
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Elif AKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZİRAN 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Elif AKTAŞ
15/06/2022

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Elif AKTAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BENSTİTÜSÜ

Haziran 2022

ÖZET

Bu tanımlayıcı ilişki arayıcı çalışmanın amacı yoğun bakım hemşirelerinde spiritüel iyi oluş ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmamızın evrenini Araştırma evrenini, 01.02.2021-01.07.2021 tarihleri arasında Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırma örneklemine; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan yoğun bakımda çalışan 155 hemşire alınmıştır. Veriler "Hemşire Tanıtım formu", "Spritüal İyi Oluş Ölçeği" ve "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve çözümleme sonucunda gruplar arasında anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla da Post-Hoc test istatistiklerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Sperman Korrelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik puan ortalaması 46,56±10,07, spiritüel iyi oluş puan ortalaması 109,21±14,04 bulunmuştur. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarında kişisel başarı puanlarının yüksek, duyarsızlaşma puanlarının düşük ve duygusal tükenme puanlarının orta düzeyde bulunmuştur. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin anomi alt boyutu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı alt boyutu ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak, yoğun bakım hemşirelerin tükenmişlik açısından risk altındadır. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluş düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık vb. girişimlerin yararlı olabileceği söylenebilir.

Bilim Kodu : 1032.2
Anahtar Kelimeler : Hemşire, Spirütel İyi Oluş, Yoğun Bakım, Tükenmişlik,
Sayfa Adedi : 93
Danışman : Prof. Dr. Ülkü POLAT

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELL BEING AND BURNOUT LEVEL IN INTENSIVE CARE NURSES

(M. Sc. Thesis)

Elif AKTAŞ

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2022

ABSTRACT

The aim of this descriptive relationship-seeking study is to examine the relationship between spiritual well-being and level of burnout in intensive care nurses. The population of the study consisted of intensive care nurses working at Ankara University Medical Faculty Cebeci Research and Application Hospital and Gazi University Hospital between 01/02/2021 and 01/07/2021. The study sample consisted of 155 nurses working in the intensive care unit who met the inclusion criteria. Data were collected using the "Nurse Description Form", "Spiritual Well-Being Scale" and "Maslach Burnout Inventory". In the evaluation of normally distributed data, t test and One Way Anova Analysis from parametric tests and Tukey HSD and Tamhane's tests from Post-Hoc tests were used in the independent groups. In the evaluation of non-normally distributed data, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used with Bonferri test among Post-Hoc tests in order to find out source of the differences. Spearman Correlation analysis was performed to examine the relationship between the data. The mean burnout score was 46.56±10.07, and the mean score of spiritual well-being was 109.21±14.04 in the intensive care nurses. In the Maslach Burnout Inventory sub-dimensions, personal accomplishment scores were high, depersonalization scores were low, and emotional exhaustion scores were moderate. No significant correlation was found between the Spiritual Well-Being Scale and Maslach Burnout Inventory in terms of the mean total scores ($p>0.05$). A positive correlation was found between the anomie sub-dimension of the Spiritual Well-Being Scale and the total mean score of the Maslach Burnout Inventory ($p<0.05$). A positive correlation was found between the personal accomplishment sub-dimension of the Maslach Burnout Inventory and the total mean score of the Spiritual Well-Being Scale ($p<0.05$). In conclusion, intensive care nurses are at risk for burnout. For this reason, it can be said that training and counseling etc. initiatives to increase the spiritual well-being of intensive care nurses can be beneficial.

Science Code : 1032.2
Key Words : Nurse, Spiritual Well-Being, Intensive Care, Burnout,
Page Number : 93
Supervisor : Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca mesleki bilgi ve deneyimleri doğrultusunda yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, benden emeğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ülkü POLAT'a,

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile destek olan ve yol gösteren Sayın Doç. Dr. Mustafa Kale'ye,

Hayatımın her döneminde bana maddi ve manevi destek olarak beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, değerli vakitlerini benim için ayıran sevgili annem Bahriye AKTAŞ, babam Hüseyin AKTAŞ, kardeşim Sedanur AKTAŞ ve özellikle değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılmayı kabul eden ve değerli zamanlarını bana ayıran değerli yoğun bakımı çalışanı meslektaşlarıma,

En içten dileklerim ile teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ xi

SİMGELER VE KISALTMALAR xii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Tükenmişlik Kavramı Tanımları 5

2.2. Tükenmişlik Modelleri 6

2.2.1. Chernish modeli 6

2.2.2. Maslach modeli 7

2.2.3. Pearlman ve Hartman tükenmişlik modeli 8

2.2.4. Pines modeli 8

2.3. Tükenmişlik Evreleri 9

2.3.1. Şevk ve coşku 9

2.3.2. Durgunluk 9

2.3.3. Engellenme 9

2.3.4. Umursamazlık - Apati dönemi 10

2.4. Nedenleri 10

2.4.1. Bireysel faktörler 10

2.4.2. Örgütsel faktörler 11

2.5. Tükenmişliğin Sonuçları 12

2.5.1. Bireysel sonuçlar 12

Sayfa

2.5.2. Çevresel sonuçlar 13
2.6. Tükenmişlik ile Mücadele Yolları 13
2.6.1. Bireysel mücadele yolları 13
2.6.2. Örgütsel (kurumsal) mücadele yolları 14
2.7. Yoğun Bakım Hemşireliği 15
2.8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları 15
2.9. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Tükenmişlik 16
2.10. Spiritüalite (Maneviyat) ve Spiritüel İyi Oluş Kavramları 16
2.11. Spiritüel İyi Oluşun Alt Boyutları 18
2.12. Spiritüalizmin İnsan Yaşamına Etkileri 18
2.13. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Spiritüel İyi Oluş ve Tükenmişlik İlişkisi 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 21
3.1. Araştırmanın Modeli 21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21
3.4. Verilerin Toplanması 22
3.4.1. Veri toplama araçları 22
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması 24
3.6. Araştırmanın Uygulaması 24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 25
4. BULGULAR 27
4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımına İlişkin Bulgular 27
4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları 29

Sayfa

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları 30

4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları 31

4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları 36

4.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 41

5. TARTIŞMA 45

5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 45

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 47

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması 53

5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması 56

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59

6.1. Sonuçlar 59

6.2. Öneriler 61

KAYNAKLAR 63

EKLER 75

EK-1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu 76

EK-2. Veri Toplama Formu 79

EK-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği 82

EK-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 84

EK-5. Etik Komisyon Onayı 86

EK-6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı 88

EK-7. Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı 89

Sayfa

EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri 91

ÖZGEÇMİŞ 93

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 3.1. Post Hoc Power analizi sonuçları 22

Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (n=155)..... 27

Çizelge 4.2. Yoğun bakım hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=155) 29

Çizelge 4.3. Yoğun bakım hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ortalama dağılımı (n=155) 30

Çizelge 4.4. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)..... 31

Çizelge 4.5. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)..... 37

Çizelge 4.6. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik ve alt boyutları ile ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları ilişkin korelasyon sonuçları..... 42

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan bazı kısaltmalar ve simgeler açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	**Açıklama**
n	Örneklem sayıısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
ss	Standart sapma

Kısaltmalar	**Açıklama**
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SİÖ	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
SPSS	Statistical Packag fort he Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
TDK	Türk Dil Kurumu
ICD	International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

1. GİRİŞ

Problem tanımı

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere çok sayıda teknoljik ekipmanla müdahale edildiği, disiplinler arası ekip yaklaşımın şart olduğu üst düzey bakım merkezlerdir (Terzi ve Kaya, 2011). Yoğun bakım hemşiresi; "Karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık personeli" olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2003). Yoğun bakım üniteleri iş yükü, iş baskısı ve gerilimin yüksek olduğu kliniklerdir. Yoğun bakımda çalışan hemşireler hastalarına kaliteli hizmet vermeye çalışırken pek çok sorun, stres ve zorlu şartla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. (Üzen, Doğu ve Karabacak, 2015; Khamisa, Peltzer ve Oldenburg, 2013; Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker ve Nijkamp, 2015). Yoğun bakım gibi özellikli ünitelerde çalışan hemşirelerde yüksek strese bağlı olarak tükenmişlik yaygın olarak görülmektedir (Profit, Sharek, Amspoker, Kowalkowski, Nisbet, Thomas, Chadwick ve Sexton, 2014). Yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişliğe neden olan etmenler arasında: hastaların sık sık acı çektiklerine tanıklık etme, hastaya yarar sağlayamama duygusu, hasta ve ekiple iletişimsizlik, yoğun karmaşık teknolojik alet kullanımı, uykusuzluk, acil durumlarla sık karşılaşma gibi birçok faktör yoğun bakımda çalışan hemşirelerde tükenmişliğin yaygın olarak görülmesine neden olmaktadır (Van Mol ve diğerleri; Yüksel Kaçan ve Örsal, 2018; Bakker, Le Blanc ve Schaufeli, 2005). Poncet ve arkadaşlarının yoğun bakımda çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin üçte birinde şiddetli olarak tükenmişlik tespit etmişler. Çalışmada hemşirelerde tükenmişlik dört faktörle ilişkili bulunmuştur. Bunlar arasında yaş gibi kişisel özellikler, izin günlerini kişisel isteklere göre seçme, hastalarla çatışma ve ölmekte olan hastaya bakma şeklinde bulunmuştur(Poncet, Toullic, Papazian, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard, Chevret, Schlemmer ve Azoulay, 2007). Yoğun bakım ünitesinde yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin %82,9'unda duygusal tükenmişlik, %51,4'ünde duyarsızlaşma hafif-orta duygu durum ve hafif anksiyete saptanmıştır (Tunçel, Kaya, Kuru, Mentes ve Ünver, 2014). Tükenmişlik yaşayan hemşirelerde; depresyon, aile içi süreçte bozulma, öfkelenme, huzursuzluk, güçsüzlük, uykusuzluk, işe karşı ilgide azalma, baş ağrısı, yorgunluk, alkol alma, gastrointestinal sistem sıkıntıları, işe yoğunlaşmada zorluk, sosyal izolasyon gibi

belirtiler de sık görülmektedir.(Demir, 2004; Akpınar ve Barlas, 2015). Yoğun bakım ünitesi gibi stresli bir ortamda çalışmak sağlık çalışanlarının duygusal dengesini bozmaktadır böylece hastalara verilen bakımın kalitesi düşmesine ve uzun süreli iş devamsızlıklarına neden olmaktadır. Bu durum sağlık bakım maliyetinde yükselmesine sebep olmaktadır (Van Mol ve diğerleri). Bu nedenlerden dolayı tükenmişliğin belirlenmesi ve önlenmesi hem bakımın kalitesi hem de çalışanların ruh sağlığı açısından son derece önemlidir. Bu yüzden bireysel (kişisel) ve kurumsal olarak tükenmişlik düzeyini azaltacak ve korunmayı sağlayacak müdahaleler yapılmalıdır (Aryankhesal ve diğerleri, 2019).

Tükenmişlikten korunmanın kişisel koruyucu faktörlerden biri spritüel iyi oluştur. Spritüel iyi oluş; manevi olarak ihtiyaçların karşılanması, yaşam devamlılığı ve ruhsal çatışma ve ıstırap olmaksızın çevre, insanlar ve benlik ile dengeli iletişim kurarak barışçıl bir ortam sağlamaktadır (Kim ve Yeom, 2018). Yaşam kalitesinin temel unsurlarından biri olan ruh sağlığı büyük önem taşımaktadır. Sung'un 171 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada spritüel iyi oluşun manevi bakım için önemli olduğunu ve hemşirelerin spritüal iyi oluşluğunu artırmak amaçlı programlara ihtiyaç olduğunu dile getirmiştir (Sung, 2009). Evde çalışan personellerde yapılan bir başka çalışmada depresyon belirtileri ile düşük spritüel iyi oluş ile ilişkili bulunmuştur (Yi ve diğerleri, 2006). Yapılan araştırmalarda manevi sağlıkta yükselme hemşirelerin yalnızca yaşam memnuniyetini artırmakla kalmayıp aynı zamanda tükenmişlikte azalttığı ve manevi bakım sağlamalarına yardımcı olduğu ortaya konulmuştur (Mathad, Rajesh ve Pradhan, 2019; Kim ve Yeom, 2018). Kim ve Yeom'un 318 yoğun bakım ünitesi hemşiresi üzerinde yapılan başka bir çalışmada yüksek spritüel iyi oluş düzeyine sahip hemşirelerin daha düşük tükenmişlik düzeyine sahip olduğu ortaya konmuştur (Kim ve Yeom, 2018). Durmuş ve Alkan'ın yaptığı çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşire hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyleri arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı ve iş yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (Durmuş ve Alkan, 2021). Türkiye'de yapılan çalışmalarda hemşirelerin tükenmişlik üzerine yapılan çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen spritüel iyi oluş (manevi iyi oluş) ilişkisini ele alan yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarının tükenmişliğin sık görüldüğü yoğun bakım hemşirelerinde spritüel iyi oluşun rolünün vurgulanmasında ve farkındalık yaratmasında faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenlerle bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin spritüel iyi oluş düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arası ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı; yoğun bakım hemşirelerinde spiritüel iyi oluş ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırma soruları

1. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri dağılımı nasıldır?

2. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri nasıldır?

3. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluş düzeyleri nasıldır?

4. Yoğun bakım hemşirelerinin bazı demografik özelliklerine göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark var mıdır?

5. Yoğun bakım hemşirelerinin bazı demografik özelliklerine göre spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında fark var mıdır?

6. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluş düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın önemi

Yoğun bakımlar kendine özgü zorlu çalışma koşulları nedeniyle hemşirelerde strese neden olmaktadır. Artan stres yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik görülme oranını arttırmaktadır. Tükenmişlikten korunmada önemli faktörlerden bir tanesi de spiritüel iyi oluşluktur.

Bu çalışma ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde spiritüel iyi oluşluluk ve tükenmişlik durumları hakkında bilinçlenmesi konusunda farkındalık yaratarak alınacak önlemler ve girişimlerin belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmüştür. Böylece hemşirelerin hizmet verdiği bireylere yönelik bakımın kalitesi ve hasta sağlık sonuçları üzerinde de olumlu bir etki sağlana bilinir. Ayrıca bu konuda literatür yetersizliği göz önüne

alındığında yeni yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği ve sağlık profesyonellerine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın sınırlılıkları

İki üniversite hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişlik Kavramı Tanımları

Tükenmişlik birçok bilim ve meslek alanında ilgi duyulan bir konu olan tükenmişlik Türk Dil Kurumu tanımına göre "gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2021).

Uluslararası hastalıkları sınılama standartlarını ortaya koyan ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) tanımında tükenmişlik kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir durum olarak tanımlanmaktadır ve üç boyutta ele alınmaktadır. Bu üç boyut:

1. Enerjinin tükenmesi ve tükenme hissi
2. İşe karşı olan ilgi ve mesafede artma, sinizm
3. Başarı eksiliği duygusu ve etkisizlik şeklinde belirtilmektedir (ICD, 2021).

Tükenmişlik kavramı 1969 yılında Bredley tarafından kullanılmış olsa da ilk 1974 yılında bir psikiyatrist olan Herbert Freudenberger tarafından yapılmıştır (akt. Çetin ve Basım, 2011). Freudenberger'in 1974 yılında yayınladığı makalede tükenmişlik "başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı, tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu" olarak tanımlanmaktadır. Yine aynı makalede Freudenberger tükenmişliğin semptomlarının ve şiddetinin kişiden kişiye değişiklik gösterdiğini belirtmektedir. Aynı zamanda belirtiler çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıktığını ve bu belirtileri fiziksel ve davranışsal olarak ikiye ayrıldığını belirtmektedir. Fiziksel belirtiler arasında yorgunluk, baş ağrısı, mide-bağırsak rahatsızlıkları, uykusuzluk ve nefes darlığı olduğunu; davranışsal belirtiler arasında ise kolay sinirlenme, ağlama ve hayal kırıklığı olduğunu ifade etmektedir (Freudenberger, 1974).

İlk tanımdan bu yana yapılan tanımlar arasında en yaygın kullanılan ve en çok kabul gören tanım Maslach tükenmişlik ölçeğini geliştiren Cristina Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach "işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz

tutumlarla yansıması ile oluşan bir sendrom" şeklinde tanımlamıştır (Maslach ve Jackson, 1981).

Freudenberger tükenmişliği tek boyutta (duygusal tükenmişlik) ele almasına rağmen Maslach ayrıca tükenmişliği üç alt boyutta ele almıştır. Bu boyutlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi şeklinde belirtilmektedir ve genel olarak kabul görmektedir. Maslach ve arkadaşlarının da belirtiği şekilde tükenmişlik kısaca kronik stres ile ortaya çıkan psikolojik bir sendrom şeklinde tanımlanabilir (Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011; Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Ardıç ve Polatçı, 2015).

Felton'ın 1998 yılında yayınladığı makalede tükenmişliği en çok insanla ilişkili hizmet sektöründe çalışan insanları etkileyen, genellikle işyerindeki stresten kaynaklanan fiziksel ve duygusal tükenme olarak tanımlamıştır (Felton, 1998).

Pines ve Aranson'ın 1988 yılında yaptığı tanımda tükenmişliği 'duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu umutsuzluk ve kapana kısılmış hislerini beraberinde getiren fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu' olarak tanımlamaktadır (akt. Arı ve Bal, 2008).

2.2. Tükenmişlik Modelleri

Tükenmiş modellerinden bazıları aşağıda açıklanmıştır.

2.2.1. Chernish modeli

Cary Chernis 1980 yılında tükenmişliği: " işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıka davranışlarını içeren ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan bir süreç" olarak tanımlanmaktadır. Chernish geliştirdiği modelde tükenmişliği etkileyen üç faktörden bahsetmektedir. Bunlar: çalışma ortamı, stres kaynakları ve sosyal destektir. Eğer birey stres yaratan bir durumla karşılaşırsa ilk olarak stres kaynağını ortadan kardırmak için yollar arar. Bu yol işe yaramazsa stres ile başa çıkma yollarını kullanarak stresten uzaklaşmaya çalışır. Başarılı olursa stresten kurtulur stresten kurtulamazsa işten bağını koparmaya kadar giden olumsuz sonuçlarla hem örgüt hem de birey yüzleşmek durumunda kalabilir (Sürgevil, 2006; Çam, 1998)

2.2.2. Maslach modeli

Maslach modeli literatürde çok boyutlu ya da üç boyutlu tükenmişlik modeli olarak geçmektedir (Sürgevil, 2006). Maslach'ın 1981 yılında yaptığı tanımda "işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansıması ile oluşan bir sendrom" olarak ifade etmektedir. Tükenmişlik kısaca "insan işi" yapan bireylerde sıklıkla karşılaşılan duygusal tükenme, sinizm ve kişisel başarıda azalma sendromudur. Maslach 1981 yılında yayınladığı makalede de belirtiği gibi tükenmişlik bakımın ve hizmet kalitesinde yol açabilen çok ciddi bir durumdur. Sonuçları ayrıca kişisel hayatı da olumsuz etkileyerek aile içi süreci bozmakta, uykusuzluk, yorgunluk uyuşturucu ve alkol kullanımına yol açabilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981).

Maslach tükenmişliği üç alt boyutta ele almıştır. Bu alt boyutlar yukarıda da görüldüğü gibi birbirini takip ederek meydana gelmektedir.

Duygusal tükenme: Tükenmişliğin en çok kaşımıza çıkan ve en çok rapor edilen alt boyutu duyarsızlaşmadır. İnsanlarla birebir yüz yüze çalışan ve yoğun duygusal yönden yoğun tempo gerektiren meslek gruplarında daha fazla görülür. Bireyler bu durumda fiziksel ve duygusal olarak kaynaklarının tükendiğini ve artık kendilerini işe veremediklerini, yorulduklarını, işe odaklanma problemi yaşadıklarını, işe gitme gücü bulmadıklarını ve işe karşı sorumluluk duygularının azaldığını hissederler.

Duyarsızlaşma: Kişinin artan tükenmişlik duygusu ile bir çeşit savunma mekanizması geliştirerek iş ile olan temasını en aza indirerek kendini korumaya çalışır. Böylece birey hizmet verdiği insanlara adeta bir nesne gibi soğuk, ilgisiz ve kaba davranmaya başlar. Özellikle insanlarla iç içe çalışan mesleklerde sık ortaya çıkar.

Kişisel başarıda azalma: Tükenmişliğin bu boyutunda birey işi ile ilgili olan performansını olumsuz değerlendirme, kendini yetersiz görme eğilimindedir. Birey duyarsızlaşma duygusunda ile birlikte soğuk ve kaba tavırlarının getirdiği suçluluk duygusuyla kendini daha da başarısı, yaptıklarının boşa gittiği, gelişme kaydedemediğini hatta gerilediğini hisseder. Böylece bireyde kişisel başarıda azalma ortaya çıkar (Maslach ve Jackson, 1981;

Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Ardıç ve Polatçı, 2015; 71. Maslach, Jackson ve Leiter, 1997; Kılıç ve Aytemiz, 2011; Işıkhan, 2016).

2.2.3. Pearlman ve Hartman tükenmişlik modeli

Perlman ve hartman 1982 yılında yayınladıkları makalede birçok model ve tanımın sentezi olan bir model geliştirmişlerdir. Tükenmişlik kronik duygusal stres sonucunda üç bileşenli bir yanıt olarak karşımıza çıkar. Bunlar duygusal ve veya fiziksel tükenme, düşük iş verimi ve aşırı duyarsızlaşma şeklindedir. Perlman ve Hartmanın geliştirdiği modelde bireysel olarak stresin algılanmasında etkili olan temel etmen iş ve sosyal ortam olarak belirtmektedir. Model temel olarak dört aşamadan meydana gelmektedir.

Birincisi durum strese ne kadar elverişli olduğudur. Bu durumda stresin meydana gelmesinde temel olarak iki etmen şekli vardır. Bunlar ya bireyle ilgili olan (yetenek durumu, iş beklentilerini karşılayamama, zaman vb.) ya da iş ile ilgili olan (işe uyum sağlayamama, rol belirsizlikleri, iş yükü vb.) etmenler bireyi strese götürebilir.

Modeldeki ikinci durum algılanan stresi içerir. Strese yol açan pek çok birçok insanda kendilerini stres altında hissetmesine neden olmaz. İkinci aşamaya geçiş kişinin geçmiş deneyimlerine, rol ve organizasyonel değişkenler gibi birçok faktöre bağlı olarak farklılık gösterir.

Üçüncü aşama, strese verilen üç tepkiyi gösterirken; dördüncü aşama stresin sonuçlarını ifade etmektedir. Üçüncü aşamada verilen tepkiler fiziksel, bilişsel ve davranışsal olarak karşımıza çıkmaktadır. Dördüncü aşamada ise sonuçlar iş doyumu düzeyinde değişim, iş yapma düzeyinde değişim, psikolojik ve fiziksel sağlıkta bozulma, iş bırakma, kovulma, devamsızlık ve tükenmişlik şeklinde sıralamaktadır (Pearlman ve Hartman, 1980).

2.2.4. Pines modeli

Pines tükenmişliği varoluşsal teori ile açıklamaktadır. İnsanlar yeni bir işe başladıklarında yüksek bir motivasyon ve aşk ile başlarlar. Ama zamanla bir fark yaratamadıklarını, başarısız olduklarını ve yaptıkları işin aslında önemsiz olduğunu fark edince kendilerini mutsuz ve umutları yıkılmış olarak hissederler. Sonunda ise tükenirler. Şeklinde açıklamaktadır (Pines ve Nunes, 2003). Arı ve balın aktardığına göre pines ve Aranson'ın

1988 yılında yaptığı tanımda tükenmişliği ‘duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu umutsuzluk ve kapana kısılmış hislerini beraberinde getiren fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu’ olarak tanımlamaktadır (Arı ve Bal, 2008).

2.3. Tükenmişlik Evreleri

Edelwich ve Brodsky 1980’de tükenmişliği bir süreç şeklinde geliştiğini belirtmektedir. Bu evreler aşağıda açıklanmıştır. Tükenmişlik her zaman bu sırayı takip etmek zorunda değildir. Farklı zamanlarda farklı evreler arası geçiş olabilir.

2.3.1. Şevk ve coşku

Bu evre genelde işe başlayanlarda görülür. Yüksek bir motivasyon, azim, heyecan ve coşku ile başlanan işte; bir şeyleri değiştirme ve insanlara yararlı olma düşüncesi vardır. Genellikle bir yıl sonra birey iş şartlarının beklediği gibi olmadığını anlamaya başlayınca durgunluk evresine girmeye başlar (Kaçmaz, 2011; Üstün, 2001; Sürgevil, 2006).

2.3.2. Durgunluk

Kişinin zamanla işe başladığı azim, şevk, coşku ve heyecan azalmaya başlar. İşten istediği tatmini alamadığını işle ilgili hayal kırıklıkları yaşadığını anlayınca iş dışı aktivitelerle daha çok ilgilenmeye başlar. İşi sadece hayatını devam ettirmek ve ekonomik olarak hayatını idame etti için sürdürür (Kaçmaz, 2011; Üstün, 2001; Sürgevil, 2006).

2.3.3. Engellenme

Kişi zamanla amaçlarını gerçekleştirmek için engellendiğini ve bu negatif şartları tersine çevirmenin düşündüğü gibi kolay olmadığını anlar. Bu noktada engellenme hissi ağır basmaya başlar. Kişi bu durum ile üç şekilde başa çıkmaya çalışır bunlar: adaptif, maladaptif ve durumdan kendini çekmedir. Maladaptif ve kendine çekme yolları tükenmişlikte artmaya neden olan etkili baş etme yollarından değildir (Kaçmaz, 2011; Üstün, 2001; Sürgevil, 2006).

2.3.4. Umursamazlık - Apati dönemi

İşi sadece "iş iştir" mantığı ile devam ettirir. Kişi işten daha da uzlaşmıştır. İşe geç gelmeye, hizmet verilenlere kısa cevaplar verirler, ters davranırlar, işin sadece rutin olan kısmını yaparlar daha fazlasını yapmazlar. İş onlar için artık sadece mutsuzluk veren bir aktiviteden başka bir şey değildir (Kaçmaz, 2011; Üstün, 2001; Sürgevil, 2006).

2.4. Nedenleri

Tükenmişliğe neden olan etmenler bireysel ve çevresel (örgütsel) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu nedenlerin iyi anlaşılması ve tespit edilmesi tükenmişlik ile mücadelede çok önemlidir.

2.4.1. Bireysel faktörler

Tükenmişlik çalışma ortamı ile doğrudan ilgili olsa da bireyin sahip olduğu kişisel ve bireysel özelliklerde tükenmişliği ciddi olarak etkilemektedir. Ayrıca insanların sahip oldukları kişilik ve demografik özelliklerine bağlı olarak tükenmişlik düzeyleri farklılık göstermektedir.

<u>Demografik özellikler</u>

Demografik özellikler bakımından tükenmişlik ile ilişkili faktörler: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı ve meslekte çalışma süresi şeklinde sıralanabilir.

Yaş genç çalışanlarda yaşlı çalışanlara göre daha yaygın olarak görülmektedir. Bunun nedenleri arasında genç bireylerin işe ilk başladıkları dönemde daha fazla beklentiye sahip olmaları nedeniyle tükenmişlik açısından risk taşımaktadırlar. Yapılan çalışmalarda da tükenmişlik ve yaş arasında ters yönde bir ilişki varlığını göstermektedir. Yaşlı hemşirelerde gençlere kıyasla daha az duygusal tükenme ve duyarsızlaşma olduğu belirtilmiştir (Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Cordes ve Dougherty, 1993; Gómez-Urquiza, Vargas, De la Fuente, Fernández-Castillo ve Cañadas-De la Fuente, 2017; Molero Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez Linares, Simón Márquez ve Martos Martínez, 2018).

Evli olmayanların olanlara, çocuk sahibi olmayanların ise olanlara göre daha yüksek düzeyde tükendikleri yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur. Bu durum evli bireylerin kazandıkları yaşamsal tecrübe ile yaşam doyumlarının artmasına bağlanabilir. (Cordes ve Dougherty, 1993; Lee ve Ashforth, 1993; Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Ardıç ve Polatçı, 2009).

Eğitim durumuna bakıldığında eğitim düzeyi yüksek olanların daha az eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Bunun nedenleri arasında eğitim düzeyi yükseldikçe artan beklenti ile beklentilerin gerçekleşememesi sayılabilir. Bir başka neden ise artan eğitim düzeyi ile birlikte stresli ve zorlu işlerde çalışmaları ve artan sorumluluklar bu bireylerde tükenmişliği tetiklemektedir (Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001).

Kişilik özellikleri

Kişilik özellikleri bireylerin tükenmişlik yaşamalarında önemli bir faktördür. Kişisel özellikler arasında A tipi kişilik yapısına sahip olma, empati yeteneğinin az olması, bireyin beklentisinin yüksek olması, dış odaklı olma, düşük dayanıklılık, nevrotik düşünce yapısı, azalmış benlik imajı, stresle başa çıkamama şeklinde sıralanabilir (Lee, Song, Cho, Lee ve Daly, 2003; Sürgevil, 2006; Ardıç ve Polatçı, 2008; Cordes ve Dougherty, 1993).

2.4.2. Örgütsel faktörler

Örgütsel faktörler aşağıda verilen şekilde sıralanabilir;

- İş yükü ve zaman baskısı,
- Rol belirsizliği ve çatışması,
- Sosyal destek kaynaklarının yetersizliği,
- Karar verme sürecine katılımın azlığı,
- Geri bildirim mekanizmasındaki aksamalar ve iletişim kopuklukları,
- Yönetim ile ilgili sorunlar,
- İş yerinin fiziki çalışma koşullarının olumsuzlukları,
- Çalışma standartlarının ve prosedürlerinin yetersiz olması,
- Mobbing varlığı,
- İnsanlarla yoğun iletişimde olan meslek gruplarında çalışma,

- İş güvenliği,
- Yapılan işin niteliği,
- Çalışma saatleri, nöbetler, adaletsiz fazla mesailer,
- Kariyer geliştirme olanakları,
- Yönetim yetersizliği, katılığı ve çalışana destek vermemesi,
- Sınırlı kaynak ve personel,
- Performansla uyumsuz ödüllendirme,
- Düşük ücret (Işıkhan, 2016; Dolgun, 2012; Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Cordes ve Dougherty, 1993; Telli, Ünsar ve Oğuzhan, 2012).

Tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmalar ile birlikte tükenmişlik sadece bireysel faktörlerin etkisi ile gelişen bir durum olmadığı ortaya konulmuştur. Örgütsel faktörlerin de tükenmişlikte önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Maslach ve Leiter yaptıkları araştırmalar sonucunda tükenmişlik ne sadece bireysel ne de sadece örgütsel faktörler kaynaklı gelişen bir durumdur. İkisi birlikte ele alınmalıdır. Onlara göre tükenmişliğin asıl kaynağı ve alınması gereken durum "çalışma hayatının alanları" dır. Bu alanları altı başlık altında toplayarak ele almışlardır. Bu başlıklar iş yükü, kontrol, ödül, aidiyet, adalet, değerlerdir. Birey bu faktörler altında ne kadar işi ile ahenk içinde olursa tükenmişliği de o karar az olacaktır (Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Ardıç ve Polatçı, 2009; Sürgevil, 2006).

2.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik sonuçları hem örgütsel hem de bireysel açıdan son derece maliyetli ve ciddidir. Tükenmişliğin sonuçlarının bilinmesi kurumsal ve bireysel açıdan alınacak önlemlerin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Cordes ve Dougherty, 1993).

2.5.1. Bireysel sonuçlar

Bireysel sonuçları arasında; fiziksel yorgunluk, benlik saygısında azalma, uykusuzluk ve kabus görme, psikolojide bozulma, kaygı seviyesinde değişmeler, unutkanlık, gerginlik ve huzursuzluk gibi birçok sonuç ile ruh sağlığına ciddi etkileri olmaktadır. Maslach'ında belirttiği gibi tükenmişlik aynı zamanda "ruhsal bir hastalık"tır. Fiziksel sonuçları incelendiğinde en önemli etmen kronik strestir. Stres ile birlikte biyolojik mekanizmalarda

meydana gelen bozulmalar ile fiziksel belirtiler kendilerini göstermeye başlamaktadır. Fiziksel belirtiler arasında kardiyovasküler sıkıntılar, bağışıklıkta azalma, yorgunluk, baş ağrısı, mide bağırsak sorunları, alkol sigara kullanımı, iştahsızlık ya da aşırı yeme, kas iskelet sistemi sıkıntıları, grip soğuk algınlığına kolay yakalanma, enerjide azalma, üreme sistemi ve cinsel hayatta bozulma, alerjik sorunlar, solunum yolları sorunları gibi fiziksel sorunlara yol açmaktadır (Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001; Kahill, 1988; Salvagioni, Melanda, Mesas, González, Gabani ve Andrade, 2017; Cordes ve Dougherty, 1993; Freudenberger, 1974; Ardıç ve Polatçı, 2009).

2.5.2. Çevresel sonuçlar

Çevresel sonuçlar; örgüt, aile ve toplum üzerine sonuçlarını içermektedir. Tükenmişlik belirtileri ilk ortaya çıktığında bireysel belirtiler göstermektedir zaman ilerledikçe ve artan tükenmişlik seviyesi ile tükenmişlik sonuçları aile, toplum ve iş açısından da önemi etkilere yol açmaktadır (Ardıç ve Polatçı, 2008). Örgütle ilgili sonuçlara bakıldığında işi erteleme, işten kaytarma-rapor alma- devamsızlık yapma, işe ilgide azalma, iş geç gelme, iş doyumsuzluğu, kendini yetersiz hissetme, işten ayrılmalar, iş kazalarında ve maliyetlerinde artma, iş performansta ve işe bağlıkta azalma gibi sonuçlara yol açmaktadır. Aile içinde artan tükenmişliğin yansımaları hissedilmeye başlandıkça aile içi çatışmalar, boşanmalar, dışlanmalar, aile içi kopukluklar kendini göstermeye başlayacaktır (Kahill, 1988; Izgar,2014; Salvagioni ve ark., 2017; Ardıç ve Polatçı, 2009).

2.6. Tükenmişlik ile Mücadele Yolları

Tükenmişliğin hem örgütsel hem de bireysel açıdan ciddi sonuçları olduğu yukarıda ifade edilmiştir. Tükenmişliğin etkileri ortaya çıkmadan önce bireysel ve kurumsal önlemler alınmalıdır.

2.6.1. Bireysel mücadele yolları

Bireysel başa çıkma aşağıda sıralamıştır:

- Kişisel bakım desteklenmeli (düzgün beslenme, yeterli uyku, egzersiz vb.),
- İşe başlamadan işin gerekleri, riskleri ve zorlu yönleri anlatılmalı,

- İş ve yaşan arası denge sağlanması ve zaman yönetimi (iş dışı aktiviteler, aile ile geçirilen kaliteli zaman, iş ve dinlenme planlaması vb.),
- Gevşeme çalışmaları (meditasyon, yoga, aromaterapi, masaj, progresif kas egzersizleri vb,),
- Nefes egzersizi çalışmaları,
- Kendini ve işi tanıma,
- Tükenmişlik belirti, neden ve sonuçların hakim olma ve erken dönemde fark ederek yardım arama,
- Etkin stres yönetimi,
- Olumsuz duygulardan uzaklaşma,
- Sosyal aktivitelere katılma, sosyal destek olanaklarını artırma,
- Gerçekçi ve doğru hedefler belirleme,
- Profesyonel destek grupları ve terapiler (Sürgevil, 2006; Kaçmaz, 2011; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Howell, 2021; Gök Metin, 2019).

2.6.2. Örgütsel (kurumsal) mücadele yolları

Örgütsel mücadele yolları aşağıda sıralanmıştır:

- İş yükü ve çalışma saatlerini dengelemek,
- Esnek, eşitlikçi, adaletli, katılımcı bir organizasyon geliştirmek,
- Adaletli ödüllendirme sistemi,
- İhtiyaçlara göre geliştirilmiş eğitimler,
- Oryantasyon programları,
- Görev değişimleri,
- Kurum içi etkin ve olumlu iletişim sistemi,
- Kariyer danışmanlığı ve yükselme fırsatı sağlama,
- Fiziki çalıma alanlarının iyileştirilmesi,
- Sağlığın iyileştirilmesi için programlar geliştirilmesi (sigara bırakma programı gibi),
- Çalışma standartlarının ve tanımlarının net olması,
- Kurum içi çatışma ve mobbing yönetimi,
- Ücret koşulları iyileştirlmeli,
- Dinleme ve sosyal aktivite olanakları arttırılmalı (Sürgevil, 2006; Kaçmaz, 2011; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Howell, 2021).

2.7. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşiresi: "karmaşık ve yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyonelidir" (Ergün, Demir ve Sağnak, 2007). Kritik duruma sahip hastaların 24 saat aralıksız izlenmesi, bakımı ve tedavisi, monitörizasyonu ve teknolojik aletlerin kullanımı gibi bir çok görev hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Yoğun bakım üniteleri sürekli olarak iş baskısı, gerilimin ve acil durumların yaşandığı ünitelerdir. Hemşireler ağrı ve acı çeken hastalarla, ve ölümle sık karşılaşmaktadır. Ayrıca gürültü, iş yoğunluğu, eleman yetersizliği, yetki ve sorumlulukların net olmaması gibi sorunlarla yüzleşmektedir (Ören ve Dağcı, 2021; Kıraner ve Terzi, 2020; Ergün, Demir ve Sağnak, 2007).

2.8. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları

- Hasta kabulü,
- Veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, bakımı uygulama ve değerlendirme,
- Hasta bakımını organize etme, uygulama ve yönetme,
- Hasta monitörizasyonunu sağlama,
- Sıvı elektrolit ve asit baz dengesini takip eder ve hemşirelik bakımını organize edip değerlendirir,
- Ventilattördeki hasta bakımını sağlar,
- Aspirasyon, pozisyon verme vücut bakımı gibi hemşirelik uyglamalarını gerçekleştir,
- Bası yarası kontraktür gelişmesini önler ve gerekli bakımı gerçekleştirir,
- Nörolojik sorunu olan hasta takibi yapar ve nörolojik değerlendirme yapar,
- İnravenöz sıvı infüzyonu ve kan bileşenleri uygun prosedür dahilinde başlatır kaydeder ve değerlendirir,
- Hastanın beslenme gereksimini bilir, izler ve uygular,
- Hasta ve yakınlarına psikososyal hemşirelik yaklaşımı ile destek olur (Ergün ve Demir, 2007).

2.9. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Tükenmişlik

İnsanlarla yüz yüze iletişim kuran mesleklerden biri olan sağlık çalışanları tükenmişlikten etkilenmektedir. Sağlık çalışanları arasında hemşirelerin insanlarla bire bir çalışmaları ve yüksek stres faktörü göz önüne alındığında yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamaktadırlar (Khamisa, Peltzer ve Oldenburg, 2013; Poncet ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda çalışan hemşirelerde, hastaların yoğun bakım ihtiyacının olması, sağ kalımı destekleme, ağır iş yükü gibi zorlu ve stresli ortamda çalışmaları tükenmişlik açısından riskli bir grup olduklarını göstermektedir. Yoğun bakımlarda hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarının diğer nedenleri arasında: karmaşık teknoloji kullanımı, hastaların ölmesi, ciddi hastalıklara müdahale yapma, iş yükü fazlalığı, vardiya ya da nöbet çalışma şekli, karar verme yetkisinin azlığı, zaman baskısı, etik karar alma yükümlülüğü, hastaların devamlı acı çekmesi, iletişimsizlik, tıbbi olarak yararsızlık, eleman yetersizliği, görev tanımının açık olmaması gibi bir çok faktör bulunmaktadır (Van Mol ve ark., 2015; Bakker ve ark.,2005; Ören ve Dağcı, 2020; Dizer, İyigün ve Kılıç, 2008).

Yoğun bakımların bu zorlu şartları çalışanların işten ayrılmalarına devamsızlık yapmalarına, depresyon gibi psikolojik sıkıntılara ve bakımın kalitesinin düşmesine yol açarak maliyetlerde artmaya, verimde azalmaya, fiziksel sıkıntılara ve yetersiz hizmet sunumu ile olumsuz hasta çıktılarına neden olmaktadır (Khamisa, Peltzer ve Oldenburg, 2013; Van Mol ve ark., 2015).

2.10. Spiritüalite (Maneviyat) ve Spiritüel İyi Oluş Kavramları

Maneviyat ve din kavramları aynı kavramlarmış gibi görülse de iki farklı kavramdır.

Maneviyat kelimesi latince kökenli bir kelime olan spiritus kelimesinde türemiştir. Spiritus kelimesi nefes, yaşam, hava ve cesaret anlamlarını içermektedir (Patneaude, 2006). Maneviyat kavramı genel olarak kapsayıcı ve tanımlanması zor bir kavramdır. Maneviyat resmi din kavramı içinde veya dışında kişisel inanç ve uygulamaları içeren insan deneyimlerinin boyutunu ifade etmektedir (Emmons, 1999). Bir başka şekilde “ Bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur“ tanımlanabilir.

Kısaca evren ve yaşamının her alanında edindiği bilgiler ışığında hayatı anlamlandırma ve kabul etme çabası olarak tanımlanabilir (Çetinkaya, Altundağ ve Azak, 2007). Maneviyat evrensel ve çok boyutlu bir kavramdır. Maneviyat; manevi anlam, inanç, değerler ve amaçtan oluşan yüksek bir varlık, benlik ve çevre ile çok yönlü ilişkisi olan karmaşık bir kavram olduğu görülmektedir (Patneaude, 2006). Bir başka tanımda ise insanlara yaşamlarında anlam ve amaç hissi sağlayan, kritik ve zor zamanlarda destek ve yön veren bir kavramdır (Hill ve Pargament, 2003).

Din "örgütlü, kurumsallaşmış bir inanç sistemi, uygulamalar dizisi ve inanç topluluğu" olarak tanımlanabilir (Emmons, 1999). Tanımda da görüldüğü üzere din tanımında daha çok kurumsallaşmadan, ideolojik sistemlerden, dışa dönüklükten ve örgütlemeden bahsedilmekteyken; maneviyat kavramında ise daha içe dönük, öznel, kişisel, duygusal bir deneyimi ifade eden daha kapsayıcı bir kavramdır. Maneviyat kavramı için bir dini inanç ve din kavramı şart değildir (Ellison, 1983).

Spiritüel iyi oluş National Council On Aging (NICA) 1975'te " tanrı, benlik, topluluk ve çevre ile bir ilişki içinde yaşamın onaylanması" şeklinde tanımlamıştır. Tanımda görüldüğü gibi NICA tanımında spiritüel iyi oluşun iki yönlü olduğunu ifade etmektedir. Bu yönler dini ve psikososyal ve dini yönüne işaret etmektedir. Ellison 1983 yılında bu tanıma atıfta bulunarak spiritüel iyi oluşu hem yatay hem dikey yönlü olarak incelemiştir. Dikey yönde tanrı ile ilgili olan boyutu, yatay yönde ise yaşama duygusunu ve amacını anlatan boyuttu ifade etmektedir. Ruhsal olarak iyi olan bir insan ruhsal olarak tamamlanmış, psikolojik olarak güçlü, canlı ve amaçlı hisseder (Ellison, 1983; Robert, 2006).

Gomez ve Fısher'n spiritüel iyi oluş teorisine göre kişisel, toplumsal, çevresel ve aşkın (Tanrı gibi) iyi olma alanlarını içeren küresel tek bir spritüel iyi oluş modeli üzerinde durmaktadırlar. Bu dört spiritüel iyilik halinin, spiritüel iyiliği belirlemek için birleştiğini ifade etmektedirler (Gomez ve Fisher, 2003).

Opatz Spirituel iyi oluş tanımında "insan varoluşunda anlam ve amaç aramaya, her şeyi sorgulamaya ve açıklanamayan veya kolayca anlaşılamayan maddi olmayan şeyleri takdir etmeye yönelik de istekliliği ile kanıtlanır. Ruhsal olarak iyi bir insan, bireyin içinde yatanlarla bireyin dışından gelen güçler arasında uyum arar" belirtmektedir.(Opatz, 1986).

2.11. Spiritüel İyi Oluşun Alt Boyutları

Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilen Spiritüel İyi Oluş ölçeğinde 3 alt boyut bulunmaktadır. Bunlar aşkınlık, doğaya uyum ve anomidir.

Aşkınlık : Kendinden üstün, yüce, güçlü ve ilahi bir güce bağlılık

Doğa uyum: Doğa ve çevre ile uyum

Anomi: Yaşamı anlamlandırma şeklinde açıklanabilir.

Spiritüel iyi oluş ile aşkınlık ve doğaya uyum arasında pozitif ilişki olduğu, anominin ise daha çok hayattan zevk almama ve hoşnutsuzluk gibi olumsuz duyguları barındırmasından dolayı negatif bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz (Ekşi ve Kardaş, 2017; Kutlu, Ermin ve Aygin, 2020).

2.12. Spiritüalizmin İnsan Yaşamına Etkileri

Maneviyat insanlarla karşılıklı ilişkiyi yansıtan, daha yüksek bir gücü kabul eden, dünyadaki yeri ve amacını anlayan ve dini ya da dini olmayan manevi inançlara yol açan kişinin bireysel varoluşsal inançlar doğrultusunda sahip olduğu inançlar topluluğudur. Manevi olarak güçlü olan bireyler hayatlarına anlam vererek daha sağlıklı ve zinde hissetmelerine, hayatta karşımıza çıkan zorlu anlarda rahatlama ve destek kaynağı olur (Fosarelli, 2008; White, Peters ve Schim, 2011). Aynı zamanda yapılan çalışmalarda maneviyatın ruhsal rahatsızlıklardan, bağımlılık ve intihara meyilden korunmada koruyucu rolü olduğu aynı zamanda fiziksel sağlıkta da etkileri vardır (Unterrainer, Lewis ve Fink, 2014; Seybold ve Hill, 2001). Kronik hastalıklarda depresyonla, stresle, yaşam sonu dönemle, tükenmişlikle, ağrı ve acı ile baş etmede etkili olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Kronik hastalıklarda, spiritüel olarak güçlü olan bireyler kendinden daha yüksek bir güce inanarak kendilerini daha huzurlu hisseder, hayatlarının ve hastalıklarını daha iyi anlamlandırmaktadırlar. Böylece hastalıklar ile daha iyi mücadele ederler. Tüm bunlara ek olarak yaşam kalitesinin artmasında, yaşam doyumunun yükselmesinde, hasta bakım kalitesinde, ilaç uyumunda etkili olduğu bulunmuştur (Seybold ve Hill, 2001; Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold ve Targ, 1999; Aşiret, Okatan, 2019; Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010; Coyle,2002).

Maneviyatın insan yaşamına diğer katkıları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Hemşireler için manevi olarak farkındalık kazanmak iş tatmininde artma sağlar,
- Ruhsal, bedensel ve zihinsel olarak bütünlüğü sağlayarak içsel bir güç ve enerji sağlar,
- Hastalık deneyiminde hayatı ve hastalığı anlamladırmada yardımcı olarak uyuma baş etme kapasitesine katkı sağlar,
- Hayatın amacını bulmaya katkı sağlar ve hatyata karşı olumlu bir balış açısı sağlar,
- Öz kontrolün artmasına ve kendine güvenin desteklenmesine olumlu etki yapar,
- Hemşirelerin mesleki anlam ve amaç kazamasına, iş doyumlarının ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar,
- İç huzur ve başa çıkma gücü sağlayarak diğer bireylerle olan iletişime iş birliğine katkı sağlar (Ramezani, Ahmadi, Mohammadi, ve Kazemnejad, 2014; Kim ve Yeom, 2018; Durmuş ve Alkan, 2021; Sülü Uğurlu ve Başbakkal, 2013).

2.13. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Spiritüel İyi Oluş ve Tükenmişlik İlişkisi

Hemşireler insan hayatına kurtararak ve iyileşmesini sağlayarak çok onurlu ve zor bir mesleği icra etmektedir. Bu onurlu mesleği icra etmek yanında bir takım zorlukları da getirmektedir. Bu zorlular ve stres tükenmişlik gibi önemli soruna neden olduğu bilinen bir gerçektir. Tükenmişlik direkt olarak hemşirelerin zihinsel, fiziksel ve davranışlarını olumsuz etkiler. Aynı zamanda hasta bakım kalitelerinin azalmasına, verimin ve yaşam kalitelerinin düşmesine, klinik katılımın azalmasına etki etmektedir (Gales, 2014; Durmuş ve Alkan, 2021; De Diego-Cordero, Iglesias-Romo, Badanta, Lucchetti ve Vega-Escaño, 2021). Özellikle yoğun bakım üniteleri gibi zorlu ve stresli servislerde çalışan tükenmişliğe karşı savunmasız kalmaktadır. Yoğun bakımın çetin çalışma ortamı ile baş etmede önemli bir kaynak spiritüel iyi oluştur. Florence nightingale'in belirttiği gibi meneviyatı insan doğasının en derin ve en güçlü şifa kaynağı olarak kabul etmiştir. Spiritüel olarak güçlü olan bir birey tanrının desteği ile kendi benliği, çevresi ve toplum ile yaşamını daha iyi anlamlandırır. Aşkın bir gücün desteği ile tükenmişlik gibi zorlu şartlarla daha iyi baş eder (Coyle,2002; Ellison, 1983; Kim ve Yeom, 2018; De Diego-Cordero, Iglesias-Romo, Badanta, Lucchetti ve Vega-Escaño, 2021). Ayrıca menevi olarak güçlü hemşireler kendi yaşamlarındaki anlam ve amacı bulan hemşireler bakım verdikleri bireylerin manevi ihtiyaçları empati yaparak daha iyi bakım vereceklerdir. Böylece hasta bakımında kalite artaracaktır (Hu, Jiao, Li, 2019). Spiritüel iyi oluş kayıplarla, kaygı-anksiyete-depresyon ile

başa çıkmada, artan iş yükü ve stres ile başa çıkmada etkilidir. Aynı zamanda manevi olarak güçlü olan hemşireler hayatı daha iyi anlamlandırarak iş memnuniyeti artmakta ve verimlilikleri yükselmekte böylece olumlu hasta çıktılarına katkı sağlamaktadır (Murphy, Chin, Westlake, Asselin ve Brisbois, 2021; Celano, Harris, Sawyer ve Hamilton, 2022; Soleimani ve ark., 2019; Durmuş ve Alkan, 2021).

Tükenmişlik ve spiritüel iyi oluş arası ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, tükenmişlik ile spiritüel iyi oluş arasındaki negatif ilişki görüldüğü anlaşılmaktadır. Spiritüel iyi oluş tükenmişliğin önlenmesinde etkili bir yöntem olarak kullanabilileceği belirtilmektedir (Durmuş ve Alkan, 2021; Kim ve Yeom, 2018; Hardiman ve Simmonds, 2013; Oglesby, Gallucci, Wynveen, Ylitalo ve Benson, 2021). Durmuş ve Alkan'ın 211 yoğun bakım hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin spiritüel iyi oluşlukları arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı, yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (Durmuş ve Alkan, 2021). Kim ve Yeom'un 318 yoğun bakım hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada, spiritüel iyi oluş arttıkça tükenmişliğin azaldığı tespit edilmiştir (Kim ve Yeom, 2018). Literatürde yapılan çalışmalarda yoğun bakım hemşirelerinde spiritüel iyi oluşun tükenmişlik üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma; hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile spiritüel iyi oluşluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 01.02.2021-01.07.2021 tarihleri arasında Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır.

Gazi Üniversitesi Hastanesi; anestezi reanimasyon yoğun bakım, iç hastalıkları yoğun bakım, genel cerrahi yoğun bakım, beyin cerrahi yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım, nöroloji yoğun bakım, göğüs hastalıkları yoğun bakım, hematoloji yoğun bakım, yeni doğan yoğun bakım ve Covid yoğun bakım olmak üzere 10 farklı yoğun bakım ünitesi hizmet vermektedir. Covid yoğun bakım ünitesi korener yoğun bakım izolasyon 1, korener yoğun bakım izolasyon 2 ve iç hastalıkları izolasyon yoğun bakım şeklinde üç ayrı birimde hizmet vermektedir. Hemşireler 08-16, 16-08 ve 08-08 şiftler halinde çalışmaktadırlar.

Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde; kalp damar cerrahi yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım, genel cerrahi yoğun bakım, pediatri yoğun bakım ve göğüs hastalıkları yoğun bakım servisleri hizmet vermektedir. Hemşireler 16-08 ve 08-16 olmak üzere iki şift şeklinde çalışmaktalar. Her iki hastanede de çocuk yoğun bakımda çalışan hemşireler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, 01.02.2021-01.07.2021 tarihleri arasında Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan yoğun bakım hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırma örneklemine; araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya gönüllü olan, yazlı ve sözlü katılım onamları alınan, yoğun bakımda çalışan hemşireler alınmıştır. Hastanelerin verdiği bilgiler dahilinde ve araştırmanın yapıldığı zaman aralığında, Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Cebeci

Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakımlarında çalışan toplam hemşire sayısı 54 olarak belirtilmiştir. Gazi Üniversitesi Hastanesi yoğun bakımlarında çalışan toplam hemşire sayısı ise 180 olarak belirtilmiştir. Toplam evren 234 kişi olarak tespit edilmiştir. Yapılan anket çalışması sonunda, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 155 kişi katılmıştır. Toplam evrenimiz olan 234 kişinin %66,2'sine ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayan 79 hemşirenin 5 tanesi eksik anket doldurmuştur, 74 hemşire ise çalışmaya katılmak istemeyen ve izinde olanlardan oluşmaktadır.

Verilerin güç analizi Power Analysis and Sample Size (PASS) paket programları ile değerlendirilmiştir. G power programı ile yapılan Post Hoc Power analizi sonuçları aşağıdaki çizelgede verilmiştir (Çizelge 3.1.) 155 örneklem büyüklüğü için Cohen'in orta etki büyüklüğü 0.5 ve %5 hata payıyla araştırmanın gücü hesaplandığında, güç %99 tespit edilmiştir.

Çizelge 3.1. Post Hoc Power analizi sonuçları

Analysis:	Post hoc: compute achieved power	
Input:	Tail:	= one
	Effect size d:	= 0,5
	α err prob	= 0,05
	Total sample size	= 155
Output:	Noncentrality parameter δ	= 6,2249498
	Critical t	= 1,6548084
	Df	= 154
	Power (1-β err prob)	= 0,9999973

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri toplama araçları

Araştırmada Yoğun bakım çalışanı hemşirelere veri toplama araçları olarak Hemşire Tanıtım formu (EK-2) , Spritüal İyi Oluş Ölçeği (EK-3) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (EK-4) uygulanmıştır.

Hemşire tanıtım formu

Kişisel bilgi formu araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerini, mesleği isteyerek seçme durumlarını, çalışma sürelerini, yoğun bakımda çalışma sürelerini, kurumdaki statülerini, çalışma sistemlerini, haftalık çalışma sürelerini, sigara kullanımını, uyku problemi varlığını, kronik hastalık varlığını sorgulayan 23 soru yer almaktadır (Kekeç ve Tan, 2021; Cerit, Aykal, Güzel, ve Kara, 2016; Durmuş ve Alkan, 2021; Kim ve Yeom, 2018).

Spiritüel iyi oluş ölçeği

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 29 madde bulunmaktadır. Ve ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar: "Aşkınlık", "Doğayla Uyum" ve "Anomi"dir. Aşkınlık alt başlığı ile ilgili 15 madde (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29), doğaya uyum alt başlığı ile ilgili 7 madde (2, 6, 10, 14, 18, 22, 28) ve anomi alt başlığı ile ilgili 7 madde (3, 7, 11, 15, 19, 23, 26) bulunmaktadır. Ölçek 5li likert ile puanlandırılmaktadır. Cevaplar 1 = Bana Hiç Uygun Değil, 2 = Bana Uygun Değil, 3 = Bana Biraz Uygun, 4 = Bana Oldukça Uygun, 5 = Bana Tamamen Uygun. Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır, anomi alt boyutunu oluşturan 3, 7, 11, 15, 19, 23 ve 26. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten en az 29, en çok 145 puan alınmaktadır. Puanlar arttıkça, spiritüel iyi oluş artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,886 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri: aşkınlık 0,953, doğaya uyum 0,864 ve anomi 0,886 şeklinde belirtilmiştir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri α= ,87 olarak bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 22 maddeden meydana gelmekte ve 3 alt boyutu bulunmaktadır (Çapri, 2006). Bu boyutlar duygusal tükenme (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), duyarsızlaşma (5,10, 11, 15, 22), kişisel başarıdan (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenirlilik çalışmasını ise 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (Ergin, 1993). Ölçek 5li likert tipi puanlamaya sahiptir. 0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 15 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-88 arasında değişmektedir. Ölçeğin

puanlaması sonucunda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada yüksek puan, kişisel başarıda tersine düşük puan tükenmişlik anlamına gelmektedir. Orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçek için de orta düzey puanları yansıtırken, düşük düzeyi duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki düşük ve "kişisel başarı" alt ölçeğindeki yüksek puanlar yansıtmaktadır. Orijinal çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak belirlenmiştir (Maslach ve Jackson, 1981). Ergin (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanması sonrasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak belirlenmiştir. Üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alfa katsayıları, duygusal tükenme 0.83, duyarsızlaşma 0.65 ve kişisel başarı 0.72 şeklinde bulunmuştur (Çapri, 2006). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri α= ,79 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışmanın ön uygulaması Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan 10 hemşireye uygulanmıştır. Uygulama esnasında bir anketin doldurulması 5-10 dakika sürmüştür. Ön uygulama sonrasında anket üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Bu nedenle toplanan doldurulan anketler örneklem grubuna dahil edilmiştir

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma uygulanması, gerekli kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmacı tarafından klinik sorumlu hemşirelerine araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılımın gönüllülük esas olduğu belirtilmiştir. Araştırma 01.03.2021-01.07.2021 tarihleri arasında yoğun bakım çalışanı hemşirelere Hemşire Tanıtım formu, Spritüel İyi Oluş Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 4 farklı yoğun bakıma, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde ise 9 yoğun bakım ünitesine elden ve online olarak dağıtılmıştır. Elden dağıtılan anketler görev yapan hemşire sayısı kadar klinik sorumlu hemşirelerine gündüz şiftinde teslim edildi. Covid 19 nedeniyle anketler yüz yüze uygulanamamıştır. Anketler bir hafta sonra elden teslim alınmıştır. Google formlardan üzerinden hazırlanan online anketler, sorumlu hemşirelerin iletişim numaralarını alınarak

whatssap üzerinden paylaşılmıştır. Hemşirelerin yeterli katılımı sağlamak için iki- üç hafta aralıklarla anketin gruplarında tekrar paylaşılması rica edilmiştir

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımını belirlemek amacıyla Kolmogrov Smirnov değerlerine bakılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve çözümleme sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla da Post-Hoc test istatistiklerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Sperman Korrelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik onay (EK-5) (22.12.2022 tarih ve 13 sayılı) alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi hastaneler başhekimliğinden (EK-6) ve Gazi Hastanesi Başhekimliğinden (EK-7) yazılı kurum izni alınmıştır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeğini geliştiren Sayın Selami Kardaş' tan mail üzerinden ölçeğin kullanım izni alınmıştır. (EK-8) Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini yapan Sayın Burhan Çapri'den mail yoluyla ölçeğin kullanım izni alınmıştır. (EK-8). Araştırmaya katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşirelerine araştırmacının amacını anlatan ''Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu'' (EK-1) kullanılarak yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde elde edilen bulgular aşağıda belirtilen 6 başlık halinde verilmiştir.

1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımına İlişkin Bulgular
2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları
6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımına İlişkin Bulgular

Yoğun bakım çalışanı hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.1'de verilmektedir.

Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (n=155)

Sosyo-demografik özellikler	Değişkenler	n	%
Yaş grubu	22-28	92	59,4
	29-35	40	25,8
	35 ve üstü	23	14,8
Cinsiyet	Erkek	32	20,6
	Kadın	123	79,4
Medeni durum	Evli	67	43,2
	Bekâr	88	56,8
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	51	32,9
	Hayır	104	67,1
Aile tipi	Çekirdek	155	100
Öğrenim durumu	Lisans	144	92,9
	Lisansüstü	11	7,1

Çizelge 4.1. (devam) Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (n=155)

Sosyo-demografik özellikler	Değişkenler	n	%
Çalışılan bölüm	KVC yoğun bakım (KVC)	34	21,9
	Göğüs hastalıkları yoğun bakım (GH)	17	11
	Koroner yoğun bakım (KOR)	14	9
	Genel cerrahi yoğun bakım (GC)	18	11,5
	Dahiliye yoğun bakım (DAH)	6	11,6
	Beyin cerrahi yoğun bakım (BC)	10	6,5
	Anestezi reanimasyon yoğun bakım (AR)	21	13,5
	Hematoloji (HEM)	2	1,3
	Covid yoğun bakım (COV)	23	14,8
	Nöroloji yoğun bakım (NÖR)	10	6,5
Gelir durumu	Gelir giderden az	40	25,8
	Gelir gider ile denk	88	56,8
	Gelir giderden fazla	27	17,4
Mesleği isteyerek seçme durumu	Ailenin isteğiyle	21	13,5
	İş imkânı olduğu için	74	47,7
	Çevrenin etkisi ile	1	0,6
	İsteyerek	59	38,1
Mesleği değiştirmeyi düşünme durumu	Evet	41	26,5
	Hayır	40	25,8
	Bazen	74	47,7
Meslekte çalışma yılı	1-5	99	63,9
	6-10	29	18,7
	11-15	9	5,8
	16-20	8	5,2
	21 yıl ve üzeri	10	6,5
Yoğun bakımda çalışma yılı	1-5	108	69,7
	6-10	30	19,4
	11-15	7	4,5
	16-20	5	3,2
	21 yıl ve üzeri	5	3,2
Yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu	Evet	124	80
	Hayır	31	20
Bakılan hasta sayısı	2 hasta	49	31,6
	3 hasta	57	36,8
	4 hasta	27	17,4
	5 ve daha fazla hasta	22	14,2
Çalışma sistemi	Gece	22	14,2
	Gündüz	11	7,1
	Vardiya	122	78,7
Çalışma saati	40 ve altı	123	79,4
	40 üstü	32	20,6
Çalışan sayısını yeterli bulma durumu	Evet	97	62,6
	Hayır	58	37,4
Sigara İçme Durumu	Evet	49	31,6
	Hayır	106	68,4
Alkol Kullanma Durumu	Evet	29	18,7
	Hayır	126	81,3
Uyku problemi	Evet	121	78,1
	Hayır	34	21,9
Kronik hastalık bulunma durumu	Evet	21	13,5
	Hayır	134	86,5
Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma	Evet	25	16,1
	Hayır	130	83,9
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu	Evet	18	11,6
	Hayır	137	88,4

Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri dağılımına ilişkin bulgular çizelge 4.1 ‘de verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunu 22-28 (%59,4) yaş grubu oluşturmaktadır. Hemşirelerin kadınların (%79,4) çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bekar (%56,8) katılımcıların evli olanlardan fazladır. Hemşirelerin hepsi çekirdek aile yapısına sahip ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu (%92,9) olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin 10 farklı servisten katılım sağlanmıştır. Katılım en fazla KVC, COVİD ve anestezi yoğun bakımdan olmuştur. Hemşirelerin gelir düzeyleri %56,8 ile gelir gidere denk bulunmuştur. Hemşirelerin mesleği yüzde 47,7’si iş imkanı olduğu için, yüzde 38.1 ’inin isteyerek hemşirelik mesleğini seçtiği aynı zamanda %47,7’si mesleği bazen değiştirmeyi düşündüğü görülmektedir. Hemşireler hem yoğun bakımda (%63,9) hem de meslekte (%69,7) 1 ile 5 yıl arası çalışmaktadır. Hemşirelerin %80’i yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin çalışma sistemlerine bakıldığında genel olarak iki (%31,6) ya da üç hasta (%36,8) baktıkları, vardiya sistemi (%78,7) ile çalıştıkları ve çalışma saatleri 40 saat ve altı (%79,4) olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin %62,6’sı çalışan sayısını yeterli bulmaktadır. Hemşirelerin %68,4’ü sigara ve %81,3’ü alkol kullanmaktadır. Hemşirelerin % 78,1’i uyku problemi yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamızda, hemşirelerin %86,5’inin kronik hastalığı bulunmamaktadır. Hemşirelerin %83,9’u daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymamaktadır.

4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan ortalamaları Çizelge 4.2. ’de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Yoğun bakım hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=155)

	X̄±SS	**Medyan**	**Min-max puan**	**Alınan puan**
Duygusal tükenme	17,47±7,23	18,00	0-34	0-34
Duyarsızlaşma	5,78±3,92	5,00	0-16	0-16
Kişisel başarı	23,31±4,73	23,00	80-32	8-32
Toplam puan	46,56±10,07	46,00	0-88	18-75

Çizelge 4.2.'de MTÖ toplam ve alt boyutlarının dağılımı yer almaktadır, yoğun bakım hemşirelerinin MTÖ puan ortalamasının 46,56±10,07 şeklinde bulunmuştur. MTÖ alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; duygusal tükenme 17,47±7,23, duyarsızlaşma 5,78±3,92 ve kişisel başarıdan 23,31±4,73 aldıkları gözlenmektedir. Çizelge incelendiğinde duygusal tükenme orta, kişisel başarı değerlerinin yüksek ve duyarsızlaşma değerlerinin ise düşük olduğu gözlenmektedir. Bu çalışma sonucunda yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi orta riskte tespit edilmiştir

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Puan ortalamaları Çizelge 4.3. 'te verilmiştir.

Çizelge 4.3. Yoğun bakım hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ortalama dağılımı (n=155)

	$\bar{X}$± SS	Medyan	Min-max puan	Alınan puan
Aşkınlık	60,12±12,34	63,00	15-75	15-75
Doğaya uyum	31,01±3,58	31,00	7-35	18-35
Anomi	18,07±5,57	18,00	7-35	7-35
Toplam puan	109,21±14,04	111,00	29-136	61-136

Çizelge 4,3'te Spiritüel İyi Oluş toplam ve alt boyutlarının dağılımı yer almaktadır, yoğun bakım hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş ortalama değerinin 109,21±14,04 şeklinde bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında aşkınlık puan ortalaması 60,12±12,34, doğaya uyum puan ortalaması 31,01±3,58 ve anomi puan ortalaması 18,07±5,57 olduğu görülmektedir. Bu veriler ışığında aşkınlık ve doğaya uyum puanlarının yüksek olduğu gözlenmektedir.

4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları çizelge 4.4'te verilmiştir.

Çizelge 4.4. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Maslach Tükenmişlik Ölçeği**			
	n	**Duygusal Tükenmişlik**	**Duyarsızlaşma**	**Kişisel Başarı**	**Ölçek Toplamı**
Yaş		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
22-28	92	16,98±7,24	5,65±4,17	23,43±4,73	46,07±9,96
29-35	40	19,37±7,04	6,77±3,73	22,47±4,935	48,62±11,13
35 yaş üstü	23	16,08±7,22	4,56±2,79	24,30±4,32	44,95±8,25
TEST		F= 2,036	KW= 4,883	KW= 1,904	KW= 2,734
p		p= ,134	p= ,087	p= ,386	p= ,255
Cinsiyet		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Erkek	32	14,84±7,20	5,59±4,82	24,46±5,11	44,90±11,35
Kadın	123	18,15±7,11	5,82±3,67	23,01±4,60	47,00±9,71
TEST		U= 1562,50	U= 1823,50	U= 1590,00	t= -1,048
p		p= ,073	p= ,521	p= ,094	p= ,296
Medeni durum		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evli	67	17,86±6,88	5,50±3,26	23,77±4,31	47,14±8,93
Bekâr	88	17,17±7,51	5,98±4,36	22,96±5,02	46,12±10,88
TEST		t= ,591	U= 2826,50	U= 2716,50	U= 2836,50
P		p= ,555	p= ,660	p= ,402	p= ,687
Çocuk sayısı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	51	17,60±7,56	5,29±3,46	23,74±4,52	46,64±10,50
Hayır	104	17,40±7,10	6,01±4,12	23,10±4,83	46,52±9,90
TEST		t=,164	U=2380,50	t=,789	t=,068
P		p=,870	p=,299	p=,431	p=,946
Öğrenim durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Lisans	144	17,36±7,29	5,84±3,96	23,46±4,79	46,67±10,14
Lisansüstü	11	18,81±6,58	5,00±3,46	21,36±3,38	45,18±9,42
TEST		t=-,639	U=699,50	U=580,50	t=,472
P		p=,524	p=,518	p=,139	p=,637
Gelir durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Gelir giderden az	40	20,57±7,53(1)	6,92±4,25	23,97±4,23	51,47±10,23(1)
Gelir giderle denk	88	16,57±6,54(2)	5,56±3,90	23,37±4,37	45,52±8,74(2)
Gelir giderden fazla	27	15,77±7,83(3)	4,77±3,17	22,14±6,29	42,70±11,48(3)
TEST		**F=5,376**	KW=4,212	KW=1,760	**F=7,847**
P		**p=,006****	p=,122	p=,415	**p=,001****
		1>2			**1>2**
		1>3			**1>3**
Mesleği isteyerek seçme durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Ailemin isteği ile	21	19,09±6,19(1)	6,04±4,47(1)	23,85±4,02	49,00±9,63(1)
İş imkânı olduğu için	74	20,60±5,88(2)	7,39±3,69(2)	22,62±4,18	50,62±8,68(2)
İsteyerek	60	13,03±6,891(3)	3,70±2,98(3)	23,98±5,484	40,71±9,08(3)
		KW=42,561	**KW=31,016**		**F=21,091**
TEST		**p=,000***	**p=,000***	KW=5,222	**p=,000****
P		**1>3**	**1>3**	p=,073	**1>3**
		2>3	**2>3**		**2>3**

Çizelge 4.4. (devam) Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Maslach Tükenmişlik Ölçeği**			
	n	**Duygusal Tükenmişlik**	**Duyarsızlaşma**	**Kişisel Başarı**	**Ölçek Toplamı**
Mesleği değiştirmeyi düşünme durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	41	21,78±6,71(1)	7,46±3,92(1)	22,73±3,89	51,97±9,38(1)
Hayır	40	11,97±6,29(2)	3,80±3,47(2)	24,30±4,97	40,07±9,63(2)
Bazen	74	18,05±6,10(3)	5,91±3,72(3)	23,10±4,99	47,08±8,73(3)
TEST P		**F= 24,977 p= ,000** 1>2 1>3 3>2**	**KW= 19,248 p= ,000* 1>2 3>2**	KW= 4,295 p= ,117	**F= 17,354 p= ,000** 1>2 1>3 3>2**
Meslekte çalışma yılı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
1-5	99	17,08±7,00(1)	5,76±3,95(1)	23,23±4,56	46,08±9,71(1)
6-10	29	21,27±7,53(2)	7,75±3,81(2)	22,27±5,46	51,31±12,04(2)
11-15	9	12,55±5,72(3)	2,44±2,06(3)	26,22±3,63	41,22±4,71(3)
16-20	8	18,87±7,12(4)	5,75±2,71(4)	23,50±6,18	48,12±8,60(4)
21 yıl ve üzeri	10	13,60±5,10(5)	3,20±2,780(5)	24,40±2,87	41,20±6,54(5)
TEST P		**F= 4,233 p= ,003** 2>1 2>3 2>5**	**KW=18,859 p=,001* 2>3 2>5**	KW=5,158 p=,271	**F= 3,234 p= ,014** 2>5**
Yoğun bakımda çalışma yılı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
1-5	99	16,93±7,03(1)	5,85±4,01	23,19±4,66	45,98±9,88(1)
6-10	29	20,90±7,57(2)	6,76±3,74	22,96±5,14	50,63±10,88(2)
11-15	9	17,57±5,12(3)	4,71±3,59	23,71±4,30	46,00±5,94(3)
16-20	8	12,00±7,00(4)	3,00±2,54	24,40±6,54	39,40±11,41(4)
21 yıl ve üzeri	10	13,80±5,97(5)	2,60±1,81	26,40±1,67	42,80±5,97(5)
TEST P		**KW=10,824 p=,029* 2>4**	KW=8,846 p=,065	KW=3,226 p=,521	**KW=10,398 p=,034* 2>4**
Yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	124	17,00±6,99	5,44±3,78	23,79±4,66	46,24±9,98
Hayır	31	19,32±8,00	7,12±4,24	21,41±4,58	47,87±10,47
TEST P		t=-1,601 p=,111	**U= 1472,50 p= ,044*****	**U= 1313,00 p= ,006*****	t=-,804 p=,422
Bakılan hasta sayısı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
2 hasta	49	15,00±7,35(1)	4,55±3,64(1)	24,04±4,75	43,59±8,40
3 hasta	57	18,98±7,47(2)	6,00±3,84(2)	23,36±4,26	48,35±10,44
4 hasta	27	17,74±6,29(3)	7,00±3,75(3)	22,70±5,53	47,44±11,90
5 ve daha fazla	22	18,72±6,33(4)	6,45±4,46(4)	22,31±4,85	47,50±9,22
TEST P		**F=3,087 p=,029** 2>1**	**KW=8,099 p=,044* 3>1**	KW=1,639 p=,651	F=2,202 p=,090
Çalışma sistemi		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Gündüz	22	17,18±8,54	4,86±3,89	24,22±4,43	46,27±10,85
Gece	11	16,81±6,11	7,81±4,23	21,45±6,02	46,09±11,77
Vardiya	122	17,58±7,12	5,76±3,86	23,31±4,65	46,66±9,85
TEST P		F=,076 p=,927	KW=4,702 p=,095	KW=2,150 p=,341	F=,027 p=,973
Çalışma saati		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
40 saat ve altı	123	16,91±7,50	5,56±3,84	23,38±4,66	45,85±10,19
40 saat ve üstü	32	19,62±5,67	6,62±4,19	23,06±5,06	49,31±9,22

Çizelge 4.4. (devam) Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Maslach Tükenmişlik Ölçeği**			
	n	**Duygusal Tükenmişlik**	**Duyarsızlaşma**	**Kişisel Başarı**	**Ölçek Toplamı**
Çalışan sayısını yeteli bulma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet		16,25±7,24	5,03±3,60	23,94±4,65	45,23±10,33
Hayır		19,50±6,81	7,03±4,14	22,25±4,71	48,79±9,27
TEST		**t=-2,757**	**U=1985,50**	**U=2240,50**	**U=2158,00**
P		**p=,007******	**p=,002*****	**p=,034*****	**p=,015*****
Sigara İçme Durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	49	17,69±6,98	5,83±3,79	23,54±4,99	47,10±11,00
Hayır	106	17,36±7,38	5,75±4,00	23,19±4,62	46,32±9,65
TEST		t=,260	U=2559,00	U=2430,00	U=2379,50
P		p=,795	p=,883	p=,519	p=,402
Alkol Kullanma Durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	29	17,86±7,23	5,82±3,72	21,68±5,83	45,37±10,36
Hayır	126	17,38±7,26	5,76±3,98	23,69±4,38	46,84±10,02
TEST		t=,322	U=1779,50	U=1487,50	U=1765,50
P		p=,748	p=,827	p=,118	p=,778
Uyku Problemi		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	121	18,57±6,77	6,40±3,91	23,04±4,71	48,01±9,84
Hayır	34	13,55±7,56	3,55±3,13	24,29±4,73	41,41±9,28
TEST		**t=3,713**	**U= 1174,50**	U= 1709,50	**t=3,499**
P		**p=,000******	**p= ,000*****	p= ,132	**p=,001******
Kronik hastalık bulunma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	21	19,04±7,53	6,42±4,10	20,66±5,18	46,14±11,70
Hayır	134	17,22±7,18	5,67±3,90	23,73±4,53	46,63±9,84
TEST		t=1,074	U= 1284,50	**U= 918,00**	t=-,207
P		p=,284	p= ,520	**p= ,010*****	p=,836
Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	25	19,72±7,02	6,24±3,04	20,92±3,72	46,88±9,34
Hayır	130	17,03±7,22	5,69±4,07	23,77±4,77	46,50±10,23
TEST		t=1,707	U= 1437,50	**U= 960,50**	t=,169
P		p=,090	p= ,360	**p= ,001*****	p=,866
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	18	18,22±7,58	5,83±3,20	21,27±3,96	45,33±10,40
Hayır	137	17,37±7,21	5,77±4,02	23,58±4,77	46,72±10,05
TEST		t= ,467	U= 1198,50	**U= 818,50**	t= -,552
P		p= ,641	p= ,847	**p= ,020*****	p= ,582
TEST		**t=-2,242**	U=1661,50	U=1913,50	t=-1,742
P		**p=,029******	p=,174	p=,809	p=,084

Değerler ortalama ±standart sapma (X̄± SS) olarak sunulmuştur.
***:** Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.
******: ANOVA testi kullanılmıştır.
*****:**. Mann Whitney U testi kullanılmıştır
******:** Student t testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.4. ’te çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerine göre “Maslach Tükenmişlik” ölçeğinin ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

“Duygusal Tükenmişlik” alt boyutunda; geliri giderinden az olanların puan ortalamaları geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların duygusal tükenmişlik puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalamaları ailesinin isteğiyle ve iş imkânı olduğu için seçenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin duygusal tükenmişlik puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin ve bazen değiştirmek isteyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca mesleğini bazen değiştirmek isteyenlerin duygusal tükenmişlik puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Meslekteki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanların duygusal tükenmişlik puan ortalaması meslekteki çalışma yılı 1-5, 11-15 ve 21 yıl ve üzeri olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Yoğun bakımdaki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanların duygusal tükenmişlik puan ortalaması yoğun bakımdaki çalışma yılı 16-20 yıl olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). 3 hastaya bakanların duygusal tükenmişlik puan ortalaması 2 hastaya bakanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çalışma saati 40 saat ve üstü olanların duygusal tükenmişlik puan ortalaması çalışma saati 40 saat ve altı olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çalışan sayısının yeterli olamadığını düşünenlerin duygusal tükenmişlik puan ortalaması çalışan sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Uyku problemi yaşayanların duygusal tükenmişlik puan ortalaması uyku problemi yaşamayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). “Duygusal Tükenmişlik” alt boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu, çalışma sistemi, sigara ve alkol kullanma, kronik hastalık bulunma durumu, daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Duyarsızlaşma” alt boyutunda; mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalamaları ailesinin isteğiyle ve iş imkânı olduğu için seçenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Mesleğini değiştirmeyi düşünmeyenlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları mesleğini değiştirmek istemeyenlerin ve bazen değiştirmek isteyenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Meslekteki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanların duyarsızlaşma puan ortalamaları meslekteki çalışma yılı 11-15 ve 21 yıl ve üzeri olanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olmayanların duyarsızlaşma puan ortalamaları öncelikli tercihi olanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). 4 hastaya bakanların duyarsızlaşma puan ortalaması 2 hastaya bakanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çalışan sayısının yeterli olamadığını düşünenlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları çalışan sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Uyku problemi yaşayanların duyarsızlaşma puan ortalamaları uyku problemi yaşamayanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). “Duyarsızlaşma” alt boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, gelir durumu, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışma sistemi ve çalışma saati, sigara içme, alkol kullanma, daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

“Kişisel Başarı” alt boyutunda; yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olmayanların puan ortalamaları öncelikli tercihi olanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Çalışan sayısının yeterli olmadığını düşünenlerin kişisel başarı puan ortalamaları çalışan sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların kişisel başarı puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyanların kişisel başarı puan ortalamaları psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymayanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Daha önce psikiyatrik yardım alanların kişisel başarı puan ortalamaları psikiyatrik yardım almayanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). “Kişisel Başarı” alt boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, gelir durumu, mesleği isteyerek seçme, mesleği değiştirmeyi

düşünme, meslekte ve yoğun bakımda çalışma yılı, bakılan hasta sayısı, çalışma sistemi ve saati, sigara ve alkol kullanma, uyku problemi değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

"Maslach Tükenmişlik Ölçeği" toplamında geliri giderinden az olanların puan ortalamaları geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalaması ailesinin isteğiyle ve iş imkânı olduğu için seçenlerin MTÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05). Mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin MTÖ puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin ve bazen değiştirmek isteyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Ayrıca mesleğini bazen değiştirmek isteyenlerin MTÖ puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Meslekteki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanların MTÖ puan ortalaması meslekteki çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Yoğun bakımdaki çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanların MTÖ puan ortalamaları yoğun bakımdaki çalışma yılı 16-20 yıl olanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Çalışan sayısının yeterli olamadığını düşünenlerin MTÖ puan ortalamaları çalışan sayısının yeterli olduğunu düşünenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Uyku problemi yaşayanların MTÖ puan ortalaması uyku problemi yaşamayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" toplamında; yaş, cinsiyet, medeni, çocuk sayısı, öğrenim durumu, yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu, bakılan hasta sayısı, çalışma sistemi ve saati, sigara ve alkol kullanma, kronik hastalık bulunma durumu, daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Çizelge 4.5.'te verilmiştir,

Çizelge 4.5. Yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Spiritüel İyi Oluş Ölçeği**			
	n	**Aşkınlık**	**Doğaya Uyum**	**Anomi**	**Ölçek Toplamı**
Yaş		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
22-28	92	60,76±12,26	31,40±3,39	18,43±5,93	110,59±13,22
29-35	40	58,12±12,86	30,10±3,90	17,82±5,19	106,05±16,00
35 yaş üstü	23	61,04±11,91	31,08±3,60	17,08±4,72	109,21±13,30
TEST		KW=1,258	KW= 3,280	F= ,590	KW= 1,560
P		p=,533	p= ,194	p= ,556	p= ,458
Cinsiyet		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Erkek	32	60,53±15,32	31,90±2,716	16,84±6,64	109,28±15,75
Kadın	123	60,01±11,51	30,78±3,74	18,39±5,24	109,20±13,63
TEST		U= 1776,50	U= 1679,50	U= 1644,00	U=1908,00
P		p= ,397	p= ,198	p= ,151	p= ,791
Medeni durum		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evli	67	60,64±11,22	31,02±3,70	17,02±5,19	108,70±13,74
Bekâr	88	59,72±13,18	31,01±3,50	18,87±5,74	109,61±14,33
TEST		U= 2910,00	U= 2914,50	**t= -2,063**	U= 2774,50
P		p= ,891	p= ,903	**p= ,041******	p= ,531
Çocuk sahibi olma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	51	60,64±11,91	30,94±3,58	16,58±4,94	108,17±14,15
Hayır	104	59,86±12,60	31,05±3,59	18,80±5,73	109,73±14,03
TEST		U=2574,50	U=2583,50	**U=2100,50**	U= 2489,50
P		p=,768	p=,792	**p=,035*****	p=,536
Öğrenim durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Lisans	144	59,94±12,66	31,11±3,59	18,00±5,63	109,05±14,39
Lisansüstü	11	62,45±6,93	29,82±3,28	19,09±4,78	111,36±8,46
TEST		U=764,00	U=582,00	U=677,50	U=751,00
P		p=,845	p=,140	p=,424	p=,775
Gelir durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Gelir giderden az	40	58,65±12,50	30,97±3,58	19,97±5,88(1)	109,60±14,97
Gelir giderle denk	88	60,79±11,23	31,10±3,33	17,26±5,24(2)	109,15±12,79
Gelir giderden fazla	27	60,11±15,52	30,81±4,39	17,92±5,66(3)	108,85±16,84
TEST		KW=1,346	KW=,029	**F=3,371**	KW=,148
P		p=,510	p=,986	**p=,037**** **1>2**	p=,929
Mesleği isteyerek seçme durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Ailemin isteği ile	21	64,66±11,33(1)	32,0952±3,34522	18,42±6,26(1)	115,19±14,51
İş imkânı olduğu için	74	58,51±11,53(2)	30,63±3,27	19,40±4,92(2)	108,55±12,33
İsteyerek	60	60,51±13,37	31,11±3,97	16,31±5,68(3)	107,95±15,51
TEST		**KW=7,261**	KW=4,740	**KW=12,959**	KW=5,357
P		**p=,027*** **1>2**	p=,093	**p=,002*** **2>3**	p=,069
Mesleği değiştirmeyi düşünme durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	41	57,92±14,09	30,21±4,03	19,92±4,85(1)	108,07±16,70
Hayır	40	60,47±12,89	31,80±3,23	15,95±5,38(2)	108,22±14,52
Bazen	74	61,14±10,96	31,04±3,44	18,20±5,71(3)	110,39±12,16

Çizelge 4.5. (devam) Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Spiritüel İyi Oluş Ölçeği**			
	n	**Aşkınlık**	**Doğaya Uyum**	**Anomi**	**Ölçek Toplamı**
TEST **P**		KW= ,975 p= ,614	KW= 3,604 p= ,165	**KW= 11,313** **p= ,003*** **1>2**	KW= ,224 p= ,894
Meslekte çalışma yılı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
1-5	99	60,98±11,29	31,37±3,25	18,36±6,03	110,71±12,69
6-10	29	57,65±14,12	29,51±4,35	19,13±4,38	106,31±17,56
11-15	9	66,55±6,93	31,77±2,86	13,55±4,00	111,88±7,09
16-20	8	60,00±14,88	30,75±4,59	15,62±5,42	106,37±14,60
21 yıl ve üzeri	10	53,10±16,10	31,40±3,47	18,20±2,89	102,70±18,38
TEST **P**		KW=5,966 p=,202	KW=4,218 p=,377	KW=9,462 p=,051	KW=3,480 p=,481
Yoğun bakımda çalışma yılı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
1-5	99	60,75±11,91	31,23±3,37	18,27±5,94	110,25±13,52
6-10	29	58,76±12,98	30,23±4,12	18,16±4,72	107,16±15,12
11-15	9	62,71±6,21	30,57±3,77	17,42±5,12	110,71±9,69
16-20	8	58,60±15,32	30,80±5,21	13,60±3,97	103,00±15,81
21 yıl ve üzeri	10	52,60±21,10	32,00±3,00	18,60±2,19	103,20±22,29
TEST **P**		KW= 1,530 p= ,821	KW= 1,585 p= ,812	F= ,875 p= ,480	KW= 2,217 p= ,696
Yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	124	60,01±12,35	31,27±3,51	17,37±5,29	108,66±14,24
Hayır	31	60,54±12,52	30,00±3,71	20,90±5,86	111,45±13,21
TEST **P**		U=1844,00 p=,727	U=1495,00 p=,054	**t=-3,252** **p=,001****	U=1755,00 p=,455
Bakılan hasta sayısı		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
2 hasta	49	60,69±11,72	31,06±3,52 (1)	16,34±5,53	108,10±12,99
3 hasta	57	61,22±12,72	31,36±3,16 (2)	18,68±5,95	111,28±13,52
4 hasta	27	58,11±14,74	31,51±4,50 (3)	18,92±5,27	108,55±18,57
5 ve daha fazla	22	58,45±9,52	29,40±3,23 (4)	19,31±4,25	107,18±11,24
TEST **p**		KW=2,884 p=,410	**KW=9,014** **p=,029*** **1>4** **2>4** **3>4**	F=2,438 p=,067	KW=5,016 p=,171
Çalışma sistemi		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Gündüz	22	59,09±12,56	31,54±3,52	17,36±4,55	108,00±13,92
Gece	11	51,36±18,22	30,45±3,07	18,00±4,87	99,81±18,99
Vardiya	122	61,09±11,44	30,97±3,64	18,21±5,81	110,28±13,34
TEST **P**		KW=3,408 p=,182	KW=1,396 p=,498	F=,215 p=,806	KW=4,207 p=,122
Çalışma saati		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
40 saat ve altı	123	60,45±11,91	31,20±3,57	17,60±5,50	109,26±14,06
40 saat ve üstü	32	58,84±14,00	30,31±3,58	19,90±5,55	109,06±14,18
TEST **P**		U=1866,00 p=,652	U=1677,00 p=,194	**t=-2,107** **p=,037****	U=1938,50 p=,896
Çalışan sayısını yeterli bulma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet		61,31±10,96	31,18±3,55	17,48±5,59	109,98±13,38
Hayır		58,12±14,24	30,74±3,63	19,06±5,43	107,93±15,11

Çizelge 4.5. (devam) Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=155)

Değişkenler		**Spiritüel İyi Oluş Ölçeği**			
	n	**Aşkınlık**	**Doğaya Uyum**	**Anomi**	**Ölçek Toplamı**
TEST		U=2526,00	U=2615,00	**U=2268,50**	U=2608,50
P		p=,288	p=,460	**p=,044*** **	p=,449
Sigara Kullanma Durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	49	57,75±14,51	31,18±3,39	18,38±4,96	107,32±16,09
Hayır	106	61,21±11,11	30,94±3,67	17,93±5,84	110,09±12,98
TEST		U=2295,50	U=2539,00	t=,470	U=2282,50
P		p=,246	p=,822	p=,639	p=,226
Alkol kullanma Durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	29	49,06±14,10	29,27±4,17	20,96±5,57	99,31±14,79
Hayır	126	62,66±10,41	31,42±3,32	17,41±5,38	111,50±12,88
TEST		**U=771,00**	**U=1271,50**	**t=3,185**	**U=857,50**
P		**p=,000*** **	**p=,010*** **	**p=,002**** **	**p=,000*** **
Uyku Durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	121	60,39±12,47	30,81±3,65	18,50±5,21	109,71±14,55
Hayır	34	59,14±12,00	31,73±3,25	16,55±6,56	107,44±12,10
TEST		U=1891,50	U=1762,00	**U=1492,00**	U=1758,50
P		p= ,474	p= ,198	**p= ,014*** **	p= ,197
Kronik hastalık bulunma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	21	55,85±12,59	29,76±4,33	19,47±4,65	105,09±14,49
Hayır	134	60,79±12,22	31,21±3,42	17,85±5,68	109,86±13,92
TEST		U=1061,00	U=1136,00	U=1113,00	U=1130,50
P		p=,070	p=,153	p=,124	p=,148
Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	25	59,40±11,96	30,08±3,67	20,52±4,59	110,00±13,59
Hayır	130	60,26±12,46	31,20±3,54	17,60±5,63	109,06±14,17
TEST		U= 1553,50	U= 1305,00	**t=2,430**	U= 1517,50
P		p=,728	p=,116	**p=,016**** **	p=,601
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu		**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**	**X̄± SS**
Evet	18	58,16±13,32	29,94±4,29	20,11±4,82	108,22±14,84
Hayır	138	60,37±12,24	31,16±3,47	17,81±5,62	109,35±13,99
TEST		U= 1128,00	U= 1022,00	t=1,656	U= 1225,00
P		p=,557	p=,234	p= ,100	p=,964

Değerler ortalama ±standart sapma (X̄± SS) olarak sunulmuştur.
***:** Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.
******: ANOVA testi kullanılmıştır.
*****:**. Mann Whitney U testi kullanılmıştır
******:** Student t testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.5'te çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerine göre "Spiritüel İyi Oluş" ölçeğinin ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. "Aşkınlık" alt boyutunda mesleğini ailesinin isteğiyle seçenlerin aşkınlık puan ortalaması iş imkânı olduğu için seçenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Alkol kullanmayanların aşkınlık puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Aşkınlık alt boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, gelir durumu, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, meslekte ve yoğun bakımda çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu, bakılan hasta sayısı, çalışma sistemi ve saati, çalışan sayısını yeterli bulma durumu, sigara kullanma, uyku durumu, kronik hastalık bulunma durumu, daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

"Doğaya Uyum" alt boyutunda, 5 hasta ve üzerine bakanların puan ortalaması 2, 3 ve 4 hastaya bakanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Alkol kullanmayanların doğaya uyum puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Doğaya Uyum alt boyutunda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, gelir durumu, mesleği isteyerek seçme, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, meslekte ve yoğun bakımda çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma durumu, çalışma sistemi ve saati, çalışan sayısını yeterli bulma durumu, sigara kullanma, uyku durumu, kronik hastalık bulunma durumu, daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

"Anomi" alt boyutunda; bekâr olanların puan ortalaması evli olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çocuğu olanların puan ortalaması çocuğu olmayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Geliri giderinden az olanların puan ortalaması geliri giderine denk olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Mesleğini iş olduğu için seçenlerin puan ortalaması mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Mesleğini değiştirmek isteyenlerin puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin puan

ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Yoğun bakımda çalışma öncelikli tercihi olma değişkeni puan ortalaması öncelikli tercihi olmayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05). Çalışma saati 40 saat ve altı olanların puan ortalaması çalışma saati 40 saat ve üstü olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05). Çalışan sayısının yeterli olduğunu söyleyenlerin puan ortalaması çalışan sayısının yeterli olmadığını söyleyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05). Alkol kullanmayanların puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0,05). Uyku problemi olanların puan ortalaması uyku problemi olmayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyanların puan ortalaması psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Anomi alt boyutunda; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslekte ve yoğun bakımda çalışma yılı, bakılan hasta sayısı, çalışma sistemi, sigara kullanma, kronik hastalık bulunma durumu, daha önce psikiyatrik yardım alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

"Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" toplamında sadece alkol kullanma durumu değişkeninde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır (p<0,05). Bu sonuca göre, alkol kullanmayanların puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0,05). Ölçeğin toplamının diğer değişkenlerle arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (p>0,05). (p<0,05). Ölçeğin toplamının diğer değişkenlerle arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (p>0,05).

4.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik ve alt boyutları ile spiritüel iyi oluş ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi (Spearman Rank Korelasyon) uygulanmıştır, Çizelge 4.6.'da korelasyon sonuçları yer almaktadır,

Çizelge 4.6. Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik ve alt boyutları ile ve spiritüel iyi oluş alt boyutları ilişkin korelasyon sonuçları

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	Maslach Tükenmişlik Ölçeği							
	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı		Ölçek Toplam	
	r	P	r	p	r	p	r	p
Aşkınlık	-,069	,393	-,134	,097	,247	**,002***	,005	,955
Doğaya Uyum	-,167	**,038***	-,281	**,000***	,447	**,000***	-,037	,647
Anomi	,471	**,000***	,446	**,000***	-,368	**,000***	,376	**,000***
Ölçek Toplam	,096	,235	,026	,752	,170	**,034***	,154	,055

*=p<.05, r = Spearman Rank Korelasyon katsayısı

Araştırmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik ve alt boyutları ile spiritüel iyi oluş ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi (Spearman Rank Korelasyon) uygulanmıştır. Çizelge 4.6'da korelasyon sonuçları yer almaktadır.

"Maslach Tükenmişlik" ölçeğinin "Duygusal Tükenme" alt boyutu ile "Spiritüel İyi Oluş" ölçeğinin "Doğaya Uyum" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir (r=-,167, p<0,05). Hemşirelerin doğaya uyum puan ortalaması arttıkça duygusal tükenme puan ortalaması azalmaktadır (p<0,05). "Duygusal Tükenme" alt boyutu ile "Anomi" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=471, p<0,05). Hemşirelerin anomi puan ortalaması arttıkça duygusal tükenme puan ortalaması artmaktadır (p<0,05). "Duyarsızlaşma" alt boyutu ile "Doğaya Uyum" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir (r=-,281, p<0,05). Hemşirelerin doğaya uyum puan ortalaması arttıkça duyarsızlaşma puan ortalaması azalmaktadır (p<0,05). "Duyarsızlaşma" alt boyutu ile "Anomi" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=446, p<0,05). Hemşirelerin anomi puan ortalaması arttıkça duygusal tükenme puan ortalaması artmaktadır (p<0,05). "Kişisel Başarı" alt boyutu ile "Aşkınlık" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=247, p<0,05). Hemşirelerin aşkınlık puan ortalaması arttıkça kişisel başarı puan ortalaması artmaktadır (p<0,05). "Kişisel Başarı" alt boyutu ile "Doğaya Uyum" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=447, p<0,05). Hemşirelerin doğaya uyum puan ortalaması arttıkça kişisel başarı puan ortalaması artmaktadır (p<0,05). "Kişisel Başarı" alt boyutu ile "Anomi" alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki tespit edilmiştir (r=-368, p<0,05). Hemşirelerin anomi puan ortalaması arttıkça kişisel başarı puan ortalaması azalmaktadır

($p<0,05$). “Kişisel Başarı” alt boyutu ile “Spiritüel İyi Oluş” ölçeğinin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=170$, $p<0,05$). Hemşirelerin toplam spiritüel iyi oluş puan ortalaması arttıkça kişisel başarı puan ortalaması artmaktadır ($p<0,05$). “Anomi” alt boyutu ile “Maslach Tükenmişlik” ölçeğinin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r=376$, $p<0,05$). Hemşirelerin toplam tükenmişlik puan ortalaması arttıkça anomi puan ortalaması artmaktadır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinde Spiritüel İyi Oluş ve Tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen veriler literatür ışığında aşağıda belirtilen dört başlık altında ele alınmıştır.

5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Maslach Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Yoğun bakım üniteleri yaşamı tehdit altında olan bireylere en üst düzey hayat kurtarıcı teknolojik ekipman ile ileri düzey hasta bakımının yapıldığı merkezlerdir (Terzi ve Kaya, 2011). Yoğun bakım gibi özellikli ünitelerde çalışan hemşirelerde; yoğun iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri, karmaşık iş yapısı ve yüksek iş stresi gibi nedenlerden tükenmişlik oldukça sık görülmektedir (Şentürk, 2014; Epp, 2012; Yüksel Kaçan ve Örsal, 2018; Verdon, Merlani, Perneger ve Ricou, 2008; Poncet ve ark., 2007; Terzi ve Kaya, 2011).

Çalışmamız sonucunda, yoğun bakım hemşirelerinin toplam tükenmişlik puanı orta düzeyde bulunmuştur. Camci ve Kavuran (2021), Akalın ve Mondanlıoğlu (2021) ve Kekeç ve Tan (2021) çalışmamız ile benzer olarak orta düzeyde tükenmişlik tespit etmiştir (Kekeç ve Tan, 2021; Akalın ve Mondanlıoğlu, 2021; Camci ve Kavuran, 2021). Çalışmamızdan farklı olarak Poncet ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yoğun bakım çalışanı hemşirelerin üçte birinde şiddetli tükenmişlik görülmektedir (Poncet ve ark., 2007). Zhang ve arkadaşlarının (2014) 14 farklı yoğun bakım ünitesinden 486 hemşirenin katıldığı çalışmada, hemşirelerin %16'sında yüksek düzeyde tükenmişlik tespit etmişlerdir (Zhang, Huang ve Guan, 2014). Cerit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tükenmişlik düzeyini yüksek olarak tespit etmişlerdir (Cerit, Aykal, Güzel, ve Kara, 2016). Çalışmamızda orta düzeyde tükenmişlik bulunmasının yoğun bakımı hemşirelerin %59,4'ünün 22-28 yaş grubunda olmasına, %79,4'ünün bekar olmasına, covid 19 pandemisinin getirdiği yüke ve çoğunluğun meslekte deneyiminin yeterli olmamasına bağlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; kişisel başarı puanlarının yüksek, duyarsızlaşma puanlarının düşük ve duygusal tükenme puanlarının orta düzeyde çıktığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda alt boyutlarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Yüksel Kaçan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, tükenmişlik kendini en çok duyarsızlaşma alt boyutunda gösterdiği belirtilmektedir (Yüksel Kaçan ve Örsal, 2018). Ramírez-Elvira ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analizde yüksek duygusal tükenmişlik ve düşük kişisel başarı görüldüğünü belirtmektedir (Ramírez-Elvira ve ark., 2021). Dudu ve Tan'ın yaptığı çalışmada da duyarsızlaşmanın düşük, duygusal tükenmenin normal ve kişisel başarı alt boyutuna ilişkin puan ortalamasın yüksek çıktığı görülmektedir (Dudu ve Tan, 2021). Akalın ve Modanlıoğlu'nun yaptıkları çalışmada (2021) çalışmamız ile benzer sonuçlar bulmuşlardır. Çalışmalarında, duygusal tükenmişliği orta düzeyde, duyarsızlaşmayı ise düşük düzeyde tespit etmişlerdir (Akalın, Modanlıoğlu, 2021). Çalışmamız sonucunda yoğun bakımı hemşirelerin duygusal tükenme açısından orta riskte olduğu görülmektedir. Bu durumun yoğun bakımın ağır çalışma koşulları ile birlikte birebir hasta ile çalışma ve devamlı strese maruz kalma hemşirelerin duygusal kaynaklarını tüketmesi sonucunda meydana geldiği düşünülmüştür.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması

Spiritüelite ve maneviyat kavramları son zamanlarda sıkça karşımıza çıkan kavramlar olmaya başlamıştır. Özellikle hemşirelik ve kritik hasta bakımı konulu makalelerde sıkça karşımıza çıkmaktadır. Yoğun bakım gibi stresli ve zorlu bir ortamda çalışan hemşirelerin fiziksel, ruhsal ve psikolojik olarak güçlü olmaları gerekmektedir. Spiritüel iyi oluşu yüksek olan hemşirelerin uyum yetenekleri artmakta, uygun müdahaleye daha iyi karar vermekte ve değerlendirebilmektedir. Sağlıklarının fiziksel, sosyal ve zihinsel yönleri daha iyi gelişmekte ve yaşam kaliteleri artmaktadır. Kişiye kendinden daha yüksek bir gücün verdiği umut ile hayatı daha iyi anlamlandırmasına yardımcı olmaktadır (Soleimani ve ark., 2019; Coyle,2002). Spiritüel iyi oluş kayıplarla, kaygı-anksiyete-depresyon ile başa çıkmada, artan iş yükü ve stres ile başa çıkmada etkilidir. Aynı zamanda manevi olarak güçlü olan hemşireler hayatı daha iyi anlamlandırarak iş memnuniyeti artmakta ve verimlilikleri yükselmekte böylece olumlu hasta çıktılarına katkı sağlamaktadır (Murphy, Chin, Westlake, Asselin ve Brisbois, 2021; Celano, Harris, Sawyer ve Hamilton, 2022; Soleimani ve ark., 2019; Durmuş ve Alkan, 2021).

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluş toplam puanları 109,21±14,04 bulunmuştur. Bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kutlu, Ermin ve Aygin'in 2020 yılında 75 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları çalışmada spiritüel iyi oluş toplam puanlarını 120.57±11.43 şeklinde bulmuştur (Kutlu, Ermin ve Aygin, 2020). Çalışmamızla benzer olarak Durmuş ve Alkan'ın 2021 yılında yaptığı çalışmada spiritüel iyi oluş düzeyini 122.65 ± 12.50 olarak bulmuştur. Çalışmamızda, spiritüel iyi oluş düzeylerinin yüksek bulunmuştur. busonuç ışığında hemşirelerin hayatın ve çalışma hayatının zorluklarını daha iyi anlamlandırdıkları ve ilahi bir destek ile baş ettikleri düşünülmüştür.

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamalarının incelenmesi sonucunda gelir durumu, mesleği isteyerek seçme, mesleği değiştirmeyi düşünme, meslekte çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, öncelikli tercih etme, bakılan hasta sayısı, çalışma saati, çalışan sayısını yeterli bulma durumu, uyku, kronik hastalık, ve psikiyatrik yardım-ihtiyaç duyma değişkenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.4.)

Bu çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaş değişkeni ile MTÖ'nün alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yapılan çalışmalarda daha deneyimli bireylerde işin getirdiği stres ile daha iyi baş edebilmektedir (Lee ve Ashforth, 1993; Maslach, Schaufelı ve Leıter 2001). Dizer ve ark. (2008), Fortunatti ve Palmeiro-Silva (2017) ve Durmuş ve Çiftçi (2018) yaptıkları çalışmalarda yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında ilişki olmadığını tespit etmişlerdir (Dizer, İyigün ve Kılıç. 2008; Durmuş, Gerçek ve Çiftci, 2018).

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine ile MTÖ'nin alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Akyüz (2015), Kekeç ve Tan (2021) , Doğu Kökcü ve arkadaşlarının (2018) ve Durmuş ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde cinsiyet ile MTÖ'nin alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında istatistiki anlamlı fark bulmamışlardır (Akyüz, 2015; Kekeç ve Tan, 2021; Kökcü ve Terzi, 2018; Durmuş, Gerçek

ve Çiftci, 2018). Literatürde ve çalışmamızda görüldüğü üzere cinsiyetin tükenmişlik açısından önemli bir ethen olmadığı düşünülmüştür.

Medeni durum değişkenine bakıldığında çalışmamızda, medeni durum ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tunçel ve ark. (2014), Yılmaz ve ark. (2017) ve Kaya ve ark (2010) bulguları ile benzerlik göstermektedir (Tunçel, Kaya, Kuru ve Menteş, 2014; Kaya, Kaya, Kuru, Menteş ve Ünver 2014; Yılmaz ve Arslan, 2017). Literatüre bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak, evli olan bireyler sorunları hayatla ilgili sorunlar karşısında beraber çözüm yolu bulmaya ve baş etmeye çalıştıkları için bekarlara göre daha az tükenmişlik yaşamaktadırlar. Ayrıca evli olan bireylerin sorumluluk duygularının daha gelişmiş olduğu ve kişilerarası iletişimim daha kuvvetli olduğu için tükenmişliğin daha az görüldüğü ifade edilmektedir. Kısaca evli olmanın tükenmişliği engellediği düşünülmektedir. (Cerit, Aykal, Güzel, ve Kara, 2016; Kekeç ve Tan, 2021; Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Cordes ve Dougherty, 1993).

Çalışmamızda eğitim düzeyine göre tükenmişlik düzeyinde fark gösterip göstermediği incelemiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Benzer şekilde Akyüz (2015), Dizer ve arkadaşlarının (2008) ve Erdağı ve Özer'in (2015) çalışmalarında eğitim durumları ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Akyüz, 2015; Dizer, İyigün ve Kılıç. 2008; Erdağı ve Özer, 2015). Çalışmamızdan farklı olarak literatürde eğitim düzeyi arttıkça kişinin beklentilerinin, taleplerinin ve iş yükünün artması nedeniyle tükenmişlik yaşadığı belirtilmektedir (Çelik ve Altındağ, 2017; Kaya, Kaya, Kuru, Menteş ve Ünver 2014; Basım ve Şeşen, 2006).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin aylık gelir gider durumu ile tükenmişlik arasındaki istatistiki analizler sonucunda duygusal tükenmişlik alt boyutu ile MTÖ toplam puanları anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Gelir gideri az olduğunu ifade eden hemşirelerin duygusal tükenmişlik alt boyutu ile MTÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin gelirin giderden az olduğunu ya da yetersiz olduğunu tespit eden çalışmalarda benzer şekilde duygusal tükenmişlik yüksek bulunmuştur (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Metin ve Özer, 2007; Akbolat ve Işık, 2008). Literatür ile benzerlik

gösteren bu sonucun gelirde olan azalmayla ilişkili bireylerde strese ve yaşam kalitesinde azalmanın tükenmişliği artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda mesleği isteyerek seçen hemşirelerin duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ puan ortalamalarının, ailesinin isteğiyle ve iş imkânı olduğu için seçenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kekeç ve Tan'ın yaptıkları çalışmada yoğun bakımda kendi istekleri ile çalışan hemşirelerin duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşma puan ortalamalarını daha düşük, kişisel başarı puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur (Kekeç ve Tan, 2021). Literatürdeki diğer çalışmalar ile çalışmamız benzer sonuçlar bulmuştur (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Akyüz, 2015; Şahin, Turan, Alparslan, Faikoğlu ve Görgülü, 2008; Kantek ve Kabukçuoğlu, 2017). Hemşirelerin istediği ünitede çalışmaları ve mesleği isteyerek seçmeleri iş isteklerini ve doyumlarını arttırdığı için tükenmişliği azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin ve mesleğini değiştirmeyi bazen düşünenlerin puan ortalaması duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan çalışmalarda farklı alt boyutlarla ilişki bulunmuştur. Cerit ve arkadaşları (2016), Kekeç ve Tan (2021) ve Şentürk (2014) yaptıkları çalışmalarda mesleğini değiştirmeyi düşünen hemşirelerin duygusal tükenme puanları diğer hemşirelere göre daha yüksek bulmuşlardır (Kekeç ve Tan, 2021; Cerit, Aykal, Güzel ve Kara, 2016; Şentürk, 2014). Metin ve Gök Özer'in yaptıkları çalışmalarda mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşadığı saptanmıştır (Metin ve Özer, 2007). Çalışmamız ve literatür ışığında mesleği değiştirmek isteyen hemşirelerin, mesleği istemeden ve sevmeden yapmak zorunda kalmaları hemşirelerin tükenmişlik yaşamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda meslekte çalışma yılı ile duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Yoğun bakımda çalışma yılı ile duygusal tükenmişlik ve MTÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda kısaca çalışma yılı arttıkça duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve toplam MTÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Arjantinli bir araştırmada, Galván ve arkadaşları (2012) çalışma yılının azlığını tükenmişlik için risk faktörü olarak tespit etmişlerdir (Galván ve diğerleri, 2012).

Uçar ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada 5 yıl üzerinde deneyimi olan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının azaldığı belirtmiştir. Bu durumu artan deneyim ile iş yükünü daha başarılı şekilde yönetebilmeleriyle açıklamıştır (Uçar, Aygin ve Uzun, 2016). Literatüre bakıldığında çalışmamızdan farklı olarak çalışma yılı artıkça kişisel başarının arttığı görülmektedir. Bu durum yılların getirdiği deneyim ve öz güven meslekte başarının artması ile ilişkilendirilmektedir (Demir, Ulusoy ve Ulusoy, 2003; Cerit, Aykal, Güzel ve Kara, 2016; Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006).

Çalışmaya katılan hemşirelerin yoğun bakımda çalışmayı öncelikli tercih etme durumları incelendiğinde, öncelikli tercihi olmayanların öncelikli tercihi olanların puan ortalamalarına göre duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksek, kişisel başarı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Çalışma sonuçları Kekeç ve Tan'ın (2021) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Kekeç ve Tan'ın çalışması sonucunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamaları daha düşük iken kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Kekeç ve Tan, 2021). Hemşirelerin kendi tercihi olmayan alanlarda çalıştırılmaları verimde azalmaya, çatışmalara, devamsızlığın artmasına ve hemşirelerin tükenmesine neden olacağı bilinmektedir (Yeşiltaş ve Gül, 2016).

Çalışmaya katılan hemşirelerin baktıkları hasta sayısına incelendiğinde, 3 hastaya bakanların puan ortalaması 2 hastaya bakanların duygusal tükenme puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. 4 hastaya bakanların puan ortalaması 2 hastaya bakanların duyarsızlaşma puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çin'de (2015) yapılan bir çalışmada hasta- hemşire oranının attığında iş tatminsizliği ve tükenmişlik artmaktadır. Bakılan hasta sayısı azaldıkça bakımın kalitesi ve iş tatminsizliğinin azaldığını bulmuşlardır (Lu, Ruan, Xing ve Hu, 2015). Shin ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analizde yüksek hasta hemşire oranlarının tükenmişlik, iş memnuniyetsizliği ile ilişkili bulmuşlardır (Shin, Park ve Hu, 2018). Resmi gazetede yayınlanan yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğde (21 Ağustos 2020 Cuma) erişkin yoğun bakımlarda birinci seviyede her 5 yatağa, ikinci seviyede her 3 yatağa ve üçüncü seviyeye ise her 2 yatağa bir hemşire bakması gerektiği belirtilmektedir (Resmi Gazete, 21 Ağustos 2020). Usul esaslar doğrultusunda yapılacak hasta-hemşire oranları tükenmişliğin azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin fazla hastaya bakmaları iş

yüklerinin artmasına bununla birlikte duygusal ve fiziksel olarak tükenmelerine yol açtığı bilinmektedir (Mete, Değer ve Pehlivan, 2020).

Çalışmamızda, çalışma sistemine göre tükenmişlik düzeyinde fark gösterip göstermediği incelemiştir. Katılımcıların çalışma sistemine göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Öztürk ve arkadaşlarının (2020), Dizer ve arkadaşlarının ve Akyüz'ün (2015) yaptıkları çalışmalarda çalışma şekli ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki tespit etmemiştir (Akyüz, 2015 ;Öztürk, Çelik ve Örs, 2020; İyigün ve Kılıç. 2008). Bu durumun sebebini araştırmaya katılan hemşirelerin esnek çalışma sistemine sahip olmaları ve çalışmaya katılan hemşirelerin genç olmaları sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Literatürde çalışmamızdan farklı sonuçlar mevcuttur. Shamali yaptıkları çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak sabit vardiya sisteminde çalışan hemşirelerin dönüşümlü olarak çalışanlara göre duygusal tükenmişlik boyutunda daha fazla tükendiklerini bulmuştur (Shamali, Shahriari, Babaii ve Abbasinia, 2015). Altay ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, vardiya usulü çalışan hemşirelerin DT puanını anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (Altay, Gönener ve Demirkıran, 2010). Erdağı ve Özer'in yaptıkları çalışmada sürekli gece çalışanların sürekli gündüz çalışanlara göre duygusal tükenmişlik ve kişisel başarısızlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu durumu uyku düzeninin bozulmasına ve sosyal yaşamın aksamasına bağlamıştır (Erdağı ve Özer, 2015).

Çalışmamızda, haftalık çalışma saati 40 saat ve üstü olanların puan ortalaması çalışma saati 40 saat ve altı olanların duygusal tükenmişlik puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Taycan ve arkadaşlarının 561 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada haftalık 40 saat çalışanların, 46-50 saat çalışanlara kıyasla duygusal tükenmişlik puan ortalaması daha düşük olarak bulunmuştur (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006). Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile doğru orantılı olarak duygusal yıpranmaları artmaktadır. Bu durum duygusal tükenmişliğe yol açtığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin, çalışan sayısının yeterli olmadığını düşünenlerin puan ortalaması çalışan sayısının yeterli olduğunu düşünenlere göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve MTÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek, kişisel başarı puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada hemşire sayısı yetersizliğinin tükenmişliği tetiklediğini ifade etmektedir.

Hemşire sayısında azlık, hemşirelerde iş yükünde artmaya ve fiziksel yorgunluğa neden olacağını ifade etmektedir (Demir, Ulusoy ve Ulusoy, 2003). Bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Akpınar ve Barlas'ın çalışması (2015) ve Uzun ve Mayda'nın çalışması (2020) çalışmamızla paralellik göstermektedir (Akpınar ve Barlas, 2015; Uzun ve Mayda, 2020).

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan hemşirelerin olmayanlara göre kişisel başarı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Karabulut Gül ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışma çalışmamızda çıkan sonucu desteklemektedir (Karabulut Gül ve arkadaşları, 2012). Literatüre bakıldığında farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Uzun ve Mayda (2020) ve Taycan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kronik hastalığa sahip olan hemşirelerin duygusal olarak tükendiklerini bulmuştur (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006; Uzun ve Mayda, 2020). Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003) sağlık sorunlarının varlığının duygusal ve duyarsızlaşmaya yol açacağını ifade etmektedir. Sağlık sorunları ile uğraşmak, yetersiz bakım ve tedavi almanın hemşirelerde tükenmişliği arttıracağını öne sürmüştür (Demir, Ulusoy ve Ulusoy, 2003). Sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin sağlık durumları kaliteli bakımın verilebilmesi ve tükenmişliğin önlenmesi için önemli olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, uyku problemi yaşayanların hemşirelerin duyarsızlaşma, duygusal tükenmeve MTÖ puan ortalaması uyku problemi yaşamayanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Şentürk'ün (2014) yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile uyku kalitesini incelediği çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin uyku kalitesinin kötü olduğunu ve tükenmişlik ile uyku kalitesi arasında ilişki olduğunu bulmuştur (Şentürk, 2014). Demir Zencirci ve Arslan (2011) yaptıkları çalışmada uyku kalitesi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde, kişisel başarı alt boyutunda ise negatif yönde ilişki bulmuşlardır (Demir Zencirci ve Arslan, 2011). Vidotti ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2018) tükenmişliği uykusundan memnun olmayan hemşirelerle ilişkili bulmuşlardır (Vidotti, Ribeiro, Galdino ve Martins, 2018).

Psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyanların ve psikiyatrik yardım alanların kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları ihtiyaç duymayanların ve psikiyatrik yardım almayanların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Uzun ve Mayda'nın (2020) yaptıkları çalışmada psikiyatrik yardım alma öyküsü olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları daha yüksek, kişisel başarı puanı daha düşük bulunmuştur (Uzun ve Mayda, 2020). Taycan ve arkadaşlarının çalışmasında, psikiyatrik rahatsızlığı olanlar ya da olduğunu düşünenlerde duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları yüksek bulunmuştur (Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın, 2006). Bu bulgular ışığında psikiyatrik rahatsızlığın varlığı tükenmişlikte etkili diyebiliriz.

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puan ortalamalarının incelenmesi sonucunda; medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, mesleği isteyerek seçme, mesleği değiştirmeyi düşünme, öncelikli tercih etme, bakılan hasta sayısı, çalışma saati, çalışan sayısını yeterli bulma durumu, alkol kullanma durumu, uyku ve psikiyatrik ihtiyaç duyma değişkenlerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$, Çizelge 4.5)

Çalışmamızda, bekâr olanların anomi puan ortalaması evli olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Aşiret ve Okatan'ın (2018), hipertansiyon hastaları ile ilaç uyumunu inceledikleri çalışmada bekar olan bireylerin spiritüel iyi oluş puan ortalamalarını daha yüksek olarak bulmuştur (Aşiret ve Okatan, 2019). Literatürde yapılan diğer çalışmalar çalışmamızın aksine evli olan bireylerde spiritüel iyi oluş puanını daha yüksek bulmuştur. Uğurluoğlu ve Erdem yaptıkları çalışmada (2019), travma geçiren evli bireylerde doğaya uyum ve aşkınlık alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarını daha yüksek tespit edilmiştir (Uğurluoğlu ve Erdem. 2019). Kim ve Yeom yoğun bakım hemşirelerinde yatıkları çalışmada evli olan bireylerde spiritüel iyi oluş puanını daha yüksek tespit etmişlerdir (Kim ve Yeom, 2018). Çalışmamız sonuçları aksini gösterse de evli olan insanlar ailelerinin destekleri ile hayatlarına daha olumlu bakmalarını sağladığı için spiritüel iyi oluşu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumunda, çocuk sahibi olanların anomi alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kutlu ve arkadaşları (2020) çocuk sahibi olanların anomi ve aşkınlık puanlarını daha yüksek bulmuştur (Kutlu, Ermin ve Aygin, 2020). Yapılan bu çalışma kısmen çalışmamız sonuçları ile örtüşmektedir. Bu durum çocuk sahibi olanların çocuk yetiştirmenin getirdiği deneyim ile hayatı anlamlandırma yeteneklerinin bir sonucu olarak düşünülmüştür.

Geliri giderinden az olanların anomi puan ortalaması geliri giderine denk olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Musa (2015) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, gelir durumu ile spiritüel iyi oluş ve varoluşsal refah arasında ilişki bulmuştur. Varoluşsal refah (yaşamı anlamlandırma) ile gelir düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (Musa, 2015). Görücü (2019) yaptığı çalışmada, geliri olmayan hasta yakınlarının spiritüel iyi oluşunu daha yüksek bulmuştur (Görücü, 2019).

Çalışmamız aksine, Han ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada klinik deneyimi az olan hemşireler ve iş değiştirme niyeti olan hemşirelerin spiritüel iyi oluşları daha düşük tespit etmiştir (Han, Sohn, Kwon, Choi ve Choi, 2014). Kaya (2019) yaptığı çalışmada, hemşire olmaktan memnun olanların spiritüel iyi oluşlulukları daha yüksek bulunmuştur (Kaya, 2019). Çalışmamız sonucunda, mesleğini değiştirmek isteyenlerin anomi puan ortalaması mesleğini değiştirmek istemeyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin genç olmasına ve mesleğini değiştirme niyeti olan hemşirelerin mesleklerinin onlara uygun olmadığını düşünerek hayatı sorguladıkları düşünülmüştür. Ayrıca anomi kavramı daha çok hoşnutsuzluk, yaşamın negatif yanı ve hayattan zevk almama gibi olumsuz kavramlarla örtüşmektedir. Bu bağlamda mesleği değiştirmeyi düşünenlerin anomi puanlarını hayatlarından genel anlamda memnun olmadıkları düşünülmüştür. Bu sonuçlara göre, mesleğini ailesinin isteğiyle seçenlerin aşkınlık puan ortalaması iş imkânı olduğu için seçenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Yapılan çalışmalarda aile desteğinin spritüel iyi oluşun etkili olduğu görülmektedir (Alorani ve Alradaydeh, 2018; Lim ve Yi, 2009).

Mesleğini iş olduğu için seçenlerin anomi puan ortalaması mesleğini isteyerek seçenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir Öncelikli tercihi

olmayanların anomi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçları destekleyen literatür bulunamamıştır. Anomi boyutu, hoşnutsuzluk ve hayattan zevk almama gibi olumsuz durumları ifade etmektedir. Mesleği iş imkanı olduğu için seçenlerin ve yoğun bakımda çalışmak öncelikli tercihi olmayan hemşirelerin hayatlarından ve seçimlerinden memnun olmamaları anomi boyutu puanlarını etkilediği düşünülmüştür.

Bu sonuçlara göre, 5 hasta ve üzerine bakanların puan ortalaması 2, 3 ve 4 hastaya bakanların doğaya uyum puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Bakılan hasta sayısı arttıkça doğaya uyum puanı azalmaktadır. Zahrah ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, maneviyatın iş yükü ve iş doyumu üzerinde etkili olmadığını buldular. Ama manevi eğitimler yardımıyla artan iş yükü ile baş etmede yardımcı olacağını ifade etmektedirler (Zahrah, Aziz ve Abdul Hamid, 2019). Çalışma sonucunda, artan hasta sayısı spiritüel iyi oluşu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışma saati 40 saat ve altı olanların puan ortalaması çalışma saati 40 saat ve üstü olanların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Çalışmamız aksine, Kaya (2019) yaptığı çalışmada, 48 saat ve altı çalışan hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarını daha yüksek bulmuştur (Kaya, 2019).

Çalışmamızda, çalışan sayısının yeterli olduğunu söyleyenlerin anomi puan ortalaması çalışan sayısının yeterli olmadığını söyleyenlerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Çalışmamız sonucu aksine, Kaya (2019) yaptığı çalışmada, hemşire olmaktan memnun olanların spiritüel iyi oluşlulukları daha yüksek bulunmuştur (Kaya, 2019). Murphy ve arkadaşlarının çalışmasında (2021), spiritüel iyi oluşun yoğun bakım gibi zorlu şartlarda çalışmaya devam etmede önemli bir destek kaynağıdır (Murphy, Chin, Westlake, Asselin ve Brisbois, 2021).

Alkol kullanmayanların anomi puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Alkol kullanmayanların aşkınlık, doğaya uyum ve toplam spiritüel iyi oluş puan ortalaması alkol kullananların puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). VonDras ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, alkol kullanan kız üniversite öğrencilerin dini ve varoluşsal ile ters orantılı olduğunu bulmuştur (VonDras, Schmitt ve Marx, 2007).

Çalışmamız sonuçları ile kısmen uyumludur. Spiritüelitenin ve dinin sağladığı güçlü iç kontrol mekanizması sayesinde spiritüel iyi oluş ile ters orantılı olduğu düşünülmüştür.

Uyku problemi olanların puan ortalaması uyku problemi olmayanların anomi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). HİV bulaşmış hastalarda yapılan bir çalışmada, uyku kalitesi ile varoluşsal refah arasında ilişki bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş, hem uyku kalitesi hem de zihinsel ve fiziksel sağlık durumu ile ilişkili önemli bir faktör olarak bulunmuştur (Phillips, Mock, Bopp, Dudgeon ve Hand, 2006). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada, uyku kalitesi ile spiritüel iyi oluş arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Eslami, Rabiei, Khayri, Rashidi Nooshabadi ve Masoudi, 2014). Literatür ve çalışmamız ışığında uyku ile spiritüel iyi oluş arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyanların puan ortalaması psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymayanların anomi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Lee ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada spiritüel iyi oluşlulukları ile ruhsal ağlıkları arasında ilişki tespit etmişlerdir (Lee, 2002).Kaplan'ın yaptığı çalışmada, psikolojik desteğe ihtiyacı olmayanların spiritüel iyi oluş puanlarını daha yüksek bulmuştur (Kaplan, 2020). Çalışmamız sonucunda, psikolojik yardıma ihtiyaç duyan bireylerin kendi ihtiyaç ve beklentilerini daha iyi anlamlandırdıkları düşünülmüştür.

5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Yoğun bakımın kendine has zorlu ortamında çalışan yoğun bakım hemşirelerinde yüksek düzeyde tükenmişlik görülmektedir.Yoğun bakım hemşirelerini tüekenmişlikten koyurucu bir faktör spiritüel iyi oluşluktur. Spiritüel olarak iyi olan hemşireler yoğun bakım ortamının getirdiği stres ile daha iyi baş edebilmekte ve hayatı daha iyi anlamlandırarak hastalarının ihtiyaçlarını daha iyi anlandırmaktadırlar (Durmuş ve Alkan, 2021; Kim ve Yeom, 2018). Oglesby ve arkadaşlarının (2021) antrenörler üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda yaşamından memnun olanların ve hayatında bir amaç duygusuna sahip olan bireylerin kişisel başarı puanları artmakta, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları azalmaktadır (Oglesby, Gallucci, Wynveen, Ylitalo ve Benson, 2021). Kim ve Yeom'un yoğun bakım

hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada spiritüel iyi oluş seviyeleri yüksek hemşirelerin daha düşük tükenmişlik seviyesine sahip olduğunu tespit etmiştir (Kim ve Yeom, 2018). Durmuş ve Alkan'ın (2021) ülkemizde yaptıkları çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyleri arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı ve iş yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (Durmuş ve Alkan, 2021). Hem çalışmamız sonucunda hem de literatürde yapılan çalışmalarda spiritüel iyi oluşun kişisel başarıyı etkilediği görülmektedir. Spiritüel iyi oluşun anomi alt boyutu ile tükenmişlik arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Anomi bireyin hayatındaki olumsuz yanları, hayattan zevk almama ve hoşnutsuzluk duygusunu ifade etmektedir. Tükenmişlik ise işe hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutum sergileme, yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularını içermektedir. Tükenmişlik yaşayan bireyler anomi kavramını içeren duygular yaşayabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyi ile spiritüel iyi oluşluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada yer alan yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğunu 22-28 (%59,4) yaş aralığında, %79,4'ü kadın, %56,8'i bekar, %92,9'u lisans mezunu, %56,8'inin gelir gidere denk olduğu, hem yoğun bakımda (%63,9) hem de meslekte (%69,7) 1 ile 5 yıl arası çalışmakta oldukları bulunmuştur.
2. Hemşirelerin mesleği yüzde 47,7'si iş imkanı olduğu için, yüzde 38.1 'inin isteyerek hemşirelik mesleğini seçtiği aynı zamanda %47,7'si mesleği bazen değiştirmeyi düşündüğü görülmektedir.
3. Hemşirelerin %80'i yoğun bakımda çalışmayı öncelikli olarak tercih etmiştir. 3. Hemşirelerin çalışma sistemlerine bakıldığında genel olarak iki (%31,6) ya da üç hasta (%36,8) baktıkları, vardiya sistemi (%78,7) ile çalıştıkları ve çalışma saatleri 40 saat ve altı (%79,4) olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin %62,6'sı çalışan sayısını yeterli bulmaktadır.
4. Hemşirelerin %62,6'sı çalışan sayısını yeterli bulmaktadır.
5. Hemşirelerin %68,4'ü sigara ve %81,3'ü alkol kullanmaktadır.
6. Hemşirelerin % 78,1'i uyku problemi yaşadıkları, %86,5'inin kronik hastalığı bulunduğu, %83,9'u psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymamaktadır.
7. Hemşirelerin MTÖ puan ortalamasının 46,56±10,07 şeklinde orta düzeyde olduğu saptanmıştır. MTÖ alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; duygusal tükenme 17,47±7,23, duyarsızlaşma 5,78±3,92 ve kişisel başarıdan 23,31±4,73 aldıkları gözlenmektedir. Hemşirelerin duygusal tükenme orta, kişisel başarı değerlerinin yüksek ve duyarsızlaşma değerlerinin ise düşük olduğu gözlenmektedir.
8. Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluş ortalama değerinin 109,21±14,04 şeklinde bulunmuştur. Spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında aşkınlık puan ortalaması

60,12±12,34, doğaya uyum puan ortalaması 31,01±3,58 ve anomi puan ortalaması 18,07±5,57 olduğu saptanmıştır.

9. "Duygusal Tükenmişlik" alt boyutunda; gelir durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, meslekteki çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, bakılan hasta sayısı, çalışma saati, çalışan sayısının yeterli olma durumu ve uyku problemi olma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmştır ($p<0,05$)

10. "Duyarsızlaşma" alt boyutunda; mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, meslekteki çalışma yılı, öncelikli tercih durumu, bakılan hasta sayısı, çalışan sayısının yeterli olma durumu ve uyku problemi olma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

11. "Kişisel Başarı" alt boyutunda; öncelikli tercih durumu, çalışan sayısının yeterli olma durumu, kronik hastalık bulunma durumu, psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve psikiyatrik yardım alma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

12. "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" toplamında; gelir durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, meslekteki çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma yılı, çalışan sayısının yeterli olma durumu ve uyku problemi olma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

13. "Aşkınlık" alt boyutunda; mesleği isteyerek seçme durumu ve alkol kullanma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

14. "Doğaya Uyum" alt boyutunda; bakılan hasta sayısı ve alkol kullanma durumu değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

15. "Anomi" alt boyutunda; medeni durum, çocuk durumu, gelir durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği değiştirmeyi düşünme durumu, öncelikli tercih durumu, çalışma saati, çalışan sayısının yeterli olma durumu, alkol kullanma durumu, uyku problemi olma durumu ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma değişkenlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık çıkmıştır ($p<0,05$).

16. “Anomi” alt boyutu ile “Maslach Tükenmişlik” ölçeğinin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=376, p<0,05). Hemşirelerin toplam tükenmişlik puan ortalaması arttıkça anomi puan ortalaması artmaktadır (p<0,05).
17. “Kişisel Başarı” alt boyutu ile “Spiritüel İyi Oluş” ölçeğinin toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (r=170, p<0,05). Hemşirelerin toplam spiritüel iyi oluş puan ortalaması arttıkça kişisel başarı puan ortalaması artmaktadır (p<0,05).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler ışığında şu önerilerde bulunulmuştur.

1. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tükenmişlik açısından risk faktörleri ve mücadele yöntemleri belirlenmeli etkin şekilde kullanılmalıdır.
2. Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel gereksinimleri belirlenmeli ve ona yönelik girişimler gerçekleştirilmelidir.
3. Yoğun bakımda çalışan hemşireler tükenmişlik açısından risk altındadır. Spiritüel iyi oluş, yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişliği önlemede koruyucu bir faktör olarak kullanılabilir. Hemşirelerin spiritüel iyi oluşluklarını yükseltecek eğitim ve destek programları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akalın, B., Modanlıoğlu, A. (2021). Covid-19 Sürecinde Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Duygu-Durum ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2).

2. Akbolat, M., Işık, O., (2008). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.

3. Akpınar, H , Barlas, G , (2015), Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Hemşirelerin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi , *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2 (3) , 12-17.

4. Akyüz, İ. (2015). Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi . İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi , 3 (1) , 21-34.

5. Alan, H., Altın Arslan, E., Altınışık, H. (2018). Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Spiritüel iyi oluş İle Empati Becerileri Arasındaki İlişki , *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13 (2), 37-44.

6. Alorani, O. I., Alradaydeh, M. T. F. (2018). Spiritual well-being, perceived social support, and life satisfaction among university students. International Journal of Adolescence and Youth, 23(3), 291-298.

7. Altay B., Gönener B., Demirkıran C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Spiritüel iyi oluş Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16.

8. Ardıç, K,, Polatcı, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 0 (32), 21-46

9. Ardıç, K., Polatcı, S. (2008). Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği), *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10 (2), 69-96.

10. Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 33, 77. https://doi.org/10.34171/mjiri.33.77

11. Aslan, Ş,. Özata, M. (2008). Duygusal Zeka ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 0(30), 77-97.

12. Aşiret, G. D., Okatan, C. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirütüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(23), 122-128.

13. Bakker, A, B., Le Blanc, P, M., Schaufeli, W, B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses, *Journal of advanced nursing*, 51(3), 276–287.

14. Basım, HN., Şeşen, H. (2006). Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi: Kamu' Da Bir Araştırma. *Ege Akademik İnceleme*, 6 (2), 15-23.

15. Camci, G., Kavuran, E. (2021). Hemşirelerin İş Stresi ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Meslek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 274-283.

16. Celano, T., Harris, S., Sawyer, A. T., Hamilton, T. (2022). Promoting Spiritual Well-Being Among Nurses. *Nurse Leader*, 20(2), 188-192.

17. Cerit, G. N., Aykal, G., Güzel, A., Kara, İ. (2016). Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Kliniği*, *1*(2), 25-30.

18. Cordes, Cynthia L., Dougherty, Thomas W. (1993). A Review and in Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*, Vol,18, No,4, 621-656.

19. Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of advanced nursing*, *37*(6), 589-597.

20. Çakır, Ö., Tanğ, Y. (2018). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu: Bir Meta Analiz Çalışması. *Is, Guc: The Journal of Industrial Relations & Human Resources*, 20(4).

21. Çam, M. O., Engin, E. (2017). Hemşirelerde Tükenmişlik. *Journal of International Social Research, 10*(51).

22. Çam, O. (1998). Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(11), 81-93,

23. Çelik Güzel, H., Altındağ, Ö. (2017). Hastane Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun Bel Ağrısı, Boyun Ağrısı, Ruhsal Durum Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 36-45.

24. Çetin, F., Basım, H. N. (2011). Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3), 79-94.

25. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1),47-50.

26. Çınar, F., Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3*(1), 37-42.

27. De Diego-Cordero, R., Iglesias-Romo, M., Badanta, B., Lucchetti, G., Vega-Escaño, J. (2021). Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. Explore, 1-9

28. Demir Zencirci, A., Arslan, S. (2011). Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croatian medical journal*, 52(4), 527-537.

29. Demir, A. (2004). Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 71–80.

30. Demir, A., Ulusoy, M., Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International journal of nursing studies*, 40(8), 807-827.

31. Dizer, B., İyigün, E., Kılıç, S. (2008). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12 (1), 1-11.

32. Doğu Kökcü, Ö., Terzi., B. (2018). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin İş İndeksi-Çalışma Ortamı ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(2) 66-72.

33. Dolgun, U., (2012). *Tükenmişlik sendromu, Örgütsel Davranışta Güncel Konular.* Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 287-310.

34. Durmuş, M., Alkan, H. (2021). Investigation of the Relationship Between Quality of Work Life, Burnout and Spiritual Well-being in Intensive Care Nurses. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 264-272. DOI: 10.37989/gumussagbil.889760

35. Ekşi, H., Kardaş, S. (2017). Spiritual Well-Being: Scale Development and Validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, *2*(1), 73-88.

36. Ellison, C. W. (1983), Spiritual well-being: Conceptualization and measurement,. *Journal of psychology and theology*, 11(4), 330-338.

37. Emmons, R. A. (2003). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. Guilford Press, 5-15

38. Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, *23*(4), 25-31.

39. Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının, Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106.

40. Ergin C., (1993). Doktor ve hemşirelerde spiritüel iyi oluş ve Maslach Spiritüel iyi oluş Ölçeğinin uyarlanması, İçinde: Bayraktar R, Dağ D, *VII, Ulusal Psikoloji Kongresi Çalışmaları, 22-25 Eylül 1992, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını*, 143-154.

41. Ergün, Y. A., Demir, H., & Sağnak, N. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 102-113.

42. Eslami, A. A., Rabiei, L., Khayri, F., Rashidi Nooshabadi, M. R., Masoudi, R. (2014). Sleep quality and spiritual well-being in hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(7).

43. Fortunatti, C. P., Palmeiro-Silva, Y. K., (2017). Effort–reward imbalance and burnout among ICU nursing staff: A cross-sectional study. *Nursing Research*, 66(5), 410-416.

44. Freudenberger, H, J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social*, 30, 159-165.

45. Galea, M. (2014). Assessing the incremental validity of spirituality in predicting nurses' burnout. *Archive for the Psychology of Religion*, 36(1), 118-136.

46. Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., Sarli, M. (2012). Physician's burnout in pediatric intensive care units from Argentina. *Archivos argentinos de pediatría*, 110(6), 466-473.

47. Gómez-Urquiza, J, L,, Vargas, C,, De la Fuente, E, I,, Fernández-Castillo, R,, Cañadas-De la Fuente, G, A, (2017), Age as a Risk Factor for Burnout Syndrome in Nursing Professionals: A Meta-Analytic Study, Research in nursing & health, 40(2), 99–110.

48. Gök Metin, Z. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Stresin Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yaklaşımlar: Sistematik Bir Derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(2) , 87-101.

49. Görücü, S. (2019). Yoğun Bakımda Hastası Olan Bireylerin Ölüm Anksiyetesi ve Spritüel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi, (TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970133)

50. Han, M. Y., Sohn, S. K., Kwon, S.-H., Choi, J. H., Choi, K. H. (2014). The Relationships among Self-Efficacy, Spiritual Well-Being, and Job Stress in Clinical Nurses. *Journal of East-West Nursing Research*, 20(1), 21–28.

51. Hardiman, P., Simmonds, J. G. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(10), 1044-1055.

52. Howell B., (2021), Battling Burnout at the Frontlines of Health Care Amid COVID-19, *AACN advanced critical care*, 32(2), 195–203,

53. Hu, Y., Jiao, M., Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care*, 18(1), 1-8.

54. İnternet: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. URL: https://icd,who,int/browse11/l-m/en#/http://id,who,int/icd/entity/129180281?view=G0, Son Erişim Tarihi: 16.15.2021.

55. Işıkhan, V. (2016). Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu, Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, (Editörler:Gülhan, M., ve Yılmaz, Ü.), 366-391

56. Izgar, H. (2014). Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Eğitim Kitapevi Yayınları, Konya, 129-138.

57. Kaçmaz, N , (2011), Tükenmişlik (Burnout) Sendromu , *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* , 68 (1) , 29-32 ,

58. Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *29*(3), 284.

59. Kantek, F., Kabukçuoğlu, K. (2017). Hemşirelerde Tükenmişlik ile İlgili Faktörlerin Meta Analizi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1242-1254

60. Karabulut Gül, Ş., Gül, H. L., Oruç, A. F., Gedik, D., Mayadağlı, A., Aksu, A., Bıçak, B. (2012). Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *The Journal Of Kartal Traınıng and Research Hospıtal*, 23(1), 11-17.

61. Karaca Sivrikaya S, Erişen M. (2019). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 121-129.

62. Kaya, N., Kaya, H., Ayık, SE., Uygur, E. (2010). Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişliği. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401–419.

63. Kaya, R. (2019). Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Spiritüel İyi Oluşlarının Belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (Tez No: 618081).

64. Kekeç, D., Tan, M., Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*(1), 64-72.

65. Khamisa, N., Peltzer, K., Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review, *International journal of environmental research and public health*, 10(6), 2214-2240,

66. Kılıç, T., Aytemiz Seymen, O. (2011). Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin analizi ve Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 47-67.

67. Kıraner, E., Terzi, B. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, *Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği*, 83-88.

68. Kim, H. S., Yeom, H. A. (2018). The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 92-97.

69. Kim, K., Yong, J. (2013). Spirituality, Death Anxiety and Burnout Levels among Nurses Working in a Cancer Hospital. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(4), 264–273.

70. Kutlu, Ö., Ermin, C., Aygin, D. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluşları İle Manevi Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(3), 130-142.

71. Lee, H., Song, R,, Cho, Y, S., Lee, G, Z., Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of advanced nursing*, *44*(5), 534–545.

72. Lee, R. T., Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of organizational behavior*, *14*(1), 3-20.

73. Lim, J. W., Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *In Oncology Nursing Forum*, 36(6), 699-708.

74. Lu, M., Ruan, H., Xing, W., Hu, Y. (2015). Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. *Journal of nursing management*, 23(4), 440-447.

75. Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

76. Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*, Scarecrow Education, 191–218.

77. Maslach, C., Schaufeli, W, B., Leiter, M, P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397–422.

78. Mathad, M, D,, Rajesh, S, K,, Pradhan, B. (2019) Spiritual Well-Being and Its Relationship with Mindfulness, Self-Compassion and Satisfaction with Life in Baccalaureate Nursing Students: A Correlation Study. *Journal of religion and health*, 58(2), 554–565.

79. Mete B., Değer, M., Pehlivan, E. (2020). Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromuna Çalışma Yaşam Kalitesinin Etkisi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(2), 94-101.

80. Metin, Ö., Gök, F. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 58-66.

81. Molero Jurado, M,, Pérez-Fuentes, M,, Gázquez Linares, J,, Simón Márquez, M,, Martos Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides, *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1116.

82. Murphy, J. M., Chin, E. D., Westlake, C. A., Asselin, M., Brisbois, M. D. (2021). Pediatric Hematology/Oncology Nurse Spirituality, Stress, Coping, Spiritual Well-being, and Intent to Leave: A Mixed-method Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(6), 349-363.

83. Musa, A. S. (2017). Spiritual Care Intervention and Spiritual Well-Being. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Associatio*n, 35(1), 53–61.

84. Oglesby, L. W., Gallucci, A. R., Wynveen, C., Ylitalo, K., & Benson, N. (2021). The Relationship Between Spiritual Well-Being and Burnout in Collegiate Athletic Trainers. *Journal of athletic training*, 56(5), 518–528.

85. Oğuzberk, M., Aydın, A. (2008). Burnout in mental health professionals. *Journal of Clinical Psychiatry*, *11*(4), 167-179.

86. Opatz, J. P. (1986). Stevens Point: A Longstanding Program for Students at a Midwestern University. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 60–67.

87. Ören, B., Dağcı, S. (2021). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24 (3), 170-183.

88. Özaltın, G., Nehir, S. (2007). Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri Ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 60-68.

89. Öztürk, Z. , Çelik, G., Örs, E. (2020). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2) , 328-349.

90. Patneaude, A, B, (2006), Spiritual wellness among undergraduate college students (Order No, 3226149), *(Doctoral dissertation Colorado State University)*,

91. Pearlman, B., ve Hartman, E, A. (1980). An Integration of Burnout into a Stress Model. ERIC, *Document Reproduction Service*.

92. Phillips, K. D., Mock, K. S., Bopp, C. M., Dudgeon, W. A., Hand, G. A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 125-139.

93. Pines, A, M., Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 40(2), 50-64.

94. Poncet, M, C,, Toullic, P,, Papazian, L,, Kentish-Barnes, N,, Timsit, J, F,, Pochard, F,, Chevret, S,, Schlemmer, B,, Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 698–704.

95. Profit, J,, Sharek, P, J,, Amspoker, A, B,, Kowalkowski, M, A,, Nisbet, C, C,, Thomas, E, J,, Chadwick, W, A,, Sexton, J. B. (2014). Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ quality & safety*, 23(10), 806–813.

96. Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International nursing review*, *61*(2), 211-219.

97. Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L. (2021). Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11432.

98. Robert, T, (2003), The relationship between spiritual well-being and job satisfaction among adult workers, (Doctoral dissertation, Missisipi State University, Mississipi),16

99. Roberts, R. K., Grubb, P. L. (2014). The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. Rehabilitation nursing : *the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(2), 62–69.

100. Salvagioni, D., Melanda, F, N., Mesas, A, E., González, A, D., Gabani, F, L., Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies, *PloS one*, 12(10).

101. Shamali, M., Shahriari, M., Babaii, A., Abbasinia, M. (2015). Comparative Study of Job Burnout Among Critical Care Nurses With Fixed and Rotating Shift Schedules. *Nursing and midwifery studies, 4*(3).

102. Shin, S., Park, J. H., Bae, S. H. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nursing outlook*, 66(3), 273-282.

103. Soleimani, M. A., Sharif, S. P., Yaghoobzadeh, A., Sheikhi, M. R., Panarello, B., & Win, M. T. M. (2019). Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nursing Ethics*, 26(4), 1101–1113.

104. Sung, M. H. (2009). Effects of spiritual well-being on spiritual nursing intervention *Asian Oncology Nursing*, 9(1), 15-22.

105. Sülü Uğurlu, E., Başbakkal, Z. (2013). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spritüal Bakım) Gereksinimleri. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care/Türk Yogun Bakim Dernegi Dergisi*, 11(1).

106. Sürgevil, O. (2006). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Nobel Yayın.

107. Şahin, D., Turan, F. N., Alparslan, N., Şahin, İ., Faikoğlu, R., Görgülü, A. (2008). Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arşivi*, 45(4), 116-121.

108. Şentürk, S. (2014). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(3), 48-56.

109. Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.

110. Telli, E., Ünsar, A, S., Oğuzhan, A. (2012). Liderlik Davranış Tarzlarının Çalışanların Örgütsel Tükenmişlik ve İşten Ayrılma Eğilimleri Üzerine Etkisi: Konuyla İlgili Bir Uygulama. *EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2 (2), 135-150.

111. Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

112. Tunçel, Y, İ., Kaya, M., Kuru, R, N., Menteş, S., Ünver, S. (2014. Onkoloji Hastanesi Yogun Bakim Ünitesinde Hemsirelerin Tükenmislik Sendromu/Nurses' Burnout in Oncology Hospital Critical Care Unit. *Türk Yogun Bakim Dergisi*, 12(2), 57.

113. Türk Dil Kurumu Sözlükleri: https://sozluk,gov,tr/, Son Erişim Tarihi: 08.04.2021.

114. Uçar N., Aygin, D., Uzun, E. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumunun Değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 18-37.

115. Uğurluoğlu, D., Erdem, R. (2019). Travma Geçiren Bireylerin Spiritüel İyi Oluşlarının Travma Sonrası Büyümeleri Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(3), 833-858.

116. Uzun, L. N., Mayda, A. S. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Medical Journal*, 12(1), 137-143.

117. Üstün, B. (2001). Hemşirelik Ve Tükenmişlik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(3), 87-96.

118. Üzen, Ş., Doğu, Ö., Karabacak, Ü. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 19(1), 15-20.

119. Van Mol, M, M., Kompanje, E, J,, Benoit, D, D,, Bakker, J,, Nijkamp, M., D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PloS one*, 10(8).

120. Verdon, M., Merlani, P., Perneger, T., Ricou, B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive care medicine*, 34(1), 152-156.

121. Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M., Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3022.

122. VonDras, D. D., Schmitt, R. R., Marx, D. (2007). Associations between aspects of spiritual well-being, alcohol use, and related social-cognitions in female college students. *Journal of Religion and Health*, 46(4), 500-515.

123. İnternet: Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 21 Ağustos 2020 Cuma, Resmi Gazete. URL: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm, Son Erişim Tarihi:07.05.2022.

124. Yeşiltaş, A., Gül, İ. (2016). Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler Ve Tercih Nedenleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 74-87.

125. Yılmaz, E., Arslan, S. (2017). Dâhili Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Duygusal Emek Davranışı ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(4), 289-298.

126. Yi, M, S., Luckhaupt, S, E., Mrus, J, M., Mueller, C, V., Peterman, A, H., Puchalski, C, M., Tsevat, J. (2006). Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association,* 6(2), 84–90.

127. Yüksel Kaçan, C., Örsal, Ö. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişliği Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(1), 25-36.

128. Zahrah, N., Aziz, A., Abdul Hamid, S. N. (2019). Workload and work engagement among nurses in public hospitals: Moderating role of religious spirituality. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies*, 7(6), 1-10.

129. Zhang, X. C., Huang, D. S., Guan, P. (2014). Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(6), 1-7.

EKLER

EK-1. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu**'ndan .....tarih / .....sayı ile izin alınan* ve Doç. Dr. Ülkü POLAT tarafından yürütülen **"Yoğun Bakım Hemşirelerinde Spiritüel İyi Oluş Ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izini alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Yoğun bakım üniteleri iş yükü, iş baskısı ve gerilimin yüksek olduğu kliniklerdir, servislerde çalışan hemşireler sıklıkla yaşam sonu dönemde olan hastalara, ağır hastalığı olan bireye ve ailesine bakım sağlamak zorundadırlar. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ölümle sıkça karşılaşmaktadırlar. Yoğun bakımın bu zorlu koşullarına bağlı olarak yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik oldukça yaygın olarak görülmektedir. Hemşirelerde artan tükenmişlik hem hemşirelerin kendi sağlığını hem de bakımın kalitesini ve iş performansını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu yüzden yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik seviyelerini azaltmaya yönelik kurumsal ve kişisel koruyucu önlemler alınmalıdır. Tükenmişlik kişisel özelliklere ve çevresel strese dayanan öznel bir duygu olduğundan, yoğun bakım hemşireleri psikolojik durumlarının ve işyerinde tükenmişliği önlemeye ihtiyaçları olduğunun fakında olmalıdır. Tükenmişliğin en önemli potansiyel kişisel koruyucu faktörlerden biri spiritüel iyi oluşluktur. Sayın katılımcı, bu çalışma ile yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde spiritüel iyi oluşluluk ve tükenmişlik durumları hakkında bilinçlenmesi konusunda farkındalık yatarak alınacak önlemler ve girişimlerin belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmüştür. Böylece hemşirelerin hizmet verdiği bireyeler yönelik bakımın kalitesi ve hasta sağlık sonuçları üzerinde de olumlu bir etki sağlana bilinir. Ayrıca bu konuda literatür yetersizliği göz önüne alındığında yeni yapılacak çalışmalara yol gösterici olabileceği ve sağlık profesyonellerine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmüştür.
Araştırmanın Yöntemi	Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinde spritüal iyi oluş ve tükenmişliğin arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yoğun bakım ünitelerinde görev yapan, çalışmaya gönüllü olan yoğun bakım hemşirelerine uygulanacaktır. Araştırmanın

EK-1. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

	yapılmadan önce uygulanabilmesi için çalışmanın yapıldığı kurumdan ve çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinden yazılı onam alınacaktır. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine anket dağıtılarak onların tükenmişlik düzeyleri ile spiritüel iyi oluşluk düzeyleri ve arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılacaktır. Araştırmaya katılan katılımcıların anket sorularını dikkatli okuyup eksiksiz yanıtlamaları ve en kısa sürede teslim etmeleri beklenmektedir. Araştırmada veriler Yoğun bakım çalışanı hemşirelerden Hemşire Tanıtım formu, Spritüal İyi Oluş Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanacaktır. Araştırmanın uygulanması aşamasında katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınacaktır Veri toplama araçları - Hemşire Tanıtım formu: Kişinin bireysel (genel) bilgilerini içermektedir. - Spiritüel İyi Oluş Ölçeği: Bireylerin spiritüel iyi oluşlarını değerlendirmektedir. - MASLACH Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Kişilerin tükenmişlik düzeyini değerlendirmektedir. Veri toplama formları Covid salgını nedeniyle yüz yüze görüşme yapılamayacağı için bölümlerde çalışan sorumlu hemşirelerden yardım alınarak elden verilip belli bir tarihte toplu olarak alınacaktır. Araştırmayı kabul etmeme durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarıldığında herhangi bir aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun geliştiğinde 05319644020 nolu telefondan Hemşire Elif Aktaş'a başvurabilirsiniz. Araştırmada kişilerin kimlik bilgileri gizli kalacak, kilitli bir dolapta saklanacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Toplanan veriler daha sonrasında bir istatistik programında değerlendirilecektir.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01.02.2021-01.07.2021
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	500 kişi arasından katılmayı kabul eden hemşireler çalışmaya dahil edilecektir.
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Ankara Şehir Hastanesi Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi

EK-1. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM 2

Rev-3
19.12.2017

Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐	Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda guvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-2. Veri Toplama Formu

Değerli katılımcı,

Aşağıda "YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ'' ile ilgili sorular yer almaktadır. Tüm soruların cevaplanması araştırmanın güvenliği ve geçerliliği açısından önem taşımaktadır. Ankete vermiş olduğunuz cevapların tamamı araştırma dışında kullanılmayacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Elde edilen verilerin gizliliği araştırmacılar tarafından sağlanacaktır. Çalışmanın güvenilirliği açısından her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve kendiniz için uygun olan cevabı veriniz.

Gösterdiğiniz ilgi ve bilime yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

EK-1 HEMŞİRE TANITIM FORMU

Aşağıdaki soruları size en uygun seçenekleri işaretleyerek ya da açıklamalar yazarak yanıtlayınız.

1. Yaşınız ?

   ……..

2. Cinsiyetiniz?

   1.( ) Erkek 2.( ) Kadın.

3. Medeni Durumunuz?

   1.( ) Evli 2.( ) Bekar 3.( ) boşanmış 4. ( )Eşi vefat etmiş

4. Çocuğunuz Var mı?

   1.( ) Evet (Kaç……..) 2.( ) Hayır.

5. Aile tipiniz nedir?

   1.( ) Çekirdek 2.( ) Parçalanmış

6. Öğrenim Durumunuz?

   1.( ) Lise 2.( ) Ön Lisans 3.( ) Lisans 4.( ) Yüksek Lisans 5.( ) Doktora

7. Çalıştığınız yoğun bakım servisi?

   ……

EK-2. (devam) Veri Toplama Formu

8. Gelir durumunuz?

   1.( ) Gelir-giderden az 2.( ) Gelir-gider ile denk 3.( ) Gelir-giderden fazla

9. Bu mesleği isteyerek mi seçtiniz?

   1.( )Ailemin isteğiyle 2.( )iş imkanı olduğu için 3.( )Çevrenin etkisiyle

   4.( ) isteyerek seçtim

10. Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?

    1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3. ( ) Bazen

11. Meslekte Çalışma Süreniz?

    ……

12. Yoğun bakımda çalışma süreniz?

    ……

13. Yoğun bakımda çalışmak öncelikli tercihiniz mi?

    1.( ) Evet 2.( ) Hayır

14. Sorumlu olduğunuz hasta sayısı?

    1.( ) 2 hasta 2.( ) 3 hasta 3.( ) 4 hasta 4.( ) ≥5 hasta

15. Çalışma sisteminiz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

    1.( ) Gündüz 2.( ) Gece 3.( ) Vardiya “ Gece-gündüz karışık”.

16. Haftalık çalışma süreniz?

    ……..

17. Çalıştığınız bölümdeki çalışan sayısı sizce yeterli mi?

    1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

18. Sigara kullanıyor musunuz?

    1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

EK-2. (devam) Veri Toplama Formu

19. Alkol kullanıyor musunuz?

1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

20. Uyku problemi yaşıyor musunuz?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

21. Herhangi bir tanılı kronik hastalığınız var mı?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

22. Daha önce hiç psikiyatrik yardıma ihtiyaç duydunuz mu?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

23. Daha önce hiç psikiyatrik yardım aldınız mı?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

EK-3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

EK-2 SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları:

Bana Hiç Uygun Değil

Bana Uygun Değil

Bana Biraz Uygun

Bana Oldukça Uygun

Bana Tamamen Uygun

Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.

	Bana hiç uygun değil(1)	Bana uygun değil(2)	Bana biraz uygun(3)	Bana oldukça uygun(4)	Bana tamamen uygun(5)
1. İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.					
2. Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.					
3. Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.					
4. Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.					
5. Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.					
6. Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.					
7. Hayatımda büyük bir boşluk var.					
8. Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.					
9. Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.					
10. Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.					
11. Hayattan zevk almam					
12. Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.					
13. Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.					

EK-3. (devam) Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

14. Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.					
15. Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.					
16. Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.					
17. İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.					
18. Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.					
19. Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.					
20. Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).					
21. İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.					
22. Doğayla uyum içinde yaşarım.					
23. Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.					
24. İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.					
25. Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.					
26. Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.					
27. Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.					
28. Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.					
29. Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.					

EK-4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan bir seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman (0)	Yılda birkaç kez (1)	Ayda birkaç kez (2)	Haftada birkaç kez (3)	Her gün (4)
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."					
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."					
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."					
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."					
5."Bazı hastalarıma onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum."					
6."Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."					
7."Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."					
8."İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9."İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."					
10."Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."					
11."Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."					
12."Kendimi çok enerjik hissediyorum."					
13."İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14."İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."					
15."Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."					
16."Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."					

EK-4. (devam) Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

17.“Hastalarıma rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”					
18.“Hastalarımla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”					
19.“Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”					
20.“Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”					
21.“İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”					
22.“Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”					

EK-5. Etik Komisyon Onayı

EK-5. (devam) Etik Komisyon Onayı

EK-6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı

EK-7. Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

EK-7. (devam) Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

EK-8. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-8. (devam) Ölçek Kullanım İzinleri

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : AKTAŞ, Elif

Uyruğu : T.C.

Doğum tarihi ve yeri :

Medeni hali :

Telefon :

e-mail :

Eğitim

Derece	**Eğitim Birimi**	**Mezuniyet Tarihi**
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi	
	Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi	
	Hemşirelik Anabilim Dalı	2018
Lise	Açıköğretim Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	**Yer**	**Görev**
2019- Devam ediyor	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

17. Uludağ İç Hastalıkları Kış, 6. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Ve 11. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Kongreleri Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Poster Bildirisi
17. Uludağ İç Hastalıkları Kış, 6. Bursa Aile Hekimliği Derneği Ulusal Ve 11. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Kongreleri Covid 19 Pandemi Sürecinin Hemşireler Üzerindeki Psikolojik Etkileri Poster Bildirisi

Hobiler

Yap Boz Yapma, Ahşap Boyama, Kitap Okuma, Kanaviçe,



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR…