

Sevta EZER¹
Orcid: 0000-0001-5347-7230

Besti ÜSTÜN²
Orcid: 0000-0003-0270-6712

¹İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu

²İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Sevta Ezer
sevta.ezer@okan.edu.tr

Anahtar Sözcükler:

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları;
profesyonel yaşam kalitesi;
tükenmişlik; merhamet yorgunluğu;
sağlık çalışanları.

Keywords:

Healthy life style behaviors;
professional life quality; burnout;
compassion fatigue; health care
professionals.

Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi

Investigation of Professional Quality of Life and Healthy Life Style Behaviors in Health Care Professionals

Gönderilme Tarihi: 2 Ekim 2021

Kabul Tarihi: 7 Mart 2022

ÖZ

Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve profesyonel yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma 274 hekim ve hemşire ile yürütülmüştür. Meslekte 6 ay ve daha uzun çalışma süresi olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, meslek, eğitim durumu ve kurum özellikleri)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)” ve “Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ)” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ANOVA testi, Pearson korelasyon analizi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Bulgular: Fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, sağlık sorumluluğu puanlarının hemşirelerde hekimlere oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kendini gerçekleştirme puanları altı ay ve beş yıl çalışma süresi olan sağlık çalışanlarında en düşük iken, yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları cerrahi branşlara, beslenme puanları dâhili branşlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti düzeyleri beş yıl ve altında çalışma süresi olanlarda en düşük, ayda dört ve altında nöbet tutarlarda en yüksek, hemşirelerde hekimlere göre ve erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Merhamet yorgunluğu düzeyleri de beş yıl ve altında çalışan grupta en yüksek iken, ayda dört nöbet ve altında tutarlarda en düşük olarak saptanmıştır. Tükenmişlik düzeylerinin otuz yaş ve altı grupta, bekârlarda ve beş yıl ve altında çalışan grupta en yüksek, ayda dört ve altında nöbet tutarlarda ve kırk yaş üstü grupta en düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeyleri arttıkça, merhamet memnuniyeti düzeyleri artmış; tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeyleri azalmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma konusunda teşvik edilmesi, kurum içinde gerekli olanakların sağlanması ve stresle baş etmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi önerilir.

ABSTRACT

Objectives: This study was performed to investigate the healthy life style behaviors and the professional quality of life of health care professionals.

Methods: This descriptive study was performed with 274 medical doctors and nurses. Professionals with an employment time of 6 months or more were included in the study. Data were collected through “Self-description form (age, gender, marital status, employment time, profession, educational status, properties of the institution)”, “Healthy Lifestyle Behaviors Scale” and “Professional Quality of Life Scale (ProQOL)”. ANOVA test, Pearson correlation test and Tukey test were used for the analyses of the data.

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

Conclusion: As health responsibility, nutrition, physical activity and stress management levels of health workers increased, their compassion satisfaction levels increased; levels of burnout and compassion fatigue have decreased. It is recommended to encourage health workers to have a healthy diet and exercise, to provide necessary facilities within the institution, and to organize training programs for coping with stress.

Kaynak Gösterimi: Ezer, S., Üstün, B. (2022). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi EGEHFD, 38(1), 29-42. Doi:10.53490/egehemsire.1003831

How to cite: Ezer, S., Üstün, B. (2022). Investigation of professional quality of life and healthy life style behaviors in health care professionals. JEUNF, 38(1), 29-42. Doi:10.53490/egehemsire.1003831

GİRİŞ

Sağlık çalışanları ruhsal ya da fiziksel travmatik yaşantıları olan, ağrı ve acı çeken hasta bireylerin tedavi ve bakım süreçlerini yönetmektedirler. Bu karmaşık ve insan etkileşimli süreçte, şefkatli, yeterli, etik ve hassas bakım vermeleri beklenmektedir. Ancak azalan kaynakların ve artan sorumlulukların yer aldığı ve çoğunlukla stresli olarak tanımlanan ortamlar çalışanları zorlamakta, çaresizlik, yetersizlik, öfke ve tükenmişlik yaşamalarına neden olarak profesyonel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Lombardo ve Eyre, 2011; Pehlivan ve Güner, 2018; Rego ve diğerleri, 2010).

Profesyonel yaşam kalitesi (PYK), çalışma yaşantısına dair memnuniyeti ve algıyı içeren bir kavramdır. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik boyutları vardır (Stamm, 2009). İlk kez hemşire Joinson tarafından acı çeken ve sıkıntı içinde olan bireylere yardım edenlerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik yük olarak tanımlanan merhamet yorgunluğu Figley tarafından bakım verme maliyeti olarak görülmüş, zamanla tüm hizmet sektörlerinin ilgilendiği bir konu haline gelmiştir (Charlescraft ve diğerleri, 2010; Figley, 2002; Figley, 1995; Joinson, 1992).

Araştırmalar, merhamet yorgunluğunun, objektif olamama, uygun olmayan kararlar alma, sabır gösterememe, duygulardan uzaklaşarak mekanik davranma, hastalık nedeni ile raporlu geçen gün sayısında artış, belirli hasta grubu ile çalışmaktan kaçınma, işten ayrılma niyeti ve oranının artması gibi sonuçlara yol açtığını göstermektedir (Alan, 2020; Hooper ve diğerleri, 2010; Lombardo ve Eyre, 2011). Sağlık profesyonellerinde merhamet yorgunluğu belirtileri görülme oranının %25- %50 arasında olduğu bildirilmektedir (Polat ve Erdem, 2017).

Yetmişli yıllarda ortaya çıkan tükenmişlik ruhsal ve fiziksel enerjinin tükenmesi olarak tanımlanmaktadır. Baş edilebilen düzeydeki stres iş yaşamının ve günlük yaşamın motive edici bir parçası olarak kabul edilirken, uzun süreli ve baş edilemeyen iş stresine maruz kalmak tükenmişliğe neden olmaktadır (Kılıç ve diğerleri, 2020).

Tükenmişlik son yıllarda küresel ölçekte artan ve profesyonel yardım mesleklerinde yaşanan bir sorun haline gelmiş, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında (ICD-11, 2019) mesleki bir fenomen olarak tanımlanmıştır (Kılıç ve diğerleri, 2020; Rossi ve diğerleri, 2012). İki binden fazla sağlık kuruluşunun katıldığı araştırmaya göre hemşirelerin %15,6'sının tükenmiş oldukları ve acil servis hemşirelerinde bu riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Laskowski-Jones, 2019). Tanımlanan bu riskler; iş yükü fazlalığı, personel sayısı azlığı, uzun vardiyalar, özerklik düzeyinin az olması, zaman baskısı, yüksek iş temposu ve psikolojik talepler, görev çeşitliliği, rol belirsizliği, rol çatışması, ücret azlığı, olumsuz hemşire-hekim ilişkisi, politik kararlara katılımın azlığı, yöneticilerin otantik liderlik becerilerinin sınırlılığı, sosyal destek azlığı, güvenlik riskleri, bilgi ve deneyim eksikliği, duyguların ifade edilme sorunu, hayır diyememe, reaktif olma, empati yapamama, atılgan davranmama, psikolojik sağlamlık düzeyinin az olması gibi hem bireysel hem de mesleki ve sisteme yönelik özellikler olarak belirlenmiştir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020; Laskowski-Jones, 2019).

Tükenmişlik yaşayan kişilerde fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları, kendine güven problemleri, işe karşı ilgisizlik, düşük performans ve hizmet kalitesinde azalma gibi belirtiler görülmektedir (Özgür ve Gümüş, 2011). Dall' Ora ve diğerlerinin (2020) yaptığı derleme çalışmasında, 17 çalışmadan elde edilen kanıtlar tükenmişliğin bakım kalitesi, hasta güvenliği, ilaç hatası, yan etkiler, enfeksiyonlar, hasta düşmeleri, hasta memnuniyetsizliği ve aile şikâyetleri üzerinde olumsuz etkisine işaret etmektedir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020).

Çalışma sonuçları, sağlık çalışanlarının acı çeken hasta karşısında çaresiz kaldığı durumlarda merhamet yorgunluğunu deneyimlediği yönündedir (Konal ve Ardahan, 2018; Yoder, 2010).

Merhamet memnuniyeti sağlık hizmetlerinde çalışmanın olumlu yönüdür ve yardıma ihtiyaç duyan bireylere faydalı olabilmekten kaynaklanan ve pozitif bir duygu olan doyumunu ifade etmektedir (Hooper ve diğerleri, 2010). Literatür incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla profesyonel yaşam kalitesinin olumsuz yönlerine odaklandığı ve yeni yaşam değerleri yaratarak, işini iyi yapabilmekten alınan hazzı ifade eden merhamet memnuniyeti boyutunun daha az çalışıldığı görülmektedir (Coetsee ve Klopper, 2010). Oysa sağlık hizmetlerinde çalışmanın olumlu yönlerine de dikkat çekilmesinin profesyonel yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları belirtilerin erken saptanması ile yeterli uyku, fiziksel aktivite, doğru beslenme gibi sağlıklı yaşam davranışlarının içinde bulunduğu öz bakım yönetiminin merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önleme ve azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Dall' Ora ve diğerleri, 2020; Shiparski ve diğerleri, 2011; Xu ve diğerleri, 2020). Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikle başa çıkmada hem kurumsal hem de bireysel sorumlulukların yerine getirilmesi ile başarılı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının, kendilerinden hizmet alan bireylere etkin bir şekilde hizmet verebilmeleri için öncelikle kendi sağlıklarını en üst düzeyde tutmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam süreçlerine dâhil etmeleri önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stres yönetimi, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir (Öztek ve diğerleri, 2015).

Kurumların, sağlık çalışanlarını güçlendirme, tükenmişliğin ve merhamet yorgunluğunun nedenlerini ele alma sorumluluğu vardır. Merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarını dengelemek için sağlığı geliştirme programları giderek daha fazla önerilmektedir. Literatürde merhamet yorgunluğu ve sağlığı geliştirme davranışlarının her ikisi de farklı popülasyonlarda araştırılırken, bu değişkenleri birlikte inceleyen az sayıda çalışma vardır (Cecil ve diğerleri 2014; Tanrıverdi ve Işık, 2014). Araştırmalar, hemşirelerin sağlığı geliştirici davranışlarının zayıf olduğunu göstermektedir. Yetersiz uyku, kötü beslenme alışkanlıkları, sigara, yetersiz fiziksel aktivite, stres yönetimi ve başa çıkma stratejileri hemşireler arasında ortak sorunlar olarak tanımlanmıştır (Başkale ve diğerleri, 2016; Bostan ve Beşer, 2017; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesiyle ilgili 2014'te yapılan bir çalışmada stres, beslenme ve egzersiz puanları düşük olarak bulunmuştur (Çakır ve diğerleri, 2015). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin yapılan araştırmalarda, en yüksek puan kendini gerçekleştirme olarak bulunurken, en düşük puan fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir. Kendini gerçekleştirme sırasıyla; kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi izlenmektedir. En düşük puanların fiziksel aktivite alt boyutu olduğu görülmektedir. (Bostan ve Beşer, 2017; Çakır ve diğerleri, 2015).

Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik nedeniyle bireysel yaşam kaliteleri ve sundukları hizmetin niteliği olumsuz etkilenmekte, bunun yanı sıra işten uzaklaşmaları sağlık kurumları için kayıp teşkil etmektedir. Bu nedenle çalışanların tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin incelenmesi, profesyonel yaşam kalitesi ve öz-bakım stratejilerinin belirlenmesi amacıyla belirli aralıklarla ölçümlerin yapılması ve güçlendirme programlarının düzenlenmesi önerilmektedir (Dall'Ora ve diğerleri, 2020; Figley, 2002; Xu ve diğerleri, 2020).

Türkiye'de sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalar incelendiğinde; profesyonel yaşam kalitesinin boyutları olan merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların konuyla ilgili veri tabanı oluşturularak merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önleme ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirme konusundaki iyileştirme çalışmalarına katkı vermesi beklenmektedir.

AMAC

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve profesyonel yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Alt Sorular

1. Sağlık çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçekleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
2. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 368 hekim ve 548 hemşire olmak üzere toplam 916 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 317 hekim ve hemşireye veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama araçlarını eksiksiz doldurup geri dönüş sağlayan 274 sağlık çalışanının verileri değerlendirilmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Bu çalışmada Tanımlayıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (PYKÖ) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Sağlık çalışanına ait bireysel ve mesleki özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, meslek, eğitim durumu, kurum özellikleri) içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır (Çakır ve diğerleri, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Tanrıverdi ve Işık, 2014; Uz ve Kitiş, 2017).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ); Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş Likert tipi bir ölçektir. 1-5 arasında puanlanmaktadır. Esin N. (1999) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach Alfa Değeri .91 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208'dir. Toplam puan arttıkça, bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçekteki 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. maddeler Kendini Gerçekleştirme düzeyini, 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. maddeler Sağlık Sorumluluğu düzeyini, 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. maddeler Fiziksel Aktivite düzeyini, 2, 8, 14, 20,26, 32, 38, 44, 50. maddeler Beslenme düzeyini, 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. maddeler Kişiler Arası İletişim düzeyini, 5, 11, 17, 23, 29,35,41,47. maddeler Stres Yönetimi düzeyini göstermektedir. Bu çalışmada SYBDÖ için Cronbach Alfa Değeri .937 iken, Kendini Gerçekleştirme alt ölçeği için .809, Sağlık Sorumluluğu için .825, Fiziksel Aktivite için .853, Beslenme için .712, Kişiler Arası İletişim için .769, Stres Yönetimi için .763 bulunmuştur.

Profesyonel Yaşam kalitesi Ölçeği (PYKÖ) (ProQOL R-IV): Stam tarafından 2005 yılında hazırlanmıştır (Stam, 2005). Yeşil ve arkadaşları (2007) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu olmak üzere üç alt ölçekten oluşan 30 maddelik öz bildirim değerlendirme aracıdır. Profesyonel yaşam kalitesi; çalışma yaşantısına dair memnuniyet algısını ölçmektedir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler **merhamet memnuniyetini** ölçen maddelerdir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir (Min 0-Max 50) ve Cronbach Alpha değeri .87'dir.

Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. Maddeler **tükenmişliği** ölçen maddelerdir (Min 0-Max 25) ve Cronbach Alpha değeri .72'dir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler **merhamet yorgunluğu** düzeyini ölçen maddelerdir (Min 0-Max 50) ve Cronbach Alpha değeri .80 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmaktadır (Yeşil 2007). Bizim çalışmamızda PYKÖ Cronbach Alfa Değeri 0.728, Merhamet Memnuniyeti alt ölçeği için .915, Tükenmişlik için .684 ve Merhamet Yorgunluğu için .809 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında t testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway ANOVA testi; değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Post-Hoc analizler, Tukey testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin "Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu" ndan (25/07/ 2017 tarihinde B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06.2017/189) numaralı yazılı etik kurul onayı, çalışmanın yapılacağı kurumdan (09/08/2017 tarihinde 95175836-771) numaralı yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından yazılı olarak onam alınmıştır.

BULGULAR

Bu çalışmada katılımcıların %78.1'inin kadın, %53.3'ünün evli, %42.6' sının 30 yaş ve altında, %66.4'ünün hemşire olduğu, %22.6'sının cerrahi, %24.8'inin yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %37.5'inin meslekte 6-10 yıl arası çalıştığı, 62.8'inin 24 saat ve üzerinde nöbet tuttuğu belirlenmiştir (Tablo1).

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçim davranışları ile profesyonel yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının ilişkisi incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ile merhamet memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.420$, $p=.000$). Sağlık sorumluluğu ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-.411$, $p=.000$). Sağlık sorumluluğu ile merhamet yorgunluğu puanları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Fiziksel aktivite ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, negatif yönde, zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.398$, $p=.000$). Fiziksel aktivite ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, fiziksel aktivite ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir. ($r=-.427$, $p=.000$ ve $r=-.153$, $p=.015$) (Tablo 2).

Beslenme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=.401$, $p=.000$). Beslenme ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, beslenme ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.386$, $p=.000$ ve $r=-.123$, $p=.049$) (Tablo 2).

Kendini gerçekleştirme ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r=.588$, $p=.000$). Kendini gerçekleştirme ile tükenmişlik arasında negatif yönde, orta düzeyde,

kendini gerçekleştirme ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.605$, $p=.000$ ve $r=-.206$, $p=.001$) (Tablo 2).

Kişiler arası iletişim ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.547$, $p=.000$). Kişiler arası iletişim ile tükenmişlik arasında negatif yönde, zayıf, kişiler arası iletişim ve merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf ilişki tespit edilmiştir ($r=-.442$, $p=.000$ ve $r=-.153$, $p=.017$) (Tablo 2).

Stres yönetimi ile merhamet memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.547$, $p=.000$). Stres yönetimi ile tükenmişlik arasında negatif yönde, orta düzeyde, stres yönetimi ile merhamet yorgunluğu arasında ise negatif yönde, çok zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-.605$, $p=.000$ ve $r=-.290$, $p=.000$) (Tablo 2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması Tablo 3'te görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının yaş ve medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 3).

Cinsiyete göre fiziksel aktivite puanlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=.041$) (Tablo 3). Sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamalarının kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$) (Tablo 3).

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları, meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının hemşirelerde hekimlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=.003$) (Tablo 3).

Katılımcılar meslekte toplam çalışma süreleri açısından incelendiğinde, çalışma süreleri altı ay beş yıl olan sağlık çalışanlarında kendini gerçekleştirme puan ortalamaları en düşük iken altı-on yıl arası çalışanlarda en yüksek düzeyde olduğu ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.039$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde, altı ay beş yıl çalışan grubun kendini gerçekleştirme düzeyi puan ortalamalarının, beş-on yıl arası gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tukey, $p=.024$) (Tablo 3).

Sağlık çalışanları çalıştıkları kliniklere göre gruplandırıldıklarında, dâhili branşlar, cerrahi branşlar ve yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=.011$, $p=.005$ ve $p=.002$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde yoğun bakım çalışanlarının fiziksel aktivite puan ortalamaları (Tukey, $p=.024$), dahili ve cerrahi branşlara göre (Tukey, $p=.017$), beslenme puan ortalamaları dahili branşlara göre (Tukey, $p=.003$), stres yönetimi puan ortalamaları ise hem dahili (Tukey, $p=.002$) hem de cerrahi (Tukey, $p=.043$) branşlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 3).

Sağlık çalışanları aylık nöbet sayıları açısından sınıflandırıldıklarında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır ($p=.000$, $p=.007$, $p=.000$, $p=.000$, $p<.006$ ve $p=.000$) (Tablo 3). Post-Hoc analizde aylık 4 ve altında nöbet tutan grubun diğerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p<.05$) (Tablo 3).

Nöbet süreleri 16 saat ve altında olan sağlık çalışanlarının, 24 ve üstünde olanlara kıyasla fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir ($p=.008$ ve $p=.000$) (Tablo 3).

Profesyonel Yaşam Kalitesi

Tablo 4'de Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyi ile bireysel, mesleki ve tanımlayıcı özellikler arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşı ile profesyonel yaşam kalitesi alt ölçeklerin düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p=.012$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde merhamet memnuniyeti açısından 30-40 yaş arası grubun, 30 yaş ve altı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tukey, $p=.031$) (Tablo 4).

Tükenmişlik düzeyi açısından istatistiksel farklılığın 30 yaş ve altı gruptan kaynaklandığı, hem 30-40 yaş arası gruptan ($p=.038$) hem de 40 yaş ve üstü gruptan ($p=.001$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu düzeyi 30 yaş ve altında en yüksek iken, 30-40 yaş arası daha düşük ve 40 yaş üstü grupta en düşük ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=.049$) (Tablo 4).

Erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyleri (37.78 ± 10.58) kadınlara göre (34.48 ± 9.21) daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.024$) (Tablo 4) merhamet yorgunluğu ($p=.360$) ve tükenmişlik ($p=.778$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4).

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın bekarlar ile evliler arasında olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.02$). Medeni durum ile merhamet memnuniyeti ($p=.063$) ve merhamet yorgunluğu ($p=.860$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinin hekim ve hemşireler arasında anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p=.408$ ve $p=.795$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışma süresi olanlarda en düşük (32.72 ± 9.32), 6-10 yıl arası çalışanlarda en yüksek (37.22 ± 9.98) iken, 11-20 yıl arası çalışanlarda 35.59 ± 8.73 , 21 yıl ve üstü çalışanlarda 33.60 ± 8.54 olarak tespit edilmiştir. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.012$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 6 ay-5 yıl çalışan grubun merhamet memnuniyet düzeylerinin 6-10 yıl arası çalışan gruba göre çok daha düşük olduğu (Tukey, $p=.019$), diğer gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tukey, $p>0.05$). Tükenmişlik düzeyleri 6 ay-5 yıl çalışanlarda en yüksek iken 6-10 yıl arası, 11-20 yıl arası ve 21 yıl üstünde çalışan gruplarda benzer olarak bulunmuştur. Fark istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 6 ay-5 yıl çalışan grubun tükenmişlik düzeyleri, 6-10 yıl çalışan grup (Tukey, $p=.001$) 11-20 yıl arası çalışan grup (Tukey, $p=.019$) ve 21 yıl üstünde çalışan grubun (Tukey, $p=.004$) ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük iken, diğer grupların kendi aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>.05$) (Tablo 4).

Çalışma süresi ile Merhamet yorgunluğu düzeyleri de 6 ay-5 yıl çalışan grupta en yüksek iken (19.83 ± 7.41), 6-10 yıl arası çalışanlarda 16.80 ± 6.27 , 11-20 yıl arası çalışanlarda 17.38 ± 8.06 ve 21 yıl üstünde çalışanlarda 16.00 ± 5.68 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın 5 yıl altında çalışan grup ile 6-10 yıl çalışan grup arasında olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.019$) (Tablo 4).

Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre, tükenmişlik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4). Post-Hoc analizde farkın dahili kliniklerde çalışanların tükenmişlik düzeyinden kaynaklandığı ve cerrahi ve yoğun bakım kliniklerinde çalışanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.021$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri aylık 4 ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken (40.50 ± 9.82), 11 nöbet üstünde nöbet tutanlarda en düşük (29.72 ± 8.23) olarak tespit edilmiştir ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde, istatistiksel anlamlılığın 4 ve altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet arası nöbet tutan grup arasında olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.024$) (Tablo 4).

Tükenmişlik düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük (15.92 ± 7.76), 11 nöbet ve üstünde tutanlarda en yüksek olarak (23.22 ± 7.20) saptanmıştır ($p=.000$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde 4 ve altında nöbet tutan grubun, 5-10 nöbet tutan grup ve 11 ve üstünde nöbet tutan gruba oranla anlamlı olarak daha düşük tükenmişlik düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir (Tukey, $p=.000$) (Tablo 4).

Aylık 5-10 nöbet tutan grubun tükenmişlik düzeyleri ise nöbet tutmayanlar ($p=.002$) ve ayda 4 nöbet ve altında tutanlara ($p=.002$) oranla anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Benzer şekilde merhamet yorgunluğu düzeyleri ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken (15.66 ± 6.11), nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir (18.44 ± 6.77 , 18.67 ± 7.42 ve 17.75 ± 7.33) ($p=.029$) (Tablo 4). Post-Hoc analizde istatistiksel farklılığın 4 nöbet ve altında nöbet tutan grupla 5-10 nöbet tutan grup arasında olduğu saptanmıştır (Tukey, $p=.024$) (Tablo 4).

Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sürelerine göre değerlendirildiğinde nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha yüksek (36.18 ± 11.19), 16 saat ve altında olanlarda daha düşük olarak tespit edilmiştir (32.73 ± 7.57). Tükenmişlik düzeyleri ise nöbet süreleri 24 saat ve üstünde olanlarda daha düşük iken (18.85 ± 7.93), 16 saat ve altında olanlarda (22.50 ± 6.76) yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=.001$). Merhamet yorgunluğu açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p=.917$) (Tablo 4).

Tablo 1. Katılımcıların bireysel özellikleri (n=274)

Bireysel Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	60	21.9
	Kadın	214	78.1
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	146	53.3
	Bekâr/ Boşanmış	128	46.7
Yaş	30 yaş ve altı	116	42.6
	31-40 yaş arası	104	38.2
	41-50 yaş arası	42	15.4
	51 yaş ve üstü	10	3.7
Meslek	Hekim	90	33.1
	Hemşire	182	66.9
Çalıştığı klinik	Dahiliye	38	13.9
	Cerrahi	62	22.6
	Yoğun Bakım	68	24.8
	Psikiyatri	10	3.6
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	18	6.6
	Aile Hekimliği	56	20.4
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	6	2.2
	Ortopedi	10	3.6
Meslekte toplam çalışma süresi	Onkoloji	6	2.2
	6 ay-5 yıl	82	30.1
	6-10 yıl	102	37.5
	11-20 yıl	46	16.9
Nöbet sayısı	21 ve üstü	42	15.4
	Nöbet yok	56	20.4
	4 nöbet ve altı	82	29.9
	5-10 nöbet	98	35.8
Nöbet süresi	11 nöbet ve üstü	38	13.9
	16 saat ve altı	82	30.1
	24 saat üstü	138	50.1

Tablo 2: Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının İlişkisi

		Merhamet memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet yorgunluğu
Sağlık sorumluluğu	r	0.420**	-0.411**	-0.100
	p	<.001	<.001	.112
	n	258	256	252
Fiziksel aktivite	r	0.398**	-0.427**	-0.153*
	p	<.001	<.001	.015
	n	256	256	252
Beslenme	r	0.401**	-0.386**	-0.123*
	p	<.001	<.001	.049
	n	260	260	256
Kendini gerçekleştirme	r	0.588**	-0.605**	-0.206**
	p	<.001	<.001	.001
	n	260	258	254
Kişiler arası iletişim	r	0.547**	-0.442**	-0.153*
	p	<.001	<.001	.017
	n	250	248	246
Stres yönetimi	r	0.526**	-0.605**	-0.290**
	p	<.001	<.001	<.001
	n	262	262	260

Pearson korelasyon testi

**p=.000 anlamlılık düzeyi

Tablo 3: Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçim davranışlarının karşılaştırılması

	Sağlık sorumluluğu		Fiziksel aktivite		Beslenme		Kendini gerçekleştirme		Kişiler arası iletişim		Stres yönetimi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
30 yaş ve altı	20.09	4.63	16.55	4.94	20.32	4.14	24.23	4.42	24.84	4.14	17.43	4.15
30-40 yaş	20.11	4.81	16.61	5	21.59	4.55	24.98	5.15	25.05	3.99	17.98	4.13
40 yaş ve üstü	19.97	3.57	17.16	5.22	21.13	3.65	25.43	3.57	24.68	2.84	18.16	3.44
	F=1.104 p=.348		F=2.477 p=.062		F=1.807 p=.146		F=0.894 p=.401		F=0.356 p=.785		F=0.579 p=.630	
Erkek	19.22	3.95	18.04	5.79	21.86	5.09	25.3	5.28	25.15	3.91	18.4	5.01
Kadın	20.25	4.56	16.29	4.77	20.62	3.99	24.59	4.31	24.75	3.82	17.61	3.63
	t=-1.647 p=.103		t=2.082 p=.041		t=1.694 p=.095		t=0.903 p=.095		t=0.660 p=.511		t=1.145 p=.256	
Evli birlikte yaşıyor	20.16	4.49	16.18	5.13	20.89	4.24	24.82	4.35	24.94	3.75	17.84	4.06
Bekar	20.23	4.37	16.96	4.89	20.96	4.33	24.65	4.87	24.94	3.98	17.72	3.82
Boşanmış	17.29	4.18	19.14	4.69	20	4.08	24.57	3.55	22.67	2.99	17.71	4.63
	F=2.866 p=.059		F=2.575 p=.076		F=0.319 p=.727		F=0.049 p=.952		F=2.030 p=.133		F=0.029 p=.971	
Hekim	18.91	4.29	16.52	5.51	20.86	4.16	24.27	4.84	24.43	3.9	17.69	4.03
Hemşire	20.62	4.46	16.64	4.77	20.77	4.21	24.88	4.3	25	3.8	17.75	3.91
	t=-3.007 p=.003		t=-0.165 p=.869		t=0.179 p=.858		t=-0.989 p=.324		t=-1.118 p=.265		t=-0.113 p=.910	
6 ay-5 yıl	20.1	4.75	16.9	4.83	20.27	4.3	23.69	4.24	24.65	4.4	17.34	4.23
6-10 yıl	19.9	4.58	16.41	5.27	21.26	4.47	25.62	5.16	25.5	3.99	18.1	4.24
11-20 yıl	19.7	3.88	16.09	4.31	21.26	4.55	24.35	3.98	24.13	2.77	17.48	3.36
21 ve üstü	20	3.34	17.14	5.66	20.57	3.28	24.75	3.48	24.21	2.97	18	3.42
	F=0.090 p=.365		F=0.456 p=.713		F=0.992 p=.397		F=2.856 p=.039		F=1.858 p=.137		F=0.674 p=.589	
Dahili branşlar	20.45	4.33	17.06	5.31	21.55	4.26	25.1	4.53	24.85	3.63	18.42	3.89
Cerrahi branşlar	19.74	4.56	17.37	5.15	21.03	4.36	24.59	4.71	24.68	4.27	17.95	4.54
Yoğun bakım	19.59	4.58	15.06	4.01	19.47	3.85	24.24	4.32	25	3.74	16.38	3.05
	F=1.025 p=.360		F=4.594 p=.011		F=5.574 p=.005		F=0.848 p=.431		F=0.123 p=.884		F=6.160 p=.002	
Nöbet yok	20.96	3.84	15.29	4.96	20.89	4.03	24.39	4.05	24.07	2.3	17.61	3.34
4 nöbet ve altı	21.5	4.73	18.18	4.91	22.85	4.4	26.58	3.98	26.05	4.1	19.88	4.1
5-10 nöbet	19.19	4.16	16.36	5.09	19.9	3.86	23.88	4.64	24.65	3.52	17.1	3.77
11 nöbet ve üstü	17.95	4.29	16.17	4.63	19.16	3.77	23.74	4.97	23.89	5.16	15.26	2.94
	F=8.051 p=.000		F=4.166 p=.007		F=10.493 p=.000		F=6.460 p=.000		F=4.211 p=.006		F=15.898 p=.000	
Nöbet süresi 16 saat ve altı	19.32	4.42	15.79	4.71	20.49	4.29	24.2	4.34	24.69	3.81	16.54	3.58
Nöbet süresi 24 saat üstü	20.18	4.67	17.67	5.05	21.21	4.4	25.22	4.78	25.22	4.29	18.55	4.25
	t=-1.344 p=.180		t=-2.673 p=.008		t=-1.181 p=.239		t=-1.569 p=.118		t=-0.890 p=.324		t=-3.600 p=.000	

T test ve One Way ANOVA

Tablo 4: Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklere göre profesyonel yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

		Merhamet memnuniyeti		Tükenmişlik		Merhamet yorgunluğu	
		Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Yaş	30 yaş ve altı	33.66	8.85	21.55	6.71	18.59	7.09
	30-40 yaş	37.09	10.52	18.95	8.26	17.71	7.4
	40 yaş ve üstü	35.5	9.01	17.39	7.21	15.46	5.76
		F=3.747 p=.012		F=4.134 p=.007		F=2.652 p=.049	
Cinsiyet	Erkek	37.78	10.58	18.78	8.63	17.38	7.94
	Kadın	34.48	9.21	19.95	7.2	17.7	6.72
		t=2.272 p=.024		t=-0.920 p=.360		t=0-0.283 p=.778	
Medeni durum	Evli / birlikte yaşıyor	36.46	9.65	18.26	8	17.86	7.34
	Bekâr	33.65	9.28	21.44	6.08	17.37	6.12
	Boşanmış	33.86	9.96	20.86	9.76	17.43	9.81
		F=2.796 p=.063		F=5.874 p=.003		F=0.151 p=.860	
Meslek	Hekim	33.48	9.65	20.35	7.13	17.84	7.81
	Hemşire	35.83	9.35	19.55	7.6	17.59	6.57
		t=-1.895 p=.059		t=-1.830 p=.408		t=0.250 p=.795	
Meslekte toplam çalışma süresi	6 ay-5 yıl	32.72	9.32	22.77	6.63	19.85	7.41
	6-10 yıl	37.22	9.98	18.62	7.32	16.8	6.27
	11-20 yıl	35.59	8.73	18.83	7.5	17.38	8.06
	21 ve üstü	33.6	8.54	18.05	7.82	16	5.65
		F=3.741 p=.012		F=6.314 p=.001		F=3.924 p=.009	
Çalıştığı klinik	Dahili branşlar	35.84	9.83	18.35	7.66	17.46	6.94
	Cerrahi branşlar	34.08	9.42	20.94	7.58	18.56	8.06
	Yoğun bakım	35.06	9.29	20.91	6.78	16.94	5.72
		F=768 p=.465		F=0.3918 p=.021		F=0.989 p=.373	
Nöbet sayısı	Nöbet yok	36.27	6.77	17.96	6.51	18.44	6.77
	4 nöbet ve altı	40.5	9.82	15.92	7.76	15.66	6.11
	5-10 nöbet	32.43	9.07	22.24	6.39	18.67	7.42
	11 nöbet ve üstü	29.72	8.23	23.22	7.2	17.75	7.33
		F=17.384 p=.000		F=15.941 p=.000		F=3.061 p=.029	

T test ve One Way ANOVA

TARTIŞMA

Bu çalışmada PYKÖ merhamet memnuniyeti düzeyini yaşın, cinsiyetin, haftalık nöbet sayısı ve süresinin, mesleğin (hekim/hemşire), medeni durum ve çalışma yılının etkilediği bulunmuştur. Profesyonel yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda, yaş, çalışma yılı, nöbet sayısı ve süresi ile merhamet memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Başkale ve diğerleri, 2016; Khan ve diğerleri, 2015; Rossi ve diğerleri, 2012; Yılmaz ve Üstün, 2019; Yoder, 2010; Yu ve diğerleri, 2016; Wu ve diğerleri, 2015;). Rossi ve diğerlerinin (2012) profesyonel yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarında cinsiyet ile merhamet memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada benzer şekilde erkeklerde merhamet memnuniyeti düzeyinin kadınlardan yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi düzeyleri meslek ve çalışma koşullarına göre karşılaştırıldığında, hemşirelerde merhamet memnuniyeti düzeyleri hekimlere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Merhamet memnuniyeti düzeyleri nöbet sayı ve süresine göre değerlendirildiğinde aylık dört ve altında nöbet tutanlarda en yüksek iken, 11'in üstünde nöbet tutanlarda en düşük olarak tespit edilmiştir. Nöbetler biyolojik ritmi ve günlük rutini olumsuz etkileyen ve yüksek sorumluluk duygusu ile stresi tetikleyen süreçlerdir (Kaçan ve Örsal, 2018; Türkol ve Güneş, 2012). Tanrıverdi ve Işık (2014) Anadolu yakasındaki özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerle SYBÖ ve profesyonel yaşam kalitesini ölçen 14 soruluk bir anket kullanarak yaptıkları çalışmada, stres yönetimi ile profesyonel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Artan stresin merhamet memnuniyeti düzeyini düşürdüğü düşünülmektedir (Tanrıverdi ve Işık, 2014).

Çalışmamızda katılımcıların çalıştığı kliniğe göre sınıflandırılmasıyla yapılan değerlendirmede dâhili branşlarda tükenmişlik düzeyleri daha düşük iken, cerrahi branşlarda ve yoğun bakım çalışanlarında daha yüksek tespit edilmesinin iş yükünün fazla olması, personel sıkıntısı, kriz yönetimi, kritik hastalara bakım verme, hasta yakınlarının beklentileri ve hasta ölümlerinin sık yaşanması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (Kaçan ve Örsal, 2018; Meadors, 2011; Tanrıverdi ve Işık, 2014). Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde ise çalıştığı klinikler açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından olan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası iletişim, stres yönetimi ve beslenme düzeyindeki artış merhamet memnuniyeti düzeyindeki artışla ilişkili bulunmuştur. Otuz yaş altı grupta merhamet memnuniyeti düzeylerinin düşük bulunması deneyimsiz sağlık personelinin kariyer sürecini tamamlamaya çalışırken yaşamakta oldukları belirsizliğin ve hayatlarına yön verme çabasının merhamet memnuniyetini etkilediğini düşündürmektedir. Yine aynı grupta tükenmişlik düzeylerinin en yüksek seviyede bulunmasının bu fikri pekiştirerek merhamet memnuniyeti oranını düşürmekte olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada otuz ve kırk yaş arasında merhamet memnuniyetinin en yüksek düzeyde bulunması kim olduğunu ve ne yapmak istediğini keşfetmiş, alanında deneyim kazanmış ve kariyer yolundaki engelleri aşmış sağlık personelinin merhamet memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Aynı yaş grubunda kendini gerçekleştirme düzeylerinin yüksek bulunması bu düşünceyi destekler niteliktedir. Rossi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada merhamet memnuniyetini otuz yaş ve altında en yüksek tespit ederken, yaşla birlikte hafif bir düşüş gösterdiğini gözlemlemişler, ancak farkı anlamlı bulmamışlardır. Yoder 2010 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada merhamet memnuniyeti değerlerini otuz yaş altında en yüksek, otuz ve kırk yaş arası düşük ve kırk yaş üzerinde yüksek bulmuştur. Literatürdeki farklı sonuçların farklı ülkelerdeki eğitim, mezuniyet, uzmanlaşma, kültür ve yaşam süresi ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Wu ve arkadaşlarının onkoloji hemşireleriyle 2015 yılında Amerika ve Kanada'da yaptıkları çalışmada katılımcıların yaş aralıklarına bakıldığında bu çalışmadaki en yüksek yaş aralığının Wu ve arkadaşlarının çalışmasında en düşük yaş aralığına karşılık geldiği ve 51 yaş üstü katılımcılarda merhamet memnuniyeti düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Yaş sınıflamamızda bu çalışmadaki en yüksek yaş aralığının en düşük yaş aralığına karşılık gelmesi Amerika ve Kanada'daki yaşam ve çalışma koşullarının, emeklilik yaşı, hemşirelik mesleğinin bu ülkelerde her yıl yapılan güvenilirlik anketlerinde birinci sırada yer almasının ve mesleki saygınlığının etkisi olduğunu düşündürmektedir.

PYKÖ tükenmişlik düzeyini medeni durum, çalışma yılı, nöbet sayısı ve süresinin etkilediği, tükenmişliği artıran çalışma koşullarının sağlık sorumluluğu puanlarını düşürdüğü saptanmıştır. Katılımcıların çalıştığı kliniğe göre sınıflandırılmasıyla yapılan değerlendirmede dâhili branşlarda tükenmişlik düzeyleri daha düşük iken, cerrahi branşlarda ve yoğun bakım çalışanlarında daha yüksek tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeylerinin cerrahi ve yoğun bakım çalışanlarında dâhili branşlara göre yüksek bulunmasının hasta bakımının ileri takip gerektirmesi ve yorucu olması, yoğun bakımda uzun süreli olarak hastanın acısına tanıklık etmenin getirdiği duygusal yükler, personel sayısı ve hastane kaynakları yetersizliği, uyku düzeni ve kapalı alanda çalışma ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Otuz yaş ve altı grupta tükenmişlik düzeyi en yüksek, merhamet memnuniyeti düzeyi en düşük tespit edilmiştir. Tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti düzeylerinin birbirlerini etkilediği bu nedenle tükenmişlik düzeyinin yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Medeni duruma göre karşılaştırıldığında, tükenmişlik düzeyleri bekârlarda yüksek, evlilerde en düşük bulunmuştur. Tükenmişlik düzeylerinin bekârlarda yüksek evlilerde düşük olması, evlilerin planlı bir hayat sürmesi, bekârların hayata dair beklenti ve hedeflerinin daha yüksek olması ile belirsizlikten kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Özcanarlan ve Önen, 2020; Taycan ve diğerleri, 2006).

PYKÖ Merhamet yorgunluğu düzeyini yaşın, çalışma yılının, çalışma yerinin, nöbet sayısı ve süresinin etkilediği saptanmıştır. Beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüşün tükenmişlik ve

merhamet yorgunluğu düzeylerinde düşüşe eşlik ettiği saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu düzeyi nöbet sayısına göre değerlendirildiğinde ayda 4 nöbet ve altında tutanlarda en düşük iken, nöbet tutmayan, ayda 5-10 nöbet tutan ve 11'den fazla nöbet tutan gruplarda daha yüksek tespit edilmiştir. Nöbetli ve vardiyalı çalışma sistemi tüm yaş aralıklarında zorlayıcı ve yorucu olarak değerlendirilmektedir. Yapılan araştırmalarda sürekli olarak gece çalışan personelin güneş ışığından uzak kalmasının D vitamini eksikliği, depresyona yatkınlık ve beslenme bozukluklarına yol açtığı, uykuda geçirmesi gereken zamanın yapay ışık altında geçirilmesinin melatonin hormonu salgılanma düzenini bozarak yaşlanma ve kanser eğilimine neden olduğu gözlenmiştir (Bacak ve Kazancı, 2014; Özdemir ve diğerleri, 2018).

SYBÖ alt boyutları düzeyleri incelendiğinde stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin ilerleyen yaşla yükseldiği, meslekte çalışma yılı arttıkça kendini gerçekleştirme düzeyinin arttığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi erkeklerde yüksek bulunurken nöbet sayısı ve süresinin fiziksel aktivite düzeyini etkilediği saptanmıştır. Kadınların fiziksel aktivite boyutunun erkeklerden düşük olma sebepleri konusunda toplumumuzda kadın ve erkeğin ev sorumluluklarının ve görev dağılımlarının erkeğe daha fazla alan yaratmakta olduğu ve nöbet sistemi ile çalışan kadın hekim ve hemşirelerin egzersiz yapmak için kendilerine zaman ayıramadıkları düşünülmektedir.

Haftalık çalışma süresi ve nöbet sayısı arttıkça beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, fiziksel egzersiz, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarının düştüğü ve sağlık sorumluluğu düzeyinin hemşirelerde hekimlerden yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bulunan değerler Türkol ve Güneş'in (2012) asistan hekimlerle yaptıkları çalışmadaki değerlerle benzerlik göstermekte, nöbeti olmayanlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi ölçeklerinin puanları yükselirken, nöbet sıklığı ile puanlarda belirgin olarak düşüş saptanmaktadır (Çakır ve diğerleri, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Türkol ve Güneş, 2012; Uz ve Kitiş, 2017). Literatürde hekim ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını karşılaştıran çalışmaya rastlanamamıştır. Medeni durum açısından incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları açısından fark gözlenmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak 538 hemşire ile yapılan bir çalışmada 25 ve daha küçük yaşta hemşirelerin stres yönetimi puan ortalamasının diğer yaş gruplarından yüksek olarak saptanırken, 41 yaş ve üzerindeki ortalamanın yeniden 25 yaş altındakine yaklaştığı bulunmuştur (Uz ve Kitiş, 2017). Bu çalışmada yaş artışı ile görülen puan artışı diğer çalışma bulguları ile uyum göstermekle birlikte literatürden farklı olarak yaş ile ilişkili çıkmama nedeninin çalışmaya katılanların yaş ortalamasının benzerliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlık sorumluluğu, kişiler arası iletişim, stres yönetimi ve beslenme alt ölçek puanları incelendiğinde cinsiyet açısından farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde sağlık sorumluluğu boyutunun kadınlarda erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur (İlhan ve diğerleri, 2010). Yine beslenme alt ölçeği puanları kadınlarda erkeklerden yüksek bulunmuştur (Bostan ve Beşer, 2017; Çakır ve diğerleri, 2015). Bu değişken açısından daha ayrıntılı incelemeye gereksinim olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile profesyonel yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi düzeylerindeki artış, merhamet memnuniyeti düzeylerinde artışla, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu düzeylerinde azalma ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça profesyonel yaşam kalitesinin arttığı saptandığı için sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik düzenlemeler önerilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yoğun bakımlarda çalışanlarda, nöbet sayısı ve süresi yüksek olanlarda kötü olduğu bulunmuştur. Otuz yaş altında olan, altı ay ve beş yıl çalışma süresi olan, cerrahi kliniklerde çalışan ve aylık beş-on arası nöbet tutan sağlık çalışanlarında merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyleri yüksek, yoğun bakım çalışanlarında fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları düşük bulunmuştur. Bu özellikleri olan sağlık çalışanlarının Risk grubu içinde oldukları göz önünde bulundurularak yönetimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla belli aralıklarla ölçümler yapılması, tükenmişlik konusunda koruma çalışmalarına öncelik verilmesi amacıyla sağlıklı yaşam biçimi ve profesyonel yaşam kalitesi konusunda farkındalıklarının artırılması için eğitim ve farkındalık çalışmaları planlanması önerilmektedir.

İşe yeni başlayan deneyimsiz personelin, cerrahi ve yoğun bakımda çalışanların, nöbet sayısının fazla olmasının tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından risk oluşturması nedeniyle işe başlar başlamaz merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik bulguları konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir. Çalışmakta olan ekibin düzenli aralıklarla farkındalık eğitimlerine alınması, nöbet ve vardiya sisteminin sağlık çalışanları lehine yeniden düzenlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları

S.E.: Fikir, Tasarım, Veri Toplama ve İşleme, Analiz ve Yorum, Kaynak Taraması, Makalenin Yazımı

B.Ü...: Fikir, Tasarım, Denetleme/Danışmanlık, Analiz ve Yorum, Eleştirel İnceleme

Çıkar Çatışması

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları mevcut değildir.

Çalışma hazırlanırken; veri toplanması, sonuçların yorumlanması ve makalenin yazılması aşamalarında herhangi bir çıkar çatışması alanı bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Alan, H. (2018). Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 141-146
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 12-18.
- Bacak, B., Kazancı, E. (2014). Türk çalışma hayatında vardiyalı gece çalışan işçilerin karşılaştığı fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkilerin değerlendirilmesi. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 3(6), 133-149.
- Başkale, H., Partlak Günüşen, N., Serçekuş, P. (2016). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(2), 125-133.
- Bentley, D. (2007). Mindfulness and counselling self-efficacy: The Mediating Role Of Attention And Empathy (Dissertation). Kasım 23, 2017. Erişim adresi: [Http://libres.uncg.edu/ir/listing.aspx?id=1235](http://libres.uncg.edu/ir/listing.aspx?id=1235)
- Bostan, N., Beşer, A. (2017). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1),38-44.
- Boyle, D. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1):2. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02>.
- Cecil, J., Mchale, C., Laidlaw, A. (2014). Behaviour and burnout in medical students. *Medical education Online*, Volume 19, <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25209>
- Charlescraft, A.S., Tartaglia, A., Dodd-Mccue, D., Barker, S.B. (2010). When caring hurts .pilot study supporting compassion-fatigued pediatric critical care nurses. *E-Journal Of The Association Of Professional Chaplains*, 36(2), 16-24.
- Coetzee, S. K., Klopper, H.C. (2010) Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs Heal Sci*, 12,235-243.
- Cosley BJ, McCoy SK, Saslow LR, Epel ES (2010) Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and Social support for physiological reactivity to stress. *J Exp Soc Psychol*, 46:816-823.
- Çakır, M., Piyal, B., Aycan, S. (2015). Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *Ankara Med J*, 15(4),209-219.
- Dall'Orca C., Ball . , Reinius M., Griffiths P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(41),2-17.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M., İbrikçi, S. (1994). Sağlığı Sürdürme, *Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni*,8(32), 28-36.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (2002). *Treating Compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge

- Hooper C, C., Craig, J., RN, DHA, Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., Reimels, E., Anderson, Greenville, and Clemson, SC (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*, 36(5),420-427. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
- Joinson, C. (1992). Coping With Compassion Fatigue . *Nursing*, 22(4),116-121.
- Kaçan C.Y, Örsal Ö. (2018). Yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişliği etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 22(1), 25-36.
- Khan, A., Ma, A., Malik, Nj. (2015). Compassion fatigue amongst health care providers. *Park Armed Forces Med J*, 286-289.
- Kılıç, D., Bakan, B. A., Aslan, G., Uçar, F. (2020). Onkoloji birimleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde etik duyarlılık ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 20-29.
- Konal, E., Ardahan, M. (2018). Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 18(1), 11-16.
- Kret, D. (2011). The qualities of a compassionate nurse according to the perceptions of medical-surgical patients. *Medsurg Nursing*, 20(1), 29-36.
- Laskowski-Jones L. (2019). Clinician burnout and resilience. *Nursing*, 49(11),6.
- Lombardo, B., Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: a nurse's. *Online journal of issues in nursing*, 16(1),3 doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03.
- Meadors, P., Lamson, E. (2011). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self-care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Özdemir, Güzel, P., , Ökmen, A.C., Yılmaz, O. (2018). Vardiyalı çalışma bozukluğu ve vardiyalı çalışmanın ruhsal ve bedensel etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1),71-83.
- Özgür, G, Gümüş, Ş. (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24,296-305
- Özcanarşlan, F., Önen, B. (2020). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik sendromu: Adana ili örneği. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(3), 298-313
- Öztek, Z., Eren, N., Üner, S., Güler Ç., Akin, L. (2021) Sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Pehlivan, T., Güner, P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 129-134.
- Polat, F.N., Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesiyle ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(1),291-312.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., And Cunha, M.P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9), 1419–1437.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., Amadeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, Dec 30;200(2-3):933-938.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. *Journal Of General Internal Medicine*, 21 Suppl 1(Suppl 1),28-34.
- Sabo, B. M. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 16(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>.
- Shiparski, L., Richards, K., Nelson, J. (2011). self-care strategies to enhance caring. *Nurse Leader*, 9(3), 26-30
- Stamm, B. (2009). Compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. Ağustos 5, 2017. www.Proqol.Org.: <http://www.Proqol.Org/>
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A.S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tanrıverdi, H., Işık, S. (2014). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 7,125-134.

- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian journal of psychiatry*, 7(2),100-108.
- Türkol, E., Güneş, G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 66-159.
- Ulamış, B., Özmen, D. (2014). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Tepecik Eğitim Hast Dergisi*, 24(2), 119-125.
- Uz, D., Kitiş, Y. (2017). Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3),27-39.
- Xu H., Kynoch K., Tuckett A., Eley R. (2020). Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout: a systematic review. *JBIM Evid Synth*, 18(6),1156-88
- Wu, S., Singh-Carlson, Odell, A., Reynolds, G. and Su, Y. (2015). Compassion Fatigue, Burnout, And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses In The United States And Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), 161-169. DOI: 10.1188/16.ONF.E161-E169.
- Yeşil, A., Ergün, Ü., Amasyalı, C., (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*,47(2),111-117.
- Yılmaz G., Üstün B. (2019). Onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesini ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve mesleki faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4), 241-250.
- Yoder, E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4),191-197.
- Yu, H.,Jiang, A., Shen, J. (2016). Prevalance And Predictors Of Compassion Fatigue, Burnout And Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses:A Cross-Sectionalsurvey. *International Journal Of Nursing Studies*, 57, 28-38.