	0.103	0.352	0.443	0.855
Yorgunluk Nedeni						
Uzun çalışma saati/ nöbetler	57	6.32±1.59	6.06±1.93	7.42±1.97	6.26±1.89	5.71±1.97
İş yükü	97	6.44±1.56	6.05±1.77	7.69±2.01	6.32±1.81	5.90±2.05
Uykusuzluk	39	5.91±1.55	5.61±1.89	7.52±1.80	5.56±2.02	5.17±1.83
Stresli iş ortamı	47	5.83±1.29	5.48±1.57	6.80±1.63	5.90±1.74	5.32±1.70
F=		2.337	1.546	2.389	1.868	1.793
p=		0.074	0.203	0.070	0.136	0.149
Yorgunlukla Mücadele Şekli						
Uyumak ⁽⁹⁾	126	6.34±1.58	6.04±1.78	7.66±1.98	6.07±1.95	5.78±2.01
Sosyal aktivite ⁽¹⁰⁾	41	6.25±1.38	5.72±1.98	6.97±1.93	6.44±1.50	6.02±1.77
Dinlenmek ⁽¹¹⁾	73	5.95±1.51	5.67±1.73	7.28±1.76	5.97±1.90	5.13±1.83
F=		1.510	1.151	2.340	0.899	3.672
p=		0.223	0.318	0.099	0.408	0.027
Tukey=						9,10>11 (p<0.05)

F: ANOVA Testi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım davranışları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin yaşına göre bakım davranışları ölçeği toplamında (F=3.573; p=0.03<0.05; $\eta^2=0.029$) ve güvence (F=3.644; p=0.028<0.05; $\eta^2=0.030$) alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Bu farka göre bakım davranışları toplamında 30 yaş üzerinde olan hemşirelerin 30 yaş ve altında olanlara, güvence boyutunda yine 30 yaş üzeri olan hemşirelerin 20-25 yaşa arasında olanlara göre bakım davranışı puan ortalamaları daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 8).

Bekar hemşirelere göre evli hemşirelerin de bakım davranışı ölçek toplamında (t=-2.296; p=0.023<0.05; d=0.304; $\eta^2=0.022$), güvence (t=-2.857; p=0.005<0.05; d=0.379; $\eta^2=0.033$) ve bilgi-beceri (t=-2.928; p=0.002<0.05; d=0.388; $\eta^2=0.035$) alt boyutlarında puan ortalamasının daha yüksek bulunması istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 8).

Hemşirelerin mesleki deneyim yılları ile bakım davranışları ölçek toplamı ($F=3.462$; $p=0.033<0.05$; $\eta^2=0.028$), güvence ($F=3.604$; $p=0.029<0.05$; $\eta^2=0.030$) ve bağlılık ($F=3.722$; $p=0.026<0.05$; $\eta^2=0.030$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir. Bu farka göre bakım davranışları toplamında, güvence ve bağlılık alt boyutunda 10 yıl üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin 1-5 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelere oranla puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$). Ayrıca güvence boyutunda 10 yıl üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin 6-10 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelere oranla da puan ortalaması daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Hemşireliği sevmeyenlere göre de seven hemşirelerin bakım davranışları ölçek toplamında ($t=2.614$; $p=0.033<0.05$; $d=0.413$; $\eta^2=0.028$), güvence ($t=2.773$; $p=0.023<0.05$; $d=0.438$; $\eta^2=0.031$) ve bağlılık ($t=2.098$; $p=0.037<0.05$; $d=0.331$; $\eta^2=0.018$) alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 8).

Alkol kullanmayan hemşirelerin ise kullananlara göre bakım davranışları ölçeği toplamında ($t=-2.358$; $p=0.004<0.05$; $d=0.448$; $\eta^2=0.023$), güvence ($t=-2.101$; $p=0.011<0.05$; $d=0.399$; $\eta^2=0.018$), saygılı olma ($t=-1.972$; $p=0.013<0.05$; $d=0.375$; $\eta^2=0.016$) ve bağlılık ($t=-2.651$; $p=0.009<0.05$; $d=0.503$; $\eta^2=0.029$) alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır (Tablo 8).

Hemşirelerin cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, çalışılan hastane, çalışılan klinik, eğitim düzeyi, çalışma düzeni, aylık ortalama mesai saati, hastalık, düzenli ilaç ve sigara kullanma durumu, yorgunluk nedenleri ve yorgunlukla mücadele yaklaşımları ile bakım davranışları ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre bakım davranışları ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırması (N=240)

Demografik	n	Bakım Davranışları Ölçek	Güvence	Bilgi Beceri	Saygılı	Bağlılık
------------	---	--------------------------	---------	--------------	---------	----------

Özellikler		Toplamı		Olma		
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
20-25 yaş ⁽¹⁾	91	4.990±0.542	4.992±0.558	5.398±0.556	4.874±0.641	4.719±0.733
26-30 yaş ⁽²⁾	95	5.028±0.529	5.070±0.556	5.413±0.565	4.863±0.660	4.773±0.628
30 yaş üzeri ⁽³⁾	54	5.232±0.590	5.257±0.634	5.604±0.440	5.099±0.727	4.982±0.780
F=		3.573	3.644	2.884	2.494	2.469
p=		0.030	0.028	0.058	0.085	0.087
Tukey=		3>1,2 (p<0.05)	3>1 (p<0.05)			
Cinsiyet						
Kadın	170	5.069±0.562	5.082±0.592	5.444±0.562	4.944±0.663	4.826±0.723
Erkek	70	5.035±0.538	5.084±0.557	5.466±0.487	4.862±0.697	4.734±0.673
t=		0.434	-0.028	-0.289	0.860	0.909
p=		0.664	0.978	0.773	0.390	0.364
Medeni Durum						
Bekar	147	4.995±0.548	4.998±0.561	5.370±0.584	4.889±0.645	4.740±0.702
Evli	93	5.162±0.552	5.215±0.591	5.576±0.435	4.970±0.715	4.893±0.714
t=		-2.296	-2.857	-2.928	-0.905	-1.627
p=		0.023	0.005	0.002	0.367	0.105
Çocuk Sahipliği						
Evet	61	5.149±0.601	5.174±0.641	5.554±0.468	4.995±0.742	4.889±0.780
Hayır	179	5.029±0.536	5.051±0.558	5.415±0.559	4.895±0.647	4.769±0.683
t=		1.464	1.433	1.751	1.000	1.141
p=		0.144	0.153	0.081	0.318	0.255
Çocuk Sayısı						
Bir çocuk	25	5.163±0.696	5.215±0.711	5.472±0.602	5.020±0.824	4.944±0.824
İki çocuk	21	5.129±0.545	5.191±0.591	5.591±0.377	4.944±0.696	4.791±0.794
Üç çocuk	15	5.153±0.540	5.083±0.619	5.640±0.304	5.022±0.707	4.933±0.724
F=		0.018	0.202	0.693	0.071	0.247
p=		0.982	0.817	0.504	0.932	0.782
Mesleki Deneyim						
1-5 yıl ⁽⁴⁾	145	4.992±0.534	5.003±0.555	5.412±0.571	4.861±0.642	4.713±0.690
6-10 yıl ⁽⁵⁾	57	5.107±0.594	5.184±0.619	5.435±0.536	4.944±0.732	4.849±0.724
10 yıl üzeri ⁽⁶⁾	38	5.245±0.532	5.234±0.582	5.616±0.385	5.110±0.675	5.053±0.708
F=		3.462	3.604	2.184	2.128	3.722
p=		0.033	0.029	0.115	0.121	0.026
Tukey=		6>4 (p<0.05)	5,6>4 (p<0.05)		6>4 (p<0.05)	
Çalışılan Hastane						
Devlet hastanesi	116	5.056±0.421	5.086±0.449	5.476±0.436	4.894±0.523	4.781±0.600
Üniversite hastanesi	124	5.063±0.656	5.079±0.684	5.426±0.623	4.945±0.789	4.816±0.799
t=		-0.100	0.101	0.717	-0.589	-0.383
p=		0.919	0.919	0.469	0.552	0.700

Tablo 8. (Devam)

Çalışılan Klinik

Dahiliye servisi	32	4.926±0.695	4.981±0.684	5.369±0.674	4.703±0.837	4.663±0.837
Cerrahi servisi	35	4.945±0.568	4.993±0.615	5.343±0.575	4.824±0.599	4.617±0.746
Yoğun bakım servisi	88	5.134±0.553	5.156±0.588	5.516±0.513	5.017±0.682	4.855±0.718
Acil servis	40	5.058±0.494	5.053±0.522	5.470±0.507	4.908±0.658	4.835±0.651
Diğer (ameliyathane)	45	5.099±0.471	5.106±0.513	5.444±0.488	4.970±0.564	4.898±0.595
F=		1.294	0.850	0.866	1.549	1.257
p=		0.273	0.495	0.485	0.189	0.288
Eğitim Düzeyi						
Lise	20	5.113±0.408	5.038±0.540	5.580±0.420	5.008±0.539	4.890±0.552
Ön lisans	36	5.140±0.572	5.163±0.579	5.433±0.498	5.032±0.734	4.939±0.759
Lisans/lisansüstü	184	5.038±0.565	5.071±0.587	5.439±0.560	4.889±0.673	4.762±0.713
F=		0.610	0.439	0.632	0.875	1.118
p=		0.544	0.645	0.533	0.418	0.329
Hemşireliği Sevme Durumu						
Seviyor	189	5.107±0.501	5.136±0.527	5.495±0.471	4.962±0.628	4.849±0.676
Sevmiyor	51	4.882±0.694	4.885±0.721	5.282±0.724	4.765±0.804	4.616±0.802
t=		2.614	2.773	2.526	1.870	2.098
p=		0.033	0.023	0.051	0.109	0.037
Çalışma Düzeni						
08.00-08.00	198	5.074±0.539	5.099±0.559	5.453±0.534	4.946±0.649	4.810±0.708
Diğer (08.00-16.00/08.00-24.00)	42	4.990±0.623	5.006±0.680	5.438±0.575	4.798±0.773	4.748±0.722
t=		0.892	0.937	0.157	1.302	0.518
p=		0.373	0.413	0.875	0.194	0.605
Aylık Mesai Saati						
24 saat ve altı	36	5.01±0.53	4.972±0.600	5.394±0.592	4.912±0.702	4.828±0.670
24-32 saat	40	5.10±0.54	5.116±0.566	5.530±0.440	4.963±0.656	4.820±0.788
32 saat ve üzeri	164	5.059±0.561	5.098±0.582	5.443±0.551	4.912±0.674	4.788±0.701
F=		0.233	0.772	0.642	0.094	0.067
p=		0.793	0.463	0.527	0.910	0.935
Hastalık Durumu						
Var	39	4.997±0.645	5.019±0.693	5.374±0.593	4.885±0.740	4.718±0.759
Yok	201	5.072±0.536	5.095±0.558	5.465±0.530	4.927±0.661	4.815±0.700
t=		-0.770	-0.740	-0.956	-0.360	-0.781
p=		0.442	0.460	0.340	0.719	0.435
Düzenli İlaç Kullanma Durumu						
Var	26	5.117±0.605	5.130±0.622	5.492±0.525	5.032±0.715	4.823±0.851
Yok	214	5.052±0.549	5.077±0.577	5.445±0.543	4.907±0.668	4.796±0.692
t=		0.561	0.441	0.422	0.898	0.182
p=		0.576	0.660	0.673	0.370	0.856
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	68	4.990±0.479	5.004±0.500	5.421±0.520	4.838±0.622	4.721±0.640
Hayır	172	5.087±0.580	5.113±0.609	5.462±0.549	4.953±0.691	4.830±0.734
t=		-1.217	-1.320	-0.530	-1.187	-1.080
p=		0.188	0.153	0.597	0.236	0.254

Tablo 8. (Devam)

Alkol Kullanma Durumu

Evet	32	4.846±0.397	4.883±0.436	5.313±0.487	4.703±0.480	4.494±0.545
Hayır	208	5.092±0.568	5.113±0.595	5.471±0.546	4.954±0.692	4.846±0.721
t=		-2.358	-2.101	-1.551	-1.972	-2.651
p=		0.004	0.011	0.122	0.013	0.009

Yorgunluk Nedeni

Uzun çalışma saati/ nöbetler	57	4.983±0.496	5.050±0.484	5.368±0.557	4.866±0.630	4.628±0.663
İş yükü	97	5.018±0.600	5.018±0.652	5.460±0.576	4.849±0.722	4.777±0.736
Uykusuzluk	39	5.150±0.474	5.208±0.509	5.503±0.415	5.004±0.528	4.877±0.650
Stresli iş ortamı	47	5.164±0.574	5.149±0.584	5.485±0.540	5.064±0.713	4.987±0.719
F=		1.461	1.274	0.630	1.415	2.440
p=		0.226	0.284	0.596	0.239	0.065

Yorgunlukla Mücadele Şekli

Uyumak	126	5.000±0.593	5.008±0.621	5.400±0.593	4.884±0.690	4.729±0.751
Sosyal aktivite	41	5.042±0.495	5.113±0.501	5.444±0.470	4.862±0.688	4.742±0.641
Dinlenmek	73	5.171±0.504	5.194±0.538	5.540±0.471	5.016±0.630	4.953±0.654
F=		2.246	2.454	1.557	1.082	2.520
p=		0.108	0.088	0.213	0.341	0.083

F: ANOVA Testi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi

5. TARTIŞMA

Bakım hizmetlerindeki kalitenin yansıması şeklinde gösterilen sağlık hizmetleri, hemşirelik mesleğinin ana sorumluluk alanlarından biridir. Bakım, toplumun her ferdinin hayatlarının er ya da geç bir noktasında ihtiyaç duyulan bir unsurdur. Bu durum, bakımın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda hemşirelerin bakım davranışları da bakım hizmetlerinde büyük bir öneme sahiptir. Ancak birçok etkene bağlı olarak hemşirelerin bakım davranışları olumlu ve olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. Günümüzde pandeminin de getirdiği yük ile birlikte hemşirelerin yorgunluk düzeylerinin genel olarak bir yükseldiği olduğu görülmektedir. Bu yükselmenin etki alanlarının saptanması, yorgunluk düzeylerinin saptanması kadar önem arz etmektedir. Bu bağlamda çalışmada, hemşirelerin bazı nedenlerden kaynaklı olarak yorgunluk düzeylerinin artması sonucu bakım davranışlarında olan değişimlerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, yaklaşık beşte ikisi genç (28.19 yaş), çoğunluğu kadın, bekar ve lisans/lisansüstü eğitime sahip, yarısından biraz fazlası üniversite hastanesinde, üçten birinden fazlası yoğun bakım ünitelerinde, çoğunluğu 08-08 saatleri arasında 24 saat nöbet usulü çalışan ve ayda 32 saatten daha fazla mesai yaptığını belirten hemşirelerle yürütülen bu çalışmada; iş yükü nedeni ile yorgunluk çektiğini belirten hemşirelerin yorgunluk düzeyi genelde ve özellikle duygulanım başta olmak üzere, duygusal yorgunluk boyutunda orta düzeyin biraz üzerinde şiddetli, davranış/şiddet ile bilişsel/ruhsal yorgunluk boyutlarında orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 4). İz ve arkadaşlarının çalışmasında, bu bulgulara benzer şekilde hemşirelerin yorgunluk düzeyinin orta seviyenin biraz üzerinde olduğu (Ort.= 6.1) ve alt boyutlarda en düşük puanın bilişsel/ruhsal yorgunluk boyutunda olduğu belirlenmiştir (131). Bu kapsamda duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlar içeren subjektif bir duyu (132) ve her zaman hissedilebilen, enerji yokluğu anlamına gelen ve genel olarak geçici bir durum olarak tanımlanan (133) yorgunluğu; hemşirelerde birçok faktör etkileyebilmektedir.

Yürütülen çalışmada, hemşirelerin yorgunluk düzeyini mesleki deneyim yılları, çalıştıkları klinik, hemşireliği sevme durumu genel toplamda etkilemiştir (Tablo 7). Ayrıca mesleki deneyim yılları davranış/şiddet ile duygusal yorgunluk, çalışılan klinik duygulanım ve duygusal yorgunluk boyutlarını da etkilemiştir. Bu sonuçlara göre özellikle kamu hastanesinde ve yoğun bakımda ünitesinde çalışan ve mesleki deneyimi 6 ile 10 yıl arasında olan hemşirelerin daha yorgun olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışmanın

pandemi döneminde yapılmasına bağlı kamu hastanelerinin ve yoğun bakım ünitelerine hasta yatışının fazla olması ve ağır iş yükünden kaynaklanmış olabilir. Altı ile 10 yıl arası mesleki deneyime sahip hemşirelerin ise daha fazla yorulma nedeni; bu ünitelerde daha fazla görev yapmalarından kaynaklanabilir. Çünkü çalışmada anlamlı fark yaratmasa da dahili ile yoğun bakım ünitelerinde 6-10 yıl arası meslekli deneyime sahip hemşireler daha fazla görevlendirilmiştir.

Ayrıca çalışmada, hemşireliği/mesleğini sevmeyen hemşirelerin duygulanım ve bilişsel/ruhsal yorgunluk boyutları doğrultusunda genel olarak yorgunluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanan hemşirelerin de duygulanım yorgunluk boyutu daha yüksektir. Metin ve Kuyupınar'ın çalışmasında da bu bulguları destekler şekilde mesleğini severek yapan hemşirelerin sevmeden yapanlara göre yorgunluk düzeyi daha düşük bulunmuştur (128). Bununla birlikte duygulanım ve bilişsel/ruhsal yorgunluğun yüksek olmasının nedeni duygulanım yorgunluğunun; yorgunluğun hoş/değil, olumlu/olumsuz veya koruyucu/yıpratıcı gibi duygusal düşüncelerle ifade edilmiş şekli, bilişsel/ruhsal yorgunluk boyutunun ise sakin/sinirli, rahat/gereğin, mutlu/mutsuz, odaklanabilme/ odaklanamama gibi daha çok mental duruma ile ilişkili olmasından kaynaklanabilir (128). Dolayısıyla çalışmanın yürütüldüğü dönemde yaşanan yoğun stres, zaten var olan mesleğe karşı olumsuz duyguları artmış olabilir, bunlar hemşirelerin duygulanım ile bilişsel/ruhsal boyutta yorgunluk düzeyleri tetikleyerek artmış olabilir. Bununla birlikte bu sonuçlar, hemşirelerin sigara kullanma gibi yorgunluk ile başetme şeklinin de etkisiz olduğunu düşündürmüştür.

Yorgunluğun artmasına bir nedeni insanların yorgunluk ile mücadele şekilleridir. Yürütülen çalışmada, özellikle sosyal aktivitelere katılan ve uyuyan hemşirelerin bilişsel/ruhsal yorgunluk düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Çünkü uykusuzluk, temel yorgunluk nedenlerinden biridir ve yeterli düzeyde uyunmadığında sinirlilik, yorgunluk gibi bilişsel ve mental durumu etkileyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Gücüyener'in sağlık personellerine yönelik gerçekleştirdiği çalışmada da yorgunluğun genel nedeninin uykusuzluk olarak değerlendirildiği belirlenmiştir (134). İz ve arkadaşlarının çalışmasında da yorgunluk sebebinin yoğun nöbetler, uykusuzluk ve hasta yakınlarının fazlalığı olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, çalışma bulgularımızla örtüşecek şekilde yorgunlukla mücadele şeklinin uyumak olduğunu belirlenmiştir. Ayrıca uykusuzluğun yorgunluğun genel olarak en önemli nedenlerinden biri olarak görülmesi sebebi ile yorgunluğu yenmek

ya da hafifletmek için katılımcıların çoğunun uykuyu tercih ettiği belirtilmiştir (131). Metin'in çalışmasında ise hemşirelerin yarısından fazlasının yorgunluk nedeni stresli çalışma ortamına bağlamış ve yorgunlukla baş etmek için uyku ve dinlenme yöntemlerinin kullandığı açıklanmıştır (125).

Çalışmada, yukarıdaki değişkenler hemşirelerin yorgunluk düzeyini anlamlı şekilde etkilerken, yaşları cinsiyetleri, medeni ve eğitim durumları, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı, çalışma düzeni, aylık mesai saati, hastalık, ilaç kullanma ve alkol durumu, yorgunluk düzeylerini etkilememiştir (Tablo 7). İz ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, kronik hastalık varlığı, ilaç ve sigara kullanımı hemşirelerin yorgunluk düzeyini etkilememiştir. Sadece genel yorgunluk ile davranış/şiddet alt boyutunda kadınların erkeklere göre yorgunluk düzeyinin daha yüksek gözlemlendiği belirtmiştir ($p<0.05$) (131). Işıklar ve arkadaşlarının çalışmasında da hastane çalışanlarının cinsiyeti yorgunluk derecelerini etkilemiştir (135).

Yorgunluk; hemşirelerde başka problemlere yol açabilen, dolayısıyla azaltılması gereken önemli bir belirtidir. Hemşirelerde fiziksel yorgunlukla birlikte işlerinde ya da sosyal yaşantılarındaki yorgunluğa bağlı; tükenme, zayıflama ve halsizlik, solgunluk ve enerji düşüklüğü, iş devamda azalma, performans düşüklüğü, dikkat dağınıklığı, uzun süreli ayakta yapılması gereken faaliyetlere devam edememe, düşme, yaralanma, kalıcı fiziksel rahatsızlıklara yakalanma oranlarında artma görülebilir. Ayrıca hemşirenin iş doyumunu ve psikolojik sağlığı olumsuz etkilenebilir, odaklanma sorununa bağlı yanlış ilaç veya doz uygulaması yapma, uygulanan tekniklerde eksiklik gibi birçok sorunun oluşabileceği belirtilmektedir (7). Görüldüğü gibi yorgunlukla beraber gelen sorunlar, hemşirelerin toplumsal yaşamına ve iş ortamına yansımakta, hemşirelerin iş arkadaşları ve hastaları ile iletişiminin yanı sıra bakım davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (21).

Çalışmada, hemşirelerin bakım davranışları bilgi-beceri boyutu başta olmak üzere yüksek olarak saptanmıştır (Tablo 4). Diğer bir ifade ile hemşirelerin; hastayı dikkatle dinledikleri, eğitip bilgilendirdikleri, destek oldukları, sabırlı ve anlayışlı oldukları, hasta ile konuştukları, mesleki bilgi ve becerilerini sergiledikleri, araç ve gereçleri beceri ile kullandıklarına ilişkin bakım davranışlarını yüksek düzeyde uyguladıkları söylenebilir (129). Çünkü bakım, hemşirelerin temel rollerinden biridir. Hemşirelik bakımı ise "hemşirenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden mevcut ya da olası sağlık problemine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya,

değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik kurduğu ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur”. Dolayısıyla hemşirelerin hasta bakımı sırasında bu davranışlarını göstermeleri olağan ve yasal bir yükümlülüktür (13).

Hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin yürütülen çalışmada, hemşirelerin yaşları, medeni durumları, mesleki deneyim yılları, hemşireliği sevme ve alkol kullanma durumları bakım davranışlarını etkilemiştir (Tablo 8). Bu bağlamda 30 yaş üzeri hemşirelerin güvence boyutu öncelikli olmak üzere genelde bakım davranışları, 30 yaş ve altındaki hemşirelerden daha yüksektir. Bu durum yaşla birlikte gelen mesleki deneyimden kaynaklanabilir. Çünkü 5 yıl ve altı deneyime sahip hemşirelere göre özellikle 10 yıl üzeri deneyime sahip hemşirelerin güvence ve bağlılık boyutu ile birlikte genelde bakım davranışlarını daha fazla sergiledikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar evli olan, hemşireliği seven ve alkol kullanmayan hemşireler için de geçerlidir. Ayrıca saygılı olma boyutunda alkol kullanmayan hemşirelerde, tüm hemşirelerden beklendiği gibi daha çok bakım davranışı sergilediği belirlenmiştir.

Çalışmada hemşirelerin cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısı, çalıştıkları hastane ve klinik, eğitim durumu ve çalışma düzeni, ayık mesai saati, hastalık, düzenli ilaç ve sigara kullanma durumu, yorgunluk nedenleri ve yorgunluk ile mücadele yaklaşımları ise bakım davranışlarını etkilememiştir (Tablo 8). Oysa Boz ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre bakım davranışları anlamlı farklılık göstermiştir. Yataklı tedavi klinikleri, poliklinik ve ameliyathane hemşirelerine göre yoğun bakım hemşirelerinin bilgi-beceri boyutunda öncelikli olmak üzere bakım davranışlarına ilişkin puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte hemşirelerin kurumda ve haftalık çalışma süresi bakım davranışlarını etkilememiştir (132). Bir başka çalışmada ise hemşirelerin bakım davranışlarını vardiyalı çalışma düzeni/diğer bir ifadeyle değişen shiftler etkilemiştir. Düzenli/aynı program içerisinde çalışan hemşirelere göre dönüşümlü shift/vardiyalarda çalışan hemşirelerin en az iki kat daha fazla hata yaptığı, bu bağlamda hata yapma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (74). Hemşirelerin hata yapma oranları aynı zamanda yorgunlukla ilişkilendirilmiştir. Sağlık hizmetlerindeki bakım kalitesinin düşmesi çok boyutlu olarak karşımıza çıkmakta, yorgunluğun sağlık hizmetlerindeki kaliteyi düşüren bir etken olduğu kabul edilmektedir. Özellikle kronik yorgunlukla birlikte hemşirelerin çok yönlü bir tükenmişlik haline girmesi sonucunda

oluşan etkileri psikolojik olarak çevresine yansıtması sağlık hizmetlerinin çok boyutlu bir şekilde etkilendiği bir durum olmaktadır (26, 27, 124, 126, 127).

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmada, hemşirelerin yorgunluk düzeyi ile bakım davranışları arasındaki ilişki durumu incelendiğinde; genel olarak aralarında anlamlı bir ilişki ve etkileşme olmasa da yorgunluğun alt boyutlarından davranış/şiddet ile bilişsel/ruhsal yorgunluk ile bakım davranışları genelinde çok zayıf ancak anlamlı bir ilişki vardır. Yorgunluğun davranış/şiddet, bilişsel/ruhsal boyutlarının yanı sıra duygulanım yorgunluk boyutunun da genel bakım davranışlarını anlamlı şekilde etkilediği belirlenmiştir. Bu etkileşim, yorgunluğun özellikle “bireyde sıkıntı yapma ile tanımlanan, okul/iş gibi uğraşları, arkadaşları görmeyi, iletişim kurmayı, cinsel yaşamı sürdürmeyi, sevdiği faaliyetlere katılmayı engelleme ile karakterize ve yorgunluğun şiddetini derecelendiren” davranış/şiddet boyutu ile bakım davranışlarının tüm boyutları arasında benzer bir durum göstermiştir (Tablo 5). Bu alt boyutlar bakım davranışlarını yalnızca %5.5 ile açıklamışlardır. Bu sonuçlar, hemşirelerin bakım davranışlarını yorgunluğun sınırlı ölçüde etkilediğini ve yorgunluğun dışında başka değişkenlerin de bakım davranışlarını etkilemekte olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin yorgunluk düzeyleri ile bakım davranışlarına ilişkin yürütülen bu çalışmada, beşte ikisi genç yaşlarda, çoğunluğu kadın, bekar ve lisans/lisansüstü eğitime sahip, yarısından biraz fazlası üniversite hastanesinde, üçte birinden fazlası yoğun bakım ünitelerinde 24 saat nöbet usulü çalışan hemşireler, ayda 32 saatten daha fazla mesai yapmaktadır. Dolayısıyla her beş hemşireden ikisi iş yükünün yoğunluğu nedeni ile yorulduğunu ve yorgunlukla mücadele etmek için özellikle uyumayı tercih ettiğini belirtmiştir. Bu hemşirelerin yorgunluk seviyesi orta düzeyin hemen üzerinde şiddetli derecededir. Bu durum duygulanım ve duyuşal boyutta benzer derecede, davranış şiddeti ve bilişsel ruhsal boyutta orta derecededir.

Özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan ve genellikle bu ünitelerde çalışıp mesleki deneyim yılı 6-10 yıl arasında değişen, hemşireliği sevmeyen hemşirelerin genel olarak yorgunluk düzeyi daha yüksektir. Bu durum yorgunluğun davranış/şiddet ile duyuşal boyutunda yine 6-10 yıl mesleki deneyimi olan, duyuşal boyutunda kamu hastanesinde çalışan, duygulanım boyutta mesleğini sevmeyen ve sigara kullanan, bilişsel boyutta yine mesleğini sevmeyen ile yorgunlukla uyumak/sosyal aktivite yapmak yerine dinlenerek baş çıkmaya çalışan hemşireler için geçerlidir.

Hemşirelerin bakım davranış düzeyleri ise bilgi beceri boyutu öncelikli olmak üzere yüksektir. Ayrıca güvence boyutu başta olmak üzere 30 yaş ve 10 yıl üzeri mesleki deneyime sahip, evli, hemşireliği seven ve alkol kullanmayan hemşirelerin de genel olarak bakım davranışları düzeyi diğerlerinden yüksektir.

Çalışmada, genelde hemşirelerin yorgunluk ile bakım davranış düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamasına rağmen yorgunluğun davranış/şiddet, bilişsel/ruhsal, duygulanım alt boyutları genel olarak bakım davranışlarını anlamlı şekilde etkilemiştir. Ancak yorgunluğun alt boyutları, bakım davranışlarını %5.5 oranında açıklamıştır.

Bu doğrultuda; hemşirelerin yorgunluk düzeyini olumsuz etkileyip artırdığı için hasta hemşire oranının dengelenmesi ya da hasta başına düşen hemşire sayısı gibi stratejiler geliştirilip bu stratejiler kamu hastaneleri başta olmak üzere yoğun bakım ünitelerinde uygulanmalıdır. Hemşirelerin yeterli ve kaliteli uyku uyuyabilmesi için çalışma programları ve çalışma saatleri tekrar gözden geçirilip iyileştirilebilir, çalışma saatleri içinde dinlenme araları verilebilir. Hemşirelerin yeterli ve nitelikli uyuyabilmesi için sosyal iyileştirme politikaları ve aktiviteler oluşturulup düzenlenebilir. Kurum tarafından

tamamlayıcı tıp yaklaşımları, klinik psikolog gibi destekleyici terapötik yaklaşımlar sürekli ve düzenli olarak sunulabilir. Uyku ve yorgunlukla başa çıkma konusunda hemşirelerin farkındalığını artırmak için eğitimler düzenlenebilir.

Bakım davranış düzeyini artırmak için özellikle 5 yıl alt mesleki deneyimi olan, 30 yaş ve altında, bekar, hemşireliği sevmeyen ve alkol tüketen hemşirelerin davranışlarına yönelik farkındalık/duyarlılık toplantıları yapılabilir, bakım davranışlarını sergilemeleri için eğitimlerle güçlenmeleri sağlanabilir. Bu hemşireler kurum ve kendi yöneticileri tarafından takip edilip hasta bakımına yönelik performansları değerlendirilebilir, sonuçlara ilişkin geri bildirim sağlanabilir.

Ayrıca konu ile ilgilenen araştırmacılar, çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi bakım davranışlarını etkileyen diğer değişkenleri araştırarak farklı yorgunluk nedenlerini belirleyebilir. Bunların yanı sıra yoğun bakım ekipleri ile iş birliği içerisinde çalışıp yorgunluğun azaltılması/iyileştirilmesi için stratejiler geliştirilebilir ve birlikte yorgunluğa ilişkin protokoller oluşturulup yaygınlığı sağlanabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Sağlam Arı G, Çına Bal E (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi 15(1): 131-48.
2. Sullivan EJ, Decker PJ (1998). Effective leadership and management in nursing. The American Journal of Nursing 98(6): 16.
3. Yıldırım D, Aycan Z (2008). Nurses work demands and work family conflict: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 45(9): 1366-78.
4. Esin MN, Sezgin D (2012). Yoğun bakım ortamında çalışan güvenliği: yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamı ve mesleki riskleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 16(1): 14-20.
5. Al-Kandari F, Thomas D (2008). Adversenurseoutcomes: correlationtonurses' workload, staffing, andshiftrotation in Kuwaiti hospitals. Applied Nursing Research 21(3): 139-46.
6. Özata M, Altunkan H (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 8(2): 100-11.
7. Smith-Miller CA, Shaw-Kokot J, Curro B, Jones CB (2014). An integrative view: fatigue among nurses in acute care settings. The Journal of Nursing Administration 44(9): 487-94.
8. Leproult R, Colecchia EF, Berardi AM, Stickgold R, Kosslyn SM, Van Cauter E (2003). Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology 284(2): 280-290.
9. Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress health outcomes in emergency nurses. Journal of Advanced Nursing 67(6): 1317-28.
10. Banakhar M (2017). The impact of 12-hour shifts on nurses' health, wellbeing, and job satisfaction: A systematic review. Journal of Nursing Education and Practice 7(11): 69-83.
11. Caruso CC (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. Rehabilitation Nursing 39(1): 16-25.

12. Internatiol Labour Organization [ILO] (2005). Nursing personnel convention no. 149 [online]. Erişim adresi: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149. [Erişim tarihi:14 Ağustos 2022].
13. Hemşirelik Kanunu 6283 (1954). [online]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6283.pdf>. [Erişim tarihi:12 Ağustos 2022].
14. Bilazer F, Konca G, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E (2008). Gün-24 Saat/Hasta başında Türkiye de hemşirelerin çalışma koşulları. Türk Hemşireler Derneği, Ankara; Sayfa : 1-53.
15. Akyar İ (2009). Vardiyalı, uzun süre, fazla çalışma ve etkileri. Türk Hemşireler Derneği [online]. Erişim Adresi: <https://www.thder.org.tr/vardiyali-uzun-sure-fazla-calisma-ve-etkileri>. [Erişim tarihi:01.09.2022].
16. Nurse Fatigue Canadian Nurses Association (2015). [online]. Erişim adresi: https://www.cnaaicc.ca//media/cna/pagecontent/pdfen/fact_sheet_nurse_fatigue_2012_e.pdf. [Erişim tarihi:01.09.2022].
17. Querstret D, O'Brien K, Skene DJ, Maben J (2020). Improving fatigue risk management in healthcare: A systematic scoping review of sleep-related/fatigue-management interventions for nurses and midwives. *International Journal of Nursing Studies*. 106:103513.
18. Epstein M, Söderström M, Jirwe M, Tucker P, Dahlgren A (2020). Sleep and fatigue in newly graduated nurses experiences and strategies for handling shiftwork. *Journal of Clinical Nursing* 29(1-2): 184-94.
19. Han K, Trinkoff AM, Geiger-Brown J (2014). Factors associated with work-related fatigue and recovery in hospital nurses working 12-hour shifts. *Workplace Health & Safety* 62(10).
20. Altuntaş M, Başer A, Kolcu G, Tuncer Ö, Gök Balcı U, Çadırcı D, Öngel K (2014). Hemşirelerde Süreğen Yorgunluk Yakınmaları Sıklığı, Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 24(3): 167-172
21. Jenkins B, Warren NA (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly* 35(4): 388-95.
22. Troxel WM, Buysse DJ, Matthews KA, Kip KE, Strollo PJ, Hall M, Drumheller O, Reis SE (2010). Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep* 33(12): 1633-40.

23. Haryani A (2019). Predictors of nurse s caring behavior towards patients with criticalIllness. KNE Life Sciences 2019: 12-22.
24. Okumuş DÇ, Esra U (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (2): 9-104.
25. Can G (2006). Kanser hastasında yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 3(2): 10-7.
26. Rafii F, Oskouie F, Nikraves M (2007). Caring behaviors of burn nurses and the related factors. Burns 33(3): 299-305.
27. Neville K, Cole DA (2013). The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. The Journal of Nursing Administration 43(6): 348-354.
28. Dığın F, Kızılcık Özkan Z, Düzgün Şahin A (2022). Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 7(2): 272-277.
29. Burtson PL, Stichler JF (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. Journal of Advanced Nursing 66(8): 1819-1831.
30. Gül Ş (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 10(2): 129-134.
31. Türk Dil Kurumu Sözlük [TDK] (2019). [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [Erişim tarihi:13 Ağustos 2022].
32. Demirbağ C, Kazak A, Erkuran H (2021). Hemşirelik kuramlarına giriş. Hemşirelik Kuramları. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
33. Ulusoy MF, Görgülü RS (1997). Hemşirelik Esasları. 72 TDFO Ltd Şti, Ankara.
34. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım: kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi 4(3): 137-140.
35. Potter PA, Perry AGE, Stockert PA, Hall A (2009). Fundamentals of Nursing. Elsevier Mosby.
36. Holland K (2021). Hemşirelik ve bakımın içeriği. Çev: Rengin Acaroğlu. Roper, Logan, Tirney Modelinin Uygulamada Kullanılması. Ed: Karen Holland, Jane Jenkins, Jackie Solomon, Sue Whittam, Çev. Ed: Rengin Acaroğlu, MerdiyeŞendir, Hatice Kaya. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, Sayfa: 24-43.

37. Wu Y, Larrabee JH, Putman HP (2006). Caring behaviors inventory: A reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research* 55(1): 18-25.
38. Kulu Ö (2019). Cerrahi hastalarının anksiyete düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
39. Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İlter SM, Özcan Ö, Şakirgün E, Atay S (2017). Türkiye'de hemşirelik bakım algısının incelenmesi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi* 8(3): 163-172.
40. Toru F (2020). Hemşirelik Uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 46-59.
41. Korkut Bayındır S, Biçer S (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 25-29.
42. Brunton B, Beaman M (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 12(11): 451-456.
43. Aydın M, Kaşıkçı M. (2019). Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 21(3).
44. Erol F, Türk G (2019). Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses. *Scanning* 1(4): 6-7.
45. Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati J (2019). Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nursing Ethics* 26(1): 248-255.
46. Göçmen Baykara Z (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 1(2): 92-99.
47. Aydın A, Biçer S (2019). Hemşirelik eğitiminde güncel yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 28(1): 38-42.
48. Kaya A, Karataş N, Dalgıç Aİ (2019). Profesyonellik Çerçevesinde Hemşirelik Bilimi: Genel Bir Bakış. 2nd International Health Sciences and Life Congress 1-7.
49. Eker F, Açıkgöz F, Karaca A (2014). Hemşirelik öğrencileri gözüyle mesleki beceri eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 7(4): 291-294.
50. Görüş S, Bilgi N, Korkut Bayındır S (2014). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 1(2): 25-29.

51. Şanal S (2020). Pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin bakım davranışları üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak.
52. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö (2013). Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1): 13-20.
53. Türkan Erer M, Akbaş M, Yıldırım G (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 7(1): 1-5.
54. Yau XC, Tam WSW, Seah HWV, Siah CJR (2019). An exploration of factors influencing inpatient nurses' care behaviour in an acute hospital setting. *International Journal for Quality in Health Care* 31(6): 473-479.
55. Göğüş F (2016). Cerrahi hastaların ve cerrahi hemşirelerinin bakım davranışı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
56. Okumuş D (2017). Hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
57. Gözük Konuk T (2016). Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışları algısının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
58. Erol F (2016). Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Mesleki Profesyonel Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
59. Baştürk M (2019). Hemşirelerin yaşlı bireylere ilişkin tutumlarının bakım davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
60. Çelik Bekleviç A (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin profesyonel değerlerinin bakım davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
61. Durukan E (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ve çalışma koşulları. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
62. Lasseter JA (2009). Chronic fatigue: Tired of being tired. *Home health care management & practice* 22(1): 10-15.

63. Ream E, Richardson A (1996). A Fatigue: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*; 33(5): 519-29.
64. Ruggiero JS (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in nursing & health* 26(6): 434-444.
65. Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E, Klapp BF (2011). Determinants of fatigue and stress. *BMC research notes* 4(1): 1-5.
66. Corless IB, Voss JG, Nicholas PK, Bunch EH, Bain CA, Coleman C, Valencia CP (2008). Fatigue in HIV/AIDS patients with comorbidities. *Applied Nursing Research* 21(3): 116-122.
67. Roach GD, Fletcher A, Dawson D. (2004). A model to predict work-related fatigue based on hours of work. *Aviation, space, and environmental medicine* 75(3): A61-A69.
68. Krueger GP (1989). Sustained work, fatigue, sleep loss and performance: A review of the issues. *Work & Stress* 3(2): 129-141.
69. Han K, Trinkoff AM, Geiger-Brown J (2014). Factors associated with work-related fatigue and recovery in hospital nurses working 12-hour shifts. *Workplace health & safety* 62(10): 409-414.
70. Totterdell P, Spelten E, Pokorski J (1995). The effects of nightwork on psychological changes during the menstrual cycle. *Journal of Advanced Nursing* 21(5): 996-1005.
71. Fields WL, Loveridge C (1988). Critical thinking and fatigue: how do nurses on 812-hour shifts compare? *Nursing Economic* 6(4): 189-195.
72. Wilson JL (2002). The impact of shift patterns on healthcare professionals. *Journal of Nursing Management* 10(4): 211-219.
73. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ (2001). Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)* (43): i-x.
74. Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE, Czeisler CA (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health* 82(7): 1011-1014.
75. Sayın A, Candansayar S (2007). Yorgunluk Kavramı Ve Yorgun Hastalara Klinik Yaklaşım. *Gazi Medical Journal* 18(1).
76. Hatipoğlu S (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 44(4): 475-479.

77. Çelik S (2007). Yoğun bakım ünitesinde hasta Kabul ve taburculuk kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 11(2): 96-101.
78. Çelikel T (2001). Dünyada ve Türkiye’de yoğun bakım uzmanlığı. Yoğun Bakım Dergisi 1(1): 5-9.
79. Akpir K (2002). Yoğun bakım serüveni: dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2002 (1): 6-12.
80. Yarmohammadi H, Poursadeghiyan M, Rahmani N, Yarmohammadi S, Omidandost A, Eskandari S (2018). Work-related fatigue and the effective factors in the Iranian nurses. Archives of Hygiene Sciences 7(1): 32-38.
81. Yoder EA (2010). Compassion fatigue in nurses. Applied Nursing Research 23(4): 191-197.
82. Ho JC, Lee MB, Chen RY, Chen CJ, Chang WP, Yeh CY ve Lyu SY (2013). Work-related fatigue among medical personnel in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association 112(10): 608-615.
83. Brzozowski SL, Cho H, Knudsen ÉNA, Steege LM (2020). Predicting nurse fatigue from measures of work demands. Applied Ergonomics (92): 103337.
84. Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, Wright DJM, Wessely SC (1994). Population based study of fatigue and psychological distress. Bmj 308(6931): 763-766.
85. Winwood PC, Winefield AH, Dawson D, Lushington K (2005). Development and validation of a scale to measure work-related fatigue and recovery: the Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery Scale. Journal of Occupational and Environmental Medicine 47(6): 594-606.
86. Jason LA, Evans M, Brown M, Porter N (2010). What is fatigue? Pathological and nonpathological fatigue. PM&R 2(5): 327-331.
87. Winwood PC, Winefield AH, Lushington K (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. Journal of Advanced Nursing 56(4): 438-449.
88. Gander P, Hartley L, Powell D, Cabon P, Hitchcock E, Mills A, Popkin S (2011). Fatigue risk management: Organizational factors at the regulatory and industry/company level. Accident Analysis & Prevention 43(2): 573-590.

89. Killgore WD (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. *Progress in Brain Research* (185): 105-129.
90. Banks S, Landon LB, Dorrian J, Waggoner LB, Centofanti SA, Roma PG, Van Dongen HP (2019). Effects of fatigue on teams and their role in 24/7 operations. *Sleep Medicine Reviews* (48): 101216.
91. Witkoski A, Dickson VV (2010). Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks. A review from an occupational health nurse perspective. *AAOHN J* 58(11): 489-99.
92. Steege LM, Pasupathy KS, Drake DA (2018). A work systems analysis approach to understanding fatigue in hospital nurses. *Ergonomics* 61(1): 148- 161.
93. Adriaenssens J, De Gucht V, Van Der Doef M, Maes S (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* 67(6): 1317-1328.
94. Findik UY (2015). Operating room nurses' burnout and safety applications. *International Journal of Caring Sciences* 8(3): 610.
95. Menon B, Karishma HP, Mamatha IV (2015). Sleep quality and health complaints among nursing students. *Annals of Indian Academy of Neurology* 18(3): 363
96. Steege LM, Dykstra JG (2016). A macroergonomic perspective on fatigue and coping in the hospital nurse work system. *Applied Ergonomics* (54): 19-26.
97. Yumang Ross DJ, Burns C (2014). Shift work and employee fatigue: implications for occupational health nursing. *Workplace Health & Safety* 62(6): 256-261.
98. Matheson A, O'Brien L, Reid JA (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 23(23-24): 3309-3320.
99. Menon B, Karishma HP, Mamatha IV (2015). Sleep quality and health complaints among nursing students. *Annals of Indian Academy of Neurology* 18(3): 363
100. Witkoski A, Dickson VV (2010). Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks. A review from an occupational health nurse perspective. *AAOHN J* 58(11): 489-99.
101. Garrett C (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN Journal* 87(6): 1191-1204.
102. Berger AM, Hobbs BB (2006). Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 10(4): 465-471.

103. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Topu J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care* 52(11): 975.
104. Kunert, K., King, M. L. ve Kolkhorst, F. W. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 45(8): 30- 37.
105. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 23(4): 202-212.
106. Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P, Lavie P (2008). Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients' safety?. *Nursing Economics* 26(4): 250.
107. Bae SH, Fabry D (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nursing Outlook* 62(2): 138-156
108. Kunert, K., King, M. L. ve Kolkhorst, F. W. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 45(8): 30- 37.
109. Moloney W, Boxall P, Parsons M, Cheung G (2018). Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 864-875.
110. Chen J, Davis KG, Daraiseh NM, Pan W, Davis LS (2014). Fatigue and recovery in 12-hour day shift hospital nurses. *Journal of Nursing Management* 22(5): 593-603.
111. Barker LM, Nussbaum MA (2011). Fatigue, performance and the work environment: A survey of registered nurses: Fatigue, performance and the work environment. *Journal of Advanced Nursing* 67(6): 1370-1382.
112. Bowen J, Hinze A, Griffiths C (2019). Investigating real-time monitoring of fatigue indicators of New Zealand forestry workers. *Accident Analysis & Prevention* (126): 122-141.
113. Hazzard B, Johnson K, Dordunoo D, Klein T, Russell B, Walkowiak P (2013). Work- and nonwork-related factors associated with PACU nurses' fatigue. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 28(4): 201-209.
114. Trougakos JP, Hideg I (2009). Momentary work recovery: The role of within-day work breaks. *Current Perspectives on Job-Stress Recovery* (7): 37-84.

115. Scott-Emuakpor O, Shen MHH, George T, Cross CJ, Calcaterra J (2007). Development of an improved high cycle fatigue criterion. *Journal of Engineering for Gas Turbines and Power* 129(1): 162-169.
116. Olds DM, Clarke SP (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research* 41(2): 153-162
117. Williamson A, Friswell R (2013). Fatigue in the workplace: causes and countermeasures. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior* 1(1-2): 81-98.
118. Folkard S, Tucker P (2003). Shift work, safety and productivity. *Occupational Medicine* 53(2): 95-101.
119. Reese S (2014). Workforce fatigue raises concerns. *Provider*, 40(7): 35-37.
120. Smith-Miller CA, Shaw-Kokot J, Curro B, Jones CB (2014). An integrative review: fatigue among nurses in acute care settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 44(9): 487-494
121. Caruso CC, Baldwin CM, Berger A, Chasens ER, Landis C, Redeker NS, Scott LD, Trinkoff A (2017). Position statement: Reducing fatigue associated with sleep deficiency and work hours in nurses. *Nursing Outlook* 65(6): 766-768.
122. Brown R, Wey H, Foland K (2018). The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 50(3): 306-313.
123. Mutlu S, Yılmaz E (2021). Cerrahi alanlarda çalışan hemşirelerde örgütsel sinizmin bakım davranışları ve çalışma yaşam kalitesine etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8(4): 635-643.
124. Hezer M (2019). Hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
125. Metin S (2019). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yorgunluk düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Gaziantep.
126. Özcan G (2021). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Hemşirelerin İş Stresi, İş Doyumu ve Bakım Davranışları Algısı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.
127. Can R, Hisar KM (2019). Hemşirelerin profesyonellik davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 6(1): 1-9.

128. Can G (2001). Meme Kanseri hastalarında yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
129. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım Davranışları-24 ün Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 15(4): 229-235.
130. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N (2018). Sosyal Bilimler İçin İstatistik. Yirmi dördüncü baskı. Pegem Akademi, Ankara; Sayfa: 312-315.
131. İz M, Topaçoğlu H, Dikme Ö, Bayıl E, Layık ME, Ay İz FB, Dikme Ö (2019). İstanbul'daki eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan acil tıp asistanlarının piper yorgunluk ölçeği ve epworth huykululuk ölçeği ile yorgunluk ve uykululuk değerlerinin ölçülmesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 26(1): 91-96.
132. Kol E, Boz İ (2020). Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 24(1): 32-38.
133. Loblay R, Stewart G, Bertouch J, Cistulli P, Darveniza P, Ellis C (2002). Working group of the royal australasian college of physicians. Chronic fatigue syndrome: Clinical practice guidelines. Med J Aust (176): 23-56.
134. Gücüyener B (2013). Tıpta uzmanlık öğrencilerinin depresyon düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
135. Işıklar A (2013). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan personellerin yorgunluk düzeyinin ölçülmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.



Ek 2. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hemşirelerin Yorgunluk Düzeyleri ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2021 /361		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları ve Yönetim		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Nurdan Seçil ÇELİK		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYolojik MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

Ek 5. Tanıtıcı Özellikler Formu

Değerli Meslektaşlarımız

Araştırma, KTÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı tarafından ‘Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yorgunluk Düzeyleri İle Bakım Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesini’ belirlemek amacıyla yürütülmektedir.

Çalışma doğrultusunda ekteki anket ve ölçeğe yanıt vermeniz istenmektedir. Çalışma ortalama 15 dakika sürenizi alacak olup, bilgileri doğru ve eksiksiz olarak doldurmanız çalışmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Verdiğiniz yanıtlar sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve gizli tutulacaktır.

Yapacağınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Nurdan Seçil ÇELİK
Hemşirelik Esasları ve Yönetim Abd.
Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
- Medeni durumunuz: () Bekar () Evli
- Çocuğunuz var mı? () Evet (çocuk sayısı) () Hayır
- Mesleki deneyim yılınız :
- Çalıştığınız Hastane:
() Devlet Hastanesi () Üniversite Hastanesi
- Çalıştığınız servis/klinik:
() Dahiliye servisi () Cerrahi servisi
() Yoğun bakım servisi () Acil servis () Diğer.....
- Eğitim Durumunuz:
() Lise () Ön lisans () Lisans/lisansüstü
- Hemşireliği Sevme Durumu: () Seviyor () Sevmiyor
- En çok çalıştığınız çalışma saatleri:
() 08.00-16.00 () 16.00-24.00 () 16.00-08.00 () 08.00-08.00
- Ayda ortalama kaç saat fazla mesai yapıyorsunuz?
() Hiç yapmıyorum () 8-16 saat () 16-24 saat () 24-32 saat () 32 st ve üzeri
- Herhangi bir hastalığınız var mıdır ?
() Evet Nedir?..... () Hayır
- Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?
() Evet Nedir?..... () Hayır
- Sigara kullanıyor musunuz?
() Evet Günde kaç adet?..... () Hayır
- Alkol kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır
- Genel olarak sizi en çok yorgun düşüren sebep nedir?
() Uzun çalışma saati/nöbetler () İş yükü yoğunluğu
() Uykusuzluk () Stresli iş ortamı
() Diğer nedenler.....
- Genel olarak yorgunluğunuzu yenmek için bulduğunuz en iyi şey nedir?
() Uyumak () Sosyal aktivite () Dinlenmek () Diğer nedenler.....

Ek 6. Piper Yorgunluk Ölçeği

1) Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)

- Dakika _____
- Saat _____
- Gün _____
- Hafta _____
- Ay _____
- Diğer (lütfen açıklayınız) _____

2) Hissettiğiniz yorgunluk, sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok fazla sıkıntıya neden oluyor
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------

3) Hissettiğiniz yorgunluk, okul ya da iş ile ilgili uğraşlarınız sürdürmenizi ne derecede engelliyor?

Engellemiyor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok engelliyor
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

4) Hissettiğiniz yorgunluk, arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemiyor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok engelliyor
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

5) Hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derecede engelliyor?

Engellemiyor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok engelliyor
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

6) Hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemiyor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok engelliyor
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

7) Hissettiğiniz yorgunluğun şiddeti ne?

Hafif	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Şiddetli
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

Yaşadığınız yorgunluğu ne şekilde tanımlarsınız?

8) Hoş	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Hoş değil
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

9) Kabul edilebilir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kabul edilemez
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

10) Koruyucu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Yıpratıcı
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

11) Olumlu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Olumsuz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

12) Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Anormal
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------

13) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zayıf
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

14) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uykulu
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

15) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Cansız
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

16) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Yorgun
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

17) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kuvvetsiz
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

Ek 6. (Devam)

18) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Sakin 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sinirli

19) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gergin

20) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mutsuz

21) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Günlük işlerime odaklanabiliyorum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Günlük işlerime odaklanamıyorum

22) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hafızamda sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Unutkanlığım arttı

23) Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünebiliyorum 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 İyi düşünemiyorum

24) Yorgunluğunuzun en önemli nedeni ne?

25) Yorgunluğunuzu azaltmak için ne yaparsınız?

26) Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?

27) Şu an başka herhangi bir şikâyetiniz var mı?

Hayır

Evet. Lütfen açıklayınız _____

Ek 7. Bakım Davranışları Ölçeği-24

Bakım davranışlarına ilişkin maddeler	Asla	Hemen hemen asla	Bazen	Genellikle	Çoğu zaman	Her zaman
	1	2	3	4	5	6
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme/empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/ destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10. Hastaya güven verme						
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12. Araç-gereci beceriyle kullanma						
13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16. Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20. Hastanın çağrısına hemen yanıt verme						
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22. Hastaya ilgi gösterme						
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24. Hastanın semptomlarını hafifletme						