



**ÇALIŞMA BİRİMLERİNİN, YOĞUN BAKIM VE ACİL
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SOSYAL
YAŞAMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehmet Serdar AKBULUT

**ADLİ TIP ANABİLİM DALI
Adli Bilimler Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ**

Yüksek Lisans Programı-2021

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇALIŞMA BİRİMLERİNİN, YOĞUN BAKIM VE ACİL
ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SOSYAL
YAŞAMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehmet Serdar Akbulut

**Adli Tıp Anabilim Dalı
Adli Bilimler Yüksek Lisans Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ**

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Hemşireliğin Kuramsal ve Tarihsel Süreci..... | 4 |
| 2.1.1. Yoğun Bakım Hemşireliği | 6 |
| 2.1.2. Acil Servis Hemşireliği..... | 7 |
| 2.2. Sosyal İyiHik Hali | 8 |
| 2.2.1. Sosyal Bilişsel Kuram..... | 8 |
| 2.2.2. Öz-Yeterlilik Kavramı | 9 |
| 2.2.3. Sosyal Destek Sistemi..... | 11 |
| 2.3. Empatinin Tarihsel ve Kuramsal Süreci | 13 |
| 2.4. Empatinin Unsurları..... | 17 |
| 2.4.1. Algısal Empati | 17 |
| 2.4.2. Bilişsel Empati..... | 17 |
| 2.4.3. Duygusal Empati..... | 18 |
| 2.4.4. Bildirişimsel Empati | 18 |
| 2.5. Empati ile Karışan Kavramlar | 18 |
| 2.5.1. Empati ve Sempatı | 18 |
| 2.5.2. Empati ve Sezgi | 19 |
| 2.5.3. Empati ve Özdeşim..... | 19 |
| 2.5.4. Empati ve İçtenlik..... | 20 |
| 2.6. Empati ve Hemşirelik | 20 |
| 2.7. Somatizasyonun Tarihsel ve Kuramsal Süreci | 22 |
| 2.8. Somatizasyonun DSM-V-TR'e Göre Tanı Kriterleri | 27 |
| 2.9. Somatizasyonun Epidemiyolojisi | 29 |
| 2.10. Somatizasyonun Etiyolojisi | 32 |
| 2.10.1. Sosyo-Kültürel Etkenler | 32 |
| 2.10.2. Psikodinamik Görüşler | 33 |

| | |
|---|----|
| 2.10.3. Kalıtsal Etkenler | 34 |
| 2.10.4. Kişilik Özellikleri | 34 |
| 3. MATERİYAL VE METOT | 36 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 36 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 36 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 36 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 36 |
| 3.5. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi | 38 |
| 3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri | 39 |
| 4. BULGULAR..... | 40 |
| 5. TARTIŞMA | 51 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 58 |
| KAYNAKLAR | 60 |
| EKLER..... | 72 |
| EK-1. Özgeçmiş..... | 72 |
| EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu..... | 73 |
| EK-3. Demografik Özellikler Formu..... | 74 |
| EK-4. Jefferson Empati Ölçeği..... | 76 |
| EK-5. Somatizasyon Ölçeği..... | 81 |
| EK-6. Sosyal İyi Olma Ölçeği (Sağlık Çalışanları Versiyonu) | 82 |
| EK-7. Etik Kurul İzni..... | 83 |
| EK-8. Kurum İzni | 84 |

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca; değerli akademik bilgilerini bizlerle paylaşan, her konu ve alanda bizlere rehberlik eden, eğitimime olan katkılarından dolayı Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Osman CELBİŞ'e, tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ' teşekkürlerimi sunarım.

Tez yazım sürecinde istatistiksel verilerin analizi ve oluşturulmasında desteklerini sunan Prof. Dr. A. Sami AKBULUT ve Öğr. Gör. Hasan SARITAŐ'a; hayatımın her anında yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

Çalışma Birimlerinin, Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyal Yaşamları Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ve acil servisi gibi özellikli birimlerde çalışmanın hemşirelerin sosyal yaşamlarına olan etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte olan bu çalışma Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında Bingöl Devlet Hastanesi'nde riskli birimler olarak tanımlanan yoğun bakım üniteleri (sayı=48) ve acil servislerinde (sayı=35) çalışan toplam 83 sağlık çalışanı üzerinde yapıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm sağlık çalışanlarına Jefferson empati ölçeği (madde sayısı=20), Somatizasyon ölçeği (madde sayısı=33) ve Sağlık çalışanlarına uyarlanmış sosyal iyi olma hali ölçeği (madde sayısı=32) uygulandı. Sağlık çalışanları cinsiyet (erkek-kadın), çalışma birimi (acil servis-yoğun bakım) ve çalışma yılı (≤ 5 yıl, 5-10 yıl, ≥ 10 yıl) baz alınarak gruplara ayrıldı. Gruplar hem demografik hem de yukarıda bahsedilen ölçeklerden elde edilen puanlar baz alınarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %54.2'i kadın, %45.8'i çalıştığı birimden memnun ve %78.3'ü ekonomik koşulları iyi olması halinde mesleği bırakabileceğini belirtmişlerdir. Kadın ve erkek hemşireler arasında çalışma birimi ($p=0.046$), çalışma biriminden memnuniyet ($p=0.030$), empati (şefkatle bakış, $p=0.02$) ve somatizasyon toplam puanı ($p=0.002$) açısından istatistiksel farklılıklar tespit edilmiştir. Çalışma yıllarına göre oluşturulan gruplar arasında medeni durum ($p<0.001$), çocuk sayısı ($p<0.001$), kadro tipi ($p<0.001$), yaş ($p<0.001$) ve empati (hastanın yerine kendini koyma, $p=0.032$) açısından istatistiksel farklılıklar tespit edilmiştir. Acil servis ve yoğun bakım grupları arasında haftalık çalışma saati ($p=0.028$) ve empati (şefkatle bakış açısı, $p=0.002$) açısından istatistiksel farklılıklar tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu araştırmada elde edilen sonuçlar kadın cinsiyeti, yoğun bakımda çalışma, şefkatle bakış ve somatizasyon değişkenleri arasında bir ilişki olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Empati, Hemşirelik, Somatizasyon, Sosyal İyi Olma Hali, Yoğun Bakım

ABSTRACT

The Impact Of Occupational Settings On The Social Life Of The Nurses Who Working In Intensive Care And Emergency Units

Aim: The present study aims to evaluate the impact of specialized units such as intensive care unit and emergency department on the social life of the nurses.

Material and Method: This is a descriptive and associative study that was conducted between January and March 2020 on 83 nurses that were occupied in high-risk occupational settings that included intensive care (n=48) and emergency units (n=35) in Bingol State Hospital. The subjects that were included in the study we given a Jefferson empathy scale (includes 20 items), a somatization scale (includes 33 items), social well-being scale modified according to the health care workers (includes 32 items) to fill out. The participants were grouped according to gender (male-female), work setting (intensive care -emergency), and duration of occupation (≤ 5 years, 5-10 years, ≥ 10 years). The study groups were compared in terms of the demographic characteristics and according to the points obtained from the evaluation, scales stated above.

Results: The results showed that 54.2% of the participants were female, 45.8% were happy with the occupational setting, and 78.3% stated that they would quit their job if they had a good economic status. There was a statistically significant difference in terms of the unit of occupation ($p=0.046$), satisfaction with the working environment ($p=0.030$), empathy (affectionate approach, $p=0.02$), total points of somatization ($p=0.002$) among the male and female nurses. There was a statistically significant difference in terms of marital status ($p<0.001$), number of children ($p<0.001$), work degree ($p<0.001$), age ($p<0.001$), and empathy with the patients ($p=0.032$) when the participants were grouped according to the duration of occupation. There was a statistically significant difference in terms of weekly working hours ($p=0.028$) and empathy (affection, $p=0.002$) among the nurses occupied in the emergency and intensive care units.

Conclusion: According to the results of the present study there is a correlation between the female gender, occupation in the intensive care unit, and parameters including affection for the patient and somatization.

Key Words: Emergency Unit, Empathy, Intensive Care Unit, Nursing, Social Well-Being, Somatization

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|-------------------|---|
| FN | : Florence Nightingale |
| DSM-III | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III |
| DSM-III-TR | : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III |
| DSM-V-TR | : Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El kitabı-V |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ICN | : International Council of Nurses |
| ICD-10 | : International Statistical Classification of Disease-10 |
| THD | : Türk Hemşireler Derneği |



TABLULAR DİZİNİ

| Tablo No | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Nitel Değişkenler) | 41 |
| Tablo 4.2. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Nicel Değişkenler) | 42 |
| Tablo 4.3. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler) | 44 |
| Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler) | 45 |
| Tablo 4.5. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler) | 46 |
| Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler) | 47 |
| Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler) | 48 |
| Tablo 4.8. Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler) | 49 |
| Tablo 4.9. Hemşirelerin Cinsiyeti, Çalışma Birimi ve Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar Arasında Korelasyon Olup Olmadığının Değerlendirilmesi | 50 |

1. GİRİŞ

İnsanın, hayatında bir iş sahibi veya çalışma sürecinde olması önem arz etmektedir. Bununla beraber çalışma yaşamı insanı, insanda çalışma yaşamını etkilemektedir. Sahip olunan işin, birey için anlam süreci olumlu veya olumsuz tutumlar ya da duygu olarak; çalışanın işinden alacağı doyum da önemlidir. Aynı zamanda çalışma hayatında işin içeriği, işe duyulan sevgi ve çalışma şartları da bireyin işe karşı olumlu veya olumsuz kalıplar sergilemesine neden olabilmektedir (1).

Çalışan bireylerin, ruh ve beden sağlığını devam ettirebilmesi, bireyin çalışma hayatının hem fizyolojik hem de toplumsal kaynaklı zararlı etkenlerden korunması, çağdaş bilimin temel gayelerinden biri olmuştur (2).

Hemşirelik, kişinin zaman içerisinde bakım gereksinimlerini ve sorunların çözüme kavuşmasında sistematik bir yöntem kullanmaktadır. Çağdaş hemşirelik süreci her ne kadar 19.yüzyıl ortalarında Florence Nightingale (FN) ile başlamış olsa da tarih öncesi devirlere ve her medeniyet de hasta bakımıyla ilgilenen insanlar olmuştur (3).

Bakım için en önemli nokta etkileşim ile beraber hastanın doğru anlaşılıp ihtiyaçlarının karşılanması zorunluluğu ve hemşire-hasta arasındaki terapötik ilişkiye bağlıdır (4).

Toplumda yaşayan her kişinin farklı yönlerde yetenek ve becerilere sahip olması ve sahip oldukları özellikleri sayesinde yaşadıkları toplumda farklı bir misyon ve rol oynayarak meslek olgusunun gelişimine katkı sunmaktadır. Birey, aile, toplum açısından sağlığın korunup; gelişme ve iyileşmesine yönelik uygulama ve değerlendirilmesi açısından hemşireliğin profesyonel bir meslek disiplini olarak görülmesi önem arz etmektedir. Hemşirelik, sahip olduğu misyon ve sorumluluk çerçevesinde kaliteli ve planlı bir hizmet paketini etik ilkelere uygun olarak sunan bir meslek disiplindir. Mesleki disiplin, profesyonel tutumlar ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar; hemşirelik mesleğinin değer ve önemini artırmaktadır (5).

İnsanların iyilik hali süreçleri, sadece sağlık olarak bir durumu belirtmekten ziyade, bireyin iş yaşamını da kapsayan aktif bir refah düzeyi olmakla beraber yaşamdan da duyulan memnuniyeti ifade etmektedir (6).

Hemşirelik, merak, çaresizlik, huzursuzluk gibi duygu ve durumların kontrolünü, empati geliştirmeyi ve yardım olgusunun oluşmasını sağlar. Empatik yaklaşım karşıdaki kişinin duygusal süreçlerine dahil olmasını sağlar. Objektif olarak durumlara yaklaşmayı isteyen hemşirelerin empati kurabilmesiyle gerçekleştirilmektedir. Bir yardım mesleği olan hemşirelik; yardım etme ve bakım üzerine temellendirilen en önemli noktası empatidir. Hastayla iletişimin gerçekleşmesi için bir iletişim yetisi olan empatik becerilerin gelişimi önemli bir bağdır. Hemşirelerin empatik becerilerinin olması, hasta olan kişiyi daha iyi anlamasına ve ihtiyaçlarının tam bir şekilde belirlenmesi doğrultusunda karar noktalarında yol göstermektedir. Bu empatik yaklaşım süreci hemşire ve hasta bağlamında da iletişim ağını kuvvetlendirir (4-7).

Somatizasyon iyi tanımlanan bir tanı sınıfı veya bozukluk değil, geniş bir kapsam içeren bir klinik görüngüdür. Bununla beraber somatizasyonu olan olgular fazlasıyla heterojen bir grup oluşturdukları belirtilmiştir. Somatik belirtilerin süresi, şiddeti, duygu durum unsurları, katılım derecesi ve şiddeti, bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük farklılık gösterdiği belirtilmektedir (8).

Somatizasyon, bireyin ihtiyaçlarını, duygulanımlarını, bedensel semptomlarla algılanması, ortaya çıkması ve beden dilini iletişim sürecinde kullanmasıdır. Belirlenen herhangi bir organik bozukluk olmadığı halde fiziksel semptomlardan yakınma ve fizyolojik hastalığı olduğu kaygısı taşınmasıdır. Bedensel hastalık kaygısı ve sürekli doktora başvurmayı bir yaşam şekline getirilmesidir (9).

Kelimelerle anlatmanın bazı nedenlerle yetersiz kaldığı durumlar olduğunda; insanlar bedeninden yardım almaya başlar. Somatizasyon, normal olan bir davranış profilinde genelde başvuru bir çözüm olmakla beraber, organ bozuklukları veya ruhsal bozukluk tanılarında da somatizasyon bulunmaktadır. Somatoform bozukluklar süreç içerisinde bedenin iletişim aracı olarak ön plana çıkarak ve zamanla tek aracı haline gelmektedir (10).

Bu çalışmanın çerçevesine bakıldığında sağlık camiasının büyük bir çoğunluğunu oluşturan hemşirelik mesleğini icra eden kişilerin çalıştıkları riskli birimlerin bazı etkenler referans alınarak bir bilimsel çalışma üretme planlanmaktadır.

Bu kapsamda sosyal iyilik, empati, somatizasyon gibi etkenlerin riskli birimlerde çalışan hemşirelerin sosyal yaşamlarına olan etkisinin incelenmesi hedeflenmektedir. Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin meslek hayatını sürdürürken karşılaştıkları

olumsuz yaşam kalıplarının iyilik halleri, empati düzeyleri ve somatik belirtiler çerçevesinde irdelenerek sosyal yaşamlarına etkisinin önemini ortaya koymaktır. Mesleki farkındalık yaratarak; bu konu hakkında çözümlenmeyen noktaları düşünmeye sevk ederek hemşirelik mesleğinin odağını genişleterek sosyal yaşamlarına etki eden olumsuz kalıpların etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri artırmak amaçlanmaktadır. Bir başka beklenti de hem mesleki hem de sosyal yaşam kalitesini artıracak çözümlerin geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Bu kapsam çerçevesinde; hemşirelik mesleğinin son dönemlerde artan iş yoğunluğu ve psiko-sosyal yönden olumsuz şekilde artış gösteren bir sürecin olması, yapacağımız çalışmanın sonuçları açısından önem arz etmektedir. Bu araştırmanın sonuçları hemşirelik mesleği ile ilgili farkındalıkların artırılması yönünde literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada şu sorunun cevabı aranmaktadır:

- Çalışma birimlerinin, yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin sosyal yaşamları üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşireliğin Kuramsal ve Tarihsel Süreci

Türk Hemşireler Derneği'nin (THD) 1981 yılında yaptığı hemşirelik tanımına göre; hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve yükseltmeyi amaçlayan bilim ve sanattan oluşan bir disiplin olarak ifade edilmiştir. Hemşirelik ilk etapta insanların sadece fizyolojik bakım gereksinimlerini karşılayan bir meslek olmasına rağmen; şuan ki şartlarda bireylerin sosyal, duygusal, psikolojik ihtiyaçlarını belirleyerek bilime ve kaliteye dayandırarak hizmet sunmaktadır (11).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi, International Council of Nurses (ICN) hemşirelik mesleğini, "bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur" şeklinde tanımlamaktadır (12).

Hemşireliğin tarihteki ilk tanımı 1859'da FN tarafından yapılmıştır. Doğanın insana sunduğu; yeme, içme, ısınma gibi temel gereksinimleri olarak; doğanın içinde etkili olması için insanı en ideal hale getirilmesidir. Hemşirelik; insana yeme, ısınma, dinlenme konularında yardımcı olmayı işlevsel kılmıştır. İnsanların sağlık problemlerini çözmesinde sistematik yöntemler kullanarak; hemşirelik bakımını verip, birbirini takip eden hemşirelik faaliyetlerinde 'hemşirelik süreci' kullanılmaktadır. Hemşirenin mesleğini icra ederken hastaya yaklaşımı; bakım esnasında ideal düzeyde bilgi ve donanıma sahip olarak sistemsal bir çerçevede yaklaşımı sadece hemşirelik süreciyle gerçekleştirebilmektedir (13).

Profesyonellik, günün şartlarında toplumların en çok önem verdiği bir konudur. Hemşirelik standartlarının oluşturulmasında; kaliteli hemşirelik bakımı sürecinde profesyonellik önemli bir yer tutmakla beraber, belirli bir noktada; işin olması gereken en mükemmel durumda gerçekleştirebilmesidir. Profesyonellik 'belirli bir alanda yüksek oranda uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış şekline' denilmektedir. Bu yolda kazanım elde etmek için; temel noktalardan biride bilimsel argümanlarla problem çözme becerisi ve eleştirel düşünmeyi etkin kılarak; klişeleşmiş rutin uygulamalardan uzak durarak ve yaratıcı argümanlarla farklılık katmaktır (14).

Profesyonelliğin hemşirelikte üç boyutu mevcuttur. Birinci kısmı kişisel boyuttur. Bu boyutta, hemşirenin bütüncül bir parçası olarak; profesyonel kimliğine bakılmaktadır. Sorumluluk ve yetki alarak hemşireliği uygulama duygusuna sahip olma olarak ifade etmektedir. İkinci kısmı kişilerarası boyuttur. Bu boyutta ise, var olan profesyonel kimlik diğer meslektaşlarla sosyalleşme ve etkileşim süreci elde edilen mesleki değer, norm, kural, bilgi ve becerilerin kazanımıyla gelişmelerin içselleştirilmesidir. Son olarak üçüncü kısmı da sosyal ve tarihsel boyutudur. Bu boyutta ise, hemşirelik olgusunun cinsiyetçi bir ayrıma maruz kalarak, ataerkil toplumlardaki kadın; aile içinde ezilen, boynu eğilen birey olarak konumlandırılması ile daha az kıymet biçilen bir kadın mesleği olarak görülmekteydi. Ancak 2007 yılında mesleğe erkek hemşirelerin alınmaya başlamasıyla sistemsel değişiklik toplumsal bakış açısını değiştirebilmiştir (14, 15).

Profesyonel bireylerden otomatik olarak kurallara uymak değil; pratiklerde etkin kılınmak, sağlıklı/hasta bireylere hizmet sunumunda, mantıklı ve etik davranarak; etik süreçler, nedenler ifade edilirken, tutum ve davranışlar açıklanırken karşılaşılan bir sorun olduğunda verilere, dayanaklara ve mesleki kıstaslara ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelerin sahip olduğu değerler; meslektaşlarıyla, hasta/sağlıklı bireylerle ve toplumsal etkileşim de rehberlik ve yol göstermekte, değer biçilen uygulamalarda karar aşamasında yardımcı olmakta ve uygulamalar için temeller oluşturmaktadır (16).

Endüstrinin gelişmesi, iç savaşlar, Fransız Devrimi, Kırım Savaşı ve I. Dünya Savaşı da hemşirelik mesleği üzerinde ve gelişiminde etkili olmuş süreçlerdir. Modern anlamda hemşirelik gelişimi, Kırım Savaşı'nda (1854-1856) FN ile başladığı kabul görmektedir. FN savaş esnasında, rahibeler ve sivil hastanelerde çalışan bir grup hemşire ile İstanbul'a gelerek hasta/yaralı askerlere yaptığı bakım süreci ve çevrenin fiziki düzenlenmesi sonucunda ölüm oranını %42'lerden %22'ye kadar düşürmüştür. FN ve ekibinin bu başarılı çalışması saygınlığını arttırarak o dönemin liderlerinden destek almasını sağlayarak; hemşirelik mesleğine yönelik yapmak istediği yeniliklere kapı açmıştır (17).

Türkiye açısından bir dönüm noktası olarak kabul gören 1950'li yıllarda, çalışma hayatına kadının daha fazla girmesiyle; kadının rolleri de değişmeye başlamıştır. O dönem kadınlara yakın görülen meslekler; sekreterlik, hasta bakıcılık veya hemşirelik olmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarına göre hemşire sayısının artmasına rağmen ülkenin 1955'li yıllardaki ihtiyacını karşılayamamıştır. Ülkemizde hemşirelere yönelik 2011 yılında çıkarılan hemşirelik kanununa göre hemşirelerin daha profesyonel görüldüğü ve

hemşirelerin özel uzmanlık alanlarına yönelik görev tanımlarının bulunmasına rağmen algılanan hemşirelik imajı ile bu mesleğin profesyonel rollerinin benimsenmediği görülmüştür. Olumlu imaj değişimi için bu mesleğin profesyonel boyutunun mesleki olarak kabul görerek; mesleki imaja yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir (18).

2.1.1. Yoğun Bakım Hemşireliği

Sağlık ekibinin vazgeçilmez unsuru olan hemşireler için, yoğun bakımlar diğer çalışma sahalarından oldukça farklılık göstermektedir. Yoğun bakım hemşireliği özel bir eğitim ve uygulama isteyen ve araştırma verilerini kullanmayı zorunlu kılan bir mesleki daldır. Yoğun bakım ünitesinde hasta bakımının güvenli bir şekilde yapılması için; ilaç tedavilerinin yapılması, tıbbi cihazların kullanımı, ileri yaşam desteği sunulması için hızlı kararların alınması ve uygulanması sürecinde yüksek motiveli hemşirelere gereksinim duyulmaktadır. Bu uygulama alanında zaman yönetimi, stres süreci, cihaz kullanımı konularında profesyonel davranış ve dikkatli olunması gerekmektedir (19).

Yoğun bakım hemşireliği, hayatsal süreci tehdit eden problemlere karşı; kişinin verdiği reaksiyonlara odaklanmış ve hemşirelik bakımını uygulayan özel bir dal olarak adlandırılır (20).

Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını 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 hemşiredir (21).

Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev ve Özellikleri

Yoğun bakım hemşiresinin görev ve özelliklerine bakıldığında; hemşirelik süreci, etik uygulamalar, güvenlik, risk ve kriz yönetimi, klinik süreçler, terapötik iletişim kalıpları ve profesyonel ilişkiler, eğitim, daima araştırma ve geliştirme gibi temel prosedür mekanizmalarından oluşmaktadır. Temel nitelikleri açısından; eğitim süreci lisans olması, en az bir yıl yoğun bakıma benzer ünite çalışmış olması, mezuniyeti sonrası yoğun bakım hemşireliği sertifikasının olması, kurumun misyon, vizyon, politika ve prosedürlerini benimsemiş, kuruma uyum sağlamış, hemşireler arasında Hemşirelik Hizmetleri Müdürü/Başhemşiresi tarafından görevlendirilir. Fizyolojik ve mental nitelikler açısından; ekip çalışmasına yatkın olması, kritik düşünebilen, kriz yönetimi, hızlı karar alabilen, sözlü ve yazılı iletişime açık olabilen, strese karşı direnç gösterebilen,

çevresel uyaranları yorumlayabilen kıstaslarda etkin olması gerekmektedir (22, 23).

Yoğun bakıma kabul edilecek hasta grubunun süreç içerisinde; yoğun bakım ünitesinde uygulanacak bakım ve tedavi aşamalarının neticesinde fayda gören hasta grupları olması beklenir. Buradaki uygulamaların amacı hastanın iyi olması için doğal iyileşme süreci oluşuncaya kadar vücuttaki komplikasyonlarla mücadele edip hastanın yaşam mücadelesini devam ettirmektir. Genelde, solunum yetmezlikleri, politravmalar, akut böbrek yetmezlikleri, kardiyovasküler bozukluklar, zehirlenmeler gibi hasta grupları bulunmaktadır (24).

2.1.2. Acil Servis Hemşireliği

Acil servis hemşireliği, komplike, akut içerikli; kapsam olarak bilgi, beceri ve deneyime geniş anlamda gereksinim duyan, sağlığın devamlılığı için destekleyici fonksiyonu olan, teşhis aşamalarında rol alan bir tıbbi alan olarak görülmektedir. Duygusal, yargısal ve empatik bakış açısıyla hareket kabiliyetini her daim koruyan; hastanın iyilik halini düşünen bir süreçtir. Bu müdahale etkinliklerini gerçekleştirirken bilgi, beceri ve yasal faaliyetler hakkında haberdar olunması gerekliliği zorunlu tutulmaktadır. Aynı zamanda acil servislerin geniş etkinlik ve uygulama alanları, hasta için tanının henüz konmaması, hızlı ve hayati karar verme sorumluluğu, hastanın hayati süreci çalışanlar için stresör faktörüdür (25).

Acil servislerin diğer birimlerden en önemli farkı yapılan her uygulamanın göz önünde yapılıyor olmasıdır (26).

Acil servis hemşireliği, profesyonel bilgi ve donanımıyla entegre bir şekilde; hemşirelik olgularını ve etkinliklerini uygularken, mesleki standartlarını kapsayan etik kodlara göre yol izlemesi gerekmektedir. ICN tarafından oluşturulan bu kodlar, ülkemizde de THD tarafından referans alınmıştır. ICN'ye göre sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve acıların azaltılması hemşirelerin dört temel sorumluluğudur (27).

Acil Servis Hemşiresinin Görev ve Özellikleri

Bu birimde çalışan hemşirelerin, birimine özgü donanım, beceri ve bilgiye sahip olması, doğru zamanda uygun soruyu sorabilen, stresle baş edebilen, uygulamalarının sorumluluğunu üstlenen, vakaların kaygısını dinleyen, empatik anlayışı yüksek olan, kişilerarası iletişime açık olan, gözlemlerini analiz eden, bakım ve tedavi aşamalarında

hızlı, doğru ve yerinde karar verebilme noktasında yetkin olması gerekmektedir (27, 28).

Acil hemşireliği, 1960'lardan itibaren ele alınmaya başlanmış olup, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha farklı özelliklere sahip olunması ve mutlaka özel eğitim aşamalarından geçmeleri gerektiği vurgulanmıştır (29).

Acil serviste çalışan tüm hemşirelerin daha önceden acil bakım veya yoğun bakım eğitim programlarını tamamlamaları veya yeterli düzeyde acil tıp tecrübesi kazanmış olmaları gerekmektedir. Bu birim hemşirelerinin mesleki anlamda sürekli kendilerini geliştirmek amacıyla etkinliklere katılmaları gerekmektedir. Birime gelen hasta sayısı, vakaların ciddiyeti, müracaat zamanı, gerekli desteğin olması, ulaşılabilirlik, konsülte süreçleri gibi sorunlar ve kriterler takip edilmelidir (29).

2.2. Sosyal İyilik Hali

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kendi anayasasında sağlığı şöyle tanımlamıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. ”Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanmaması, iş bulma ihtimalinin bulunmaması, gelir dağılımı adaletsizliğinin oluşturacağı huzursuzluk hissini yok edilmediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması ihtimali bulunmamaktadır. Tam bir iyilik halinin oluşması biyolojik açıdan da mümkün olmamaktadır. Kesgin 2006'da “o zaman sağlık ‘başa çıkmadır’. Başa çıktığımız her an var olma olanağımızdan yararlanabiliriz” şeklinde belirtmiştir (30).

2.2.1. Sosyal Bilişsel Kuram

Hemşirelik disiplini kuram, uygulama ve araştırma olmak üzere üç temel unsurdan meydana gelerek; her bir disiplin sürecinin etkili olabilmesi için, bu unsurların karşılıklı etkileşimi meydana gelmelidir. Bahsi geçen unsurlar arasındaki ilişki ve bağlantılara yönelik çalışmalar hemşirelik disiplinine gelişim katmaktadır (31).

Albert Bandura, tarafından ortaya sürülen Sosyal Bilişsel Kuram'ının gelişim sürecinin ilk aşaması “Sosyal Öğrenme Kuramı” olmuştur (1977). Bandura 1977'de Sosyal Öğrenme Kuramı'nın temel ilkesini: “İnsanlar başkalarının davranışlarını gözlemleyerek ve bunlardan elde ettiği neticeler sonucunda öğrenmeyi gerçekleştirmektedir” (31, 32). Bandura 1986 da, öğrenmede bilişsel aşamaların önemini fark edince; önceden geliştirmiş olduğu Sosyal Öğrenme Kuramı'ndan ilham alarak ‘Sosyal Bilişsel Kuramı’ meydana getirmiştir. Bilişsel süreçlerin sadece ruhsal içerik ve

içsel psikolojik etmenlerle sınırlı olmayıp; yalnızca bir bireyin diğer bireylerin etkinliklerini taklit etmesi değil, aynı zamanda sosyal bir doku olan çevresel olgu ve olayları gözlemleyerek bilişsel olarak işlenip değerlendirilmesidir (31, 33).

Bandura'ya göre öğrenme dört aşamalı gözlem aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bunlar: dikkat etme aşaması, hatırd tutma aşaması, güdülenme aşaması ve davranış oluşturma aşamasıdır.

Dikkat Etme Aşaması: Gözlem aracılığıyla öğrenmenin ilk adımı modele yönelik dikkat etme aşamasıdır. Model alınacak nesneye birey dikkat ederek, doğru bir biçimde algıyı oluşturamazsa gözlem aracılığıyla öğrenme meydana gelmez. Bireyin gereksinim, ilgi, amaçları ve modele duyulan hayranlık gibi durumlar dikkat etme aşaması ve ideal algılama işlemi gibi durumları etkilemektedir.

Hatırd Tutma Aşaması: Bandura'ya göre davranışların meydana gelmesini sağlayan bilişsel aşamaların çoğu görsellikten ziyade sözel ifadeler gereksinim duymaktadır. Hatırd tutma, gözlem aşamalarıyla elde edilen bilgilerin sözel bilgilere evrildiği ve bellekte saklanan dinamik yönü olan aşamaları içermektedir.

Güdülenme Aşaması: Sosyal Bilişsel Kuramı'nda pekiştirmenin iki önemli işlevselliği bulunmaktadır. Birincisi; gözlem aracılığıyla bilgi elde eden birey, modelin pekiştirilen davranışı gibi davranış sürecinde bulunduğu kendisinin de pekiştirileceğine ilişkin beklenti yaratmaktadır. İkincisi; öğrenmenin pratiksel olarak davranışlara dönme aşamalarında rol alarak harekete geçirici fonksiyon olarak işlevsel olmakla beraber; öğrenilenlerin kullanımı için bireyi güdülenmektedir.

Davranış Oluşturma Aşaması: Birey bu aşamada, dikkat etme, hatırd tutma ve yeterli güdülenmeye sahip olduktan sonra geldiği aşamadır. Bireyin bellekte kodlama süreçlerini meydana getirmesi beklenirken “öz-yeterlilik” kavramının bunun oluşmasında fonksiyonel bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (31, 34).

2.2.2. Öz-Yeterlilik Kavramı

Bandura 1986 yılında, öz-yeterliliği kavramsal olarak ilk kez tanımlamıştır. Bandura kavramı; “İnsanların bireysel performanslarıyla ulaşabilmelerini sağlayacak eylemler için, eylemlerini örgütleme ve onları sergileme yetenekleri ile ilgili algıları” olarak belirtmiştir (31, 33).

Öz-yeterlilik inançları, insanların düşünüş-davranış süreçleri, hissettiklerini ve kendi motivasyonlarını nasıl oluşturduklarını, kapasitelerine olan bağlılık sürecidir. Yüksek bir yeterlilik sahibi bireyler hedeflerine varmada kararlı bir duruş göstermektedirler. Olumsuz gelişmeler karşısında bile hızlı bir şekilde toparlanma süreci gösterirken; öz-yeterlilik kapasitesi düşük bireyler her işten kaçınma davranışı gösterirler ve mücadeleden vazgeçmeyi hemen düşünmektedirler. Tolere gücü düşük profillerin anksiyete ve stres parametreleri yüksek bir izlenim seyrinde olmaktadır (31, 35).

Bandura 1998'de bireyin öz-yeterlilik inançlarını oluşturan çeşitli aşamaların olduğundan bahsetmiştir. Bu aşamalar; davranışa özgü bireyin önceki deneyimleri, davranışa ilişkin diğer bireylerin deneyimlerine tanık olma, davranışa ilişkin çevrenin desteği ve bu davranışa özgü bireyin psikolojik durumudur (36).

Bireyin Davranışa Özgü Önceki Deneyimleri: Herhangi bir duruma yönelik iyi ya da kötü deneyimler bireyin öz-yeterlilik kapasitesinin oluşumunda önemli bir nokta arz etmektedir. İyi içerikli deneyimler öz-yeterlilik kapasitesini artırırken, kötü yaşanmış deneyimler öz-yeterlilik kapasitesini azaltmaktadır. Bireyin, karşılaşma ihtimali olan herhangi bir sorun ve engel karşısında öz-yeterlilik algısı ve farkındalığı yeterli düzeydeyse olumsuzluklara çözüm yolu bulma başarısı da yüksek olmaktadır.

Bireyin Davranışına İlişkin Diğer Bireylerin Deneyimlerine Tanık Olma: Birey, gözlem ve çıkarımlarda bulunarak; kendi davranış durumuna benzer başka bireylerden modelleme şekilleri oluşturarak deneyim sahibi olmaktadır. Şayet birey, referans aldığı bireylerin benzer deneyimler ile başarılı sonuçlar elde etmişler; kendisinin de benzer deneyim süreçlerinde başarı elde edeceğine dair inanç algısı geliştirerek; olumlu pekiştirme süreçlerini oluşturur. Tam tersi bir süreç yaşanırsa yani modellemenin başarısız sonuçları bireyin öz-yeterlilik düzeyini olumsuz etkileyecektir.

Davranışa İlişkin Çevrenin Desteği: Bireyin gerçekleştireceği davranışlarda sosyal çevrenin vereceği pozitif mesajlar; bireyin başarılı olma yolunda göstereceği mücadeleye ve öz-yeterlilik algı kapasitesinin artması üzerine doğrudan etki yaratmaktadır. Aksi durumda başarısızlık yaşanacağı duygusu sosyal çevreden negatif algı mesajlarıyla bireye verilince; bireyde oluşan yalnızlık hissi, gerekli davranışları gerçekleştirmede durgun davranmakta ya da çetin şartlarla karşı karşıya kaldığında hemen vazgeçmektedir.

Davranışa Özgü Bireyin Psikolojik Durumu: Öz-yeterlilik inancı, bireyin içinde bulunduğu şartlardan ve bireyin o anda yaşadığı psikolojik dinamiklerden

etkilenmektedir. Olumlu şartlar ve olumlu psikolojik dinamikler öz-yeterlilik üzerine artırıcı etken oluştururken; tersi durumlar olumsuz fizyolojik şartlar ve olumsuz psikolojik dinamikler meydana geldiğinde öz-yeterlilik algısını negatif yönde etkilemektedir (31, 36).

Schwarzer ve Fuchs 1995'te bilişsel davranış değişimi bağlamında algı oluşturan, öz-yeterlilik kavramını: Güçlü bir bireysel motivasyonla davranış ve duyguların, daha sağlıklı, yüksek başarı kapasitesi ve sosyal entegrasyon ile bağlantısı olduğunu belirtmişlerdir. Bu kavramın, duygusal bozukluklar, akademik başarı, kariyer seçimi, fiziksel ve ruhsal sağlık ve sosyo-politik süreç değişimleri gibi alanlarda uygulanma fırsatı bulunmuştur. Eğitim, gelişim, sağlık, klinik, sosyal psikoloji gibi alanlarda önem arz eden bir değişken olmuştur. Sağlıklı davranış aşamalarının özümsemesi, başlaması ve devam ettirilmesi üzerinde bir etkiye sahiptir. Öz-yeterlilik bireylerin, düşünme, davranma ve hissetme konularında bir farkındalık yaratma sürecidir. Duygusal anlamda düşük eşikli öz-yeterliliği olan bireylerde; anksiyete, depresyon ve çaresizlik görülmekle beraber, düşük benlik saygısı, kişisel gelişim ve başarı konularında negatif düşünce kalıplarına sahiptirler. Düşünme aşamaları açısından, sağlam bir öz-yeterlilik hissiyatı akademik başarı ve bilişsel gelişim sürecini olumlu yönde etkilemektedir (37).

2.2.3. Sosyal Destek Sistemi

İyilik hali Dünya Sağlık Örgütü tarafından daha kapsamlı tanımı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması hali olarak değil; bedensel, sosyal ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali” olarak belirtmiştir (30, 38).

Sosyal destek, bireyin sosyalleştiği çevreden yardım talebi ve çevre içindekilerin vereceği desteği onaylamasıyla ilgili olan süreçtir. Çalışmalar sosyal desteğin bedensel ve ruhsal sağlık açısından pozitif içerikli etkiler yarattığını göstermektedir. Meehan, Durlak ve Braynt 1993'teki çalışmasında sosyal destek ile mutluluk, memnuniyet ve kendine güven arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; Jou ve Fukada 1995'te ihtiyaç duyulan destek ile uyum arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (39).

İyilik hali hareketi, sağlığı güçlendiren etkenleri belirleyen ve bireylerin yaşam şekillerinde değişimler yapmayı hedeflemektedir. Pozitif psikoloji ilkeleri, önlem almayı önemseyen, farkındalığı artırıcı uygun eğitim programlarıyla; bireylerin yaşam tarzlarında değişimleri önemseyerek sağlık ve iyilik hali kapasitesini artırmaya yönelik son dönemlerde modellemeler geliştirmişlerdir (38, 39).

Yalnızlık, kavramsal olarak sürekli kaçınılan ve anksiyete, üzüntü ile yaşadığı ortamda diğer insanlardan farklı olma duygusuna kapılma hissi, istenmeyen bir yaşam sürecidir. Yapılan araştırmalardaki verilere göre yalnızlık düşük benlik saygısı, sosyal becerilerde düşük seviyeler ve depresyon üzerine etkisi belirtilmiştir. Yalnızlık ve sosyal destek arasında ters orantılı güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek ile ilgili literatüre bakıldığında iki tür sosyal destekten söz edilmektedir: Birincisi algılanmış sosyal destek, ikincisi alınan sosyal destektir. Algılanmış sosyal destek, bireyin gereksinimleri çerçevesinde destek kaynaklarının olması, nitelik olarak belirtilerek; ruhsal sağlık üzerinde alınan sosyal destekten daha belirleyici olduğuna değinilmiştir. Algılanmış sosyal destek artışı yalnızlık düzeyini azaltırken; tersi durumda yalnızlık düzeyi artmaktadır (40).

Sosyal destek sistemiyle ilgili çalışmalar hızlı bir şekilde yol alırken, sosyal destek yapısı kavramsal boşluk ve belirsizlikler içermektedir. Sosyal ağların, çevre vasıtasıyla elde edilen sosyal bağlantılara yönelerek yapısal ve işlevsel boyutlar açısından bakılmaktadır. Sağlanan ağ sistemiyle bireye; geri bildirim, bilgi, destek gereksinimleri gerçekleştirildiğinde; bireyde sosyal destek algısının oluşmasıyla stres yönetimiyle baş edilmesinde etkili olmaktadır. Algılanan sosyal destek normuna bakıldığında; sosyal çevrelerindeki destekleyici kalıplar, bireyin değer görme süreçleri, önemsenmeleri bu kavramı anlamlaştırmıştır (41).

Bireyin strese karşı dirençli olmasında ve olumsuz etkilerine karşı koymasında sosyal yaşamın bir parçası olan sosyal ilişkilerin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Yaşamın zorlayıcı etkenlerine karşı ait olduğu topluluk (aile üyeleri, arkadaşları, akrabaları) içerisindeki yapıların aracı olduğu kaynakları kullanabilme aşaması; kavramlaştırılan sosyal desteğin bireyin bedensel sağlık ve mental olarak kendini iyi hissetmesi üzerine anlamlı bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır (42, 43).

Sosyal destek sistemindeki değişimler ve eksik noktalar sağlık üzerinde etki yarattığı belirtilmektedir. Bundan ötürü bu kavram hemşirelik olgusuyla yakından ilişkili bir sağlık süreci içermektedir. Sosyal destek sistemlerinin standartlaştırılması, desteklendirilmesi ve yol göstermesi açısından önem arz etmektedir (43).

Bireylerin bütünsel bir olgu içerisinde ele alınarak bedensel ve ruhsal açılardan da sağlıklı olma anlamını içermesidir. Parson'un sağlık açıklaması; bireyin sosyal bir varlık olarak işlevsellik bakımından görevlerini yerine getirebilme yeteneğidir. Bu yaklaşım

özünde DSÖ'nün bütünsel yaklaşımına benzerlik göstermekle beraber; aynı zamanda iyilik hali ve biyo-kültürel ifadeleri kapsamaktadır (44).

2.3. Empatinin Tarihsel ve Kuramsal Süreci

Empati, kavram olarak ortaya çıkışından bu yana çeşitli isimlerle belirtilmiştir. Tarihsel süreç boyunca aldığı isimlerle günümüze kadar gelerek bugün ki kavramsal boyutuyla kendine yer edinmiştir. Günümüzdeki empati kavramının orijinine bakıldığında; Yunancadaki “empathia”dan kökünü aldığı belirtilmiştir. Kelimedeki “em” önekinin karşılığı, “de” ya da “içinde, içeride” olduğu ifade edilirken; “pathia”nın anlamı ise “hissetmeyi” ifade ettiği belirtilmektedir. Bir diğer atası sayılan dil süreci de Almancadır. Almanca’da empatiyi karşılayan “einführung” sözcüğüdür. Buradaki sözcük anlamı bir başka kişinin yerine geçme yetisi olarak ifade edilmektedir. Empatinin Almancadaki diğer eş anlamlı sözcükleri “sichhineinversetzen” ve “fremdwahrnehmung”dır. “Einführung” kelimesi İngilizce’ye “empathy” olarak çevrilmiştir. Ancak bu çevirinin de eksik ve yanlış anlamlandırıldığı düşünülmektedir. İngilizce’de “einführung”un tam karşılığı olan sözcük “feeling into” olduğu belirtilerek; kapsadığı anlam ise “içinde hissetmektir” (45-47).

Empati, tarihsel süreçte ilk defa Aristo’nun Rhetoric adlı eserinde yer aldığı belirtilmiştir (47).

Empati konusundaki kavram karışıklığının belirginleşmesinin ilk adımı için konunun tarihçesini irdelemek gerekir. Carl Rogers’in 1975’te bu durumla ilgili olarak “ben bile çeşitli empati tanımları yaptım” demiştir. Empatinin ne olduğu konusundaki fikirler, zaman içerisinde değişimler yaşamıştır. Bir başka bakış açısıyla bakıldığında; empatinin tanımı ile tarihi süreci bir biriyle ilişkilidir (48).

Günümüzde empati ile ilgili pek çok bilim adamının çeşitli araştırma ve değerlendirmeleri bulunmasına rağmen; empati olgusu denilince ilk bilinen ve akla gelen kişi Carl Rogers’tir. Özellikle günümüzde psikoterapinin gerçekleştirilebilmesi için empatinin yeri ve önemi tartışılmaz bir gerçek olarak bilinmektedir. Bu süreçte C.Rogers’in araştırmaları ve katkıları bilinmektedir. Rogers empati olgusu üzerine yaptığı tanımlamalar zaman içerisinde değişmiş, özellikle 1960’da yaptığı tanımlamaları, daha sonraki çalışmalarında yer vermemiştir. “Rogers Öncesi” diyebileceğimiz bu dönemde; Rogers, empatiyi bugün ki şartlarda benimsenen ve bilinen tanımından oldukça farklı bir şekilde belirtiyordu: 1960 veya “Rogers Öncesi” yaklaşım sürecinde; “empati

kurma” ifadesiyle, bir insanın karşısındakinin hangi durumlarda ne tür davranışlarda bulunacağını önceden tahmin etmesi kastediliyordu; bu durumda empati, insanların birbirlerinin kişilik özelliklerini algılamaları anlamıyla sınırlandırılıyordu. Rogers’in empati anlayışı ile Rogers öncesi empati anlayışı arasında temel farklılık olarak; Rogers’in kendisinden önceki zamanda sadece bilişsel düzeyde ele alınan empatiye, duyuşsal boyut da eklemesidir. Rogers 1970’li yıllarda geldiği nokta, empatinin günümüzde artık büyük bir kesimin üzerinde hem fikir olduğu güncel kavramsal tanıma dönüşümüdür. Kesin ve katı bir anlam yüklemesini yeni yaklaşımında yapmayan Rogers; kavramın geniş açıklamalar barındıran fonksiyonel tanım ve çalışmalara yoğunlaştığı görülmektedir. Rogers’in belirttiği empati tanımı: “bir kişinin belli bir duruma ilişkin olarak; kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olgulara onun bakış açısıyla bakmaya çalışması, karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, onun hissettiklerini hissetmesi ve bu durumu ona iletme sürecine ‘empati’ denilmektedir” (45, 48, 49).

Rogers 1983’te bu tanımlamayı üç öğeye dayandırmaktadır:

- a) Bir kişi, karşısındaki biriyle belli bir konuya ilişkin olarak empati kurabilir.
- b) Empati sürecini kuran kişi, bu konuya ilişkin olarak, empati kurduğu kişinin hissettiklerini his etmeye çalışır.
- c) Empati sürecini kuran kişi, karşısındaki kişinin duygularını anladığını, hissettiklerini hissettiğini kişiye sözel bir şekilde veya farklı davranışlarla gösterir (49).

1960’lı yıllara kadar empatinin kavramsal boyutundaki karışıklık ve zaman zaman da mevcut anlamının dışında yanlış ifade edilmesiyle kullanılmıştır. Rogers 1957’de, Schafer 1959’da, Greenson 1960’da tanımlama içeriğinde: “bir başkasının içinde bulunduğu ruhsal süreçleri kavrayabilme ve kişinin hissettiği deneyimleri aktarabilmektir” ifadesiyle açıklanmıştır. Zaman içerisinde başka araştırmacılar da bu olgunun bilişsel bileşenleri için Hogan 1969’da, “understand” yani anlamak ve Mehrabian ve Epstein 1972’de “feel” yani yaşanan durumu hissetme süreci olarak tanımlamaya katmışlardır (50).

Empati kavramının kullanımı ilk olarak Alman kökenli Theodore Lipps’in “einfühlung” kelimesini kullanmasıyla denk gelinmiştir. Lipps insanın dış çevredeki bir nesneyi, bir sanat eserini bütünsel bir halde yansıtmayı, kendine mal etme süreci, kendini

onun içinde hissederek ve bu yaklaşımla mevcut nesneyi özümseyerek anlaması sürecini “einfühlung” olarak belirtmiştir. T. Lipps 1897’den sonraki araştırmalarında nesne dışında insanların “einfühlung” kavramı sayesinde algılanabileceğini belirtmiştir. İnsanların karşısındaki kişilere yönelik kendini yansıtma şeklinde iç dünyasındaki bir çeşit taklit yolunu kullanarak karşısındakini bir noktada anlamaya çalıştığını belirtmiştir. Bu durum “einfühlung” terimine atıf da bulunarak gerçekleşmektedir. 1909’da Edward B. Titchener “einfühlung” terimini aynı zamanda eski Yunanca’daki “empathia” terimi olarak bilinen bu kelimeyi İngilizce’ye “empathy” olarak tercüme ettirerek; bir nesneye, bir olayın iç dokusuna girerek bakmaya çalışmak, onu algı sürecine dahil ederek; nesneye yansıtma olarak ifade etmiştir. Edward B. Titchener, bu terimi geliştirme sürecinde karşıdakilerin duygularını anlamada hassasiyet ve farkındalık yaratmakla beraber duyguları paylaşmanın önemine vurgu yapmıştır. Empatik hassasiyet ve duyarlılığın yaşanan çevreyi bireyselleştiren, insanlaştıran genel bir bağlamda etkin bir duyarlılık kattığından bahsetmiştir. Bu noktadan sonra empati kavramı psikiyatri literatüründe kendine yer edinmiştir (45, 48).

Empati konusu tarihsel süreçte literatürde başlıca üç aşamadan geçmiştir.

- a) Mevcut yüzyılımızın başından 1950’li yılların sonuna kadar empati tanımsal içeriğinde bilişsel süreçleri ele almıştır. 1950’li yıllar içerisinde özellikle empati olgusu; bir kişinin karşısındaki kişiyi tanıma, kendini onun yerine koyma yoluyla onun nitelikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla kullanılmıştır. O dönemde Dymond 1950’de empati ölçümü adı altında, insanların birbirlerinin kişilik özelliklerini nasıl algıladıkları ölçülmüştür. O dönem de benzer mantıkla yaklaşan başka teorisyenlerde vardı.
- b) 1960’lı yıllar içerisinde, empatinin duygusal yönünün de bulunduğu belirtilerek; bu yaklaşım ile empatinin bilişsel tarafıyla karşımızdaki rolünü benimsemiş empatinin en temel şartıdır. Ancak tek başına yeterli olmadığı; empatinin bir diğer temel noktası olarak karşımızdakinin hissettiği duyguların aynısını hissetmeye çalışmaktır.
- c) 1970’lerde ise empati, 60’lı yıllara göre daha dar bir anlam içeriğinde kullanılmıştır. Birinin belirli bir duygusunu anlamaya ve bu duyguya uygun bir karşılık vermeye empati denilmiştir. Süreç de oluşan bu yeni yaklaşıma göre, empati kuran kişi kendine dair yoğunlaşmadan ziyade, tüm farkındalığı

dikkatini karşısındaki kişiye vererek; “ben ne hissediyorum” diye değil “o ne hissediyor” diye konuya değinir (48).

1980’li yıllarda kavramsal içerik olarak empatinin bilişsel ve duyuşsal yönden bir bütünlük olarak bu öğelere sahip olması gerektiği üzerinde uzlaşmıştır. 90’lı yıllarda ise bir olaya, objeye dış dünya ile değil; iç dokusuna girmeye çalışarak bakmak gerektiği belirtilmiştir (45).

Empati sahip olduğu içerik ve kavramsal aşamalarıyla ilgili olarak; literatürlere bakıldığında, farklı araştırmacı ve teorisyenler tarafından farklı yaklaşımlarla tanımlandığını, hatta aynı teorisyen ve araştırmacıların empati kavramına süreç içerisinde farklı ifadelerle içeriğini değiştirdiği belirtilmiştir (51).

Empatik bilgi sürecinde; sadece mantıksal akıl yürütme vasıtasıyla ulaşılan bilginin ötesinde davranışların empatik anlayışla verdiği iç görülerle; kişilerin oluşturduğu ilişkinin doğası gereği ve empatik kapasitenin kişi tarafından kullanılmasıyla oluşturulmaktadır. Duyuşsal frekanslarla meydana gelen empatik algı, başka kişilerin zihinsel süreçlerinde oluşan durumlara direk bakma olgusundan ziyade; kişinin hissettikleri, analizleri ve mantıklı bir şekilde deneyimlediği süreçler arasında bir mekanizma oluşturmaktadır. Başka bir bakış açısıyla; empati, karşındaki kişiyle özdeşim oluşturma ve daha sonraki aşamada kişinin duygularını taklit vasıtasıyla meydana getirilmesidir. Aynı zamanda başka kişilerin iç yapısı veya dünyasına doğru yönelerek düşünce ve duyguları konusunda kişinin anlaşılabilirliği üzerine bir kapasitedir (52).

Empati, bilişsel ve duygusal içerikli alanlarıyla çok boyutlu bir dokudur. Bilişsel empati, karşımızdaki kişinin sahip olduğu şartları referans alarak; bakış açımızı kişinin şartlarından kavrayabilme kapasitemizdir. Duygusal empati ise; kişinin başkalarına dair duyguları hakkındaki hassasiyetlerine yöneliktir (53).

Empati ifadesi, insanlar arasında gerçekleşen kişilerarası duygusal emek sürecini ifade etmektedir. Empatinin yardımıyla sağlanan ilişki bağları ve psikolojik süreçler aracılığıyla oluşan; başka insanların gösterdiği tepkilerin gözlemlenmesi ile meydana gelen deneyimlerin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal mekanizmaların çalışmasıyla bütünsel bir şekilde kapsayıcılığı olan empatinin kavramsallaştırılmasıdır (54).

Empatik yaklaşımla, başka insanların dünyayı algıladıkları ve gördükleri gibi ve onların tecrübe ve yaşantılarını hayal ederek; duygu süreçlerine, karakterlerine ve kişilik olgularına yönelik etkileşim kabiliyetlerini gerçekleştirmektir. Bunu gerçekleştirirken, kişinin kendi hissetme, düşünme kalıpları ve algılarını bir tarafa bırakması gerekir (55).

2.4. Empatinin Unsurları

Empatinin unsurları açısından Goldstein ve Michaels 1985’de, bir modellemeden bahsetmişlerdir. Empati teriminin bilinen bilişsel (cognitive) ve duyuşsal (effecitive) yönlerinin yanında algısal (communicative) ve bildirişimsel (perceptive) yönleri de içerdiği ifade edilmektedir. Empati tanımlarında ortaya çıkan görüş farklılıkları, empatinin unsurları (bileşenleri)yönelik fikirlerde de çıkmıştır. Zaman içerisinde yapılan çalışmalar fikirsel ayrılıkları azaltarak daha net sonuçlar çıkarmıştır. Ama günümüzde empatinin bahsi geçen dört unsuru olduğu benimsenmiştir. Empati olgusu meydana gelirken, kişi karşısındakinin yüzüne, jest-mimiklerine, ses tonuna, içeriğine, kapsayıcılığına, ifade edilen hareket süreçlerine dikkat ederek doğru algılamayı hedeflemelidir (56).

Barrett-Lennard 1993’deki bir çalışmada kişinin, empati kurabilmesi için; dört aşamada gerçekleştiğini belirtmiştir. İlk aşama; kişinin duyguları hakkında farkındalığı görmesi, ikinci aşama; iletişim bağı oluşturması, üçüncü aşama; kişi süreç içerisinde dinlenildiğini ve anlaşıldığını hissetmesi, dördüncü aşama; kişinin kendini ifade edebilmesidir (57).

2.4.1. Algısal Empati

Empatinin algısal unsuru, karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerine yönelik deneyimimizdeki ilk adım atma aşamasıdır. Bu süreç de karşımızdakini fark etmemizle başlar. Karşıdaki kişinin dikkat edilen yüz ifadesi, ses tonu, ifadelerin içeriğine yönelik süreç algısal unsurla irdelenmektedir. Böylece bu noktalar anlaşıldıktan sonra bir sonraki basamak olan bilişsel ve duygusal aşamalara geçilir. Herkes yaşadığı çevreyi, kendi benliğini, olguları ve diğer kişileri farklı betimler dolayısıyla algıya yönelik deneyimler etraflica anlaşıldıktan sonra diğer empati unsurlarına geçilir (58).

2.4.2. Bilişsel Empati

Bilişsel empati, karşımızdaki kişilerin davranış, yaşanmışlıklar, tecrübeler ve bilginin bilimsel koşullarda analiz etme, mantığı kullanma ve eleştirel bakış açısının kuvvetli olan yönlerine atıf da bulunur (59). Perspektif alma yöntemiyle, bürüneceğimiz rol ile karşımızdakinin düşüncelerini anlamamız bilişsel özellik barındıran bir kabiliyet içermektedir (45, 59). Bilişsel rol modeli, duyuşsal rol alma sürecinin ön koşulu niteliğinde sayılmaktadır (45).

2.4.3. Duygusal Empati

Empatinin duygusal unsuruna bakıldığında; karşımızdaki kişinin ruhsal ve iç dünyasındaki duygulanım süreçlerine yönelik algısal ve paylaşımsal nitelikler içeren bir bakış açısını ifade etmektedir. Yani başkalarının hissettiğini hissetme yeteneğidir (45, 59). Dökmen 2005’de “karşısındakinin hissettiğini hissetmektir” demiştir. Empatinin duygusal yönüne yönelik ifade edilmiştir (45).

2.4.4. Bildirişimsel Empati

Empatinin bildirişimsel yönü daha önceki üç temel unsurundan sonra deneyimlerin karşı taraftaki kişiye aktarımın doğru iletimidir. Karşı taraftaki kişiye tepki oluşturmanın iki yolu bulunmaktadır. Birincisi beden dilimizi aktif kullanma yolu diğeri ise sözlü yani konuşma yoluyla karşıdaki kişiyi anladığımızı hissettirmektir. Bu etki-tepki sürecinin en ideal mekanizma basamağı ise bu iki yolu birlikte entegre bir şekilde kullanabilmektir (45).

2.5. Empati ile Karışan Kavramlar

2.5.1. Empati ve Sempati

Eski Yunan dilinde “sympatheia” sözcüğünden (sym, ile; pathos, acı çekme anlamına gelmektedir). İngilizce’ye “sympathy” olarak çevrilen sözcüğün anlamı “birisiyle birlikte acı çekme” anlamına gelmektedir (58).

Sempati, karşı taraftaki bireyin ıstırabını azaltmak için hassasiyeti artırarak farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır. Kavramsal tanımının iki yönü vardır. İlki karşıdaki kişinin duygularına yönelik artan hissiyat ve duyarlılık süreciyle yoğunlaşmaktır. İkincisi gerekli olan her türlü rahatlatıcı önlem alma güdüsünü amaçlayarak, sempati duygusuyla kişiyi çektiği acıdan en kısa zamanda kurtarıp rahatlatmaktır (60). Bu iki terim arasında ince nüans bulunmaktadır. Empatide karşımızdaki bireye yönelik anlama ve anlaşılma beklentisi varken; sempati ise anlama eyleminden ziyade karşımızdaki bireye katılma ve yanında olma durumu meydana gelmektedir. Empatinin özünde olan yaklaşıma göre karşıdaki bireyle benzer duygu ve görüş paylaşımından ziyade onun duygu, düşünce ve görüşlerini anlamak esasken; sempatide özümseme ve yan yana olma bağı bulunmaktadır (45, 60). Özetle empatide “anlamak”, sempatide ise anlamış olalım veya anlamış olmayalım, karşıdaki bireye “hak vermek-haklı görmek” vardır (45).

2.5.2. Empati ve Sezgi

Bu iki terim neredeyse birbirinin zıttıdır. Sezgisel yaklaşım, bir kişinin gereksinim ve yönelimlerini ortaya çıkarma, çözüm oluşturma ve standartlaştırma kabiliyeti ile bağlantılıdır. Bu kavramın içeriğinde başka kimsenin yaşam sürecine isteyerek yer alma söz konusu değildir. Amaçlanan bir yaşanmışlığı gözlem ve gözlem sonucunda değerlendirme söz konusu olmaktadır. Empatinin özünde ise değerlendirme aşamasından uzak durulmaktadır. Oysaki sezgide ise doğrudan doğruya bir değerlendirme hedeflenmektedir (61).

Bahsi geçen kavramların arasındaki ilişki açısından tartışmalı nüanslar bulunduğu düşünülmektedir. Fakat sezgiye yönelik ifadelerde ise hızlı bir tarzda meydana gelen bir düşünce işlemi olduğuna dair görüş ortaklığı bulunmaktadır. Bu kavramlar hızlı bir şekilde derin bir anlayışa kavuşma eğilimindedir. Empati, duygu ve dürtülere yönelik yakın bağ kurma metodudur. Sezgi ise aynı aşamayı düşünceler alanında oluşturur. Benlik işlevi açısından bakıldığında; empati, deneyimlenen benlik işlevi iken, sezgi ise gözlemleyen benliğin bir işlevi olarak kabul edilmektedir. Empati, sadece benlik işlevleri yönünden değil, aynı zamanda nesne ilişkileri yönünden de kontrollü ve geri bildirim regresyon kapasitesini gerektirmektedir. Sezgi de ise regresif bir süreç barındırır da temel olarak bir düşünce işlemidir (47).

2.5.3. Empati ve Özdeşim

Empati ile özdeşim karıştırılmaması gereken kavramlardır. Bir kimsenin özdeşlemede karşıdaki kişi gibi olma ve karşıdaki kişi gibi davranma şekliyle ve kişinin birçok yönleriyle karşı taraftaki kişiye benzeme isteği ile oluşan otomatik ve bilinçdışı işlev kazanan zihinsel bir aşamadır. Kişinin kendi benlik olgusunu silerek karşıdaki kişinin benliğini içselleştirmesidir. Kısacası bir bakıma özdeşleşme; iki kişinin aynı benliği paylaşması iken empati ise iki farklı benliğin birlikte var olmasıdır (47, 61).

Özdeşim vasıtasıyla, kişi bağ kurduğu başka kişilerle uyum açısından pek çok noktada rol model olarak bir doyuruculuk elde edebilmektedir. Özdeşim kurulduğunda sadece eylemsel benzerlikle kalınmayıp aradaki ilişki sürecinin de güçlenmesine aracı olmaktadır (47).

2.5.4. Empati ve İçtenlik

İçtenlik ve empati kavramları bir birine yakın bağ içermektedir. Empatik yaklaşımla karşıdaki kişinin iç dünyasına hitap ederek ve iç dünyasına girerek, kendi iç dünyasında da yaşamasıdır. İçten yaklaşım gösterdiğinde karşıdaki kişinin iç dünyasına yönelirken, aynı anda kendi yaşantı ve deneyimlerine yönelik algılamaya çaba sarf etmesidir (61).

2.6. Empati ve Hemşirelik

Bir yardım mesleği olan hemşirelik; yardım etme ve bakım üzerine temellendirilen en önemli noktası empatidir. Hastayla iletişimin gerçekleşmesi için bir iletişim yetisi olan empatik becerilerin gelişimi önemli bir bağlıdır. Hemşirelerin empatik becerilerinin olması, hasta olan kişiyi daha iyi anlamasına ve ihtiyaçlarının tam bir şekilde belirlenmesi doğrultusunda karar noktalarında yol göstermektedir. Bu empatik yaklaşım süreci hemşire ve hasta bağlamında da iletişim ağını kuvvetlendirmektedir (4, 7).

Hasta-hemşire bağlamında terapötik bir ilişki süreci için; ilgi, güven, empati, saygı gibi kavramların dikkate değer boyutu bulunmaktadır. Hasta bireylerin gereksinim ve algı düzeylerinin anlaşılabilirliği için hasta odaklı çözümlerin bulunması ve sorunların azaltılması gerekmektedir. Terapötik ilişkilerde empatinin gelişimi için, etkileşimin başlaması ve desteklenmesi çok önemli olduğu düşünülmektedir (4, 62).

Klinik empati, hastaya yönelik genel durumu, hasta bireye yönelik faydalı (terapötik) yönleri tespit edip; ihtiyaçlarına yönelik ideal karar mekanizmasını devreye sokup uygun bir tarz da hareket etmektir. Hastayla yardım ilişkisinde algılanan empati düzeyi, sağlık çalışanı için empati sunma konularında tavsiyede bulunabilmektedirler. Böylece hastanın empatinin etkinliğini belirleyen yardım algısını gösteren literatür çalışmaları bunu desteklemektedir. Dolayısıyla bu tarz işbirliğine yönelik deneyimler hemşirelik eğitiminde kullanılması; hasta bireylerin de yardım algısına ilişkin görüşlerini içeren bir empati ölçümünün gelişimine katkı sağlamıştır. Birçok ülkede hemşirelik eğitiminde yaygınlaşmış olarak kullanılmaktadır (62).

Empatinin yardım ilişkisi için çok önemli bir yetenek olduğu düşünülerek; pek çok araştırmacı tarafından empati öğretme yöntemleri üzerine tartışmalar yapılmaktadır. Hemşirelere öncelikle kendi bakış açılarını sorgulama ve keşfetmeleri gerektiği ifade edilirken böylece kendini tanıma empatinin ön şartı olarak gerçekleşmektedir. Burnard 1988'de empatiyi, anlayışın anahtarı olarak görmekte bundan dolayı hemşirelerin

empatiyi öğrenmesini hayati bir beceri olarak ifade etmektedir (55).

Empatik süreçler duygusal emek olarak algılandığında; hastaların oluşturduğu sosyal davranış sergileme beklentileri ve doğal bir şekilde sağlıkçı ile hasta beklentileri uyumlu olmaktadır (54).

Hemşirelik mesleği “kişilerarası etkileşim süreci” olarak ele alan Orlando, Travelbee, Peplau gibi bazı teorisyenler; hemşireliği, hasta-hemşire arasında oluşan iletişim olarak ifade etmektedirler (57).

İnsanlar kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve önemsendiklerini hissetmektedirler. Böylece kişi de rahatlama ve iyi hissetme sağlanmaktadır (63, 64).

Hastalara empatik bir tutumla yönelim sağladığında; onların ihtiyaçlarını daha net bir şekilde saptayarak gerekli bakımsal süreçlere yönelik etkili veriler elde edilebilmektedir. Böylece bakım sağlayıcı olan hemşireler tarafından anlaşıldığını hisseden hastalar önemsendiğini, güven duyulduğunu ve değer aldığını düşünmektedirler. Bu durumda hemşirenin hastalara ulaşması daha da kolaylaşmakta ve hasta, hemşirelik bakımını kabul etmektedir (57, 65).

Hemşirelik mesleğinin özünde bakım verme davranışı bulunmaktadır. İnsanlara yardım etmek isteyen, genel olarak alturistik ve empatik eğilimleri yüksek kapasitede olan kişiler bu mesleği seçmektedir. Alturizm (özgecilik) kavramı hemşireliğin mesleki niteliklerinden olup; hemşire-hasta ve meslektaş arasında paylaşım, yardım olgusu, dayanışma, koruma ve bakım verme gibi pek çok prososyal davranışı (olumlu kişilerarası ilişkiler) kapsamaktadır (63).

Hastaların gereksinim algılarına yönelik ifade şekilleri kişilerarası bir iklimin geliştirilmesi önem arz etmekle beraber yeterli olmamaktadır. Klinik hemşireliğinin hedefleri ile ilgili olarak; hastaların sağlık problemlerine verdikleri cevapların orijini ve amaçlarını tarafsız anlama kapasitesi de irdelenmelidir. Bireyin sağlığını nasıl bir yolla korumaya çalıştığını anlamaya yönelik bu süreç, hastanın amacını empatik bir bakışla irdelenerek bilinmeye çalışılmaktadır. Hedeflenen durum ise, hastanın algılanan probleme karşı başa çıkmayı kabul ettiğinde sürecin başlamasıdır. Empatinin yokluğunda, hemşirenin yaşam stresörleriyle etkili bir şekilde mücadele etme kapasitesinde azalma olmaktadır. Sağlık açısından oluşan negatif dönütler olarak; anksiyete, yalnızlık ve utanç duygusu olmaktadır. Terapötik hemşire ile hasta bağlamında ilişki geliştikçe, hastanın özel gereksinim ve başa çıkma algısına yönelik daha fazla içerik

sahibi olmaktadır. Empati pek çok ilişki sürecini içerdiğinden; etkili hemşirelik uygulamaları ve hedeflenen sonuçlara ulaşmak için işin özü sayılacak ön koşul olarak düşünülmektedir (66).

2.7. Somatizasyonun Tarihsel ve Kuramsal Süreci

Bedensel belirtilerin, yaklaşık 4000 yıl öncesine kadar “vücutta dolaşan utarus”den ötürü ortaya çıktığını düşünen Mısırlı’lardan beri pek çok tıp bilimiyle ilgilenen kişiler somatik olgularla karşılaşmıştır (67).

Bu belirti grubuna çeşitli isimler ve tanımlamalar verilmiştir. Bunlar “histeri”, “hipokondriyazis”, “melankoli” gibi birbiriyle örtüşen isimler olmuştur. Sydenham’ın 1682 yaklaşımı kavramlar hakkındaki tıbbi düşüncenin gelişim sürecinde bir dönüm noktası olmuştur. Erkekler için “hipokondriyazis” olarak adlandırdığı; bir kadın hastalığı olarak gördüğü “histeriğin” hem fiziksel hem de zihinsel belirtilerinin bir tanımını yapmıştır. 1799 da Sims de açık bir şekilde histeri, hipokondriyazis ve melankoliyi ayırt etmiştir. Hipokondriyazisi ifade ederken; “zihnin neredeyse tam bir şekilde sağlığı ele geçirmiş olması ve sonsuz bir kötü durum hayal edilmesi” olarak belirtilmiştir. 19.yüzyılın ortalarından sonra Briquet, Charcot, Janet, Freud gibi araştırmacılar histeri ve hipokondriyazis üzerine kavramsal farklılığı belirtmişlerdir (68).

G.M. Beard 1856 yılında nevrasteni adında bir kavramı ortaya atmıştır. Beard’a göre bu kavramın içeriği; sinirlerin güç kaybetmesi, halsizlik, bedenin farklı bölgelerinde ağrılar ve duygusal değişimler gibi belirtiler olmaktadır. Nevrastenin bu yönü günümüzdeki kronik yorgunluk sendromuyla benzer taraflar göstermektedir. Freud’un belirttiği konversiyon histerisi ve nevrastenin bedensel belirtilerle ifade edilen rahatsızlıklar olduğunu ancak iki rahatsızlığın farklı nedenlerle meydana geldiğini iddia etmiştir (67). Hipokondriyazis 1880 yıllar da nevrasteni terimiyle büyük bir ölçüde yer değiştirmiştir. Fakat bu değişim süreci yaklaşık yüzyıla yakın süre sonra DSM-III’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III) yer edinmiştir (68). 1859 da P. Briquet histerinin birden fazla somatik belirti ile karakterize olan bir rahatsızlık olduğundan bahsetmiştir. Süreç içerisinde Perley ve Guze de terime atıf da bulunarak geliştirmişlerdir. Anksiyete ve depresif semptomların da eşlik ettiği bu rahatsızlığın DSM-III Somatizasyon Bozukluğu olarak yer almıştır (67).

20.yüzyılın ilk yıllarında 1920’lerde Alman psikanalist W. Stekel’in kitabının İngilizce’ye J. Teslaar tarafından yanlış bir kelime çevrimi olan “organsprache”

anlamını karşılamak için “somatizasyon” kavramını kullanmıştır. Bu yanlış çevrilen Almanca kelime oldukça merak uyandırmıştır. Akılda kalıcı olan somatizasyon kavramı; özellikle DSM-III yazarları tarafından psikiyatrik tanı terimi olarak kullanıldıktan sonra 1980’den sonra yaygınlık kazanmıştır. O süreçten sonra somatizasyona yönelik çeşitli literatür varyasyonları gelişmiştir. Birden çok anlamından ötürü ve kullanışlığı açısından sürekli olumsuz bir algısı olan “histeri” teriminin yerini almıştır. Aynı zamanda DSM-III katkılarından dolayı “Briquet Syndrome” da denilmektedir (69).

Organsprache terimini somatizasyon olarak Almandan İngilizceye çeviren J. Teslaar; somatizasyonu ifade ederken, “duygusal durumların fiziki belirtilere dönüştürülmesi” olarak belirtmiştir. Bu tanımlama Freud’un konversiyon terimine benzetilerek, somatizasyon ile konversiyonun aynı anlama geldiği iddiasına dönüşmektedir. Böylece bu yeni terime bir katkı süreci yaşanmamaktadır. 1935 yılında Stekel ilk defa ünlü kitabı “Das Sprache Des Traumes” Türkçe anlamı “Rüyaların Yorumu” adlı eserinin yenilenmiş baskısında somatizasyon terimini ilk kez kendisi bizzat kullanmıştır. Onun somatizasyona atfı ise; “psişik çatışmaları ifade eden fiziksel semptomlar” olarak ifade etmiştir. Bu durum o dönemin şartlarında somatizasyona yönelik iki tanım olduğunu göstermektedir (70).

Somatizasyon, ilk etap da psikolojik gerginliklerin fiziksel belirtiler şeklinde yaşanması ve iletiminin olması olarak ifade edilirken; yaşanan psikolojik gerginliklerin farkındalığına ya da dile getirilmesine yönelik bir savunma mekanizması olduğu öne sürülmüştür (71, 72).

Somatizasyon terimi, bedensel semptomların aşırı bir tarzda baskınlık gösterdiği rahatsızlık sürecini ifade etmektedir. Psiko-sosyal sorunlar, depresyon, anksiyete veya fiziksel sıkıntı yaratan rahatsızlıklar, sürecin bir parçası olarak bulunmaktadır. Genellemeye bakıldığında; psikiyatrik ya da psikolojik açıdan patoloji biçimlerine atf da bulunmaktadır. Bu durumdaki bozukluklar psikiyatri aşamalarında göreceli olarak yaygınlık göstermektedir. Bu duruma sahip bireyler problemlerinin gerçeğe dayamaktan ziyade, psikiyatrik olduğuna yönelik fikirlere karşı defans göstermektedirler. Çünkü somatizasyon, psikiyatrik hastalığı tanımlamakla beraber genel tıbbi süreçlerin yanılsama, belirsizliğini gün yüzüne çıkarmaktadır. Dolayısıyla somatizasyon, karmaşık içerik, açıklama ve fikirleri gündeminde tutmaktadır (73).

Somatize edici bozukluklar görüntü olarak spesifik olabilmektedirler. Bu durumlar bireylerin hayatlarında geçici olgu olmakla beraber yaşam boyu da yer edinebilirler. Bir yaşam tarzı olarak karakterize olan süreç içermektedirler. Somatizasyon, bireyin bedenini kullandığı fiziksel semptomların psikolojik hedefler ya da bireysel kazançlar için bilinç akışını devreye soktukları durumları ifade etmektedir (74).

Bu rahatsızlıkların somatik belirtilerine bakıldığında; çoğul ve yaygın bir şikayet grubu içermektedir. Kas ağrısı, uykusuzluk, göğüs sıkışması, baş ağrısı gibi çeşitli şikayetlerle ifade edilmektedir. Hastalar spesifik olmayan ruh hali, anksiyete, depresyon ve diğer psikotik belirtilerde dahil olmak üzere neredeyse her psikiyatrik bozuklukla somatoform semptomlar arasında ilişki bağı ortaya çıkabilmektedir (75).

Ruesch 1948 de psikosomatik hastalara yönelik analitik terapi görüşme ve gözlemlerinde bu hasta gruplarının başka gruptaki nevroitiklerden farklı olarak duyuşsal aşamaları ve sıkıntılarını sözel iletişim ağı veya duygusal sembolik araçları kullanmadıklarını ifade etmiştir. Duygulanımsal sıkıntı ve psikosomatik problemlere sahip hastalar kendilerini ifade etme yolu olarak somatik dili bir iletişim ağı olan bedensel verilerle gerçekleştirmektedirler. Ruesch bu dönütlerin psikosomatik hastaların özünde yatan asıl problem olarak görerek; bu verilere atıf da bulunarak çocuksu kişilik (infantilepersonality) kavramı olarak belirtilmiştir (75, 76).

Mac Lean da 1949 yılındaki çalışmasında psikosomatik hasta grubunun duygularını sözel bir yönle ifade etmekte zihinsel bir yetersizlik içerisinde olduklarını belirtmiştir. Mac Lean, psikosomatik bireylerde duygu aşamalarının neokortekse ulaşım sözel bir yolla simgesel anlatım bulamadığını ve otonom yolla ifade edilebildiğini, yani organ diline dönüşerek bedensel belirtilerle kendini gösterebildiğini vurgulamıştır. Dolayısıyla psikosomatiklerde oluşan duygular hipotalamusdan geçerek neokortekse ulaşmamakta ve amigdala da takılıp kalmaktadır (76).

Duyguların, taleplerin, fikirlerin ve sözcüklerin doğrudan ya da dolaylı (metaforik) kullanımı, sözel açıdan veya davranış kalıpları, bedensel belirtiler ya da görsel araçlar yoluyla; sözcük kullanmadan iletimini hemen her bireyin dönem dönem baş vurduğu iletişim ağıdır (77).

Somatizasyon, bireyin ruhsal sıkıntılarını, psiko-sosyal stresörlerini bilişsel ve duyuşsal olarak cevaplamak yerine beden diliyle ifade etme eğiliminde olduğu belirtilmektedir (8, 77). Bedensel tepkiler ve organal dönütlerle bozukluk halinde ortaya

çıkan somatizasyon da bir iletişim süreci olarak belirtilerek; duygusal sorunların beden dili olarak ortaya çıkmasıdır. Duygusal sorun ve üzüntüler, bedensel yakınmalar ve semptomlarla yaşama, algılama ve beden aracılığıyla dile getirerek iletme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (77).

İlkin somatik açıklamalara yönelik psiko-sosyal süreç ve bedensel semptom bağlamında arada bir ilişki aranmaktaydı. 1968'de Lipowski, ilk tanımlamasını somatizasyona yönelik yaparken; psikolojik durumlar veya içerikleri, bedensel duyular, işlevselliği olan değişiklikler ya da somatik (bedensel) metaforlar şeklinde kavramsallaştırmaya, deneyimlenmeye veya iletmeye yönelik şekilde ifade etmiştir. 19 yıl sonraki süreçte ise tanım üzerinde değişiklik yapmıştır (76). Psikolojik sıkıntıların somatik (bedensel) semptomlar üzerinden deneyimlenmesi, aktarılması ve tıbbi destek aramaya yatkınlık olarak terim haline gelmiştir. Somatizasyonun, “tıbbın çözülmemiş sorunu” olarak belirterek; somatizasyonun (bedenseleştirilenin) psikiyatrik ya da sosyal sıkıntıların beden etkinlikleri üzerinden yansıtılması olarak ifade edilmiştir (78). Ancak özünde psikolojik sıkıntı ile somatik semptomların ilişkisine olan inancını koruduğu açıklanmıştır (76).

Lipowski'nin 1988 yılındaki çalışmasında geçen tanıma göre; patolojik bulgularla açıklanmayan bedensel sıkıntı ve semptomları deneyimleme ve iletişim sürecine dahil ederek, var olan bedensel semptomları bir rahatsızlıkla bağdaştırarak tıbbi yardım arama eğiliminde olarak tanımlamıştır. Genel olarak bu eğilim, hayattaki olayların ve kişiye özgü stresli durumların oluşturduğu psiko-sosyal stresörlere tepki olarak ortaya çıktığı iddia edilmektedir. Dolayısıyla psikolojik olgudan ziyade somatik (bedensel) yanıt ve semptomların bedensel hastalık göstergesi tıbbi bakım gereksinimine olan durumu belirtmektedir (68). Somatizasyonun üç temel unsuru kapsadığı düşünülmektedir: Deneyimsel (yaşantısal), bilişsel ve davranışsal süreçlerdir (68, 78). Bedensel algı ve duyular yaşantısal, bu rahatsızlığın bedensel bir hastalıkla ilişkilendirilmesi bilişsel ve tıbbi yardım talebi ile arayış içine girilmesi de davranışsal unsurları meydana getirmektedir (68).

Somatizasyon, nedenleri arasında çoğunluğu fizyolojik işlev bozukluğu ve tutarlı bir yönle sendromun altında duran fizyolojik mekanizmaların anlaşılabilmesidir (79).

Somatizasyon kavramı tam anlamıyla iyi tanımlanmış bir tanı boyutu içermemekle beraber, içeriğinde çok kapsamlı klinik yönden olgular üzerine tanımlamalar

içermektedir. Somatizasyona sahip bireylerin çok çeşitli gruplar oluşturmaktadırlar. Bireylerin somatik sürece yönelik duyuşsal içeriklerini anlatma ve tanıma kabiliyeti gruplar arasında değişkenlik gösterebilmektedir (8, 79).

Bedensel sıkıntıları ön sırada olan hastaların psiko-sosyal etmenlerin etyolojik açıdan rolü ve çok çeşitli bir iletişimin, insan yaşamı ile bireyler arasındaki ilişkiler yönünden önemi daha net görölmektedir. Dolayısıyla bedenselleştirmenin yalnız insanlarda doğuştan gelen bir ifade yetersizliği olmadığı; bunun daha çok bir çeşit sözsüz iletişim olduğu bildirilmiştir (80).

Somatize olan bireylerin yaşadıkları sorunların, bedensel bir rahatsızlıkla açıklanmayan fiziki semptomlarla seyrinin olmasıdır. Psiko-sosyal stresörler ve duyuşsal sıkıntıların psikolojik boyutunun varlığını kabul etmeyip, bedensel belirtilerle bir hastalığa indirgeyerek medikal bir yardım talebinin varlığına inanmalarıdır. Semptomları organik bir hastalığın delili görmektedirler (74, 80).

Somatizasyonun yalnız bir patolojik içerik sonucunda meydana gelen farklı bir klinik olgu olmadığını; çeşitli tanısal verilerle pek çok alanda çakıştığı bildirilmektedir (81).

Somatik dönütleri olan hastaların genel olarak medikal yardım gereksinimleri oldukları görölmektedir. Somatik süreçler için somut veri ve ölçekler oluşturulmaya çalışılmıştır. Problemlerin psikiyatrik olgularla ilintili olduğu ve psikiyatrik tedaviyle sonuç alınabileceği belirtilmiştir (82).

Sosyal ve kültürel yönlü etmenlerin hastalık olgusu üzerinde bağdaştırıcı bir rol sahibi olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda beden aracılığıyla anlatım şekli de sosyal ve kültürel özelliklere göre farklılık da göstermektedir (80).

Bedensel belirti süreçleri bütün dünya toplumlarında pek çok farklı kültürde insanların sıkıntılarını, duygularını ruhsal dönüt yerine bedensel belirtilerle vermek için farklı düzeylerde ifade etme yaygınlığı olarak belirtilmiştir (72, 80).

Somatizasyona psikanalitik kuram yönünden bakıldığında; tam anlamıyla cinsel olgunluğa ulaşmamış bir savunma mekanizması olduğu belirtilmiştir. Ruhsal obsesyonların fizyolojik problemlere evrilmesi olup; başka bir bakış açısıyla kişinin emosyonel ve çevresel yönlerden deneyimlediği problemlere fiziki semptomlarla tepki göstermesi olarak ifade edilmiştir. Buna bağlı olarak insanlar medikal destek arayışı içinde olmaktadır. Somatizasyon kavramına yönelik çok fazla tanımlamalar olmasına

rağmen, benimsenen ortak nokta ise organik bir nedene bağlı olmayan fiziksel sıkıntıların mevcut olmasıdır (83).

Görüldüğü gibi somatizasyonu sadece bir boyutuyla ya da tanımla ifade etmek mümkün kılınmamaktadır. Somatizasyon, süreç içerisinde bazen geçici bir stres tepkisi, bazen bir psikiyatrik bozukluğun temel göstergesi veya kombine psikiyatrik bozukluklara eşlik eden bir kavram olarak görünmektedir. Bununla beraber bedensel huzursuzluk ve sıkıntı düzeyinde meydana gelen değişimlerin, bilinçdışı çatışmalara karşı bir savunma mekanizması veya adapte olamayan hastalık davranışının belirtisi olduğu unutulmamalıdır (67).

Bedensel sıkıntıların önde olduğu fakat organik bir bozukluğun da tespit edilmediği rahatsızlık belirtileri tıp dünyasında yeni bir olgu süreci olmamakla beraber; günümüzde bu sıkıntı ve rahatsızlık belirtileri “somatizasyon” ve “somatoform bozukluklar” kavramları altında tanı sınıflandırılmasına dahil edilerek ayrı bir hastalık ifadeleriyle kabul görmüştür (10).

2.8. Somatizasyonun DSM-V-TR’e Göre Tanı Kriterleri

Psikosomatik bozukluklar tek bir nedene bağlanmamaktadır. Genetik, fiziksel hastalıklar, travmalar, beslenme sorunları, toplumsal ve ekonomik etmenler ve psiko-sosyal süreçler bu rahatsızlık üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Psikosomatik bozukluklar başlangıç evresi, bozukluğun gidişatı ve etkisinin büyümesinde rol alan ruhsal süreçlerden meydana geldiği bilinen bedensel rahatsızlıklardır (84).

Somatoform içerikli bozukluklar, kişide fiziki belirtiler bulunmasına rağmen fiziksel sebeplerin olmadığı bir çeşit hastalık kombinasyonu için ifade edilen bir kavramdır. Bu bozukluk şemasında belirtilerin tıbbi bir temeli bulunmamaktadır. Yapılan araştırma, tetkik ve muayeneler neticesinde bedensel sıkıntıları ifade edecek tarzda herhangi bir bedensel veya tıbbi hastalık verisi olmayan bir tür psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmiştir (85). Somatizasyonlu bireylerin sahip oldukları semptomları fizyolojik bir hastalığa bağlamaları konusunda ısrarcı ve bu duruma inanmalarından ötürü somatizasyon bozukluğu tanısı almalarını zorlaştırmaktadır (80).

Latince ve eski Yunanca sözcük kökeninden gelen somatoform bozuklukları kavramı 1980 yılında yayınlanan DSM-III-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı III) kitabı ile literatürde kendine yer bulmuş yapay bir terim olmuştur. Bu terim genellikle somatizasyon (bedenselleştirme) ile karıştırılmasından ve başka

dillere çevrildiğinde anlam bütünlüğünün korunamamasından ötürü başlık değişimi uygun bulunmuştur. DSM-V-TR’te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V) somatoform bozuklukları başlığı kaldırılarak yerine “bedensel (somatik) belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklar” başlığı kullanılmıştır (85).

Somatizasyonun tanı sürecinin güncel referans ölçütleri olarak; ICD-10 (İnternational Classification of Disease-10) (2014) ve DSM-V-TR (2014) kullanılmaktadır.

ICD-10 (2014) F45 Somatoform Bozuklukları tanı sınıflaması aşağıda verilmiştir;

F45.0 Somatizasyon Bozukluğu

F45.1 Ayrışmamış Somatoform Bozukluğu

F45.2 Hipokondriyak Bozukluk

F45.3 Somatoform Otonomik İşlev Bozukluğu

F45.4 Süregiden Somatoform Ağrı Bozukluğu

F45.8 Diğer Somatoform Bozukluklar

F45.9 Tanımlanmamış Somatoform Bozukluklar (86).

Başlıca özellikleri için somatizasyonun ICD-10 2014’e göre; en az iki yıl süre devam eden çoklu, tekrarlayan ve sıklıkla değişim gösteren fiziksel belirtiler olarak meydana gelmektedir. Çoğu kişinin medikal bakım hizmetleriyle ilgili komplike ve uzun soluklu bir öyküsü bulunmaktadır. Aynı zamanda belirtilerin fiziksel odağını ifade edecek veri ve bulgular bulunmamaktadır. Belirtiler vücudun herhangi bir kısım veya sistemine yönelik atfedilmiştir. Bu bozukluk sürecinde belirtiler kronik ve dalgalı olup; genel hatlarıyla sosyal, kişilerarası ve aile ilişkilerinin bozulmasıyla ilintili bir yolla devam etmektedir (86).

DSM-V-TR’e göre Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozuklukların sınıflandırılması şunlardır:

- 1) Bedensel Belirti Bozukluğu
- 2) Hastalık Kaygısı Bozukluğu
- 3) Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu- (İşlevgören Nöroloji Belirtisi Bozukluğu)
- 4) Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler

5) Yapay Bozukluk

6) Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

7) Tanımlanmamış Diğer Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

Somatizasyon Bozukluğu, Bedensel Belirti Bozukluğu adı ile DSM-V-TR 2014'deki tanı kitabında 'Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar' sınıfında bulunmaktadır. Bedensel Belirti Bozukluğu, diğer ismiyle Somatizasyon Bozukluğunun tanı ölçütleri:

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.

B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:

1. Kişinin belirtilerinin önemi ile orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.

2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili sürekli, yüksek düzeyde bir kaygı.

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.

C. Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak).

Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.

Ağır olmayan: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta derecede: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır (87).

2.9. Somatizasyonun Epidemiyolojisi

Somatizasyonun epidemiyolojisine yönelik araştırma süreçlerinin istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Terimsel olarak somatizasyonun ve ona bağlı değişkenlerin sürekli ve yeniden ifade edilmesi ve revize olmasından ötürü

epidemiyolojik olarak belirsizlik durumları meydana gelmektedir.

İnsanlar rutin hayatlarında somatik belirtilerin bir kaçını his edebilmektedir. Bu belirti süreci kısa zamanlı, anlık fiziki hassasiyet veya sıkıntılardır. Bu yaşanan durumlardan ziyade bireyin algısal seçim yapma, dikkatini bedenine verme, bir rahatsızlığa bağlama gibi nedenler bireyi hekimlik sürecine yönlendirmektedir. Tıbben açıklanmayan belirtiler açısından; hasta-hekim ilişki etkileşimleri sorunluysa aradaki bağı bozmaktadır. Hekimler anlayamadıkları ve medikal süreçte yardımcı olamadıkları hastalara tepkisel davranırken; hastalar kendilerinin ciddiye alınmadıklarını düşünerek hekime olan güveni kaybetmekte ve sürekli hekim arayışına girmektedirler (88).

Epidemiyolojik araştırmalar toplum içinde sıklıkla görülen fiziki belirtileri; baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak belirtmişlerdir (88).

Bedensel semptomlardan meydana gelen bozukluğun genel tıbbi popülasyonda altı aylık prevalansının %4-6 olduğu bu yüzdeliğin %15'e kadar çıkabileceği düşünüldüğü söylenmiştir. Cinsiyet anlamında kadın-erkeklerin bu rahatsızlıktan eşit miktarda etkilendiği tespit edilmiştir. Semptomlar için herhangi yaş aralığı olmasa bile genel olarak 20-30 yaşlarda görülmektedir. Eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal yaşam ve statünün bu durumun üzerinde etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (85). Belirtilen araştırmanın verilerine ters anlamda yapılan araştırmalar da mevcuttur. 1996 da ülkemizde somatizasyonun epidemiyolojisine yönelik ilk çalışma B. Kaya tarafından tıpta uzmanlık tezi çalışmasında yapılmıştır. Araştırma içeriğine bakıldığında yaşam boyu prevalansı %2.6 olduğu, son bir yıldaki prevalansı da %2.9 olarak bulunmuştur. Verilere bakıldığında; cinsiyet anlamında kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla somatizasyon bozukluğu gösterdiği belirtilmiştir (89). Genç yaşlarda başladığı, düşük sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyindeki bireylerde daha çok somatik belirtilerin olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (69, 89). Epidemiyolojik araştırmalar, somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu prevalansı için kadınlarda %0.2 ile %2 arasında değişiklik gösterdiğini belirtmiştir. Oranların cinsiyet arasındaki farklılığa bağlı nedeni tam anlamıyla açıklanamazken; erkeklerdeki prevalansı dağılımı büyük ihtimalle %0.2'den düşük olduğu belirtilmiştir (69).

Cinsiyet anlamında kadın-erkek dağılımı açısından yapılan değerlendirilmelerde kadınların daha fazla tıbben açıklanamayan belirtiler yüzünden hastane öyküsü bulunmaktadır (88, 67).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların değerlendirmesinde hastaların %15 ile %30 arasında değişen oranlarda tıbbı olarak açıklanamayan belirtilerinin olduğunu belirtmişlerdir (90).

1997'de 14 ülkede 15 şehir merkezinde Gureje ve ark tarafından bir çalışma gerçekleştirildi. Çalışma iletişim kuran bireylerin iki yönlü, kültürler arası epidemiyolojik bir araştırma olarak dizayn edilmiştir. Güney Amerika'daki çalışma verileri somatik açıdan daha yüksek bulunmuştur (91). Somatizasyonun prevelansı açısından toplumlar ve kültürler arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (72). Ancak 1997'deki çalışmada ise somatizasyonun verisel olarak kültürel açıdan bir farklılık ifade etmediği bildirilmiştir (91). Somatik semptom verileri yaygın anksiyete ve depresyon ilişkisi açısından ilintili olduğu belirtilmiştir (67, 88, 91). Somatik semptomlar için 45 yaş ve üzerindeki bireylerde görülme durumu açısından yüksek risk taşıdığı belirtilirken (89, 91) bir başka çalışmada ise bu semptomların yaş ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (92). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde belirtiler daha az grlmektedir (69, 89, 91).

Yukarıdaki çalışmaların sonuçlarıyla paralellik ve farklılık gösterecek şekilde başka bir çalışma daha yapılmıştır. Almanya'da 2006 yılında temsili bir Alman popülasyon örnekleminde yapılan somatizasyona yönelik bedensel belirtiler içeren çalışmada yedi günlük prevelans parametreleri incelenmiştir. Çalışma rneklemine 2552 kişi dahil edilmiştir. Verilere bakıldığında her beş kişiden dördü %81.6 oranında en az bir semptom bildirmiştir. En yaygın semptomlar olarak %20 üzerinde; sırt, baş ve eklem ağrıları belirtilmiştir. Herhangi bir derecede güncel semptom sayısı 6.6, ortalama şiddetli semptom sayısı 0.7 ve en az bir hafif semptomu olan kişiler 12.2 olarak semptom belirtmişlerdir. Cinsiyet dağılımına göre kadın, yaş parametresine göre 45 yaş ve üstü, düşük eğitim düzeyi, hane gelirinin düşük olması ve kırsal kesimde yaşayanların somatizasyon verilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (93).

İngiltere'de gastroenteroloji, kardiyoloji ve nöroloji servislerine danışan ve analiz sonucunda herhangi bir hastalıkla açıklanamayan sıkıntıları olan hastaların oranı sırasıyla %53 %42 %32 olarak bildirilmiştir. Paralel bir çalışma da İskoçya'da nöroloji kliniklerine ilk defa başvuran 300 hastada yapılan değerlendirme verilerinde hastaların %30'unda tıbben açıklanamayan belirtiler olduğu bildirilerek bu hasta kitlesinin önemli bir kısmında depresyon ve anksiyete bozukluğu saptanmıştır (67, 88).

Bazı çalışma analizlerinde genç bireylerde somatizasyonun daha yüksek parametre çizdiğine dair veriler olsa da son dönem çalışmalarında, yaşlı bireylerin aleksitimi ve somatizasyon bulgularının daha belirgin olduğu ve yaşlı bireylerdeki depresyonun genellikle somatik bulgularla defanslandığı bildirilmiştir (8, 67).

1997 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında da ICD-10 kriterlerine göresomatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %0.2 olduğu belirtilmiştir (67).

2.10. Somatizasyonun Etiyolojisi

Somatizasyonu açıklamak için çeşitli şekillerde öngörülen etiyolojik faktörler belirtilmiştir. Somatizasyona yönelik klinik bulgular ve bağlantılarının çeşitliliği çok faktörlü bir nedensellik ilişkisini göstermektedir. Bu faktörlere baktığımızda; kalıtım, gelişimsel öğrenme, kişilik ve sosyokültürel faktörler bulunmaktadır. Somatizasyon bozukluğuna yönelik kalıtsal yatkınlıktan bahsedilmiştir (68).

1990 yılında Kellner'in bir çalışmasında somatizasyon bozukluğu için nöropsikolojik temel üzerine bir iddia geliştirilmiştir. Somatizasyon bozukluğuna sahip kişilerde dikkat ve bilişsel alanlarında bozulma olduğunu ve bozulmanın yarattığı etkiyle de kişilerin somatik duyusal mesajları yanlış algılama ve değerlendirmede bulduklarını belirtmiştir (94).

2.10.1. Sosyo-Kültürel Etkenler

Kültürel ve dinsel açıdan bazı toplumlarda psikolojik etken ve değişimlerin dış dünyaya yansıtılması hoş karşılanmayan ve utanma duygusu içeren bir durum olarak görülmektedir. Bundan ötürü ruhsal sıkıntıların ifade şekli olarak bedensel belirtilerle gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Aynı zamanda insanların sıkıntılarını bedensel bir dille meydana getirdikleri ifade edilmiştir (81).

Birçok kültürde medikal yardım talebi bedensel yakınmalar etrafında yer edinmiştir. Geleneksel Doğu toplumlarında özellikle de Doğu Asya ve Afrika toplumlarında yakınmaların bedensel dönütlerle aktarılması Batı kültürlerine göre daha fazla yapıldığı belirtilmiştir (95). Batı kültürlerinde yakınmaların somatize edilmesi ilkel, doğal olmayan ve sofistike tarafı olmayan bir davranış kalıbı olduğu görüşü savunulmuştur (73, 95). Çünkü Batı kültürlerinde ruhsal sorunlarda ve medikal yardım süreçlerinde ulaşılabilirliğin rahat olması bedenselleştirmeye olan gereksinimi azalttığı

iddia edilmiştir (95). Diğer toplumlarda yakınmaların bedenselleştirilmesi çevreye entegrasyon ve sosyokültürel destek alınmasına vesile olduğundan; bireyin bağlantı ve ilişkileri konusunda hasar oluşturmadan bireyi tolere ettiği ifade edilmiştir. Aynı zamanda bir çok geleneksel toplumların kültürel değerlerinde entegrasyon problemleri ve nevrotik süreçler somatik semptomlarla kendini ifade etmektedir (72, 73, 95).

Belirtilen kıstaslarla beraber son yıllardaki karşılaştırmalı etnokültürel veri araştırmalarında somatizasyonun her alanda ve yerde meydana gelebileceği savunulmuştur (72, 95).

2.10.2. Psikodinamik Görüşler

Geleneksel psikanalitik görüşlere bakıldığında; somatizasyonun bireyin dünyasının derinliklerinde yer alan psikolojik anlamdaki patolojilerin farklı şekillerde dışa vurumu olarak ifade edilmiştir. Somatizasyona sahip hastalarda gelişim evrelerinin belli bir anında; patolojik savunma düzenekleri, takılma ve saplantılar, travma içerikli deneyimler veya çatışmalar gibi durumlardan ötürü duygusal yaşantılarını sözelleştirme kabiliyetinden yoksun oldukları belirtilmiştir (67).

Gelişim aşamalarında infantil somatik ifadelerin yerini duygu ve düşüncelerin almasıyla desomatizasyon oluşması gerektiği bildirilmiştir. Çözülmeyen içsel çatışmaların regresyona yol açtığı; böylece psişik ifadelerin yerine somatik belirtilerin kullanıldığı immatür bir savunma mekanizması olan somatizasyona dönüşümü olmaktadır (67, 76).

Psikodinamik kuram; fiziksel rahatsızlığın psikojenik nedenselliğinin, bireyin sıkıntıya ilişkin farkındalığını ya da sağlığı üzerindeki etkisini içermeyen fonksiyonlarla ortaya çıkma ihtimali olarak düşünülmektedir. Bu kurama göre psişik enerjinin korunması metaforlarla meydana gelmektedir. Üst düzey sembolik aşamaların bloke olması halinde bilinçsiz savunma etkiyle neokortikal merkezlerin aktivitesine bulunan aynı psişik enerji limbik sistemden alt sistemlere yönlendirilerek artan bir fizyolojik uyarılma oluşturulur. Sonuç olarak düzenleyici alanlarda bozulma meydana gelerek bazı lezyonlara (peptik ülser, dispepsi) neden olmaktadır. Bu kuramın çağdaş bilişsel versiyonu, düşünme kapasitesindeki aşamalarda; duyguları tanıma, kişiler arası durumları analiz etme ve duygusal sorunları en aza indirmek için analitik yetenek üzerindeki etkileri irdelemiştir (72).

2.10.3. Kalımsal Etkenler

Somatizasyona yönelik kuramlar tartışmaya konu olmaya devam ederken; kalımsal etkenlerin rolü az olmasına rağmen son yirmi yılda somatizasyonun kalıtımla ilgili bazı veriler ortaya koyduğu bir realite olduğu söylenmiştir (76). Yetişkin hastalara yönelik yapılan ikiz araştırmalarında somatizasyonun kalıtım kısmı ile ilgili kesin bulgular vermemekle beraber, somatik anksiyetenin kalımsal etkenlere ilişkili olduğuna dair bulgular elde edinmiştir (67, 76).

Evlad edinme araştırmalarında verilere bakıldığında; yüksek düzeyde somatik semptomları (temel yakınmaları; baş ağrısı, sırt ağrısı ve gastroenterit sorunlar) kadınların biyolojik babalarının saldırgan, suç işlemiş bireyler olduklarını, diversiform (çeşitlilik gösteren) somatik semptomları (daha az yeti yitimi olmakta, daha çeşitlilik gösteren semptomları olan hasta bireyler) kadınların biyolojik babalarının ise genelde alkol bağımlılığı olduğu ifade edilmiştir (67, 76)

Bir başka araştırma verilerine bakıldığında İsveç'teki çalışmada; evlat edinilen kadınlarda evlat edilmeyenlere göre daha çok somatik veriler elde edilmiş; biyolojik ebeveynlerinin antisosyal veya alkol öyküsü olanlarda bu artışın olduğu görülmüştür (76).

Bir başka çalışma verilerine bakıldığında; somatizasyon bozukluğunun monozigot ikizlerde %29, dizigot ikizlerde %10 konkordans gösterdiği belirtilmiştir (67). Yapılan çalışmalara bakınca, somatizasyon için bazı sendromlarda genetiğin etkisi görülürken; diğer sendromlarda ise çevresel-ailesel stresörleri içeren farklı faktörlerle ilintili olduğu iddia edilmiştir (76). Ayrıca kalıtım veya psikososyal faktörlerin etki edip etmediği ya da iki durumun da kombine bir şekilde varlığının olduğu konusunda kesin bir veri de bilinmediği de öne sürülmüştür (69).

2.10.4. Kişilik Özellikleri

Somatizasyon ile ilgili verilere ve kaynaklara bakıldığında; somatik belirtiler gösteren kişilerin %60'ında histeriyonik kişilik özelliklerinin görüldüğü ifade edilerek; aynı zamanda histeriyonik kişilik bozukluğuyla somatizasyon bozukluğunun aynı hastalığın farklı yansıması oldukları iddiası bulunmaktadır. Aynı kaynak ve araştırmalara bakıldığında; somatizasyon bozukluğu ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında bir ilişki olduğu iddiası öne sürülmüştür. Tüm çalışmalara göz atıldığında somatizasyon bozukluğu yaşayan hastaların ortak özellikleri olarak şu nüansların altı çizilmiştir; kişinin seçtiği teatral ve drama içerikli dönütler, kışkırtıcı, manipülatif, öfke uyandırıcı davranış

kalıpları, duygusal belirsizlikler, anksiyete ve depresyon belirtileri olarak verilmiştir (94, 96).

Somatik semptom sahibi hastalar ihtiyaç ve talepleri giderildiğinde adaptasyon ve uyum konusunda entegre olmaktadır. Sıkıntı ve problemler meydana geldiğinde ise öfkelenme ve dürtüsel davranış kalıplarını göstermektedirler (96).

Mai 2004'de kişilik özelliklerinin somatizasyon olgusu üzerinde etkisi olduğunu ve ortaya çıkmasında bir faktör olduğunu bildirmiştir (69). Sayar 2003 ile Güleç 2005'te depresyona sahip kişilerde somatizasyon semptomlarını yorumlayan üç faktör olarak; anksiyete, bedensel duyuları büyütme ve aleksitimiyi bildirmişlerdir (97, 98).

Aleksitimi kavramına bakıldığında; Nemiah ve Sifneos tarafından tanımlaması yapılan psikodinamik merkezli teorisyenlerin bedenselleştirme ile bağıntı kurdukları bir başka kişilik faktörü kavramıdır. Sıkıntılarını bedenselleştiren hasta gruplarının gelişim evrelerinde saplanması, patolojik savunma mekanizmalarını kullanması, bilinçdışı çatışmaların olması ve örseleyici yaşamsal süreçler nedeniyle duygularını sözelleştiremedikleri olarak düşünülmüştür (99). Bununla beraber bedensel duyuları ayırt etme gücü, duyguları ifade edememe, iç dünyadaki kısıtlılık süreci ve dışa dönük düşünme süreci faktörlerini bir arada gösteren kişilik özelliği olarak bildirilmiştir (8, 99).

Sağlık hizmetinden faydalanmak için birinci basamak sağlık birimlerine yönlendirilen somatik hastaların Rost ve ekibi tarafından %61'inde herhangi bir kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Genel bir sıklıkla tespit edilen bozukluklar; paranoid, obsesif kompulsif ve çekingen kişilik bozuklukları olarak bildirilmiştir. Aynı zamanda histeriyonik kişilik bozukluğu hastaların % 13'ünde, antisosyal kişilik bozukluğu ise % 7'sinde görüldüğü söylenmiştir. Fakat başka araştırmalara bakıldığında ise somatizasyonun kişilik bozukluklarının sadece bir türüne ilişkin olmadığı ve herhangi bir kişilik yapısında kendini gösterebileceği ifade edilmiştir (67, 100).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma; yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin sosyal yaşamları üzerine etkisi olan faktörlerin neler olduğunu göstermek için demografik ve üç farklı ölçeğin analiz edildiği ankete dayalı nitel ve analitik bir çalışma yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında Bingöl ili merkez ilçesinde bulunan Bingöl Devlet Hastanesi'nde riskli birimler olarak tanımlanan yoğun bakım üniteleri ve acil servisinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bingöl Devlet Hastanesi acil servisi (sayı=30), anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakımı (sayı=30), genel yoğun bakım (sayı=15) ve koroner yoğun bakım (sayı=10) ünitelerinde çalışan toplam 85 hemşire bu çalışmanın evrenini oluşturdu. Hemşireler evrenini temsil edebilecek minimum örneklem sayısına ulaşmak için <https://www.surveysystem.com> adresinde verilen boşluklara güven seviyesi (confidence level): %99, güven aralığı (confidence interval): 2.5 ve evren (population): 85 verileri girildikten sonra gereken en düşük sağlık çalışanı sayısı 82 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Demografik Veriler (EK-2)

Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı ünite, sigara-alkol durumu gibi ayrıntılı bir şekilde 20 sorudan oluşan tanıtıcı bir formdur.

Jefferson Empati Ölçeği (EK-3)

Bu ölçeğin orijinali 20 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi hemşirelik öğrencileri için geliştirilen Jefferson empati ölçeğinin üç faktörlü modeline iyi uyum göstermesine rağmen 5. ve 18. maddelerdeki ifadelerin faktör yüklerinin oldukça düşük olduğu belirlendi ve bu maddeler ölçekten çıkarıldı. Türkçe uyarlaması 3 faktörden ve 18 maddeden oluşan Jefferson Scale of

Empathy for Nursing Students (JSENS) hemşirelik öğrencilerinde empatinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilir. 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, ve 19. sorular ters puanlandı. Ölçek temelde üç alt gruba ayrılmaktadır. Bakış Açısı Edinme [2-4-5-9-10-13-15-16-17-20], Şefkatle Bakış [1-7-8-11-14-18-19], Hastanın Yerine Kendini Koyma [3-6]. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Aygül Yanık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunda 5. ve 18. maddeler çıkarılmıştır. Yani bu maddelerden alınan puanlar hesaba katılmayacaktır.

Somatizasyon Ölçeği (EK-4)

Bu ölçek toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler Minnestota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan, maddeleri alınarak oluşturulmuştur. Bu şekliyle ölçek Uzm. Psikiyatrist Ayşın Noyan ve Uzm. Psikolog Umut Seyfioğlu tarafından böbrek donörleri ve somatizasyon bozukluğu tanısı almış bireylerle ilgili çalışmalarda kullanılmıştır, ancak bu çalışmalar henüz yayınlanmamıştır. Somatizasyon Ölçeği'nin Dülgerler (2000) tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (Kuder Richardson–20) 0.83, test retest güvenilirlik kat sayısı 0.996, testi yarılama tekniği (Split-Half) ile 1. yarı alpha değeri 0.8810, 2. yarı alpha değeri 0.8439, SCL–90-R ölçeği ile olan benzer ölçek korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı) 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçekteki her ifadenin “doğru” ya da “yanlış” seçeneği vardır. Ölçeğin puanlaması yapılırken, 1–4–5–6–7–10–11–19–20–21–22–23–26–27–32–33 numaralı ifadeler “doğru” yanıtı verildiğinde 1 puan, “yanlış” yanıtı verildiğinde 0 puan, 2–3–8–9–12–13–14–15–16–17–28–24–25–28–29–30–31 numaralı ifadeler “yanlış yanıtı verildiğinde 1 puan, “doğru” yanıtı verildiğinde 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar “0–33” arasında değişmektedir. Alınan puanların 33'e yaklaşması “somatizasyon bozukluğu”nu işaret eder.

Sağlık Çalışanlarına Uyarlanmış Sosyal İyi Olma Hali Ölçeği (EK-5)

Orijinali 43 maddeden oluşan bu ölçek ilk defa 2012 yılında İlhan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (101). Fakat daha sonra bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri Turğut ve arkadaşları tarafından yapılmış, negatif sorular ölçekten çıkarılmış ve sonuç olarak ölçekteki soru sayısı 32'ye düşürülmüştür (102). Likert tipi sorulara verilen yanıtlar; kesinlikle katılmıyorum, katılıyorum, karasızım, katılıyorum ve kesinlikle

katılıyorum olmak üzere beş cevap seçeneğinden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 32 sorunun yanıtları baz alınarak faktör analiz yapılmış ve elde edilen sonuçlar ışığında sorular gruplandırılarak subgrup analizleri yapılmış. Buna göre Sosyal Kabul [22, 21, 20, 23, 29, 24, 18, 31, 17, 32, 25, 30, 19, 16], Güven Duyma [3, 14, 6, 4, 15, 12], Sosyal Saygınlık [13, 28, 27, 10, 7] ve Sosyal Etki [8, 1, 2, 5, 9, 11] alt başlıklarına ayrılmıştır. Güvenilirlik çalışması için yapılan analizde ölçeğin 31 madde üzerinden toplam iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,96 bulunmuştur. Sosyal Kabul alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,92, Güven Duyma alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,86, Sosyal Saygınlık alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,76 ve Sosyal Etki alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,86 bulunmuştur. Ölçekte kullanılan kesinlikle katılmıyorum, katılıyorum, karasızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtları sırasıyla 1-2-3-4-5 şeklinde puanlandırılmıştır.

3.5. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS'in lisanslı 25.0 versiyonu kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadığını göstermek için Kolmogorov-Smirnov normallik testi uygulandı ve devamlı değişkenlerin çoğunun normal dağılıma sahip olmadıkları görüldüğü için sonuçlar ortanca ve minimum-maksimum şeklinde verilmiştir. Ayrıca nicel verilerin değerlendirilmesi için non-parametrik test istatistikleri uygulanmıştır. Nitel değişkenler sayı ve % şeklinde verilmiştir. Bağımsız iki grubun (erkek ve kadın grupları) karşılaştırılmasında non-parametrik Mann-Whitney U testi, Pearson Ki-Kare testi ve Yates düzeltilmeli Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Bağımsız üç grubun karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık gösteren parametrelerde hangi grubun farklı olduğunu göstermek için Kruskal-Wallis One-Way ANOVA (k sample) testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler arasında herhangi bir korelasyon olup olmadığını göstermek için Phi (dörtlü korelasyon) ve Cramer's V Korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasında herhangi bir korelasyon olup olmadığını göstermek için Spearman Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Nitel ve Nicel değişkenler arasında herhangi bir korelasyon olup olmadığını göstermek için Nokta Çift Serili Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon katsayılarının gücü beş gruba ayrılmıştır. (0.00-0.25= çok zayıf ilişki, 0.26-0.49= zayıf ilişki, 0.50-0.69= orta ilişki, 0.70-0.89= yüksek ilişki, 0.90-1.00= çok yüksek ilişki). $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili olarak sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılarak onamları alınmıştır. İstedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları kendilerine açıklanmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmamızın anketine katılan hemşirelere ilişkin demografik özelliklerine ait verileri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %54.2'i kadın, %60.2'si evli, %54.2'si bir veya daha fazla çocuğa sahip, %45.8'i lisans türü eğitim seviyesine sahip, %57.8'i yoğun bakım ünitesinde çalışmakta, %79.5'i kadrolu, %37.3'ünün ailesinde en az bir kronik hastalığa olan yakını bulunmaktadır. Hemşirelerin işe başlamadan önce sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %32.5 ve %15.7 olarak hesaplanırken hemşirelerin işe başladıktan sonra sigara ve alkol kullanmaya başlama oranları sırasıyla %28.9 ve %3.6 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin %45.8'i çalıştığı birimden memnun iken %78.3'ü buna rağmen ekonomik koşulları iyi olması halinde mesleği bırakabileceğini belirtmişlerdir.



Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Nitel Değişkenler)

| | Sayı | % |
|---|------|------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 38 | 45.8 |
| Kadın | 45 | 54.2 |
| Medeni Durum [sayı(%)] | | |
| Bekar | 28 | 33.7 |
| Evli | 50 | 60.2 |
| Boşanmış | 5 | 6.0 |
| Çocuk Sayısı [sayı(%)] | | |
| Yok | 38 | 45.8 |
| Bir | 21 | 25.3 |
| İki veya üstü | 24 | 28.9 |
| Eğitim Düzeyi [sayı(%)] | | |
| Lise | 9 | 10.8 |
| Ön Lisans | 28 | 33.7 |
| Lisans | 38 | 45.8 |
| Yüksek Lisans veya üzeri | 8 | 9.6 |
| Çalıştığı Ünite [sayı(%)] | | |
| Acil Servis | 35 | 42.2 |
| Yoğun Bakım | 48 | 57.8 |
| Kadro Tipi [sayı(%)] | | |
| Kadrolu | 66 | 79.5 |
| Sözleşmeli | 17 | 20.5 |
| Kronik Hastalık Varlığı [sayı(%)] | | |
| Hayır | 79 | 95.2 |
| Evet | 4 | 4.8 |
| Ailede Kronik Hastalık Varlığı [sayı(%)] | | |
| Hayır | 52 | 62.7 |
| Evet | 31 | 37.3 |
| Meslek Öncesi Alkol Kullanma [sayı(%)] | | |
| Hayır | 70 | 84.3 |
| Evet | 13 | 15.7 |
| Meslek Sonrası Alkol Kullanma [sayı(%)] | | |
| Hayır | 80 | 96.4 |
| Evet | 3 | 3.6 |
| Meslek Öncesi Sigara Kullanma [sayı(%)] | | |
| Hayır | 56 | 67.5 |
| Evet | 27 | 32.5 |
| Meslek Sonrası Sigara Kullanma [sayı(%)] | | |
| Hayır | 59 | 71.1 |
| Evet | 24 | 28.9 |
| Seçme Şansın Olsa Aynı Mesleği Seçer Miydiniz?[sayı(%)] | | |
| Hayır | 66 | 79.5 |
| Evet | 17 | 20.5 |
| Çalıştığınız Birimden memnun musunuz?[sayı(%)] | | |
| Hayır | 45 | 54.2 |
| Evet | 38 | 45.8 |
| Ekonomik Koşullarınız İyi Olsa Mesleği Bırakır Mısınız?[sayı(%)] | | |
| Hayır | 18 | 21.7 |
| Evet | 65 | 78.3 |

Tablo 4.2’de hemşirelerin nicel özelliklerini gösteren demografik veriler verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin ortalama yaş, boy ve kilo değerleri sırasıyla 31 yıl, 170 cm ve 73 kg olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ve toplam hizmet süreleri sırasıyla 48 saat ve 8 yıl olarak hesaplanmıştır. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin empati ölçeğinin alt başlıklarından (bakış açısı edinme, şefkatle bakış, hastanın yerine kendini koyma ve toplam puan) elde ettiği ortalama değerler sırasıyla 55, 32, 9 ve 101 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin sosyal iyi olma hali (sosyal kabul, güven duyma, sosyal saygınlık, sosyal etki, toplam puan) ölçeğinin alt başlıklarından elde ettiği ortalama değerler sırasıyla 54, 20, 17, 23 ve 119 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin somatizasyon toplam puanı 14 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Nicel Değişkenler)

| | Ortanca | Min-Max |
|--|----------------|----------------|
| Yaş (Yıl) | 31 | 21-48 |
| Boy (cm) | 170 | 150-193 |
| Kilo (Kg) | 73 | 45-95 |
| Haftalık Çalışma süresi (saat) | 48 | 36-80 |
| Çalışma süresi (yıl) | 8 | 1-24 |
| Empati (Bakış Açısı Edinme) | 55 | 18-65 |
| Empati (Şefkatle Bakış) | 32 | 16-45 |
| Empati (Hastanın Yerine Koyma) | 9 | 2-14 |
| Empati (Toplam Puan) | 101 | 45-125 |
| Somatizasyon (Toplam Puan) | 14 | 4-30 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Kabul) | 54 | 36-70 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Güven Duyma) | 20 | 9-30 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Saygınlık) | 17 | 8-23 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Etki) | 23 | 9-30 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Toplam Puan) | 119 | 80-155 |

Tablo 4.3.’te çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması ile ilgili nitel verileri verilmiştir. Çalışmada, kadın ve erkek hemşireler arasında çalışılan ünite ($p=0.046$), mesleğe başlamadan önce alkol kullanma ($p=0.031$), mesleğe başlamadan önce sigara kullanma ($p<0.001$), mesleğe başladıktan sonra sigara kullanmaya başlama ($p=0.029$), çalıştığı birimden memnun olma ($p=0.030$) ve ekonomik durum iyi olduğunda mesleği bırakma isteği ($p=0.046$) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Buna karşın kadın ve erkek hemşire arasında medeni durum ($p=0.370$), çocuk sayısı ($p=0.051$), eğitim düzeyi

($p=0.700$), kadro tipi ($p=0.213$), kronik hastalık varlığı ($p=0.625$), ailede kronik hastalık varlığı ($p=0.752$), mesleğe başladıktan sonra alkol kullanmaya başlama ($p=0.092$) ve aynı mesleği tekrar seçme arzusu ($p=0.213$) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılık tespit edilmemiştir.



Tablo 4.3. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler)

| | Erkek | Kadın | p |
|--|--------------|--------------|------------------|
| Medeni durum [sayı(%)] | | | |
| Bekar | 10(26.3) | 18(40) | 0.370 |
| Evli | 26(68.4) | 24(53.3) | |
| Boşanmış | 2(5.3) | 3(6.7) | |
| Çocuk Sayısı [sayı(%)] | | | |
| Yok | 14(36.8) | 24(53.3) | 0.051 |
| Bir | 8(21.1) | 13(28.9) | |
| İki veya üstü | 16(42.1) | 8(17.8) | |
| Eğitim Düzeyi [sayı(%)] | | | |
| Lise | 4(10.5) | 5(11.1) | 0.700 |
| Ön Lisans | 11(28.9) | 17(37.8) | |
| Lisans | 18(47.4) | 20(44.4) | |
| Yüksek Lisans veya üzeri | 5(13.2) | 3(6.7) | |
| Çalıştığı Ünite [sayı(%)] | | | |
| Acil Servis | 21(55.3) | 14(31.1) | 0.046 |
| Yoğun Bakım | 17(44.7) | 31(68.9) | |
| Kadro Tipi [sayı(%)] | | | |
| Kadrolu | 33(86.8) | 33(73.3) | 0.213 |
| Sözleşmeli | 5(13.2) | 12(26.7) | |
| Kronik Hastalık Varlığı [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 36(94.7) | 43(95.6) | 0.625 |
| Evet | 2(5.3) | 2(4.4) | |
| Ailede Kronik Hastalık Varlığı [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 25(65.8) | 27(60) | 0.752 |
| Evet | 13(34.2) | 18(40) | |
| Meslek Öncesi Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 28(73.7) | 42(93.3) | 0.031 |
| Evet | 10(26.3) | 3(6.7) | |
| Meslek Sonrası Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 35(92.1) | 45(100) | 0.092 |
| Evet | 3(7.9) | 0(0) | |
| Meslek Öncesi Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 15(39.5) | 41(91.1) | <0.001 |
| Evet | 23(60.5) | 4(8.9) | |
| Meslek Sonrası Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 32(84.2) | 27(60) | 0.029 |
| Evet | 6(15.8) | 18(40) | |
| Seçme Şansın Olsa Aynı Mesleği Seçer Miydin? | | | |
| Hayır | 33(86.8) | 33(73.3) | 0.213 |
| Evet | 5(13.2) | 12(26.7) | |
| Çalıştığınız Birimden Memnun musunuz? | | | |
| Hayır | 26(68.4) | 19(42.2) | 0.030 |
| Evet | 12(31.6) | 26(57.8) | |
| Ekonomik Koşullarımız İyi olsa Mesleği Bırakır Mısınız? | | | |
| Hayır | 4(10.5) | 14(31.1) | 0.046 |
| Evet | 34(89.5) | 31(68.9) | |

Tablo 4.4.'te çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması ile ilgili nicel verileri verilmiştir. Çalışmada, kadın ve erkek hemşireler arasında yaş (p=0.023), boy (p<0.001), kilo (p<0.001), empati (şefkatle bakış) (p=0.020), somatizasyon (p=0.002) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Diğer değişkenler açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek herhangi bir farklılıklar tespit edilmemiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler)

| | Erkek | Kadın | p |
|--|--------------|--------------|------------------|
| Yaş (Yıl) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 33(22-45) | 30(21-48) | 0.023 |
| Boy (cm) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 176(167-193) | 163(150-178) | <0.001 |
| Kilo (Kg) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 80(56-95) | 61(45-95) | <0.001 |
| Haftalık Çalışma Saati | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 48(36-80) | 48(40-72) | 0.103 |
| Çalışma yılı | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 9(2-22) | 8(1-24) | 0.241 |
| Empati (Bakış Açısı Edinme) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 54(18-64) | 55(21-65) | 0.286 |
| Empati (Şefkatle Bakış) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 30(16-43) | 33(17-45) | 0.020 |
| Empati (Hastanın Yerine Koyma) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 9(2-13) | 9(4-14) | 0.58 |
| Empati (Toplam Puan) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 96(45-123) | 104(50-125) | 0.09 |
| Somatizasyon Toplam Puan | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 11(4-28) | 17(5-30) | 0.002 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Kabul) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 55(36-70) | 54(37-68) | 0.426 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Güven Duyma) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 20(9-30) | 19(10-30) | 0.230 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Saygınlık) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 17(8-21) | 16(9-23) | 0.210 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Etki) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 23(9-30) | 23(14-30) | 0.352 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Toplam Puan) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 119(80-155) | 118(80-153) | 0.363 |

Tablo 4.5.'te çalışmaya alınan hemşirelerin çalışma yıllarına göre karşılaştırılması ile ilgili nitel verileri verilmiştir. Araştırmada, ≤ 5 yıl, 5-10 yıl ve ≥ 10 yıl süreyle çalışan hemşireler arasında medeni durum (p<0.001), çocuk sayısı (p<0.001) ve kadro tipi

($p < 0.001$) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek herhangi bir farklılıklar tespit edilmemiştir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin alışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler)

| | ≤ 5 Yıl | 5-10 Yıl | ≥ 10 Yıl | p |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| Cinsiyet [sayı(%)] | | | | |
| Erkek | 9(37.5) | 10(47.6) | 19(50) | 0.618 |
| Kadın | 15(32.5) | 11(52.4) | 19(50) | |
| Medeni durum [sayı(%)] | | | | |
| Bekar | 18(75) ^a | 7(33.3) ^b | 3(7.9) ^c | <0.001 |
| Evli | 6(25) ^d | 13(61.9) ^e | 31(81.6) ^e | |
| Boşanmış | 0(0) ^f | 1(4.8) ^f | 4(10.5) ^f | |
| ocuk Sayısı [sayı(%)] | | | | |
| Yok | 21(27.5) ^a | 11(52.4) ^b | 6(15.8) ^c | <0.001 |
| Bir | 3(12.5) ^d | 7(33.3) ^d | 11(28.9) ^d | |
| İki veya üstü | 0(0) ^e | 3(14.3) ^e | 21(55.3) ^f | |
| Eğitim Düzeyi [sayı(%)] | | | | |
| Lise | 1(4.2) | 4(19) | 4(10.5) | 0.198 |
| n Lisans | 12(50) | 5(23.8) | 11(28.9) | |
| Lisans | 10(41.7) | 8(38.1) | 20(52.6) | |
| Yüksek Lisans veya üzeri | 1(4.2) | 4(19) | 3(7.9) | |
| alıştığı ünite [sayı(%)] | | | | |
| Acil Servis | 11(45.8) | 7(33.3) | 17(44.7) | 0.635 |
| Yoğun Bakım | 13(54.2) | 14(66.7) | 21(55.3) | |
| Kadro Tipi [sayı(%)] | | | | |
| Kadrolu | 10(41.7) ^a | 18(85.7) ^b | 38(100) ^c | <0.001 |
| Sözleşmeli | 14(58.3) ^d | 3(14.3) ^e | 0(0) ^f | |
| Meslek ncesi Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | | |
| Hayır | 21 (87.5) | 17 (81.0) | 32 (84.2) | 0.833 |
| Evet | 3 (12.5) | 4 (19.0) | 6 (15.8) | |
| Meslek Sonrası Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | | |
| Hayır | 24 (100) | 20 (95.2) | 36 (94.7) | 0.528 |
| Evet | 0 (0.0) | 1 (4.8) | 2 (5.3) | |
| Meslek ncesi Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | | |
| Hayır | 20(83.3) | 14(66.7) | 22(57.9) | 0.114 |
| Evet | 4(16.7) | 7(33.3) | 16(42.1) | |
| Meslek sonrası Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | | |
| Hayır | 18(75) | 16(76.2) | 25(65.6) | 0.618 |
| Evet | 6(25) | 5(23.8) | 13(34.2) | |
| Seçme şansın Olsa Aynı Mesleği Seçer Miydin? | | | | |
| Hayır | 20 (83.3) | 17 (81.0) | 29 (76.3) | 0.787 |
| Evet | 4 (16.7) | 4 (19.0) | 9 (23.7) | |
| alıştığınız Birimden Memnun Musunuz? | | | | |
| Hayır | 16 (66.7) | 11 (52.4) | 18 (47.4) | 0.325 |
| Evet | 8 (33.3) | 10 (47.6) | 20 (52.6) | |
| Koşullarınız İyi Olsa Mesleği Bırakır Mısınız? | | | | |
| Hayır | 4 (16.7) | 6 (28.6) | 8 (21.1) | 0.622 |
| Evet | 20 (83.3) | 15 (71.4) | 30 (78.9) | |

Üst simgeler gruplar arasındaki farklılık olup olmadığını göstermektedir. Aynı simgeler değişkenler arasında farklılık olmadığını gösterirken farklı üst simgeler gruplar arasında farklılık olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6.'da çalışma kapsamındaki hemşirelerin çalışma yıllarına göre karşılaştırılması ile ilgili nicel verileri verilmiştir. Çalışmamızda, ≤ 5 yıl, 5-10 yıl ve ≥ 10 yıl süreyle çalışan hemşireler arasında yaş ($p<0.001$), çalışma yılı ($p<0.001$) ve empati alt grup (hastanın yerine kendini koyma) ($p=0.032$) değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek herhangi bir farklılıklar tespit edilmemiştir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler)

| | ≤ 5 Yıl | 5-10 Yıl | ≥ 10 Yıl | p |
|--|--------------|--------------|---------------|------------------|
| Yaş (Yıl) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 26(21-32) | 29(24-33) | 36(28-48) | <0.001 |
| Boy (cm) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 170(158-184) | 174(157-193) | 169(150-180) | 0.599 |
| Kilo (Kg) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 66(51-90) | 74(45-95) | 75(47-95) | 0.314 |
| Haftalık Çalışma Saati | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 48(40-72) | 48(40-80) | 48(36-72) | 0.214 |
| Çalışma yılı | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 4(1-5) | 8(6-9) | 14(10-24) | <0.001 |
| Empati (Bakış Açısı Edinme) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 54(18-64) | 55(21-64) | 55(24-65) | 0.908 |
| Empati (Şefkatle Bakış) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 31(21-45) | 33(17-43) | 31(16-42) | 0.612 |
| Empati (Hastanın Yerine Koyma) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 8(2-12) | 11(4-14) | 9(3-14) | 0.032 |
| Empati (Toplam Puan) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 98(45-125) | 106(50-123) | 102(50-117) | 0.713 |
| Somatizasyon Toplam Puan | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 15(6-28) | 17(5-30) | 14(4-28) | 0.272 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Kabul) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 53(38-63) | 55(40-66) | 56(36-70) | 0.342 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Güven Duyma) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 19(9-26) | 21(10-30) | 20(12-30) | 0.284 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Saygınlık) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 16(9-20) | 18(10-23) | 16(8-21) | 0.048 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Etki) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 23(9-28) | 24(17-30) | 23(12-30) | 0.575 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Toplam Puan) | | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 112(80-135) | 123(80-153) | 119(80-155) | 0.232 |

Tablo 4.7.'de hemşirelerin çalışma birimlerine göre karşılaştırılması ile ilgili nitel verileri verilmiştir. Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık çalışanları

arasında sadece çocuk sayısı ($p=0.026$) değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Diğer tüm nitel değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek herhangi bir farklılıklar tespit edilmemiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Karşılaştırılması (Nitel Değişkenler)

| | Acil Servis | Yoğun Bakım | p |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Cinsiyet [sayı(%)] | | | |
| Erkek | 21(60) | 17(35.4) | 0.046 |
| Kadın | 14(40) | 31(64.4) | |
| Medeni durum [sayı(%)] | | | |
| Bekar | 14(40) | 14(29.2) | 0.405 |
| Evli | 20(57.1) | 30(62.5) | |
| Boşanmış | 1(2.9) | 4(8.3) | |
| Çocuk Sayısı [sayı(%)] | | | |
| Yok | 17(48.6) | 21(43.8) | 0.026 |
| Bir | 4(11.4) | 17(35.4) | |
| İki veya üstü | 14(40.0) | 10(20.8) | |
| Eğitim Düzeyi [sayı(%)] | | | |
| Lise | 6(17.1) | 3(6.3) | 0.181 |
| Ön Lisans | 14(40.0) | 14(29.2) | |
| Lisans | 13(37.1) | 25(52.1) | |
| Yüksek Lisans veya üzeri | 2(5.7) | 6(12.5) | |
| Kadro Tipi [sayı(%)] | | | |
| Kadrolu | 28(80.0) | 38(79.2) | 1.000 |
| Sözleşmeli | 7(20.0) | 10(20.8) | |
| Çalışma Süresi | | | |
| ≤ 5yıl | 11(31.4) | 13(27.1) | 0.635 |
| 5-10 yıl | 7(20.0) | 14(29.2) | |
| ≥10 yıl | 17(48.6) | 21(43.8) | |
| Meslek Öncesi Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 29(82.9) | 41(85.4) | 0.991 |
| Evet | 6(17.1) | 7(14.6) | |
| Meslek Sonrası Alkol Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 34(97.1) | 46(95.8) | 1.000 |
| Evet | 1(2.9) | 2(4.2) | |
| Meslek Öncesi Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 20(57.1) | 36(75.0) | 0.140 |
| Evet | 15(42.9) | 12(25.0) | |
| Meslek sonrası Sigara Kullanma [sayı(%)] | | | |
| Hayır | 24(68.6) | 35(72.9) | 0.852 |
| Evet | 11(31.4) | 13(27.1) | |
| Seçme Şansın Olsa Aynı Mesleği Seçer Miydin? | | | |
| Hayır | 27(77.1) | 39(81.3) | 0.885 |
| Evet | 8(22.9) | 9(18.8) | |
| Çalıştığınız Birimden Memnun musunuz? | | | |
| Hayır | 25(71.4) | 20(41.7) | 0.014 |
| Evet | 10(28.6) | 28(58.3) | |
| Koşullarınız İyi olsa Mesleği Bırakır Mısınız? | | | |
| Hayır | 5(14.3) | 13(27.1) | 0.260 |
| Evet | 30(85.7) | 35(72.9) | |

Tablo 4.8. 'de hemşirelerin çalışma birimlerine göre karşılaştırılması ile ilgili nicel verileri verilmiştir. Çalışmamızda, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler arasında boy (p=0.027), haftalık çalışma saati (p=0.028) ve empati ölçeğinin şefkatle bakış açısı alt kolu (p=0.002) açısından istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek farklılıklar tespit edilmiştir. Diğer nicel değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık gösterecek herhangi bir farklılıklar tespit edilmemiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Çalışma Birimlerine Göre Karşılaştırılması (Nicel Değişkenler)

| | Acil Servis | Yoğun Bakım | p |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Yaş (Yıl) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 32(22-45) | 31(21-48) | 0.778 |
| Boy (cm) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 172(160-183) | 167(150-193) | 0.027 |
| Kilo (Kg) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 75(51-92) | 67(45-95) | 0.168 |
| Haftalık Çalışma Saati | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 48(36-72) | 48(40-80) | 0.028 |
| Çalışma yılı | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 8(1-22) | 8(2-24) | 0.743 |
| Empati (Bakış Açısı Edinme) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 57(24-65) | 54(18-64) | 0.171 |
| Empati (Şefkatle Bakış) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 30(17-38) | 35(16-45) | 0.002 |
| Empati (Hastanın Yerine Koyma) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 9(3-14) | 9(2-14) | 0.783 |
| Empati (Toplam Puan) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 100(51-111) | 103(45-125) | 0.455 |
| Somatizasyon Toplam Puan | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 13(5-30) | 15(4-27) | 0.868 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Kabul) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 54(36-70) | 55(37-68) | 0.724 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Güven Duyma) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 20(10-30) | 20(9-27) | 0.387 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Saygınlık) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 16(8-23) | 17(9-21) | 0.141 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Sosyal Etki) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 24(12-30) | 23(9-30) | 0.120 |
| Sosyal İyi Olma Hali (Toplam Puan) | | | |
| Ortanca (Min-Max) | 118(80-155) | 120(80-142) | 0.789 |

Tablo 4.9. 'de çalışmaya alınan hemşirelerin cinsiyet, çalışma birimi, empati ölçeği alt grupları, sosyal iyilik hali ölçeği alt grupları ve somatizasyon toplam puanı arasında korelasyon olup olmadığına dair veriler verilmiştir. Verilere bakıldığında; cinsiyet

(kadın) ile empati ölçeğinin şefkatle bakış alt grubu arasında pozitif ve fakat zayıf bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p=0.037$, $r=0.229$). Aynı pozitif ve zayıf korelasyon cinsiyet (kadın) ile somatizasyon toplam puanı arasında da görülmüştür ($p=0.002$, $r=0.331$). Ayrıca hemşirelerin çalışma birimi (yoğun bakım) ile empati ölçeğinin şefkatle bakış alt grubu arasında pozitif ve fakat zayıf bir korelasyon olduğu görülmüştür ($p=0.003$, $r=0.300$).

Çalışma süresi, Jefferson empati ölçeği alt grupları, somatizasyon ve sosyal iyi olma hali alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir. Her üç ölçek toplam puan açısından karşılaştırıldığında sadece somatizasyon ile sosyal iyi olma hali toplam puanları arasında negatif zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-0.353$, $p=0.001$). Bu ilişki ayrıntılı olarak incelendiğinde somatizasyon toplam puanı ile sosyal iyi olma halinin alt gruplarından olan sosyal kabul ($r=-0.224$, $p=0.041$), güven duyma ($r=-0.478$, $p<0.001$) ve sosyal saygı ($r=-0.442$, $p<0.001$) alt parametreleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin Cinsiyeti, Çalışma Birimi ve Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar Arasında Korelasyon Olup Olmadığının Değerlendirilmesi

| | Cinsiyet* | | Çalışma Birimi** | |
|---------------------------------|-----------|--------------|------------------|--------------|
| | r | p | r | p |
| Empati | | | | |
| Bakış Açısı Edinme | 0.183 | 0.097 | -0.135 | 0.224 |
| Şefkatle Bakış | 0.229 | 0.037 | 0.300 | 0.003 |
| Hastanın Yerine Koyma | -0.031 | 0.778 | -0.029 | 0.793 |
| Toplam Puan | 0.203 | 0.066 | 0.030 | 0.786 |
| Sosyal İyi Olma Hali | | | | |
| Sosyal Kabul | -0.089 | 0.423 | -0.082 | 0.460 |
| Güven Duyma | -0.101 | 0.364 | 0.076 | 0.494 |
| Sosyal Saygınlık | -0.126 | 0.255 | 0.182 | 1.000 |
| Sosyal Etki | -0.059 | 0.594 | -0.143 | 0.197 |
| Toplam Puan | -0.104 | 0.349 | -0.011 | 0.923 |
| Somatizasyon Toplam Puan | 0.331 | 0.002 | -0.402 | 0.703 |

*: Kadın **: Yoğun Bakım

5. TARTIŞMA

Hemşireler hem sağlık ekibi içerisindeki etkin rolü, hem de hastanelerin başarısındaki etkileri gereği önemli bir konuma sahiptir. Sağlık kurumlarının yapı taşları arasında yer alan hemşireler sosyal bir dünya içerisinde çeşitlenen iş yükü nedeniyle sosyal yaşantıları her geçen gün zorlaşmaktadır (103).

Hemşire klinikte hasta ile birebir iletişim halinde olup; onun tıbbi ve psikolojik açıdan zor durumlarına şahit olmaktadır. Hemşireler özellikle mortalite gibi psikososyal açıdan zor durumlar ile sıklıkla karşılaşan kişilerdir. Bu durumlar hemşirelerin bilişsel açıdan bozulması ile bazı sosyal değişikliklere ve genel psikopatolojik belirtilerin artmasına neden olabileceğini göstermektedir (104). Özellikle ameliyathane ve yoğun bakım gibi yüksek stres kaynakları ve çalışma koşullarında çalışan hemşireler bu ortamdan kaynaklanan risk faktörlerini taşımaları nedeni ile potansiyel olarak sosyal bozukluklara yatkınlık gösterebilmektedirler (105). Bu çalışmamızda da yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin çalışma birimlerinin sosyal yaşamları üzerine etkileri incelenmiştir. Bu kapsamda araştırmaya dahil edilen hemşirelerin sosyal iyilik, empati, somatizasyon gibi parametrelerine bakılmıştır.

Literatür incelendiğinde yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin somatizasyon, sosyal iyilik ve empati düzeylerini birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu araştırma bulguları bu terimleri ayrı ayrı inceleyen çalışmalar ile tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %54.2'sinin kadın, %60.2'sinin evli, %45.8'nin lisans mezunu %54.2'sinin çalıştıkları birimlerde memnun olmadıkları, %78.3'ünün ekonomik koşullarının iyi olması halinde hemşireliği bırakacağı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bu memnuniyetsizlik durumunun yapılan çeşitli çalışmalarda benzer olarak yoğun bakım ve acil birimlerinde çalışan hemşirelerin daha fazla duygusal tükenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir (106-108). Bu kapsamda özellikle yoğun bakım ve acilde çalışan hemşireler üzerinde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Uçar ve ark. yapmış oldukları çalışmada %50'sinin yoğun bakımda istemeyerek çalıştığı; bizim çalışmamızda ise %54.2'sinin biriminden memnun olmadığı görülmüştür. Çalışmanın devamında %88,9'unun emeklilik hakkı kazanır kazanmaz emekli olmayı istediği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin %78.3 ekonomik imkanlarının iyi

olması halinde mesleği bırakabileceğini ifade etmiştir (109). Kaçan ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin hemen hemen yarıya yakınının %42.6 bulunduğu işten memnun olmadığı belirtilmiştir. Her iki çalışmada bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir (110). Bu çalışmalara benzer şekilde Tilev ve Beydağ'ın yaptığı çalışmada da hemşirelerin yalnızca %19.2 sinin işinden memnun olduklarını belirtmişlerdir (111). Bu bulgulardan yola çıkarak sağlık çalışanları içerisinde sayı olarak en büyük grubu teşkil hemşirelerin çalıştıkları birim ve işlerinden memnun olmaması hastanın gereksinimleri doğrultusunda verilecek olan bakımın kalitesini de olumsuz etkileyeceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda olumsuz çalışma şartları ve çalışma sahasındaki eksik ve sıkıntılı süreçlerden ötürü hemşirelerin iş gücünün bozulmasına ve en önemlisi tıbbi hataların artmasına bunun neticesinde bakım verdiği hastaların risk altında olmasına neden olmaktadır (108).

Haydari ve ark. yapmış oldukları çalışmada yeni nesil hemşirelerin iş ve sosyal yaşam arasındaki ilişkiyi önemsedikleri ben merkezliyetçi yaklaşımlarından ötürü kişilik süreçleri X kuşağı hemşirelere göre farklılık gösterdiği işi bırakma isteklerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (112). Bizim çalışmamızda buna benzerlik göstermektedir. 5 yıl ve altında meslek hayatında olan hemşirelerin %66.7'si çalıştığı birimden memnun olmadığı, aynı kitlenin %83.3'ü ekonomik şartları iyi olsa mesleği bırakabileceğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin somatizasyon toplam puanları incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip olduğu ($p=0.002$) belirlenmiştir (Tablo 4.4). Nitekim ülkemizde somatik belirtilerle ilgili yapılan araştırmalarda, belirti sıklığının kadınlarda daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda Kesebir'in yapmış olduğu çalışmada kadınların erkeklere nazaran somatik yakınmalarının daha fazla olduğunu belirtmiştir (8).

Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında; Özgür ve arkadaşlarının üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadın hemşirelerin daha yüksek düzeyde somatizasyon puanına sahip olduğunu belirtmiştir (1).

Bolat'ın kendi çalışmasındaki sağlıkçıların cinsiyet ile somatizasyon arasında anlamlı bir fark bulmuştur ($p=0.003$). Somatizasyon ortalamasının (aritmetik) cinsiyete göre dağılımını kadınlardaki ortalaması 10.54 ± 5.86 iken erkeklerin ortalaması 7.76 ± 5.34 bulmuştur (113). Fidanoğlu kendi çalışmasında cinsiyet ile somatizasyon arasında

anlamli bir fark bulmuştur ($p<0.001$). Cinsiyete göre ortalamaları (aritmetik) aynı ölçeği kullanarak kadınların ortalamasını 13.18 ± 5.26 bulmuşken erkeklerin ortalamasını 10.18 ± 4.69 bulmuştur (114). Biz kendi çalışmamızda somatizasyon ile cinsiyet arasında ($p=0.002$) anlamlılık tespit ettik. Çalışmamızda aynı somatizasyon ölçeğinin medyan (ortanca) şeklini kullanarak ortanca (Min-Max) kadınlar için 17(5-30) bulurken erkekler için 11(4-28) bulduk. Her üç çalışmada da kadın cinsiyetinin somatizasyon verileri daha yüksek çıkmıştır.

Meslekte çalışma süresine göre somatizasyon verilerine bakıldığında Bolat'ın çalışmasında (5 ve daha az yıl/6-10 yıl/11 ve üstü yıl) anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen (6-10 yıl) arasında çalışanların somatizasyon puanları daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (13). Bizim çalışmamızda da (5 ve daha az yıl/5-10 yıl/10 ve üstü yıl) anlamlılık bulunmamasına rağmen (5-10 yıl) arasındaki hemşirelerin somatizasyon puanları yüksek çıkmıştır. Bu durum yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Literatür incelendiğinde diğer yapılan çalışmalarda kadın hemşirelerin daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip olduğu bunun temelinde de toplumun kadına bakış açısı yanı sıra toplumun kadına yüklediği rol ve sorumlukların önemli etken olduğu belirtilmektedir (105, 115).

Hasta bakım kalitesini artırabilmek için terapötik iletişim sürecinin sağlam bir şekilde uygulanması gereklidir. Terapötik iletişimde vazgeçilmez öğelerinden biri de empatidir. Bu noktada hasta ile hemşire arasındaki sağlıklı iletişimin sağlanabilmesi için öncelikle hemşirelerin empati düzeylerinin belirlenmesi gereklidir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin empati ölçeğinden aldıkları puanlar 45-125 arasında değişmekte olup, ortanca puan (101.0) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2). Çalışmamızda hemşirelerin empatik eğilimlerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmamıza katılmayı kabul eden hemşirelerin empati ölçeğinin alt boyutu olan şefkatle bakış açısı puanının kadın hemşirelerde ($p=0.020$) (Tablo 4.4), çalışma birimi olarak da yoğun bakımda çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğu ($p=0.002$) (Tablo 4.8) belirlenerek; bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde Şahin S ve ark. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin empati ölçeği toplam ortanca değeri (101.0) bulunmuş ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin empati düzeyi acil serviste çalışanlara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (116). Bizim çalışmamızda da empati ölçeği toplam puanı

(101.0) bulunmuştur. Ünitelere bakıldığında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin empati ölçeğinin alt boyutu olan (şefkatle bakış) parametresi acil servis hemşirelerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Özan'ın yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyet ve merhamet gibi özelliklerin referans alındığı çalışmasında kadınların daha yüksek puan aldığını belirtmiştir (117). Bizim verilere bakıldığında empati ölçeğinin alt boyutu olan şefkatle bakış açısı cinsiyet düzeyinde kadın hemşirelerde; birim olarak yoğun bakım da anlamlı çıkmıştır. Bu durumu kadınların içgüdüsel olarak sezgileri ve hislerinde daha duyarlı olmasıyla açıklanmaktadır (64).

Aynı zamanda yoğun bakımda hastalarla daha fazla vakit geçirilmektedir. Buna bağlı olarak hastanın öyküsü ve yaşamı üzerine daha fazla bilgi öğrenilmekte ve hastaya karşı şefkat, merhamet gibi duygular özellikle kadın hemşireler tarafından geliştirildiğini düşünmekteyiz.

Şen ve ark. sağlık çalışanları ve Alver'in de öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmalarda da kadınların empati düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulmuşlardır (118, 119).

Nunes ve arkadaşlarının sağlık eğitimi alan bir grup öğrenciyle yaptığı çalışmada ise kız öğrencilerin empatik beceri puanlarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğunu saptamıştır (120).

Bizim de çalışmamızda kullandığımız empati ölçeğini Chen ve ark. 25 kişiden oluşan (kadın=17, erkek=8) eczacılık fakültesi öğrencilerine empati öğretimi çerçevesinde uygulamışlardır. Çalışmanın başında ve bir yıllık eğitim bittikten sonra çalışmanın sonunda ölçek uygulanmıştır. Çalışma öncesi kadın katılımcı empati puanı (114.3) iken erkek katılımcı empati puanı (113.5) ve empati toplam puanı (114.0) bulunmuştur. Bir yıllık empati eğitim sonrası kadın katılımcı empati puanı (120.7) iken erkek katılımcı empati puanı (117.3) ve empati toplam puanı (119.6) olmuştur (121). Bu durum empati öğretiminin olabileceğini göstermekle beraber Mete ve ark. yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin aldığı eğitimle empati beceri puanlarının yükseldiği ifade edilerek desteklenmiştir (122). Bizim çalışmamızda toplam puan (101.0) bulunmuştu. Chen ve ark. çalışmasının daha yüksek puan almasını çalışmadaki kadın katılımcının fazla olmasından ötürü olduğunu düşünmekteyiz.

Hojat ve ark. bizim de çalışmamızda kullandığımız empati ölçeğini bir grup sağlık ve medikal eğitimi alan çeşitli kültür ve toplumlardan gelen öğrenci kitlesine dört yıllık bir parametreyle uygulamışlardır. Bu sürecin sonunda ölçek toplam puanı (112.78) bulunmuş, eğitim sürecinin başında belli bir empati düzeyine sahip katılımcıların eğitim hayatının ortasında (ikinci yılın sonu) en yüksek seviyeye ulaştığı kadınlar (117.3) erkekler (113.9) görülmüştür. Bizim çalışmamızda da meslek hayatının orta döneminde olanlar (5-10 yıl) empati toplam puanı (106) olup, empati ölçeğinin alt boyutu olan (hastanın yerine koyma) parametresi anlamlı ($p=0.032$) bulunmuştur (123).

Özcan'ın yaptığı makale çalışmasında hemşirelerin çalışma yılı, çalıştıkları servis ve çalışma ortamından memnuniyet gibi değişkenlerin empati düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmasına rağmen bizim çalışmada anlamlı sonuçlar çıkmıştır (124).

Cengiz ve Çiçek'in çalışmalarında meslekte bulunma süreleri ile empati düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı görülürken; Pişmişoğlu'nun çalışmasında 6-10 yıl arasında hemşirelik yapanların empatik eğilim puanları anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüş bizim çalışmamızda buna benzerlik göstermektedir (125-127).

Literatürde cinsiyetin empati üzerindeki etkisini tam olarak açıklayan bir teoriye rastlanılmamasına rağmen; Aydın'ın çalışmasında da cinsiyete bağlı olarak empati düzeyinde anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir. Bizim ve daha önceki tartıştığımız çalışmalarda bu durumu desteklemiştir. Aydın'ın çalışmasında açıkladığı duruma baktığımızda; Freud'a göre kadınların Oedipal dönemi daha az problemliler olarak atlatmaları erkeklerin ise bu dönemde daha fazla özdeşim kurma gücünü yaşamalarından ötürü cinsiyetler arasında empati açısından böyle bir farklılığa neden olduğu düşünülmektedir. Freud ekolüne yakın psikanalistlerin de kadınların kendileri ve çevresindekilerle daha az mesafeli olmasından ötürü daha paylaşımcı ve sezgisel davrandıklarını ifade etmişlerdir (128).

Yapılan çalışmalarda sosyal iyi olma halinin bireysel, eğitim ve ekonomik açılarından ele alındığı görülmektedir (129, 130). Bu nedenle sosyal iyi olma; psikolojik iyi olma, mutluluk, sosyal ve sağlık gibi terimlerin yerine kullanılabilir. Bundan yola çıkarak çalışmamızda sosyal iyi olmayı mutluluk, sosyal ve sağlık gibi terimleri araştırmalarında inceleyen çalışmalar ile tartıştık.

Bu çalışmada, hemşirelerin sosyal iyi olma hali ve alt boyut (sosyal kabul, güven duyma, sosyal saygınlık ve sosyal etki) toplam puanları ile cinsiyet (Tablo 4.4), çalıştığı

klirik (Tablo 4.8) ve çalışma yılı (Tablo 4.6) gibi tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel açıdan önemli bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Kaynarca ve Hayran'nın hastane çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada hastane çalışanlarının iyilik hali toplam puanının personelini cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği ve sadece sevgi alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (131). Bizim alışmamızda da cinsiyet üzerinde sosyal iyi olma ölçeğinde alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.4).

Grgn'nın niversite öğrencilerine yönelik yaptığı çalışmada da öğrencilerin iyilik hallerinden aldıkları puanların cinsiyet ve bazı demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermediğini belirlemiştir (132). Bizim alışmamızda buna paralellik göstermektedir.

Cirhinlioğlu ve çağır 'ın lise ve niversite öğrencileriyle yaptığı çalışmalarda da cinsiyetin ile iyilik hali arasında anlamlı fark olmadıklarını belirtmişlerdir (133, 134).

Nitekim Aşıcı, Kangal ve Koydemir'in yaptığı diğer araştırma sonuçları da cinsiyetin mutluluk gibi sosyal iyi olma hali üzerinde etkili bir değişken olma özelliği taşımadığını göstermeleri çalışmamızı destekler niteliktedir. (135-137).

Sosyal iyi olma hali ile ilgili literatürde yapılan çalışmalarda iş doyumunu, yaşam kalitesi, duygusal dışa vurum v.b. gibi birçok parametre üzerinde etkili olduğunu göstermesine rağmen hemşirelerin çalışma yılı ve çalıştığı klinik üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma sonucuna rastlanılmamıştır (138-140).

Bizim alışmamızda sosyal iyi olma hali ve alt boyutlarının hemşirelerin çalışma yılı ve çalıştığı klinik üzerindeki etkisi ilgili anlamlı bir farklılık bulmamamıza rağmen bir ilk olması açısından literatüre katkısı olacağını dşnmekteyiz.

Boreham ve ark. yaptıkları çalışmada iş hayatı ve yaşam kalitesinin olumlu etkilenmesini; bireylerin gereksinimlerinin karşılanmasıyla toplum sağlığı ve sosyal iyi olma halinde doyum oluşturduğu belirtilmiştir. Biz de çalışmamızın öneri kısmında hemşirelerin gereksinimlerinin idame ettirilmesinin sosyal iyi olma halini pozitif yönde etkileyeceğini ifade edeceğiz (141).

Wang çalışmalarında hemşirelerin hastaların psikolojik iyiliklerinin karşılayabilmesi için hemşirelerin öncelikle kendilerinin duygusal iyiliklere sahip olması gerektiğini belirtmiştir (142). Bizde alışmamızda cinsiyet veya çalışılan birimler

arasında anlamlı bir fark bulmamamıza rağmen hemşirelerin sosyal iyi olma hali ölçeğinden aldıkları puanlar yüksek çıkmıştır (Sosyal İyi Olma Hali (Toplam Puan) kadın =119 erkek=118).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma birimlerinin, yoğun bakım ve acil ünitelerinde çalışan hemşirelerin sosyal yaşamları üzerine etkisini belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Hemşirelerin %45.8'i çalıştığı birimden memnun olmakla beraber %78.3'ü ekonomik koşulları iyi olması halinde mesleği bırakabileceği,
- Çalıştığı klinikten memnuniyetin kadın hemşirelerde daha yüksek iken ekonomik koşulların iyileşmesi halinde mesleği bırakma arzusu erkek hemşirelerde belirgin olarak daha yüksek olduğu,
- Hem hastalara şefkatle bakış açısına sahip olma hem de somatizasyon belirtileri istatistiksel olarak kadın hemşirelerde daha yüksek olduğu,
- Çalışma birimi açısından baktığımızda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin şefkatle bakış açısı istatistiksel olarak kadın hemşirelerde daha yüksek olduğu,
- Hem korelasyon analizleri hem de grupların karşılaştırılması sonucu elde edilen sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde kadın cinsiyeti, yoğun bakımda çalışma, şefkatle bakış ve somatizasyon değişkenleri arasında bir ilişki olduğu görülmüştür.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakım ve acil gibi özellikli kliniklerde çalışan hemşirelerin problemlerini çözmek çok yönlü bir yaklaşım gerektireceğinden sağlık ekibi üyelerinin bu konuya dikkatlerinin çekilmesi, sağlık çalışanlarına yeterli idari desteğin sağlanması ve bu tür çalışmaların tekrarlanması,
- Hemşirelerin beden ve ruh sağlıklarını koruma yönünden bilinçlendirilmeleri (rehberlik ve danışmanlık hizmetleri),
- Hemşirelerin somatizasyon bulgularını artıran ve özellikle erkek hemşirelerde empatik iletişime engel olmaya yol açan diğer faktörlerin tanımlanması bu konudaki araştırma sonuçlarının dikkate alınması,

- Sosyal iyilik hali ile ilgili literatürde az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu konuda daha çok araştırma yapılması gerektiği anlaşılmıştır. Bu çalışmayı istinaden bundan sonra yapılacak çalışmalara, sonuçların genellenebilirliğinin arttırılması açısından farklı bölgelerde çalışan hemşireleri de kapsayan temsil gücü yüksek örneklemeler üzerinde çalışmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 12(2): 21-30.
2. Görgülü, S. Hemşirelik ve anksiyete. *Türk Hemşireleri Dergisi* 1998, 38: 23-8.
3. Olmaz D, Karakurt P. Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2019, 12(1): 3-14.
4. Ağaçdiken S, Aydoğan A. Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(2): 122-9.
5. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2012, 20(3): 193-9.
6. Schulte P, Vainio H. Well-being at work—overview and perspective. *Scand J Work Environ Health* 2010, 36(5): 422-9.
7. Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren* 2015, 1(1): 1-7.
8. Kesebir Ş. Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri* 2004, 1: 14-9.
9. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000, 1(2): 89-99.
10. Koptagel-İlal G. Hekimlik açısından somatizasyon ve somatoform bozukluklar. *T Klin Psikiyatri* 1999, 1: 50-4.
11. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010: 9.
12. Velioğlu P, Babadağ K. Hemşirelik tarihi ve deontolojisi. *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları* 1992, 260: 1-198.
13. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, 11. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2018.

14. Vicdan KA. Hemşirelikte profesyonellik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, Sempozyum Özel Sayısı: 261-63.
15. Öhlen J, Segesten K. The professional identity of nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28(4): 720-7.
16. Tanrıverdi H. Hemşirelerin profesyonel değerleri ile örgütsel vatandaşlık davranış düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ulakbilge* 2017, 5(13): 1183-204.
17. Tekin V. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2017.
18. Eşer İ, Orkun N, Çetin P. Hemşirelik imajı ve 1950'li yıllarda bir seri ilan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017, 10(4): 275-8.
19. Kavaklı Ö, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009, 51(3): 168-73.
20. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, Bucher L. *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*, 9th ed. St. Louis, Elsevier Mosby, 2012.
21. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010.
22. Akbal Ergün Y, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007, 11(2): 102-13.
23. Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004, 4(3): 179-85.
24. Aydınoğlu B. Yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2007, 7(1): 26-30.
25. Erenler A. Acil Servis Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
26. Çevik AA, Holliman CJ, Yanturalı S. Acil servis hekimleri ve burn-out (tükenmişlik) sendromu. *Ulusal Travma Dergisi* 2003, 9(2): 85-9.

27. Bayraktar AK, Karaca Sivrikaya S. Acil servis hemşirelik hizmetlerinde etik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2018, 15(1): 57-62.
28. O'gara PE, Fairhurst W. Therapeutic communication part 2 strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation. *Accident and Emergency* 2004, 12(4): 201-7.
29. Baransel Isır A, Dülger HE, Yıldırım C. Acil hemşiresinin görevleri ile hukuksal ve etik sorumlulukları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006, 6(2): 90-6.
30. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlığın tanımı; başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University Science and Engineering* 2006, 4(3): 47-9.
31. Mızrak Şahin B, Özerdoğan N. Başarılı emzirme için sosyal bilişsel ve emzirme öz-yeterlilik kuramlarına dayalı hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014, 11(3): 11-5.
32. Bandura A. Self-efficacy toward a unifying of behavioral change. *Psychological Review* 1977, 84(4): 191-215.
33. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood New Jersey, Prentice-Hall, 1986.
34. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist* 1989, 44(9): 1175-84.
35. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior* 2004, 31(2): 143-64.
36. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health* 1998, 13(4): 623-49.
37. Schwarzer R, Fuchs Reinhard. Self-efficacy and health behaviours, <http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm> Son Erişim Tarihi 11.04.2020.
38. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. *H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education)* 2006, 30(30): 120-9.
39. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak soysak destek ve iyilik hali. *Türk Rehberlik ve Danışma Dergisi* 2008, 3(30): 30-42.

40. Çeçen AR. Öğrencilerinin cinsiyetlerine ve ana-baba tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2008, 6(3): 415-31.
41. Procidano M, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology* 1983, 11(1): 1-24.
42. Thoits PA. Stress, coping and social support process: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behaviour* 1995, 35(Extra Issue): 53-79.
43. Yardımcı F, Başbakkal Z. Çocuk-ergen sosyal destek ölçeğinin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12(2): 41-50.
44. Öngören B. Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2015, 34: 25-45.
45. Dökmen Ü. *Sanatta ve Günlük Yaşamda; İletişim Çatışmaları ve Empati*, 35. Baskı. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 2006: 151-4.
46. Arnett RC, Nakagawa G. The assumptive roots of empathic listening: A critique. *Communication Education* 1983, 32(4): 368-78.
47. Gülseren Ş. Eşduyum (empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 133-45.
48. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1988, 21(1): 155-90.
49. Dökmen Ü. Empati kurma becerisi ile sosyometrik statü arasındaki ilişki. *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1987, 20(1-2): 183-207.
50. Hatcher SL, Nadeau MS, Walsh LK, Reynolds M, Galea J, Marz K. The teaching of empathy for high school and college students: Testing rogerian methods with the interpersonal reactivity index. *Adolescence* 1994, 29(116): 961-74.
51. Pişkin M. Empati, kaygı ve çatışma eğilimi arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1989, 22(2): 775-84.
52. Basch MF. Empathic understanding: A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1983, 31: 101-26.

53. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA* 2006, 296(9): 1071-8.
54. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005, 293(9): 1100-6.
55. Wiseman T. A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing* 1996, 23: 1162-7.
56. Erçoban S. İlköğretim II. Kademesindeki Branş Öğretmenlerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2003.
57. Karaca A, Açıköz F, Akkuş D. Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi? Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 4(3): 118-22.
58. Karabağ ŞG. Öğretebilir ve Bilişsel Bir Beceri Olarak Tarihi Empati. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Tarih Eğitimi Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2003.
59. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIlveen KH. Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship* 1992, 24(4): 273-80.
60. Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986, 50(2): 314-21.
61. Akkoyun F. Empatik anlayış üzerine. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1982, 15(2): 63-9.
62. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice* 2002, 52: 9-12.
63. Çetinkaya Ulusoy E, Paslı Gürdoğan E. Hemşirelerde empatik eğilim meslektaş dayanışmasını etkiliyor mu? *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019, 3(1): 19-29.

64. Yiğitbaş Ç, Deveci SE, Açık Y, Ozan AT, Oğuzöncül AF. Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 4(1): 7-13.
65. Cevahir R, Çınar N, Sözeri C, Şahin S, Kuğuoğlu S. Ebelik öğrencilerinin devam ettikleri sınıflara göre empatik becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(7): 3-15.
66. Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing* 2000, 31(1): 226-34.
67. Gözcelioğlu PEA. Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Somatizasyon ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Ufuk Üniversitesi, 2012.
68. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988, 145(11): 1358-68.
69. Mai F. Somatization disorder: A practical review. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004, 49(10): 652-62.
70. Marin C, Carron R. The origin of the concept of somatization. *Psychomatics* 2002, 43: 249-50.
71. Sayar K, Ak İ. The predictors of somatization: A review. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2001, 11(4): 266-71.
72. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine* 1998, 60: 420-30.
73. Fabrega H. The concept of somatization as a cultural and historical product of western medicine. *Psychosomatics Medicine* 1990, 52: 653-72.
74. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986, 27(5): 327-33.
75. Stoudemire A. Somatothymia part 1 and 2. *Psychosomatics* 1991, 32(4): 365-81.
76. Özen Şahin EM. Şizofreni Hastalarında Somatizasyon. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.

77. Koptagel İlal G. Somatizasyonu nasıl anlamalıyız? Psikodinamik değerlendirme. *Türk Klinik Psikiyatri* 1999, 1: 27-33.
78. Lipowski ZJ. Somatization the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1987, 47(3-4): 160-7.
79. Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990, 31(1): 13-21.
80. Babacan SS. Hastalıkta ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2003, 11(2): 519-24.
81. Kirmayer LJ, Robbins J. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *J. Nerv Ment Dis* 1991, 179(11): 647-55.
82. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 1985, 29(6): 563-86.
83. Biçer F. Genç Yetişkinlerde Psikosomatik Belirtilerin Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar İle İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2019.
84. Dikici Özcan Y. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik faktörler (psikosomatik bozukluklar). *A.İ.B.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001, 1(2): 216-24.
85. Baylan N. Çocukluk Çağı Travmalarının Somatizasyon İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Işık Üniversitesi, 2019.
86. World Health Organization. Somatoform Disorders. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)2014-WHO Version for; 2014.<https://icd.who.int/browse10/2014/en#/F45.011.04.2020>.
87. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Çeviri: Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V)*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 163-4.
88. Sayar K. Tıbben açıklanmayan belirtiler. *Türk psikiyatri Dergisi* 2002, 13(3): 222-31.

89. Kaya B. Sivas İl Merkezinde Somatizasyon Bozukluğunun Epidemiyolojisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 1996.
90. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004, 49(10): 663-72.
91. Gureje O, Simon GE, Üstün TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: A world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry* 1997, 154(7): 989-95.
92. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine* 2001, 31(4): 577-84.
93. Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006, 41(9): 704-12.
94. Dülgerler Ş. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2000.
95. Özen Şahin EM, Solmaz Türkcan A, Belene A, Yeşilbursa D, Yurt E. Somatizasyonda kültürel ve sosyolojik faktörler. *New/Yeni Symposium Journal* 2009, 47(4): 187-93.
96. Yüksel N. *Ruhsal hastalıklar*, 3. Baskı. İstanbul, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 2006: 267.
97. Sayar K, Kirmayer LJ, Tallefer S. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry* 2003, 25: 108-14.
98. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005, 16(2): 90-6.
99. Yenier Duman Ö, Üsübütün S, Göka E. Belirti yorumlama ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004, 15(1): 26-40.
100. Noyes R, Langbehn DR, Happel RL, Stout LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 2001, 42(4): 320-9.

101. İlhan İÖ, Yıldırım F, Gündoğar D, Çolak M, Yüce S, Dertli N, Doğan Yb. Sosyal İyi Olma Hali Ölçeği'nin Geliştirilmesi Ve Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. 48. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Bursa, 09-13 Ekim 2012.
102. Turğut N. Hastanede Çalışan Hemşire Ve Sağlık Personeli Örneğinde “Sosyal İyi Olma Hali Ölçeği” Ve “Toplulukçu Yeterlilik Ölçeği” Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2017.
103. Erat Ş, Korkmaz M, Çimen V, Yahyaoğlu G. Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimler Dergisi* 2011, 1(1): 48-76.
104. Özcan TC, Mercan N. Hemşirelerin travma ile karşılaşma durumlarına ve kişilik özelliklerine göre empati ve tükenmişlik düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2016, 58: 11-7.
105. *Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Kros-Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu.* Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi, Trabzon Sözel Bildiri, 1999.
106. Al-Turki H, Al-Turki R, Al-Dardas D, et al. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Annals of African Medicine* 2010, 9(4): 226-9.
107. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu: Denizli’de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi* 2008, 8(2): 541-61.
108. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011, 11(2):59-67.
109. Uçar N, Aygin D, Uzun E. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 1(4): 18-37.
110. Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016, 5(2): 65-74.
111. Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerde iş doyumunu. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014, 1(3): 140-7.

112. Haydari SM, Kocaman G, Tokat MA. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016, 3(3): 119-31.
113. Bolat T. Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
114. Fidanoğlu O. Evlilik Uyumu İle Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki Ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
115. Öztürk O. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, 10. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004: 91-3, 189- 216.
116. Şahin S, Özgen D, Özdemir K, Ünsal A. Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2018, 10(3): 318-25.
117. Özcan A. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2019.
118. Şen H, Yılmaz F, Ünüvar Ö, Demirkaya F. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3(1):6-12.
119. Alver B. Psikolojik danışma ve rehberlik eğitimi alan öğrencilerin empatik beceri ve karar verme stratejilerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005, 14:19-34.
120. Nunes P, Williams T, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education* 2011, 2: 12-7.
121. Chen JT, Lalopa J, Dang DK. Impact of patient empathy modeling on pharmacy students caring for the underserved. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2008, 72(2): 1-11.

122. Mete S, Gerçek E. PDÖ yönetimiyle eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim ve becerilerinin incelenmesi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(2): 11-7.
123. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K. The devil is in the third year: Alongitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine* 2009, 84(9): 1182-91.
124. Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1(2): 60-8.
125. Cengiz S. Hemşirelerde Empatik Eğilim ve İş Doyumu İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
126. Çiçek A. Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
127. Pişmişoğlu EK. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Empatik Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1997.
128. Aydın A. Empatik Becerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1996.
129. Yurcu G, Kasalak MA, Akıncı, Z. Otel çalışanlarının sosyal iyi olma algılarının demografik değişkenler açısından incelenmesi: Antalya ili örneği. *Journal of Tourism Theory and Research* 2015, 1(1): 8-21.
130. Lale Z, Gülaçtı F. Üniversite öğrencilerinin ruminatif düşünme biçimlerinin ve sosyal iyi olma düzeylerinin duygusal zekâ düzeyleri ile ilişkisi. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2020, 14(20): 201-31.
131. Kaynarca TK. Çalışanların İyilik Halinin Ölçülmesi ve İşe Devam Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2019.
132. Gürgan U. Üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *NWSA-Education Sciences* 2014, 9(1): 18-35.

133. Cirhinlioğlu FG. Üniversite Öğrencilerinde Utanç Eğilimi, Dini Yönelimler, Benlik Kurguları Ve Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
134. Çağır G, Gürkan U. Lise ve üniversite öğrencilerinin problemleri internet kullanım düzeyleri ile algılanan iyilik halleri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010, 13(24): 70-85.
135. Aşıcı E, İkiz FE. Mutluluğa giden bir yol: Bilişsel esneklik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015, 35: 191-211.
136. Kangal A. Mutluluk üzerine kavramsal bir değerlendirme ve Türk hane halkı için bazı sonuçlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2013, 12(44): 214-33.
137. Koydemir S, Mısır S. Benlik kurguları ve mutluluk: Deneysel bir hazırlama çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2015, 5(44): 49-60.
138. Clark AE. *Work, Jobs and Well-Being Across the Millennium* (Diener E, Kahneman D, & Hellwell JF. Ed.), Oxford, UK, Oxford University Press, 2009.
139. Tekin EG. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik İyi Olma Duygusal Zeka ve Sosyal İyi Olma Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2014.
140. Kaya Ç. Sosyal İyi Olma İle Duygusal Dışavurum Arasındaki İlişkilerin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2013.
141. Boreham P, Povey J, Tomaszewski W. Work and social well-being: The impact of employment conditions on quality of life. *The International Journal of Human Resource Management* 2016, 6(27): 593-611.
142. Wang C, Wu Q, Feng M, Wan Q, Wu X. International nursing: Research on the correlation between empathy and China's big five personality theory implications for nursing leaders. *Nurs Admin Q* 2017, 41(2): 1-10.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı: Mehmet Serdar

Soyadı: Akbulut

Lisans: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Mesleği: Sosyal Hizmet Uzmanı

Çalıştığı Kurum: Bingöl Devlet Hastanesi/Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Yabancı Dil: İngilizce

Mail: mehmetserdarakbulut@gmail.com



EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Mehmet Serdar Akbulut tarafından yürütülecek olan “**Çalışma Birimlerinin, Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyal Yaşamları Üzerine Etkisi**” başlıklı ankete dayalı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Çalışma için Etik kuruldan gerekli izin alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.

Bu çalışmada riskli birimlerde çalışan hemşirelerin meslek hayatını sürdürürken karşılaştıkları olumsuz yaşam kalıplarının iyilik halleri, empati düzeyleri ve somatik belirtiler çerçevesinde irdeleyerek sosyal yaşamlarına etkisinin önemini ortaya koymaktır. Mesleki farkındalık yaratarak; bu konu hakkında çözümlenmeyen noktaları düşünmeye sevk ederek hemşirelik mesleğinin odağını genişleterek sosyal yaşamlarına etki eden olumsuz kalıpların etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri artırmak amaçlanmaktadır. Bir başka beklentide hem mesleki hem de sosyal yaşam kalitesini artıracak çözümlerin geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

EK-3. Demografik Özellikler Formu

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Tarih:

1) Kaç Yaşındasınız?

2) Cinsiyet:

1) Erkek

2) Kadın

3) Boyunuz (cm)

4) Kilonuz (kg)

5) Medeni durumunuz nedir?

1) Bekâr

2) Evli

3) Boşanmış

6) Çocuk

1) Yok

2) Bir

3) İki veya daha fazla

7) Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Sağlık Meslek Lisesi

2) Ön Lisans

3) Lisans

4) Yüksek Lisans

5) Doktora

8) Çalıştığınız Ünite

1) Acil Servis

2) Yoğun Bakım

9) Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1) Yok

2) Var

10) Ailenizde bakım gerektiren kronik bir hastalığı olan var mı?

1) Yok

2) Var

11)Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

12) Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

13) Kadro Tipi

1) Kadrolu

2) Sözleşmeli

14) Mesleğe başlamadan önce sigara kullanıyor muydunuz?

1) Hayır 2) Evet

15) Mesleğe başladıktan sonra sigaraya başladınız mı?

1) Hayır 2) Evet

16) Mesleğe başlamadan alkol kullanıyor muydunuz?

1) Hayır 2) Evet

17) Mesleğe başladıktan sonra alkol kullanmaya başladınız mı?

1) Hayır 2) Evet

18) Bugün seçme şansınız olsaydı hemşirelik mesleğini seçer miydiniz?

1) Hayır 2) Evet

19) Çalıştığınız birimde memnun musunuz?

1) Hayır 2) Evet

20) Bugün ekonomik koşullarınız uygun olsaydı mesleğinizi bırakır mıydınız?

1) Hayır 2) Evet

EK-4. Jefferson Empati Ölçeği

JEFFERSON EMPATİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı size uygun seçeneği işaretleterek belirtiniz.

1-Hastaların ve ailelerinin hissettiklerine dair görüşüm, tıbbi ya da cerrahi tedavilerini etkilemez.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- KısmenKatılmıyorum
- Karasızım
- Kısmen Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

2-Hastaların, onların duygularını anladığımda kendilerini daha iyi hissediler.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- KısmenKatılmıyorum
- Karasızım
- Kısmen Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

3-Olayları hastalarımın bakış açısından görmek benim için zordur.

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- KısmenKatılmıyorum
- Karasızım
- Kısmen Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

4-Hekim-hasta ilişkilerinde, hastalarımın beden dilini anlamamın, sözlü iletişim kadar önemli olduğunu düşünürüm

- Kesinlikle Katılmıyorum
- Katılmıyorum
- KısmenKatılmıyorum
- Karasızım
- Kısmen Katılıyorum
- Katılıyorum
- Kesinlikle Katılıyorum

5-Daha iyi bir klinik sonuç almama katkıda bulunan iyi bir espri anlayışım vardır.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

6-İnsanlar farklı olduğu için olayları hastalarımın bakış açısından görmek benim için zordur.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

7-Hastalarımın anamnez (hikâye) alırken veya bedensel sağlıklarıyla ilgili sorular sorarken, onların duygularını dikkate almamaya çalışırım.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

8-Hastalarımın yaşam tecrübeleriyle (özel yaşamları, hastane / hastalık veya iş tecrübeleri) ilgilenmem, tedavinin sonuçlarını etkilemez.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

9-Hastalarımın tedavi hizmeti verirken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
Kısmen Katılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

10-Hastalarımın duygularına ilişkin görüşüm onlar için önemlidir ve bu durum tedavilerine katkıda bulunur.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
Kısmen Katılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

11-Hastalar sadece tıbbi ya da cerrahi tedavi ile iyileşebilir; bu nedenle hastalarımın olan duygusal bağının, tıbbi ve cerrahi sonuçlar üzerinde önemli bir etkisi yoktur.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
Kısmen Katılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

12-Hastalara özel hayatlarıyla ilgili sorular sormak, onların fiziksel durumlarıyla ilgili şikayetlerini anlamaya yardımcı olmaz.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
Kısmen Katılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

13-Hastalarımın sözlü olmayan ifadelerine ve beden dillerine dikkat ederek, onların aklından neler geçtiğini anlamaya çalışırım.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısman Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

14-Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yerinin olmadığına inanıyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısman Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

15-Empati, tedavi edici bir yetenek olup, bu yeteneğin kullanılmadığı durumlarda tedavinin başarısı sınırlıdır.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısman Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

16-Hastalarımın kadar ailelerinin de duygusal durumlarıyla ilgili görüşüm, hastalarımın kurulan ilişkinin önemli bir parçasıdır.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısman Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

17-Daha iyi bir tedavi hizmeti sunmak için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

18-Hastalarım ile onların aile üyeleri arasındaki güçlü bağların beni etkilemesine izin vermem.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

19-Tıbbi olmayan yazıları okumaktan ve sanattan hoşlanmam.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

20-Tıbbi ya da cerrahi tedavide, empatinin tedavi edici önemli bir etken olduğuna inanıyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum
Katılmıyorum
KısmenKatılmıyorum
Karasızım
Kısmen Katılıyorum
Katılıyorum
Kesinlikle Katılıyorum

EK-5. Somatizasyon Ölçeği

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığını karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

| | Somatizasyon Ölçeği Parametreleri | Doğru | Yanlış |
|----|--|-------|--------|
| 1 | Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur | | |
| 2 | İştahım iyidir | | |
| 3 | Başım pek az ağrır | | |
| 4 | Ayda iki defa ishal olurum | | |
| 5 | Midemden oldukça rahatsızım | | |
| 6 | Çoğu kez midem ekşir | | |
| 7 | Bazen utanınca çok terlerim | | |
| 8 | Sağlığım beni pek kaygılandırmaz | | |
| 9 | Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok | | |
| 10 | Bazen başımda sızı hissederim | | |
| 11 | Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır | | |
| 12 | Sağlığım pekçok arkadaşımınki kadar iyidir | | |
| 13 | Pek seyrek kabız olurum | | |
| 14 | Ensemde nadiren ağrı hissederim | | |
| 15 | Vücudumda pek az seyrime ve kasılma olur | | |
| 16 | Çabucak yorulmam | | |
| 17 | Pek az başım döner ya da hiç dönmez | | |
| 18 | Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem | | |
| 19 | Soğuk günlerde bile kolayca terlerim | | |
| 20 | Çoğu zaman yorgunluk hissederim | | |
| 21 | Hemen hergün mide ağrılardan rahatsız olurum | | |
| 22 | Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir | | |
| 23 | Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım | | |
| 24 | Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi | | |
| 25 | Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım | | |
| 26 | Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir | | |
| 27 | Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim | | |
| 28 | Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikâyetim yoktur | | |
| 29 | Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim | | |
| 30 | Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır | | |
| 31 | Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağan üstü bir halsizlik yok | | |
| 32 | Ortada hiçbir neden yokken haftada 1 ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar | | |
| 33 | Vücudumun her yerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissederim | | |

EK-6. Sosyal İyi Olma Ölçeği (Sağlık Çalışanları Versiyonu)

Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz. Her bir ifadeye ne ölçüde katıldığınızı uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. Her bir ifadeyi kendi hastanenizi düşünerek işaretleyiniz.

| | Sosyal İyi Olma Hali Ölçeği (Sağlık Çalışanları Versiyonu) | Hiç Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Tümüyle Katılıyorum |
|----|--|------------------|--------------|------------|-------------|---------------------|
| 1 | Hastanede cenazesi olanı yalnız bırakmayız | | | | | |
| 2 | Bayramlarda birbirimizi ziyaret ederiz | | | | | |
| 3 | Hastaneye geldiğimde kendimi güvende hissedirim | | | | | |
| 4 | İş arkadaşlarıma güvenirim | | | | | |
| 5 | Acılarımızı paylaşıyoruz | | | | | |
| 6 | İş arkadaşlarımdan desteğini hep hissedirim | | | | | |
| 7 | Hastanedekilerin çoğunu tanırım | | | | | |
| 8 | Biri dara düştüğünde üzerimize düşeni yaparız | | | | | |
| 9 | Birbirimizle yardımlaşırız | | | | | |
| 10 | Hastanedekilerin benimle ilgili düşünceleri benim için önemlidir | | | | | |
| 11 | Özel günlerimizde (düğün vs) birbirimize yardım ederiz | | | | | |
| 12 | Herkes birbirini olduğu gibi kabul eder | | | | | |
| 13 | Bu çevrede sevilirim | | | | | |
| 14 | Bu hastanede kendimi rahat hissedirim | | | | | |
| 15 | Birbirimizle ilişkilerimiz kuvvetlidir | | | | | |
| 16 | Arasıra birbirimizi ziyaret etmek bizim için önemlidir | | | | | |
| 17 | Yaşlılarımıza, hastalarımıza sahip çıkarız | | | | | |
| 18 | Herkesin görüşünün ayrı olması birlik olmamıza engel değildir | | | | | |
| 19 | Çocuğumu iş arkadaşlarıma emanet edebilirim | | | | | |
| 20 | Sevinçlerimizi paylaşıyoruz | | | | | |
| 21 | Herkes birbirine saygılıdır | | | | | |
| 22 | Mezhep ayrımı yapılmaz | | | | | |
| 23 | Yeni işe başlayan biriyle hemen tanışabiliriz | | | | | |
| 24 | Birbirimize selam vermeden geçmeyiz | | | | | |
| 25 | Bir olumsuzlukta birbirimize kenetleniriz | | | | | |
| 26 | Hastalıklarda geçmiş olsuna gideriz | | | | | |
| 27 | Burada uzun süre çalışmayı isterim | | | | | |
| 28 | Çevremdekiler bana akıl sorar | | | | | |
| 29 | Yeni işe başlayan birini aramıza alırız | | | | | |
| 30 | İş arkadaşlarımla sıkıntılarımı paylaşıyorum | | | | | |
| 31 | Birbirimize derdimizi rahatlıkla anlatabiliriz | | | | | |
| 32 | İş arkadaşlarımla birbirimizi arar sorarız | | | | | |

EK-7. Etik Kurul İzni

31.12.2019

Panel

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Oturum Tarihi : 24-12-2019

Oturum Sayısı : 22

Karar Sayısı : 2019/141

Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum izin belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.

Çalışma Adı

Çalışma Birimlerinin, Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyal Yaşamları Üzerine Etkisi

Araştırmacılar

Yüksekisans Öğrencisi mehmet serdar akbulut (Yardımcı Araştırmacı)
Doç.Dr. Bora ÖZDEMİR (Sorumlu Araştırmacı)

Başkan Yardımcısı Kurul Üyesi Prof.Dr. Kadir ERTEM
Kurul Üyesi Prof.Dr. Cemşit KARAKURT
Başkan Kurul Üyesi Prof.Dr. Osman CELBİŞ
Kurul Üyesi Yüksel SEÇKİN



EK-8. Kurum İzni



T.C.
BİNGÖL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 23234772-622.03
Konu : Mehmet Serdar AKBULUT Hk.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 05/03/2020 tarihli ve 47933306-4980 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Bingöl ilinde "**Çalışma Birimlerinin, Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sosyal Yaşam Üzerine Etkisi**" çalışma isimli araştırmaya onay verilmesi hususunu görüşmek üzere 10/03/2020 tarihinde Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu toplanmış olup, Mehmet Serdar AKBULUT'un belirtilen hususlarda çalışma yapabilmesi, ekte gönderilen Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü hükümlerine bağlı kalınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Mehmet Emin GÜNDOĞDU
İl Sağlık Müdürü

Ek: Yazı Ekleri

Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: canan.azkacozer@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 321ae714-55e4-4450-955f-def6ffec0e06 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Canan AZKAÇ ÖZER

HEMŞİRE

Telefon No: (0 000) 000 00 00