

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE VE PSİKİYATRİ DIŞI
KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN RUHSAL
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Saliha BOZDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŐMAN
Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN**

TEZ NO:.....

MERSİN – 2007

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan **Psikiyatri Kliniklerinde ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi** adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

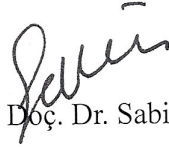
Tez Savunma Tarihi: 10.09.2007



Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN

Mersin Üniversitesi

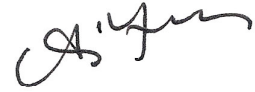
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Sabire Yurtsever

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi



Doç. Dr. Aylin Yazıcı

Mersin Üniversitesi

Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 21.09.2007 tarih ve 2007/305 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Benim için öğrenim hayatımın en büyük Őansı olan tez danışmanım ve ME. Ü. Sağlık Yüksekokul Müdürü **Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a** sonsuz destek ve sabrı ile bana kazandırdığı vizyon için,

Tezimin istatistiksel analizlerinde **Sn. Araő. Gör. Mehmet Ali Sungur** ve **Sn. Öğr. Gör. Semra ERDOĞAN'a** destekleri için,

Ders döneminde ve tezimin hazırlanmasında rehberliğini ve desteğini hiç esirgemeyen **Gülay Yılmaz'a** yardımları için,

Yüksek lisans eğitimimin her anında yanımda olan sevgili arkadaşım **Ayşe İnel Manav'a** yol arkadaşlığı için,

Canım kardeşim **Gülsüm Bozdoğan'a** birlikte yaptığımız her işte zor kısmı üstlenerek bana daima destek olduğu için,

Ailem ve tüm arkadaşlarıma eğitim ve çalışma hayatım boyunca yanımda oldukları için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. RUH SAĞLIĞI ve ÖNEMİ	6
2.2. RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	8
2.3. STRES KAYNAKLARI.....	9
2.4. ÇALIŞMA YAŞAMI ve STRES.....	11
2.4.1. İş Yaşamındaki Stres Kaynakları.....	12
2.4.2. İş Yerindeki Ruhsal Problemlerin Sonuçları.....	14
2.5. HEMŞİRELİK ve İŞ STRESİ.....	16
2.5.1. ICN'e Göre Hemşirelik Mesleğinin Stresörleri	17
2.6. PSİKIYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER.....	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ŞEKLİ.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	24
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	27
4. BULGULAR	28

5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR.....	66
8. EKLER.....	71
8.1. EK-1: ANKET FORMU.....	71
8.2. EK-2: KISA SEMPTOM ENVANTERİ.....	74
9. ÖZGEÇMİŞ.....	76

ÇİZELGELER

Çizelge 4.1. Psikiyatri Kliniklerinde ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Genel Özellikleri.....	30
Çizelge 4.2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikleri.....	33
Çizelge 4.3. Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğinden Doyum Alma Durumları.....	34
Çizelge 4.4. Hemşirelerin Hemşireliği Yeniden Seçip Seçmeyecekleri Konusundaki İfadeleri.....	34
Çizelge 4.5. Hemşirelerin Mesleklerinden Memnun Olup Olmamlarına İlişkin İfadeleri.....	35
Çizelge 4.6. Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma Durumlarına İlişkin İfadeleri.....	36
Çizelge 4.7. Hemşirelerin Mesleğin Geleceğine İlişkin Görüşleri.....	36
Çizelge 4.8. Hemşirelerin Amirleri Tarafından Yeterince Takdir ve Cesaretlendirme Görüp Görmediklerine İlişkin İfadeleri.....	37
Çizelge 4.9. Hemşirelerin Hemşirelik İle İlgili Kararlara Katılma Derecelerine İlişkin İfadeleri.....	38
Çizelge 4.10: Çalıştığı Birimde Kendini Ekip Üyesi Hissetmelerine İlişkin Hemşire İfadeleri.....	38
Çizelge 4.11: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimde Hastanın Saldırgan Davranışıyla Karşılaşma Durumları	39
Çizelge 4.12: Çalıştığı Birimin Güvenliğine İlişkin Hemşire İfadeleri.....	40
Çizelge 4.13: Hemşirelerin Bir İş Günü Sonunda Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin İfadeleri.....	40
Çizelge 4.14. Hemşirelerin İşten Ayrılma Düşünceleri ile İlgili İfadeleri.....	41
Çizelge 4.15. Hemşirelerin Herhangi Bir Nedenle Rapor Alma Sıklığı.....	42
Çizelge 4.16: Çalıştıkları Kliniklerde Hastaların Ortalama Yatış Sürelerine İlişkin Hemşire İfadeleri.....	42
Çizelge 4.17: Taburcu Olan Hastalarının Sosyal Uyum Düzeyleriyle İlgili Hemşire Değerlendirmeleri.....	43
Çizelge 4.18: Hemşirelerin Kendi Beden Ve Ruh Sağlıklarını Değerlendirmelerine İlişkin İfadeleri.....	44
Çizelge 4.19: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	45
Çizelge 4.20. Hemşirelerin Kendi Ruh ve Beden Sağlıklarını Değerlendirmelerine Göre Kısa Semptom Envanterinde Anlamlı Bulunan Alt Ölçekler.....	47

Çizelge 4.21. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler.....	48
Çizelge 4.22. Çocuğu Olan ve Olmayan Hemşirelere Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler.....	49
Çizelge 4.23. Hemşirelerin Çocuk Sayısına Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler.....	49
Çizelge 4.24. Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler.....	50

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DALYs: Disability Adjust Life Years

ILO: International Labour Organization

ICN: International Council of Nursing

SML: Sağlık Meslek Lisesi

KSE: Kısa Semptom Envanteri

GSI: Genel Semptom İndeksi

RCI: Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi

SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi

€: Euro

ÖZET

Saliha Bozdoğan; Psikiyatri Kliniklerinde ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Adana il sınırları içinde bulunan Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan 92, Çukurova Devlet Hastanesinde 302, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 330 olmak üzere toplam 724 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemi Tabakalı Rastgele Örnekleme yöntemi ile belirlenen 350 hemşire oluşturmuştur. Ancak 290 hemşireden yanıt alınabilmiştir (%82.8).

Veriler, tanıtıcı bilgi formu ve “Kısa Semptom Envanteri” kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 11.5 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U, Dunn testleri kullanılmıştır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre; yaş ortalaması daha yüksek (%36.4’ü 31-35 yaş grubunda) ve çoğunluğu Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu saptanmıştır (%39.4). Amirlerinden daha az takdir ve cesaretlendirme gördükleri (%33.4), buldukları kliniklerde kendi istekleri ile çalışmadıkları (%60.6), hastaların saldırgan davranışı ile daha çok karşılaştıkları (%94) ve çalıştıkları kliniği “güvensiz” buldukları belirlenmiştir (%68.2).

Genel olarak hemşirelerin çoğunluğu “gündüz ve gece” karışık çalışmakta (%85.2), aylık ortalama 6–10 nöbet tutmakta (%76.1) ve hemşirelikten doyum almamaktadırlar (%66.9). Ancak yarısına yakını hemşireliği kendine uygun bulmakta (%47.5) ve mesleğinden memnun olduğunu ifade etmektedir (%47.6).

Hemşirelerin Kısa Semptom Envanteri’nden aldıkları puan ortalaması sağlıklı sınırlar içinde bulunmuştur (GSI \bar{X} ;0.63) ve psikiyatride çalışıyor olmanın hemşirelerde ruhsal belirti veya tükenmeye yol açacak bir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Psikiyatri Kliniği, Ruhsal Durum Değerlendirme

ABSTRACT

Saliha Bozdoğan; Evaluation of Mental Status of Nurses Working at Psychiatric Units and Other Clinics

This study is performed as an illustration for the purpose of evaluation of mental status of nurses working at psychiatric units and other clinics. The research population is 724 nurses who work within Adana; 92 at Dr. Ekrem Tok Mental Health And Illness Hospital, 302 at Çukurova State Hospital, 330 at Adana Numune Education and Research Hospital. Sample is formed by 350 nurses determined by Stratified Random Sampling, although 290 nurses (82.8%) responded.

Data are collected by Information Form and “Brief Symptom Inventory”, and evaluated by SPSS for Windows 11.5. In data analysis Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U, Dunn tests are used.

Nurses who are working at psychiatric units, in comparison to ones working at other clinics, are older (of 36.4% is in 31-35 age group) and of majority (39.4%) is graduated from Health High School. They are less appreciated and encouraged by their supervisors (33.4%), not voluntarily working at such clinics (60.6%), are more exposed to aggressive behaviour by the patients (94%) and define the unite they work as “insecure” (68.2%).

Generally, majority of the nurses (85.2%) work mixed as day and night shift, stand for 6-10 guards in monthly average (76.1%) and dissatisfied by their job (66.9%). However, half of them find nursing appropriate for themselves (47.5%) and expressed their satisfaction by their job (47.6%).

The average values of nurses obtained from Brief Symptom Inventory are within healthy limits (GSI \bar{X} ; 0.63) and working at psychiatric units is concluded not to cause a difference which give rise to mental symptom or burnout.

Keywords: Nurse, Psychiatric Unite, Evaluation of Mental Status

1. GİRİŞ

Sağlık, tüm toplumlarda en önde gelen değerlerden biridir ve insan haklarının belirleyici öğelerindedir. Sağlık denildiğinde genellikle fiziksel sağlık anlaşılmakta ise de, ruh sağlığı ile beden sağlığı arasında düşünüldüğünden çok daha fazla etkileşim vardır. Somut ve gerçekçi sınırlar içerisinde ruh sağlığı; “bireyin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanmaktadır (1).

Teknolojik ve bilimsel gelişmelerin yanı sıra, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile çeşitli ruh sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır (2, 3). Ruhsal sorunlar, yetersizlik ve sakatlıkların oluşturduğu sıkıntıları artıran en önemli faktörler arasındadır ve dünya genelinde 10 hastalıktan beşi kaynağını ruhsal sorunlardan almaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre; dünya üzerinde 500 milyon insan; ciddi ruhsal hastalıktan, alkolizm ve/veya ilaç bağımlılığından acı çekmektedir. Bu da, her ülkenin %1.5-2’sine karşılık gelmektedir (4). Uluslararası Çalışma Örgütü’ne (ILO) göre; ruhsal hastalıklar, insan kaynaklarının israfını diğer bütün sakatlıklardan daha fazla artırmakta ve insan yaşamını çok daha fazla etkilemektedir. Bütün kanıtlar gelecekte ruhsal hastalıkların dramatik bir biçimde artacağını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 40 milyondan fazla insanda ruh sağlığı bozukluğu bulunmakta ve 4–5 milyon yetişkinde ise ciddi ruhsal hastalık bulunmaktadır (4).

Yaşamı boyunca herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olanlar; Brezilya’da %36.3, Kanada’da %37.5, Hollanda’da %40.9, ABD’de %48.6, Meksika’da %22.2 ve Türkiye’de %12.2’dir (4, 5). Görülüyor ki gelişmiş ülkelerde toplumun neredeyse yarısı ruhsal sorun yaşamaktadır. Ülkemiz için verilen yüzdenin bu denli düşük oluşu ise bir olasılıkla kayıtların yetersizliği, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın olmayışı ve toplum tarafından kabulündeki güçlüklerden kaynaklanmaktadır.

Çalışma ortamlarında herhangi bir ruh sağlığı sorununun görülmesi konusunda %18.2’lik bir yaygınlık bildirilmektedir (4, 5). Çalışma koşulları ve ilişkilerinin

oluşturduğu psikososyal iş ortamı, çalışanların ruh sağlığını olumlu etkileyebileceği gibi olumsuz da etkileyebilir. İş stresi; “işin gerektirdikleri çalışanların ihtiyaçlarına ve kaynaklarına ya da kapasitelerine uygun olmadığında ortaya çıkan fiziksel ve duygusal zararlı yanıt” olarak tanımlanmaktadır. İş stresi, ruh sağlığının bozulmasına neden olabilir ve işle ilgili yaralanmaların ve kazaların sıklığını artırabilir. Yapılan çalışmalarda; yüksek iş beklentileri, düşük sosyal destek ve düşük ödül arasında depresyon açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır (4). İş stresi ile alkol/madde kullanım bozuklukları ve özkıyım arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır (4, 6).

Avrupa Birliği ülkelerinde işle ilgili sağlık problemlerinden en yaygın olanlardan biri, iş stresidir. Avrupa Birliği'nin ruh sağlığı gündeminde de, bu ülkelerdeki iş yerlerinde ruhsal hastalıkların etkisi ve yaygınlığı vurgulanmaktadır (5). Çalışma koşullarının incelendiği bir çalışmada çalışanların %28'i işlerinin stres nedeni olduğunu belirtmişlerdir. İngiltere Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Konfederasyonu'nun tahminlerine göre çalışanların %15-30'u ruhsal sağlık sorunlarının bazı şekillerini yaşamaktadırlar. Örneğin depresif bozukluk, ABD'de çalışan yetişkinlerin yaşadığı en yaygın sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır (4). Japonya'da çalışma yaşamı ile ilgili ciddi stres ya da anksiyete rapor eden çalışanlar 1982'de %53 iken 1997'de %67 olmuştur. Bilinmektedir ki, ciddi ruhsal hastalık bir kişinin yaşamını kazanmasını ve çalışma kapasitesini önemli ölçüde azaltmaktadır. Çünkü bu durum yoksullaşmaya ve hastalığın daha kötüye gitmesine neden olmaktadır (4, 5).

İş yerinde ruh sağlığı sorunlarının etkisi yalnızca bireyler için ciddi sonuçlara neden olmamakta, üretimi de olumsuz etkilemektedir. Çalışanın performansı, hastalık sıklığı, iş devamsızlığı, kazalar ve personel devri gibi durumlar personelin ruhsal durumundan etkilenmektedir. İngiltere'de her yıl ruhsal hastalıklardan dolayı 80 milyon işgünü kaybedilmekte, çalışanların maliyeti her yıl için 1–2 milyar sterlini bulmaktadır ve her yıl ABD'de yalnızca depresyon için 30–40 milyar ABD doları harcandığı ve 200 milyon işgünü kaybedildiği tahmin edilmektedir (4).

Ruh sağlığı sorunları açısından, risk altında olan özel bir meslek grubu söz konusu mudur? Bazı mesleklerde kişiler; yoğun ve tekdüze çalışmaya, mesleğin statüsüne ve çalışma süresine bağlı olarak daha fazla ruhsal bozukluk yaşamaktadırlar. Bu meslekler genellikle çalışanların halkla yoğun ilişkiler içinde olduğu telefon santral memurluğu, bankacılık, polislik, doktorluk, ebelik, hemşirelik vb. hizmet gruplarıdır.

Hollanda’da ruhsal hastalık nedeni ile işten ayrılma eğilimi olan meslek grupları; hizmet sektöründe çalışan sağlık bakım personeli, öğretmenler, temizlik personeli, ev işi ve taşıma işleriyle uğraşan meslek gruplarıdır (7).

Sağlık çalışma ortamlarındaki iş stresi nedenleri arasında; sağlık bakım yaklaşımları ve organizasyon değişiklikleri sonucunda ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamında iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hasta ile çalışma gibi nedenler sıralanmaktadır. Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, iş stresinin diğer iş ortamlarından daha fazla yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (8). Sağlık çalışanı hizmetini sunarken, çok farklı düzeyde sağlık sorunu yaşayan hasta ve hasta yakınları ile bazen fiziksel saldırıyı da kapsayan şekilde streslerle karşı karşıya gelmektedir. Bireyin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlik nedeniyle yoğun stresin yaşandığı bu durumlar hasta birey kadar sağlık çalışanlarını da etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, iş ortamındaki stresörlerin sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği saptanmıştır (8, 9).

Hemşireler modern sağlık hizmetlerinin sunumunda ve şekil verilmesinde anahtar rolü oynamaktadırlar. Hemşirelerin diğer sağlık bakım profesyonellerinden daha fazla ruhsal strese maruz kaldıkları söylenmektedir. Çünkü stresli iş ortamı ve teknolojideki ve tıbbi bakımdaki gelişmelere bağlı olarak beceri düzeylerini artırmaları gerekmektedir. Hemşirelerdeki ruh sağlığı sorunlarını hazırlayan etkenlere bakıldığında, dünya genelinde göze çarpan ve ILO’nun, tanımladığı çalışma ortamına ait başlıca stres kaynakları; denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya usulü çalışma ile ilgili sorunlardır (10, 11, 12, 13).

Psikiyatri kliniklerinde ise bunlara ek olarak; hastaların uzun süre hastanede kalması ve taburcu olduktan sonra topluma uyum sağlayamadan tekrar kliniğe geri dönmeleri çalışanlarda, emeklerinin boşa gittiği duygusu uyandırmakta ve olumsuz duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, profesyonel rollerinin gereklerini yerine getirirken yaşadıkları stresler yanında şiddet ve saldırı riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Şiddet ve saldırı riski

fizyolojik ve psikolojik stres yaratmaktadır (14). Tayvan'da psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %17.2'sinin sık sık ya da sürekli stres yaşadığı ve %45.1'inin son altı ay içerisinde bir saldırı yaşadığı belirlenmiştir (15).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları olumsuz etmenler, onların iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantılarını etkilemektedir. Kurum açısından bakıldığında ise olumsuz etmenler iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve hemşirelerin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmalarına neden olmaktadır (16).

Sonuç olarak; hemşireler görevleri nedeniyle sürekli stres yaşayabilmektedirler. Hemşirelik mesleği, iç ve dış çevredeki stresörlerden sürekli etkilenmektedir. Uzun süreli ve yoğun olarak stresörlere maruz kalma hemşirelerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve yatkınlığı olan kişilerde ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir. Hemşireler aynı eğitime ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip olmakla birlikte; psikiyatri kliniğinde çalışanlar, çalıştıkları birim gereği daha farklı stresörlere maruz kalmaktadırlar. Psikiyatri kliniklerindeki hastalar; hastaneye uzun süreli ve sosyal uyum sorunları nedeni ile daha sık yatmakta, statü kaybı yaşamakta ve zaman zaman gerçekte bağlantısı koparak sorunlarıyla baş edemez duruma gelmektedirler. Dürtü denetimi yetersiz olan hastalar söz konusu olduğunda, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler diğer kliniklere göre daha fazla şiddet ve saldırganlıkla karşılaşmaktadırlar. Çoğu hastanın ruhsal sorunu kronikleşmiş olduğundan, bu sorunlarla baş etmek, hasta ve çalışanlar açısından daha da zorlaşmaktadır. Diğer kliniklerin aksine, tedavi ve bakımdan kısa sürede somut ve olumlu sonuçlar alınamaması hemşirelerin de ümit ve motivasyonlarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayan hemşire, kültürel değerleriyle birlikte getirdiği psikiyatri hastasına yönelik korkuları ve çekingenliği, eğitimindeki psikiyatri hemşireliği anlayışı ve hemşire-hasta arasında iletişim becerilerindeki yetersizlikler nedeni ile görevin gereklerini yeterince yerine getirememekte, doyumsuzluk yaşayabilmekte ve ruh sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. Ruh sağlığı olumsuz etkilenen hemşire tükenmişlik yaşayabilmekte ve hastası için sağlıklı davranan ve

düşünen insan modeli oluşturamayabilmektedir. Bu yüzden hemşirelerin ruhsal sağlık düzeyleri, onların vereceği hizmeti etkileyecek faktörlerden birini oluşturmaktadır.

Bu nedenle psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin ruhsal sağlık durumlarının; genel olarak hemşirelik mesleğinin sorunlarından ve ruh hastalarıyla çalışmanın getirdiği stresörlerden etkilenip etkilenmediği merak edilmektedir. Bunun ortaya konması için psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle, psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının karşılaştırılması, böyle bir etkilenme olup olmadığı konusunda bir fikir verecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. RUH SAĞLIĞI ve ÖNEMİ

Birey yaşamını geçmekte olan bir zaman dilimi içinde ve değişen mekânlarda; kendisiyle, ailesi ve yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumla, yaptığı iş ya da görevi ile yoğun ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkiler ağında denge, uyum ve doyum mevcut ise, birey ruhsal yönden sağlıklıdır (17).

Ruh sağlığı, “yaşamdaki gündelik stresörlerle baş edebilme, verimli bir şekilde çalışabilme ve üretken olabilme ve toplumun diğer üyeleri ile ilişki kurabilmeyle karakterize ve kişinin yeteneklerinin farkında olduğu bir iyi oluş durumu” dur (18).

Ruhsal hastalıkları tanımlamak gerekirse, “yaşam kalitesini düşüren ve kendini ruhsal ve bedensel belirtiler ile ortaya koyan her durum” ruhsal hastalık olarak ele alınmaktadır. Ruhsal hastalıklar her zaman yalnızca sıkıntı ile kendini göstermez, kimi zaman uykusuzluk, huzursuzluk, iştahsızlık, çabuk öfkelenme, mutsuzluk gözlenirken, bir yandan da yaşamdan zevk almama, geleceğe karşı karamsarlık, düşünceleri toplamada güçlük ile de kendini ortaya koyar. Zaman zaman saplantılar, ölüm korkuları, intihar düşünceleri de gözlenmekte ve bütün bunlara baş ağrısı, kan basıncı yüksekliği, kalp hastalıkları vb. gibi bedensel hastalıklar da eşlik edebilmektedir (3, 17). Ruhsal hastalığı olan kişide, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk, yetersizlik görülmektedir. Her kişide görülebilecek bu özellikler, hasta sayılabilecek kişide; sürekli ya da yineleyici, bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozucu nitelikte olmaktadır (3). Bunun sonucunda yaşam kalitesi düşmekte, bu durum yaşamın her alanında kendini göstermekte, kişi eskisi kadar verimli olmadığını, eskiden zevk aldığı birçok şeyden artık zevk olmadığını anlamakta ve bu durumdan hoşnutsuzluk duymaktadır (3, 17). Her dört kişiden birini yaşamı boyunca etkileyen ruhsal hastalıklardan başlıcaları; depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk ve alkol kullanım bozukluklarıdır. Depresyon en yaygın olanıdır ve ruhsal sorunların neredeyse 3/4’ünü oluşturmaktadır (19). Avrupa’da en çok kardiyovasküler hastalıklar görülmesine rağmen, ruhsal sorunların sonuçları yaşamın tüm alanlarında

çok daha fazla etkiye sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, uzun süren ve tekrar eden doğası nedeni ile depresyon 2020 yılında kalp hastalıklarından sonra ikinci en önemli sakatlık nedeni olacaktır (20, 21).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1999 yılı raporuna göre; DALYs (disability-adjusted life-years) ölçütlerine göre dünya genelinde nöropsikiyatrik bozuklukların ölüm sıklığı %11.5'tir ve bu solunum enfeksiyonları (%10.79), kardiyovasküler hastalıklar (%10.0) ya da malign kanserler (%8.8) sonucu görülen ölümlerden daha yüksektir. Dünyadaki orta ve düşük gelirli ülkelerde bile, enfeksiyonlar ve parazitik hastalıklar, en önemli ölüm nedeni olarak düşünülürken, nöropsikiyatrik hastalıklardan ölüm %10.5 bulunmuştur. 1990'da 15-44 yaş arası insanların %30'u DALYs ruh sağlığı sorunları sonuçlarına göre; enfeksiyon ve parazitik hastalıklara göre iki kez, kalp hastalıklarına göre beş kez ve malign kanserlere göre yedi buçuk kez daha fazla etkilenmişlerdir (18). Türkiye'de DALYs ölçülerine göre, hastalık yükü oluşturan temel hastalık grupları arasında birinci sırayı kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırayı nöropsikiyatrik hastalıklar almaktadır (19).

Ruhsal sorunlar; fiziksel hastalık, aile ilişkileri ve sosyal ilişkiler, istihdam durumu ve suç-adalet sistemi ile ilişkileri de kapsayan geniş etkisi ile birlikte yüksek derecede damgalama ile ilişkili olarak, ayrımcılığa ve özsaygının düşmesine yol açmaktadır. Kötü ruh sağlığının bu çoklu olumsuz sonuçları nedeni ile ekonomik maliyeti oldukça yüksektir (18). Almanya'da 2002'de ruhsal ve davranışsal bozukluklar için 22.44 milyar € harcandığı ve bunun yaklaşık olarak %62'sinin kadınlar tarafından depresif bozukluklar nedeniyle kullanıldığı rapor edilmektedir. Depresyon için 4.025 milyar €, şizofreni ve ilgili bozukluklar için 2.756 milyar € ve stresi de içeren nevrotik bozukluklar için 2.825 milyar € harcanmıştır (18). İntiharlar Avrupa'da erken ölümlerin en başta gelen nedenidir, bütün hastalık yükünün %2'sini oluşturmaktadır. İntihar girişimi kadınlarda, intihar sonucu ölümler erkeklerde yüksektir (3). Trafik kazalarından sonra 15-35 yaş arası erkek ölümlerinin ilk nedenidir (18). Erkeklerde intihar oranlarının en yüksek olduğu ülkeler; yüz binde 80.7 ile Litvanya, yüz binde 69.3 ile Rusya Federasyonu, yüz binde 60.3 ile Beyaz Rusya'dır. En düşük olanlar ise yüz binde 5 ile Yunanistan ve Malta'dır (18).

Ailede bakım verenler açısından gerçek maliyet gözden kaçırılabilir, örneğin yalnızca şizofreni için, aileler günlerinin 6-9 saatini destek için harcamaktadırlar (22).

Demans ve ilgili hastalıklarda ise bu süre 24 saati bulmakta ve bakım verenler toplam sağlık giderlerinin %70'ini harcamaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre; ruhsal sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi yaşam kalitesini olumlu etkileyecek ve dünya genelinde tasarruf sağlanacaktır (20, 22).

2.2. RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ruh sağlığı; duygu, düşünce ve davranışların geniş bir bölümünü kapsar. Ruhsal sağlığın iyi olduğu durumlarda kişiler; kendilerini iyi hissederler, makul miktarda baskıyı tolere edebilirler, şartlardaki değişimlere uyum sağlarlar, kişisel ilişkilerinden hoşlanırlar ve yetenekleri doğrultusunda çalışırlar. Bir kişinin ruh sağlığı, kişisel faktör ve deneyimlerinden, sosyal etkileşimlerinden, çevreden, sosyal ve kültürel norm ve beklentilerden etkilenir (3). Ruhsal sorunlar biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimlerinin karmaşık bir sonucudur. Sosyal yaşamdan ve işten kaynaklanan birçok stresör, kişinin sağlığı üzerinde etkilidir (23, 24). Kişilerin ruh sağlığının anahtar ögesi, çalışma kapasitesini de içeren rollerine uyum sağlama becerisidir. Çalışmak, bireyin ruhsal sağlığına olumlu etki yapabildiği gibi, iş kendisinden ve iş ortamından kaynaklanan nedenlerle ruh sağlığını olumsuz da etkileyebilmektedir (3, 22, 27).

Stres; insanların dış ve iç dünyaları tarafından tehdit edilip, meydan okuma durumları ile karşı karşıya kaldıklarında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve sosyal davranış tepkileri olarak ifade edilir ve kısaca, zorlanma, gerginlik anlamına gelmektedir. İnsanda zorlayıcı etki yaratan stresi meydana getiren olaylara “**stres vericiler**”, bu olaylara insanın fizyolojik ve psikolojik düzeyde verdiği tepkilere de “**stres**” denir. Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur (3, 23, 24, 25, 26).

Stres iyi ya da kötü olabilir. Bazı durumlarda stres insan için faydalı da olabilmektedir. Böyle durumlarda stres insana ihtiyacı olan ekstra gücü ve uyanıklığı da vermektedir. Stresin bu iyi çeşidine “**eustress**” denir. Stres her zaman faydalı olmadığı gibi iyi yönlendirilemediği zaman da insan için zararlı olabilir. İyi yönlendirilemeyen stres durumları çoğu zaman hastalıklara sebep olmaktadır. Bunların başında kardiyovasküler hastalıklar ile anksiyete bozuklukları gelmektedir (24). Stresin kötü

sonlanan şekline ise “**distress**” adı verilir. Çoğu zaman stres terimi karşılığında bu kötü sonlanan stres durumu yani distress kullanılmaktadır.

Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlılar; kendilerini korumaya yönelik bir tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptirler. Bu özellik, tehlike karşısında “savaş veya kaç” diye adlandırılan cevabın ortaya çıkmasıdır. Bir tehlike ile yüz yüze gelen canlı, başa çıkamayacağına inandığı tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşır ve böylelikle karşılaştığı duruma uyum sağlar (3, 23, 24, 25, 26).

Organizmanın tehdit edilmesi ve dengenin bozulması ile yeniden uyum için denge kurulmaya çalışılır. Bu üç aşamada gerçekleşir:

1) Alarm Reaksiyonu: Bu dönem, insanın dış uyarı stresör olarak algıladığı durumdur. Bunun iki aşaması vardır. İlk şok aşaması olup taşikardi, kas tonüsünde azalma, kan basıncı ve vücut ısısında düşme gibi belirtiler ortaya çıkar. İkinci aşamasında şoka karşı tepkiler oluşur. Stresle mücadele edebilmek için vücudun biyolojik mekanizmaları harekete geçer. Böylece direnç aşamasına girilmeye hazırlanılır.

2) Direnç Dönemi: Stres yaratan uyarının var olmaya devam etmesi direnç reaksiyonuna neden olur. Vücudun direnci normalin üzerine çıkar. Yüz yüze olduğu stres yaratıcı duruma karşı direnci yükselmiş, ancak başka stresörlere direnci düşmüştür. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılsa beden normal koşullarına döner, başarısız olunursa, beden kuvvetten düşer ve çöker.

3) Tükenme Dönemi: Stres verici olay çok ciddi ise ve uzun sürerse, organizma tükenme basamağına gelir. Bu dönem bireyin, hastalıklara en açık olduğu bir dönemdir. Bu aşamada, halüsinasyonlar, depresyon hatta ölüm görülür.

Stres sonrası psikosomatik sonuçların ortaya çıkmasında üç önemli faktör vardır. Bunlar; stresin şiddeti, kronikleşmesi ve genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğudur (23, 24).

2.3. STRES KAYNAKLARI

1) Fiziksel Çevreden Kaynaklananlar: Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcaklık, toz, soğuk vb. fiziksel etmenler.

2) İş ve Meşguliyet Konusundan Kaynaklananlar: Ağır iş, gece işi, parça başına düşen üretim, aşırı yüklenme, çok hafif iş, zaman baskısı altında çalışma, karar verme güçlükleriyle dolu büyük sorumluluk gerektiren işler, hiçbir şekilde katkı yapmaya imkân bırakmayan işler vb. iş ve meşguliyet konusundan kaynaklanan stresörlerdir.

3) Psikososyal Özelliklerden Kaynaklananlar: İnsan hayatında karşılaşılan sosyal stresler üç ana başlık altında toplanabilir:

a) Günlük Stresler: Bunlar günlük yaşamın basit gerilimleridir. Çeşitli durumlar ve olaylarla karşılaşan veya birbiriyle çelişen amaçları olan, günlük yaşamdan kaynaklanan; trafik sıkışıklığı, karşılaşılan terslikler, bürokratik zorlanmalar gibi sınırlı ve yaşamın tümünü etkilemeyen stresörlerdir.

b) Gelişimsel Stresler: Gelişimsel nitelikteki, yani çocuk, erişkin veya yaşlı bireylerin içinde buldukları gelişim dönemiyle ilgili stres yaratıcı olaylardır.

c) Yaşam Krizleri Niteliğindeki Stresler: Bunlar her yaşama başlı başına biçim verecek nitelikteki olayların yarattığı streslerdir. Örneğin hastalıklar, kazalar, aile bireylerinin ölümü, iş bulamama veya işten çıkarılma vb. gibi.

Stresin kısa dönemde; adale geriliminde artış, kalp atım hızında artma, kan basıncında yükselme gibi fizyolojik; endişe, karamsarlık, kızgınlık gibi duygusal; unutkanlık, dikkati toplayamama gibi zihinsel sonuçları vardır. Uzun dönemde ise; kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlar. Stresin yoğunluğu ve sıklığı zamanı kısaltabilir. Bu hastalıklar baş ağrısı, yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları gibi bedensel rahatsızlıklar olabildiği gibi, psikolojik veya zihinsel hastalıklar da olabilir. İnsanlar edinmiş oldukları davranış kalıplarına göre stres karşısında psikolojik tepki gösterirler ve sonuçta; geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku, endişe, kronik anksiyete ve depresyon; fobiler, kişilik değişiklikleri, ruhsal hastalıklar, düşünce ve hafıza kusurları; obsesif düşünceler ve uyku bozukluklarına neden olur. Stresörler, çeşitli düzeylerde ortaya çıkmaları ve zemin hazırladıkları problemlerle kişinin verimliliğini

düşürür, hayattan aldığı zevki azaltır ve yakın çevresi ile olan duygusal ilişkilerini zedeler (23, 24, 25, 26).

2.4. ÇALIŞMA YAŞAMI ve STRES

Çalışma insan yaşamının en temel görevlerinden biridir ve iş çoğu insan için çağdaş yaşamın merkezindedir. Çalışma yaşamı; kişisel doyum ve başarı, ekonomik güvenlik, kişilerarası kimlik, bir topluluğa ait olma ve toplum yaşamı ile ilgili anlamlı bir şeyler yapmak için fırsat sağlamaktadır. Toplum yaşamında iş; bir yere gidildiğinde rahat ilişki kurmak, statü sahibi olmak, başkaları tarafından değerli bulunmak ve birileri tarafından gereksinim duyulan bir kimse olmak gibi yararlar sağlamaktadır. Ekonomik olarak ise, gereksinim duyulanı ya da istenileni satın alabilmeyi sağlamaktadır. İş yaşamı, insanın çalışırken geçirdiği saatleri fazlasıyla aşan ve yaşamın her cephesine yayılan bir öneme sahiptir (4, 22, 27).

İşin sağladığı psikososyal yaşantılar sıralandığında en başta zaman düzenlemesi gelir. Zaman düzenlemesinin yokluğu en büyük psikolojik yük olabilir. İkincisi sosyal ilişki, ortak çaba ve amaçtır. İş, aile dışında sosyal bir bağlam sağlar. Üçüncüsü sosyal kimliktir. İş bireylerin tanımlanmasındaki en önemli ögedir. Dördüncüsü düzenli aktivitedir. Bireylerin günlük yaşamını düzenler (4, 28).

İş yaşamından kaynaklanan stresler ve bunların sonuçları-doğrudan veya dolaylı-gerçekte dünya üzerindeki herkesi ilgilendirmektedir. Bir iş yerindeki çeşitli faktörler çalışanların psikososyal iyilik durumlarını ve ruh sağlıklarını etkileyebilir. İş ortamları düşünüldüğünde stres; iş yeri talepleri ile kişinin kayıpları önemli duruma geldiği zamandaki gücü arasındaki dengesizlik olarak tanımlanabilir.

İş stresi; işin gerekleri, çalışanın ihtiyaç ve kaynakları ile uyumadığında oluşan duygusal ve fiziksel yanıtıdır (4, 28).

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, mesleki yeti yitimi iddialarının %15'i iş stresleriyle ilişkilidir. İspanya'da çalışanların %32'si işini stresli olarak tanımlamıştır. İngiltere'de 2000 yılında beş çalışandan biri iş stresi sonucu "aşırı derecede" ya da "çok" sıkıntılı olduğunu belirtmiştir. İngiltere'de stresle ilişkili hastalıklar her yıl 6.5

milyon iş gününün kaybindan sorumludur. İş günü kaybının işverenlere maliyeti 571 milyon €, topluma maliyeti ise 57 milyar €'dur (20).

2.4.1. İş Yaşamındaki Stres Kaynakları

1) Örgütsel Fonksiyon ve Kültür: Kötü çalışma ortamı (kötü estetik, zararlı maddelere maruz kalma, ergonomik sorunlar, sosyal çevre, gürültü, koku, güvenlik tehlikeleri, fiziksel nedenler, aşırı sıcak veya soğuk, güvenlik etkenleri, aydınlatma vb.), problem çözmede yetersizdir, çevre az gelişmiştir, iletişim yetersizdir, destekleyici olmayan bir kültür söz konusudur.

2) Örgütteki Rol: Rol belirsizliği, rol çatışması, insanlar için fazla sorumluluk, iş yapmak için imkânların yetersizliği, iş yapmak için otoritenin yetersizliği çalışanlar için birer stresördür.

3) Kariyer Gelişimi: Kariyer belirsizliği, kariyer durgunluğu, kötü ya da uygun olmayan statü, yetersiz ücret, yetersiz ya da aşırı iş güvenliği, iş için düşük sosyal değer vb. etmenler çalışanı olumsuz etkileyebilmektedir.

4) Karar Serbestliği: Karar vermede düşük katılım, iş üzerindeki kontrolün yetersiz veya az oluşu.

5) İş Ortamında Kişiler Arası İlişkiler: Sosyal ya da fiziksel izolasyon, üstlerle kötü ilişkiler, kişiler arasında çatışma ve şiddet, sosyal ya da evdeki uygulamalarda destek yetersizliği, ikili kariyer problemleri işteki kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan stresörlerdir.

6) İçerikle İlgili Olanlar:

a) Görev Düzeni (Tasarımı, Dağılımı): Tanımlanmamış görevler, işteki aşırı belirsizlik, parçalanmış ya da anlamsız işler, becerilerin çok altında kullanımı, danışan grubuyla sürekli karşılaşma.

b) İş Yükü/ İş Hızı: İş hızı üzerinde kontrol azlığı.

c) Nicelik ve Nitelik: Az ya da fazla iş yükü, zaman baskısı ya da çok yüksek dereceli hız. Avusturya'da 1,2 milyon çalışan zaman baskısı ile ilişkili iş stresinden acı çektiğini belirtmiştir (20). Almanya'da ise çalışanların %98'i stres ve geçen yıllara göre artan iş baskısından, %85'i uzun çalışma saatlerinden şikâyet etmiştir (4).

d) Çalışma Programı: Vardiya usulü çalışma, esnek olmayan çalışma programı, önceden tahmin edilemeyen çalışma saatleri, uzun ya da insanlardan uzak çalışma saatleri. Gece vardiyasında çalışanlar için tanımlanan stresörler; uykusuzluk, bağırsak sistemindeki değişimler ve beslenme ile ilgili sıkıntılar, şiddet ve bunun sonucunda gelişen streştir. Vardiya usulü çalışmakla, çevresel zaman düzeninin dışına çıkılmakta ve biyolojik saat 24 saatlik düzenin tersine çalışmaktadır. Akşam ve gece vardiyasında çalışanlar, diğer insanların uyuduğu ve bedenlerinin uyumak istediği saatlerde uyanık kalmak zorundadırlar. Aynı biçimde, sabah kendi bedenlerinin uykuya daldığı saatlerde diğer insanlar uyanık olmaktadır. 24 saatlik ritimdeki bu aksama fizyolojik sıkıntılara neden olmaktadır. Vardiya usulü çalışanlar fazla yağlı, tuzlu, hazır gıdalarla beslenirler ve daha az egzersiz yapabilmektedirler. Bu yaşam biçimi, kilo artışı, gastrointestinal ve kardiyovasküler hastalıkların risk artışı ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin, beden ısısındaki değişimler, gastroinestinal sistemle ilgili kabızlık, dispepsi, karın ağrısı, ülser vb. kardiyovasküler sisteme ait hipertansiyon, angina, koroner arter hastalığı ve kalp krizi vardiya çalışanlarda daha çok görülmektedir. Hormonal denge değişiklikleri nedeni ile menstrual siklus değişimleri görülmekte ve gebelik, erken doğum ya da düşük doğum ağırlıklı doğumlara neden olmaktadır. Nörotransmitterlerin uyku ve uyanıklıktaki düzenli salınımının 24 saatlik düzende kesilmesi; baş ağrısı, irritabilite, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir

(29). Gündüz saatlerinde uyku daha kısa sürmekte ve gece uykusuyla kıyaslandığında düşük kalitede olmaktadır. Çevresel engeller ve 24 saatlik düzenin kaybedilmesi, gündüz saatlerindeki uykunun veriminde önemli kayıplara neden olmaktadır. Akşam ya da gece vardiyasında çalışan kişilerin bazıları diğerleriyle temas kurmada azalma ve izolasyon yaşayabilmektedirler. Vardiya usulü çalışan kişinin uyuduğu saatlerde sosyal ve kültürel olaylar olur ve bunları kaçırmak dışlanma duygusuna neden olabilmektedir. Engellenme, bir de kronik uykusuzlukla mücadele için uyarıcı ajan kullanılmasında bir artışla fiziksel sağlığı etkileyen durumlardan biridir. Vardiya usulü çalışanlarda uyum sağlayamama sonucu uyku bozuklukları görülebilmektedir ve bu durum sonuçta kişinin yaşam kalitesini ve çalışmadaki performansını olumsuz etkileyebilmektedir. Altı milyon vardiya usulü çalışanın %10'unun uyku bozukluğu tanısı aldığı tahmin edilmektedir. Yorgunluk, problem çözme ve karar vermede zayıflık, üretim ve performansta düşüşe neden olmaktadır. Ruh sağlığındaki zayıflama aile ve sosyal ilişkileri etkileyebilmekte, anksiyete, depresyon, engellenmişlik ve yüksek kan basıncı daha fazla görülmektedir. Gece ve değişen vardiyalarda çalışmak çalışanın aile ve sosyal yaşama katılmasını olumsuz etkilemektedir (4, 20). İsveç'te "beyaz yakalı" çalışanların her 10 kişiden 9'u günlük görevlerinin saatle yarıştığını ve öğle yemek aralarının %40'ının atladığını rapor etmişlerdir (29).

İş stresi kötü ruh sağlığına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda kişinin çalışma kapasitesini ve fonksiyonlarını etkileyebilmekte, yaşa bağlı olarak kişinin çalışma kapasitesini anlamlı bir şekilde düşürebilmekte, işle ilgili yaralanmaların ve kazaların sıklığını artırabilmektedir.

2.4.2. İş Yerindeki Ruhsal Problemlerin Sonuçları

1) İş Devamsızlığı: Hastalık nedeniyle devamsızlık durumları, özellikle kısa süreli işe devamsızlıkların sıklığı, kötü ruhsal sağlık; depresyon, stres, tükenmişlik, kötü bedensel sağlık; yüksek kan basıncı, kalp hastalıkları, ülserler, uyku bozuklukları, deri döküntüleri, baş ağrısı, boyun ve sırt ağrısı, enfeksiyonlara karşı direncin düşmesi görülmektedir (4). Avrupa Birliği ülkelerinde 2000 yılında yapılan bir çalışmada; çalışan nüfusun %15'i baş ağrısından, %23'ü yorgunluktan, %28'i stresten ve %33'ü sırt ağrısından şikâyet etmiştir (20). Ruh sağlığı sorunları nedeni ile her yıl milyonlarca

iş günü kaybedilmektedir. İsveç'te 1999'da 15 bin çalışanın %14'ü, stres ve ruhsal zorlanma nedeni ile uzun süreli hastalık izni almıştır. Bunun toplam maliyeti 2.7 milyar €'dur. Fransa'da 2000 yılında depresyon nedeni ile 31.9 milyon gün kaybedilmiştir. İngiltere'de psikiyatrik hastalıklar, kadınlarda hastalık nedeni ile işten ayrılmanın üçüncü en yaygın nedeni, erkeklerde ise dördüncü nedeni olarak bulunmuştur. Depresif çalışanlar diğer çalışanlara göre 1.5–3.2 gün daha fazla hastalık nedeni ile kısa süreli iş devamsızlığı yapmakta her yıl üretimde %20 kayba neden olmaktadır (4, 20).

2) Çalışma Performansı: Üretim ve verimde düşüş, hata oranlarında artış, kazalarda artış, kötü karar verme, iş kontrol ve planlamasında kötüleşme görülmektedir. İşteki performans düşüşünün maliyeti belki de işe devamsızlığın maliyetinden beş kat fazladır. Ruh sağlığı sorunlarının erken emekli olmak ve malulen emekli olmak gibi uzun dönem mali etkileri vardır (4, 20).

3) Personel Tutum ve Davranışı: Motivasyon ve sorumlulukta azalma, tükenmişlik, personel çalışma saatlerinin artırılması fakat üretimin azalması, zaman yönetiminin kötü oluşu ve iş devrinde artış görülmektedir. Yalnızca işle ilgili stresin örgütlere ve hükümetlere maliyeti tahminlere göre; işe devamsızlık ve ilişkili sağlık maliyetlerine ek olarak üretimdeki düşüş, yüksek personel devri ve yenilikçi becerilerin düşüşü bu ülkelere yılda 20 milyar €'ya mal olmaktadır. Macaristan ve İngiltere'deki çalışmalarda sağlık ve sosyal bakım için maliyetin 1/3'ü, iş kaybı nedeniyle oluşan kayıplar ise 2/3'ünü oluşturmaktadır. Depresyon ekonomik maliyetlerde en büyük paya sahiptir. Çünkü istihdamdaki kişileri en fazla etkileyen bozukluktur. İngiltere'de yalnızca 2002'de yetişkinlerdeki depresyonun toplam maliyeti 15.46 milyar € ya da kişi başına 309.2 €' dur. İşe devamsızlık ve erken ölümler nedeni ile çalışanların kaybının yarattığı maliyetler de tedavi maliyeti olan 636 milyar €'ya eklenmesi gerekir (4, 20).

4) İşle İlişkiler: Meslektaşlar arasındaki gerilim ve çatışmalar, danışanlarla kötü ilişkiler, disiplinle ilgili problemlerde artış görülebilmektedir (4, 24, 30).

Bozukluk yalnızca kişiyi değil toplumun tamamını etkilemektedir. Toplum yaşamında bozukluğu olan insanların ve toplumun aktif bir bölümünün dışarıda bırakılmasının topluma maliyeti yüksek olmaktadır. Bu soyutlanma, insanın

potansiyelinde ve üretimde azalmaya neden olmaktadır. Birleşmiş Milletler'in tahminine göre dünya nüfusunun %25'i bir yolla ya da bir yetersizlik sonucu olumsuz bir şekilde etkilenmektedir. Kanada Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre örgütlerin hastalıklar için ödediği paranın %30-50'si ruhsal sorunlar içindir. Bunun birinci nedeni kişinin uzun süre iş devamsızlığı yapmasıdır. Çalışanların yaşadığı ruhsal sorunlar nedeni ile işe gelmeme bir çalışan için üç ay ve sonunda bir yıl ya da daha fazla olacaktır. İş kaybı, iş devamsızlığı, iş yerinde düşük performans ve erken emeklilik nedeni ile ruhsal sorunların ekonomik etkisi majör ruh sağlığı sorunlarının total ekonomik etkisinin %60-80'i arasındadır. Hollanda'da 1998'de ruhsal hastalıklar, yetersizliklerin ana nedeni olarak bulunmuştur ve işle ilişkili psikolojik hastalıkların maliyeti yıllık yaklaşık olarak 2.26 milyon €'dur. Küçük bir grup insan şizofreni olmasına rağmen, Hollanda ve Belçika'da şizofreninin ekonomik etkisi ile ilgili yapılan çalışmada, örneğin, üretim kayıpları ve diğer olumsuz sonuçların maliyeti olmaksızın, bütün sağlık maliyetlerinin %2'sine denk gelmektedir (20).

2.5.HEMŞİRELİK ve İŞ STRESİ

Hasta insanın bakımı ya da hemşirelik fonksiyonları medeniyetlerin oluşumundan beri vardır (31). Toplumdaki bireylerin hastalıklardan korunması, sağlık düzeylerinin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve yükseltilmesinden sorumlu mesleklerden biri olan hemşirelik; bu hizmeti veren (hemşire) ile hizmeti alan (hasta/sağlıklı birey) arasında etkileşim oluşturarak, bireylerin bütünlüğünü ve işlevlerini mümkün olduğu kadar sürdürmelerini ve güçlendirip geliştirilmelerini amaçlar. Hemşireliğin odağı insandır ve bütün sağlık mesleklerinde olduğu gibi insanın yaşamını ve sağlığını ilgilendiren her konu hemşirelik alanının da konusudur. Hemşirenin görevi temel olarak; bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal bakım gereksinimlerini tanımak ve karşılanmasını sağlamaktır. Bununla birlikte, birey veya toplumun bilgi, yönlendirme ve eğitim gereksinimi olabilir ve hemşirelik bu gereksinimin karşılanmasına yönelik çalışır. Hemşire, bu hizmeti verdiği her an ve yerde; hasta veya sağlıklı bireylerle çalışırken onlarla yüz yüze ve etkileşim halindedir. Hastanede bakımın sürekli olması nedeniyle de, hemşireler hastayla en uzun süre bir arada olan meslek grubudurlar (32, 33, 34, 35).

Hemşireler; çalışma yaşamından kaynaklanan bütün stresörlere ve ek olarak da mesleğin doğasından kaynaklanan stresörlere maruz kalmaktadırlar. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Mesleki Güvenlik Enstitüsü'ne göre hemşirelik, stresle ilgili bozukluk sıklığının en yaygın olduğu kırk mesleğin en başında gelmektedir. Stres hemşirelerin iş değiştirme nedenlerinin başında gelmektedir (36).

2.5.1. ICN'e Göre Hemşirelik Mesleğinin Stresörleri

1) İş Organizasyonu ve İş Yükü: İşle ilgili belirsizlikler, aşırı iş yükü, kontrol yetersizliği, yoğun bakım gerektiren ve ölmekte olan hastalarla çalışma iş stresörleri olarak tanımlanmaktadır. Aşırı iş yükünün en önemli nedeni personel sayısındaki eksikliklerdir. Lambert ve ark.'nın (37) Çin'de yaptıkları araştırmada hemşireler en yaygın iş yeri stresörü olarak iş yükünü tanımlamıştır. Hemşireler, insanlar için derin anlamları olan yoğun bakım gerektiren ve ölmekte olan hastalarla çalışmaktadırlar. Bu da mesleğin stresli olan yapısını daha da artırmaktadır (38, 39, 40, 41).

2) İş Ortamındaki Kişilerarası İlişkiler: Doktorlarla ve diğer tıbbi personelle, sağlık personeli olmayan çalışma arkadaşları ve meslektaşlarla çatışma işte yaşanan kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stres nedenleridir (38). Healy ve Mckay'in (42) Avustralya'da yaptıkları araştırmada, hemşirelerin tanımladığı stresörler arasında doktorlarla çatışma ikinci sırada yer almıştır.

3) Hasta ve Yakınları ile İlişkiler: Hasta ve yakınlarının duygusal gereksinimleri ile ilişkili yetersiz hazırlık hemşireler için bir iş yeri stresörü olarak tanımlanmaktadır.

4) İşin Organizasyonu ve Yönetimi: Personel destek azlığı, personel hareketleri, yönetim ve süpervizörlerle ilgili zorluklar, kaynak ve personel eksikliği, vardiya usulü çalışma, iş stresi ile ilişkili bulunmuştur (19, 38, 39). Kenshu ve ark.'nın (13) Japonya'da yaptıkları çalışmada, vardiya usulü çalışan hemşirelerin %69.8'inin

kötü ruh sağlığı puanına sahip olduğu bulunmuştur. Vardiya usulü çalışmayanların ise %55.6'sı kötü ruh sağlığına sahip bulunmuştur. Ruh sağlığı puanları iyi ve kötü olan gruplar medikal hatalar açısından karşılaştırılmış ve kötü ruh sağlığı puanına sahip grubun; ilaç yönetim hataları, cihazları yanlış kullanma, hastaların doğru tanımlanması, iğne ile yaralanma gibi hataları anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) çalışmasında kadın hemşirelerin %45'i, erkek hemşirelerin %51'i desteğin düşük oluşundan yakınmışlardır. Gelsema ve ark.'nın (43) yaptığı çalışmada, denetici hemşirelerden (süpervizör) gelen sosyal desteğin, iş doyumunu etkileyen en önemli faktörlerden birisi olduğu ortaya konmuştur.

5) Hemşireliğin Teknik Yönleri: Hasta bakımı ve tedavi ile ilgili kaygılar (38). Healy ve Mckay'in (42) Avustralya' da yaptıkları araştırmada hemşirelerin tanımladığı stresörler arasında tedavi ile ilgili belirsizlik en yüksek puan ortalaması olarak bulunmuştur.

6) Bireysel: Hemşirenin teknik bilgi ve becerileriyle ilgili kaygılarıdır. Hemşirelik, gelişen teknoloji ve bakım teknikleri nedeni ile sürekli kendini yenilemesi gereken bir profesyondur. Bu yönüyle mesleğin kendisi de hemşirelerde strese neden olabilmektedir (28, 38, 45).

Hemşireliğin, çalışan diğer gruplara göre çok telaşlı, beklentilerle çatışmalı olarak algılanan, yüksek düzeyde beceri ve yeni gelişmeleri öğrenmeyi gerektiren bir meslek olarak iş zorluğu fazladır. Hemşirelerin %31'i, genel nüfusta çalışan kadınların ise %26'sı yaptıkları işi yüksek iş zorluğu olan bir iş olarak tanımlamışlardır (40). İş güvenliğinin yokluğu, bilinen en genel stres sebebidir. Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) çalışmasında kadın hemşirelerin %10'u, erkeklerin %9'u düşük iş güvenliği belirtmişlerdir. Sağlık sektörü, şiddetin görüldüğü çalışma birimleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Kadın çalışanlar, yalnız çalışanlar, toplumla yüz yüze çalışan meslekler fiziksel ve cinsel saldırılar için risk altındadırlar. Engellenme ve kızgınlık, ileri yaş sorunları, psikiyatrik sorunlar, alkol ve madde kullanımı gibi durumlar, insan davranışlarını etkileyebilir ve onların sözel ya da fiziksel şiddete yönelmesine neden olabilir. Sağlık personelinin bu insanlarla çalışması kaçınılmazdır, bu yüzden sağlık personeli arasında şiddete uğrama yaygındır. Sağlık sektöründe gece çalışan hemşireler

gibi yalnız çalışanlar, ilişkili olarak izole birimlerde çalışanlar şiddet için risk altındadırlar. Sağlık sektörü dünya genelinde kadınların daha fazla olduğu bir alandır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün çalışmasına göre, dünya genelinde hemşirelerin %80'i kadındır (28). Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) 2005 yılında yaptığı araştırmaya göre; hemşirelerin %29'u geçen bir yıl içinde fiziksel saldırıya maruz kaldığını belirtmiştir. Bunun %44'ü kadın hemşire, %28'i erkek hemşirelerdir. Hastaların uzun süreli yattıkları ünitelerde çalışan hemşirelerin %50'si diğer ünitelerde çalışanların ise %30'u hasta tarafından saldırıya uğradığını ifade etmiştir. Amerikan Hemşireler Örgütü'nün (44) 4.826 hemşire ile yaptığı sağlık ve güvenlik anketinin sonuçlarına göre, hemşirelerin %57'si son bir yıl içinde sözel ya da fiziksel saldırıya maruz kaldığını belirtmiştir.

İş stresi, sosyal desteğin de düşük olduğu durumlarda iş doyumsuzluğu ve tükenmişliğin neden olabilmekte ve bunun sonucunda, iş devamsızlığı ve personel devrinde artış ortaya çıkabilmektedir. Artan tükenmişlik ve iş doyumsuzluğu uzun dönemde ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (11, 28). Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) yaptığı araştırmada hemşirelerin %12'si yüksek derecede doyumsuzluk belirtmiş ve %4'ü gelecek bir yıl içerisinde işten ayrılmayı planladığını söylemiştir.

Depresyon en yaygın görülen ruhsal hastalıktır. Cinsiyet, rol çatışması, stres, tükenmişlik, iş devamsızlığı ve personel devri ile depresyon arasında anlamlı düzeyde olumlu bir ilişki, sosyal destekle arasında olumsuz bir ilişki olduğu bulunmuştur (45). Her 10 hemşireden biri (her iki cins için de geçerli) depresyon yaşamaktadır. Genel nüfusa bakıldığında ise kadınların %7'sinde, erkeklerin %4'ünde görülmektedir. Hemşirelerin %61'i geçen bir yıl içinde sağlık sorunları nedeni ile işe gelmediğini belirtmiştir. Bunların yarısından fazlası fiziksel hastalıklar nedeni ile %10'u ruhsal sorunlar nedeni ile işe gelmemişlerdir (40). İş stresi ile ilgili en önemli sonuçlar sağlık ve iyi oluş üzerinedir. Sağlık bakım hizmeti verenlerin sağlık düzeyi, sağlık bakım hizmetinin kalitesini etkilemektedir. Hemşirenin optimum hizmet verebilmesi için kendisinin de sağlıklı olması gerekmektedir. Çünkü hastanedeki hastalar için bakımın çoğunu hemşireler sağlamaktadır ve hastanedeki bakımın niteliğini hastanın nasıl algıladığı, bakımın teknik niteliği kadar önemlidir. Hemşireler hastanenin toplum içindeki imajında önemli bir etkiye sahiptirler (41). Hall ve Doran (46)'ın yaptığı

çalışmada, bakımın kalitesi; hemşirelerin iş doyumu, rol gerilimi ve rol stresi ile ilişkili bulunmuştur.

2.6. PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER

Psikiyatri hemşireliği; birey, aile ve toplumun ruh sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme ya da bireylerin hastalıkla ve hastalığın yarattığı diğer yaşam sorunlarıyla baş etmelerine ve gerekirse bu yaşantılarından bir anlam çıkarmalarına profesyonel hemşirenin yardım ettiği kişilerarası bir süreçtir (23).

Psikiyatri hemşireleri, hastaları gözlemlemek, şiddet davranışları karşısında onları korumak, hastaların sosyal davranışlarını geliştirmek için terapötik ortam oluşturmak ve gerektiğinde bakım sağlamakla yükümlüdürler. Doğrudan hasta bakımı fonksiyonlarına ek olarak, psikiyatri hemşiresinin; çeşitli eğitim programlarını içeren eğitici görevi, ruh sağlığı ortamlarının yönetimiyle ilgili yönetici görevi, kaliteli ruh sağlığı bakım hizmetlerinin sağlanması için personele supervizyon verme görevi, meslektaşları ile diğer profesyoneller, danışan grupları, topluma sağlık bakımı verenler, bölgesel ve ulusal kuruluşlar için danışmanlık görevi ve alanındaki klinik problemleri araştırma gibi görevleri vardır. Ayrıca, aileyi hastanın sağlık durumunu anlayıp kabul etmeye yönlendirmesi, ailenin tüm üyelerinin; hastanın ev ve toplum yaşamına en iyi şekilde uyumunu sağlamaları için onlara destek olma görevi vardır (31, 47, 51).

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma alanı; dinamik, karmaşık ve diğerlerine göre daha soyut kapsamlıdır. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarının temeli, hastanın yeni ve sağlıklı kalıpları, devamlı ve dengeli şekilde uygulamasına yardımcı olacak davranış ve girişimleri öğretmektir. Psikiyatri hemşiresi için tanımlanan rollere bakıldığında; insan davranışlarını değiştiren ajan, dinamik ortamı manipüle eden, tutarsızlıkların karşısında duran, beklenen davranışlar için rol modeli, liderlik fonksiyonlarını içeren rolleri vardır (51).

Psikiyatri hemşireliği; psikolojik sıkıntı ve ruhsal hastalıklardan acı çeken insanlarla ilişkili olan, stresli ve özel bir alan olarak kabul edilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin 1–2 yıl ya da daha uzun süre kaldığı psikiyatri klinikleri, psikiyatri hemşireleri için sürekli stres olan uygulama alanlarıdır. Ayrıca psikiyatri klinikleri şiddetin en fazla yaşandığı hemşirelik alanıdır (28, 51). İsviçre’de Abderhalden ve

ark.'nın (48), psikiyatrik bakım ünitelerinde yaptıkları bir çalışmada, katılanların %72.4'ü çalışma yaşamında bir ya da tekrar eden şekilde ciddi tehditle karşılaştığını belirtmiştir. Taiwan'da Shen ve ark.'nın (15) psikiyatri ünitelerinde yaptıkları araştırmada, son altı ay içinde hemşirelerin %45.1'i tarafından saldırı olayı rapor edilmiştir.

Psikiyatri hemşireleri, hemşire-hasta arasında kurulan ilişki ve iletişim yolu ile daha bireysel bir bakım sağlamaktadırlar. Oysa çalışma ortamının doğası gereği depresyon ya da şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıkları olan bireylerle etkileşimleri, genellikle gergin olmakta ve etkileşim; düzenli olarak zor ve beklentili davranışlarla karşı karşıya kalmayı içermektedir. Psikiyatri hemşireleri açısından hastayla arasındaki etkileşim sürecinde hemşire açısından haksız bir durum vardır. Bu da hemşirenin hastasıyla etkileşim sürecinde harcadığı emek ve zamanın geribildirimini hastalarından alamamasıdır. Psikiyatri hemşiresinin çalışmasının tipik bir yönü, diğer kliniklere göre, hastalarının bir kesiminde iyileşme ve sosyalleşmenin çok az olmasıdır. Bu durum belki, hemşirenin harcadığı çaba ile elde ettiği ödül arasında dengesizliğe yol açabilmekte, çaresizlik ve engellenmişlik duygularına neden olmakta, bu da tükenmişlik sürecinin başlamasına katkıda bulunmaktadır. Kendilerine yanıt vermeyen ya da saldırganlık gibi olumsuz geribildirim olan hastalarla çalışmak hemşirelerde tükenmişliğe neden olabilir. Ayrıca prognozunun kötü olduğu düşünülen hastalar da hemşirenin umutsuzluk ve başarısızlık duygularına katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, potansiyel şiddet, fiziksel saldırganlığı olan ve tespit gerektiren, intihar eğilimi olan ve sürekli gözlenmesi zorunluluğu olan hastalarla çalışma psikiyatri hemşireleri için stres kaynaklarıdır (51). Taylor ve Barling'in (49), yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşirelerinin stres kaynaklarını; çalışmanın doğası, saldırgan ve suçlu danışanlar, çalışma ortamında fiziksel ve duygusal zorlanmalar, çalışanların güvenliği, iş gücünün gelişigüzel dağılımı, yönetim ve sistemle ilgili konular, hizmetler ve kaynakların yetersizliği olarak belirlemişlerdir.

Grassi ve ark.'nın (50), İtalya'da yaptıkları araştırmada en fazla saldırganlık gösteren hastaların %55.1'i şizofrenik, %12.9'u kişilik bozukluğu, %12.1'i akut psikoz'dur. Daha önce şiddet öyküsü olanlar %80.7 ve daha önce psikiyatrik yatış öyküsü olanlar %92'dir. Wong ve ark.'nın (53), Hong Kong'daki hemşirelerin stres kaynaklarını ve ruh sağlığını araştırdıkları çalışmada; hemşirelerin 1/3'ünden fazlasının

ruhsal sağlığının zayıf olabileceğini göstermiştir. Maguire ve Ryan (55), ve Nolan ve ark. (56) psikiyatri hemşirelerinin şiddet ve saldırı ile daha fazla karşı karşıya kaldıklarını rapor etmişlerdir.

Ek olarak, hastanın rehabilitasyonu konusunda psikiyatri hemşirelerinin gerçeği olmayan beklentileri de olumsuz etkiye sahiptir. Ayrıca, hastaların uzun süre yattığı ünitelerdeki psikiyatri hemşirelerinin çalışmaları, diğer kliniklerdeki hemşirelerin çalışmalarına göre daha az kontrol edilebilir durumdadır, meslektaşları ile destekleyici etkileşim fırsatları görece azdır ve hemşirelik girişimlerini amirlerinin değerlendirebilmesi ve yeterli geribildirim verebilmesi için olanakları sınırlıdır. Sonuç olarak, ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerde sosyal destek diğer alanlardaki hemşirelere göre düşük olabilmektedir. Bunlar çalışanlarda engellenmişliğe ve sonunda tükenmişliğe neden olabilmektedir (47, 51, 52).

Bütün bunların sonucunda hemşirelerde iş doyumsuzluğu ve duygusal tükenme gelişebilmekte ve sonucunda ruhsal sorunlar oluşabilmektedir. Yousefy ve Ghassemi (57), İnan'da psikiyatri hemşirelerinin daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını ve çalışma yılı ile duygusal tükenme arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Farrell'in (58) Tazmanyada yaptığı çalışmada psikiyatri, acil ve cerrahi dallarda çalışanların genel sağlık anket puanı daha yüksek bulunmuştur. Yang ve ark.'nın (54), Taiwan'da yaptıkları araştırma sonuçlarına göre ise, hemşirelerin %48.8'i minör psikiyatrik bozukluk potansiyeline sahiptir.

Bu bölümde profesyonel bir psikiyatri hemşiresinin işlevlerinden söz edildi. Psikiyatri hemşiresi ünvanı alınabilmesi için hemşirelerin en az Yüksek Lisans düzeyinde bir eğitim almış olmaları genel kabul gören bir tanımdır. Ancak ülkemizde psikiyatri birimlerinde çalışan hemşireler arasında psikiyatri hemşiresi ünvanına uyan hemşire sayısı yok denecek kadar azdır. Halen psikiyatri kliniklerinin çok büyük bir kesiminde psikiyatri hemşiresi diyebileceğimiz nitelikte hemşireler çalışmamaktadır. Büyük çoğunluğu herhangi bir hemşirelik eğitim düzeyinden mezun hemşirelerdir ve "psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire" olarak nitelendirilebilirler. Psikiyatri hemşireliği alanında eğitim nosyonu istendik ölçüde olmadığını düşündüğümüz bu grup hizmet-içi eğitimler ve klinik deneyimleri doğrultusunda görev yapmaktadırlar. Hizmet-içi eğitimleri ise daha çok hastalık bilgisi ve somut işlemlerin uygulanması ile sınırlıdır. Psikiyatri hemşireliğinin gerektirdiği soyut zihinsel becerileri kazanabilmeleri için

motivasyonları geliştirilmemekte ve eğitim olanakları da yeterince değerlendirilmemektedir.

Ancak bazı psikiyatri birimlerinde, genel hemşirelik bilgi ve becerileri üzerine deneyimle kazandıkları alan bilgisini ekleyen ve psikiyatri hemşireliğine en yakın hemşirelik uygulamasını gerçekleştiren hemşireler de bulunmaktadır. Bunda, ekibin psikiyatri anlayışı, bireysel motivasyon ve ilgi, yönetim desteği gibi etkenler rol oynayabilir. Çalışmamızda sözü edilen hemşireler bu gruptan oluşmaktadırlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Adana ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve yatak kapasitesi yüksek olan üç hastanede yapılmıştır.

Bunlardan, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 500 yataklı, 330 hemşiresi ve 18 servisi ile hizmet görmektedir. Çukurova Devlet Hastanesi; 700 yataklı, 18 servis ve toplam 302 hemşire ile hizmet görmektedir. Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ise 500 yataklıdır ve 92 hemşiresi bulunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, belirtilen üç hastanede çalışan toplam 724 hemşire oluşturmaktadır.

Örneklem seçim aşamasında Tabakalı Rastgele Örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri hastanesi olması nedeniyle ana tabaka olarak, diğer hastaneler ikinci ana tabaka olarak dikkate alınmıştır. İkinci ana tabakanın alt tabakalarını ise Çukurova Devlet Hastanesi ile Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi oluşturmuştur. Bu doğrultuda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelerin %90'ı, Çukurova Devlet Hastanesi ve Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin ise %50'sinin örnekleme alınmasına karar verilmiştir.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden en az 80, Çukurova Devlet Hastanesinden en az 130, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden de en az 140 hemşireye ulaşılarak 350 bireylik bir örneklem belirlenmiştir.

Sonuçta Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden araştırmaya katılmayı kabul eden 60, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 110 ve Çukurova Devlet Hastanesi'nden 120 olmak üzere toplam 290 hemşireye ulaşılabilmektedir (%82.8).

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taranarak geliştirilen sosyodemografik bilgilerin ve mesleğe yönelik soruların oluşturduğu anket formu (Ek:1) ve Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmış olan Kısa Semptom Envanteri (Ek:2) kullanılmıştır (59). Anket formunun anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi açısından örneklem kapsamına girmeyen, her bir hastaneden on olmak üzere, toplam otuz hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Anket formunda belirtilen cevaplar doğrultusunda sorular üzerinde gerekli düzeltme ve değişiklik yapılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri LİKERT tipi ölçektir ve 53 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddesi için “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmiş ve her bir madde 0-4 arası puanlanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını göstermektedir.

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucundan ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış olan toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Aynen SCL-90-R'de olduğu gibi 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşmaktadır.

Alt ölçekler ve global indekslerin içeriği aşağıda verilmektedir.

Somatizasyon (S): 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler.

Kişilerarası Duyarlılık (KAD): 20, 21, 22 ve 42. maddeler.

Depresyon (D): 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler.

Anksiyete Bozukluğu (AB): 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler.

Hostilite (H): 6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler.

Fobik Anksiyete (FA): 8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler.

Paranoid Düşünceler (PD): 4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler

Psikotizm (P): 3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler

Ek Maddeler (EM): 11, 25, 39 ve 52. maddeler

Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCI): Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yöntemi ile elde edilir. (S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM)/53

Genel Semptom İndeksi (GSİ): Tüm sorulardan elde edilen puanların 53'e bölünmesi ile elde edilir. GSİ'nin 1'in altında olması belirtilerin psikopatolojik düzeyde olmadığını, 1'in üzerinde olması ise psikopatolojik bir durumun varlığını göstermektedir.

Belirti Toplamı İndeksi (BTI): Sıfır (0) olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm maddelerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI): Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir. (S + OKB + KD + D + AB + H + FA + PD + P + EM)/ Belirti toplamı

Güvenirlilik: 0.71 ve 0.85 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Geçerlik: Ölçekle ilgili çok sayıda geçerlik çalışması yapılmış ve bu çalışmaların sonucunda KSE ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasında korelasyonların 0.30'un üzerinde bulunduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş diğerlerinde ise çok yakın olduğu belirtilmektedir (60).

3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

15 Ocak 2007-15 Mart 2007 tarihleri arasında, yasal izin alınarak ve uygulama öncesi gerekli açıklama yapıldıktan sonra katılmak isteyen hemşirelere 10 dakika uygulama süresi verilerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS 11.5 paket programına girildikten sonra ölçekte kullanılan puanlar normal dağılım göstermediğinden Non-parametrik testler olan Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Farklılık olanlar içerisinde de farklılığın nereden kaynaklandığını bulabilmek için STATISTICA paket programından Dunn Testi yapılmıştır.

3.6. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca bu çalışma kapsamına alınan hemşireler için genellenebilir.
2. Çalışma kapsamına alınan hemşireler her ne kadar çalışmaya katılmayı kabul etmişlerse de, küçük olduğunu dilediğimiz bir kesim hemşirenin, araştırma konusuna karşı olumsuz tavırları nedeniyle soruları özensiz yanıtlamış olabilirler. Bu da sonuçlarımızın güvenilirliğini etkileyen sınırlılıklardan biri olabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, önce çalışmaya katılan hemşirelerin demografik ve çalışma ortamları ile ilgili bazı özellikleri yer almaktadır.

Psikiyatri kliniklerinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin genel özellikleri Çizelge 4.1’de görülmektedir. Buna göre, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin; %3’ü (21-25 yaş), %28.8’i (26-30 yaş), %36.4’ü (31-35 yaş), %15.2’si (36-40 yaş) ve %16.7’si (41 ve üzeri yaş) grubundadır. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ise; %12.5’i (21-25 yaş), %43.3’ü (26-30 yaş), %26.8’i (31-35 yaş), %12.5’i (36-40 yaş) ve %4.9’u (41 ve üzeri yaş) grubundadır.

Her iki grupta da yoğunluk 26–35 yaş grubunda toplanmakla birlikte, psikiyatri grubundakilerin yaklaşık yarısı, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların ise yaklaşık üçte ikisi bu yaş grubunda bulunmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin daha genç olduğu söylenebilir.

Öğrenim düzeylerine göre; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin; %39.4’ü Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %16.7’si Açıköğretim Önlisans, %33.3’ü Önlisans, %9.1’i Lisans ve %1.5’i Yüksek Lisans mezunudur. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin; %28.3’ü Sağlık Meslek Lisesi mezunu, %13.9’u Açıköğretim Önlisans, %24.6’sı Önlisans, %29.6’sı Lisans ve %3.6’sı Yüksek Lisans mezunudur.

Buna göre, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler Sağlık Meslek Lisesi ve Önlisans eğitim düzeylerinde yoğunlaşırken, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler Lisans ve Sağlık Meslek Lisesi öğrenim düzeyinde yoğunlaşmaktadırlar. Gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %83’ü, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %62.9’u evlidir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin çoğunluğu evlidir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %82.8'inin, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %69'unun çocuğu bulunmaktadır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olanlar psikiyatri grubunda daha fazladır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, %37.7'sinin bir, %56.6'sının iki, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin, %49.2'sinin bir, %46.9'unun iki çocuğu vardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Başka bir deyişle, çocuk sayısı yönünden gruplar birbirinden farklı değildir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, %46.2'si sigara kullanmakta, %53.8'i kullanmamaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin de %41.5'i sigara kullanmakta, %58.5'i sigara kullanmamaktadır. İki grup arasında sigara kullanımı yönünden anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

İş ortamının sigara kullanımı üzerine etkisine göre, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %56.7'si, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin, %67'si iş ortamının sigara kullanımını artırdığını söylemiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Her iki grubun da yarıya yakını sigara kullanmaktadır ve her iki grup üyeleri iş ortamından benzer şekilde etkilenmektedirler.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %18.2'si alkol kullanmakta, %81.6'sı kullanmamaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin de %18.4'ü alkol kullanmakta, %81.6'sı kullanmamaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.1: Psikiyatri Kliniklerinde ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Genel Özellikleri

Hemşirelerin Genel Özellikleri	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş							
21-25	2	3.0	28	12.5	30	10.3	0.01
26-30	19	28.8	97	43.3	116	40.0	
31-35	24	36.4	60	26.8	84	29.0	
36-40	10	15.2	28	12.5	38	13.1	
41 - +	11	16.7	11	4.9	22	7.6	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	
Öğrenim Düzeyi							
Sağlık Meslek Lisesi	26	39.4	63	28.3	89	30.8	0.01
Açık Öğr. Ön Lisans	11	16.7	31	13.9	42	14.5	
Ön Lisans	22	33.3	55	24.7	77	26.6	
Lisans	6	9.1	66	29.6	72	24.9	
Yüksek Lisans	1	1.5	8	3.6	9	3.1	
Toplam	66	100.0	223*	100.0	289*	100.0	
Medeni Durum							
Evli	55	83.3	141	62.9	196	67.6	0.01
Bekâr	11	16.7	83	37.1	94	32.4	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	
Çocuk Sahibi							
Olan	53	82.8	128	69.0	181	72.6	0.03
Olmayan	11	17.2	57	31.0	68	27.4	
Toplam	64*	100.0	185*	100.0	249*	100.0	
Çocuk Sayısı							
Bir çocuk	20	37.7	63	49.2	83	45.9	0.35
İki çocuk	30	56.6	60	46.9	90	49.7	
Üç ve üzeri	3	5.7	5	3.9	8	4.4	
Toplam	53*	100.0	128*	100.0	181*	100.0	

*Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çizelge 4.1'in Devamı

Hemşirelerin Genel Özellikleri	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara Kullanma Durumu							
Kullanan	30	46.2	90	41.5	120	42.6	0.50
Kullanmayan	35	53.8	127	58.5	162	57.4	
Toplam	65*	100.0	217*	100.0	282*	100.0	
İş Ortamının Sigara Kullanımına Etkisi							
Artırmakta	17	56.7	60	67.0	77	64.5	0.57
Etkilememekte	6	20.0	13	14.3	19	15.7	
Azaltmakta	7	23.3	17	18.7	24	19.8	
Toplam	30	100.0	90	100.0	120	100.0	
Alkol Kullanma Durumu							
Kullanan	54	18.2	40	18.4	52	18.4	0.96
Kullanmayan	12	81.8	177	81.6	231	81.6	
Toplam	66	100.0	217*	100.0	283*	100.0	

*Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özellikleri Çizelge 4.2'de görülmektedir.

Psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin %39.4'ü, psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşirelerin %61.6'sı bulunduğu klinikte kendi isteği ile çalıştığını ifade etmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Buna göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin çoğu, bulunduğu klinikte kendi isteğiyle çalışmazken; psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşirelerin çoğu kendi istekleriyle çalışmaktadırlar.

Buldukları klinikteki çalışma süresi açısından her iki grubun arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Buna göre, her iki grubun da bulunduğu klinikteki çalışma süreleri birbirine yakındır.

Meslekte çalışma sürelerine göre bakıldığında, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin toplam %22.8'i (0-9 yıl ve altı) süreden beri çalışırken, %77.3'ü (10 yıl ve üzeri) süreden beri çalışmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşirelerin ise toplam %49.5'i (0-9 yıl ve altı) süreden beri çalışırken, %50.5'i (10 yıl ve üzeri) süreden beri çalışmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Buna göre, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanlar daha çok 0-9 yıl aralığında yoğunlaşırken, psikiyatri kliniğinde çalışanlar daha çok 10 yıl ve üzeri çalışma gurubunda yoğunlaşmaktadırlar. Psikiyatri kliniğinde çalışanların çalışma süresi diğer gruba göre daha yüksektir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %86.4'ü, psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin %84.8'i gündüz ve gece karışık (08.00-16.00 ve 16.00-08.00) çalışmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Buna göre her iki gruptaki hemşirelerin büyük çoğunluğu, gündüz ve gece karışık çalışmaktadırlar.

Aylık nöbet sayısına göre, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %86.2'si, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %73'ü (6-10 nöbet) tutmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Her iki grubun da toplam çalışma saati ve nöbet sayıları bakımından birbirine benzediği söylenebilir.

Çizelge 4.2: Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikleri

Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikleri	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çalıştığı Hastane							
Çukurova Devlet Has.	6	9.1	114	50.9	120	41.4	0.01
Numune E.ve Arş. H.	0	0.0	110	49.1	110	37.9	
Dr. E.Tok Ruh Sağ.H.	60	90.9	0	0.0	60	20.7	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	
Kliniğinde Kendi Seçimiyle mi Çalışmakta?							
Evet	26	39.4	138	61.6	164	56.6	0.01
Hayır	40	60.6	86	38.4	126	43.4	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	
Kliniğindeki Çalışma Yılı							
0-4	35	53.8	123	55.7	158	55.2	0.95
5-9	18	27.7	65	29.4	83	29.0	
10-14	7	10.8	19	8.6	26	9.1	
15-19	3	4.6	7	3.2	10	3.5	
20 +	2	3.1	7	3.2	9	3.1	
Toplam	65*	100.0	221*	100.0	286*	100.0	
Toplam Çalışma Süresi							
0-4	4	6.1	28	12.6	32	11.1	0.01
5-9	11	16.7	82	36.9	93	32.3	
10-14	24	36.4	69	31.1	93	32.3	
15-19	14	21.2	23	10.4	37	12.8	
20 +	13	19.7	20	9.0	33	11.5	
Toplam	66	100.0	222*	100.0	288*	100.0	
Çalışma Şekli							
Gündüz (08–16)	9	13.6	34	15.2	43	14.8	0.75
Gündüz ve gece(08-16, 16-08)	57	86.4	190	84.8	247	85.2	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	
Aylık Nöbet Sayısı							
1–5	8	13.8	38	20.1	46	18.6	0.05
6–10	50	86.2	138	73.0	188	76.1	
11–15	0	0.0	13	6.9	13	5.3	
Toplam	58*	100.0	189*	100.0	217*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çizelge 4.3: Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğinden Doyum Alma Durumları

Doyum Alma Durumu	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yalnızca maddi olarak doyum sağlıyorum	3	4.5	17	7.6	20	6.9	0.52
Yalnızca manevi olarak doyum sağlıyorum	7	10.6	29	13.0	36	12.4	
Hem maddi hem manevi olarak doyum sağlıyorum	7	10.6	33	14.7	40	13.8	
Doyum sağlamıyorum	49	74.3	145	64.7	194	66.9	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Psikiyatri kliniklerinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin hemşirelik mesleğinden doyum alma durumları Çizelge 4.3’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %4.5’i mesleğinden yalnızca maddi doyum aldığını, %10.6’sı yalnızca manevi doyum, %10.6’sı hem maddi hem manevi doyum aldığını ve %74.3’ü ise doyum almadığını belirtmektedir.

Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %7.6’sı yalnızca maddi doyum, %13’ü yalnızca manevi doyum, %14.7’si hem maddi hem manevi doyum sağladığını ve %64.7’si ise doyum sağlamadığını belirtmektedir.

İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, her iki grubun da hemşirelikten doyum almadığı söylenebilir.

Çizelge 4.4: Hemşirelerin Hemşireliği Yeniden Seçip Seçmeyecekleri Konusundaki İfadeleri

Hemşireliği Yeniden Seçip Seçmeyeceği	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Seçerdim	16	24.2	43	19.2	59	20.3	0.37
Kararsızım	12	18.2	58	25.9	70	24.1	
Seçmezdim	38	57.6	123	54.9	161	55.5	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Psikiyatri kliniklerinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin hemşireliği yeniden seçip seçmeyecekleri konusundaki ifadeleri Çizelge 4.4'te görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %24.2'si hemşireliği yeniden "seçerdim", %18.2'si "kararsızım", %57.6'sı "seçmezdim" demiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %19.2'si "seçerdim", %25.9'u "kararsızım", %54.9'u "seçmezdim" demiştir.

İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre hemşirelerin yarıdan fazlası mesleği yeniden "seçmezdim" demiştir.

Çizelge 4.5: Hemşirelerin Mesleklerinden Memnun Olup Olmamalarına İlişkin İfadeleri

Hemşirelikten Memnun Olma	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Memnun	28	42.4	110	49.1	138	47.6	0.55
Kararsız	13	19.7	34	15.2	47	16.2	
Memnun Değil	25	37.9	80	35.7	105	36.2	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Hemşirelerin, mesleklerinden memnun olup olmamalarına ilişkin ifadeleri Çizelge 4.5'te görülmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışanların %42.4'ü mesleğinden memnun olduğunu, %37.9'u memnun olmadığını ifade etmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların %47.6'sı memnun olduğunu, %36.2'si memnun olmadığını ifade etmiştir.

İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre hemşirelerin yaklaşık yarısı hemşirelik mesleğinden memnundur.

Çizelge 4.6: Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğini Kendilerine Uygun Bulup Bulmadıklarına İlişkin İfadeleri

Mesleği Kendine Uygun Bulma Durumu	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Uygun	36	54.5	102	45.5	138	47.5	0.43
Kararsız	10	15.2	40	17.9	50	17.2	
Uygun Değil	20	30.3	82	36.6	102	35.2	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini kendilerine uygun bulup bulmadıklarına ilişkin ifadeleri Çizelge 4.6’da görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %54.5’i mesleği kendine “uygun” bulunduğunu, %15.2’si “kararsız” olduğunu, %30.3’ü “uygun bulmadığını” söylemiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %45.5’i “uygun” bulunduğunu, %17.9’u “kararsız” olduğunu, %36.6’sı uygun bulmadığını belirtmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.7: Hemşirelerin Mesleğin Geleceğine İlişkin Görüşleri

Hemşireliğin Geleceğine İlişkin Görüşleri	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İyimser	9	13.6	19	8.5	28	9.7	0.01
Bazen iyimser	21	31.8	116	51.8	137	47.2	
Kötümser	36	54.6	89	39.7	125	43.1	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Hemşirelerin, mesleğin geleceğine ilişkin görüşleri Çizelge 4.7’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışanların %13.6’sı mesleğin geleceğine ilişkin iyimser olduğunu, %31.8’i bazen iyimser, %54.6’sı kötümser olduğunu ifade etmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %8.5’i iyimser, %51.8’i bazen iyimser, %39.7’si kötümser olduğunu ifade etmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler, mesleğin geleceği konusunda psikiyatride çalışanlara göre daha iyimserdirler.

Çizelge 4.8: Hemşirelerin Amirleri Tarafından Yeterince Takdir ve Cesaretlendirme Görüp Görmediklerine İlişkin İfadeleri

Takdir ve Cesaretlendirilme Durumu	Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşire (n:66)		Psikiyatri Dışı Klinikte Çalışan Hemşire (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle	11	16.7	47	21.0	58	20.0	0.03
Bazen	11	16.7	67	29.9	78	26.9	
Hiç	44	66.6	110	49.1	154	53.1	
Toplam	66	100.0	224	100.0	290	100.0	

Hemşirelerin, amirleri tarafından yeterince takdir ve cesaretlendirme görüp görmediklerine ilişkin ifadeleri Çizelge 4.8’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, %16.7’si amirlerinden “genellikle” takdir ve cesaretlendirme gördüğünü %16.7’si “bazen” gördüğünü, %66.7’si “hiç” takdir ve cesaretlendirme görmediğini söylemiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ise, %21’i amirlerinden “genellikle” takdir ve cesaretlendirme gördüğünü, %29.9’u “bazen” gördüğünü, %49.1’i ise “hiç” takdir ve cesaretlendirme görmediğini belirtmiştir.

İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin amirlerinden daha az takdir ve cesaretlendirme gördükleri söylenebilir.

Çizelge 4.9: Hemşirelerin Hemşirelik İle İlgili Kararlara Katılma Derecelerine İlişkin İfadeleri

Karara Katılım Dereceleri	Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşire (n:66)		Psikiyatri Dışı Klinikte Çalışan Hemşire (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tamamen	9	13.7	30	13.8	39	13.7	0.82
Kısmen	16	24.2	61	28.0	77	27.1	
Hiç	41	62.1	127	58.2	168	59.2	
Toplam	66	100.0	218*	100.0	284*		

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin, hemşirelikle ilgili kararlara katılma derecelerine ilişkin ifadeleri Çizelge 4.9’da görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %13.7’si hemşirelik ile ilgili kararlara “tamamen” katıldığını, %24.2’si “kısmen” katıldığını, %62.1’i ise “hiç” katılmadığını ifade etmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %13.8’i hemşirelik ile ilgili kararlara “tamamen” katıldığını, %28’i “kısmen” katıldığını, %58.2’si “hiç” katılmadığını ifade etmiştir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler arasında, hemşirelikle ilgili kararlara katılım yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, her iki grubun da hemşirelik ile ilgili kararlara katılımlarının düşük olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.10: Çalıştığı Birimde Kendini Ekip Üyesi Hissetmelerine İlişkin Hemşire İfadeleri

Ekip Üyesi Olarak Hissetme	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle	42	63.6	132	61.1	174	61.7	0.58
Bazen	11	16.7	48	22.2	59	21.0	
Hiç	13	19.7	36	16.7	49	17.3	
Toplam	66	100.0	216*	100.0	282*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çalıştığı birimde kendini ekip üyesi olarak hissetme durumlarına ilişkin hemşirelerin ifadeleri Çizelge 4.10’da görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %63.6'sı kendini “genellikle” ekip üyesi olarak hissettiğini, %16.7'si “bazen” hissettiğini, %19.7'si ise “hiç” hissetmediğini ifade etmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %61.1'i kendini “genellikle” ekip üyesi olarak hissettiğini, %22.2'si “bazen” hissettiğini, %16.7'si ise “hiç” hissetmediğini belirtmiştir.

Kendini ekip üyesi olarak hissetme konusunda iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre iki grubun da kendini genellikle ekip üyesi olarak hissettiği söylenebilir.

Çizelge 4.11: Hemşirelerin Çalıştıkları Birimde Hastanın Saldırgan Davranışıyla Karşılaşma Durumları

Saldırgan Davranışla Karşılaşma Durumları	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle	32	48.5	73	33.8	105	37.2	0.002
Bazen	30	45.5	87	40.3	117	41.5	
Hiç	4	6.0	56	25.9	60	21.3	
Toplam	66	100.0	216*	100.0	282)*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin çalıştıkları birimde hastanın saldırgan davranışıyla karşılaşma durumları Çizelge 4.11’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %48.5'i hastaları tarafından “genellikle” saldırıya uğradığını, %45.5'i “bazen” saldırıya uğradığını, %6'sı “hiç” saldırıya uğramadığını ifade etmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ise %33.8'i hastaları tarafından “genellikle” saldırıya uğradığını, %40.3'ü “bazen” saldırıya uğradığını, %42.1'i “hiç” saldırıya uğramadığını ifade etmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Buna göre psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, psikiyatri dışında çalışanlara göre hastalarının saldırgan davranışıyla daha fazla karşılaşmaktadırlar.

Çizelge 4.12: Çalıştığı Birimin Güvenliğine İlişkin Hemşire İfadeleri

Çalıştıkları Birimin Güvenliğini Değerlendirmeleri	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Güvenli	4	6.1	19	8.7	23	8.2	0.01
Kısmen Güvenli	17	25.8	100	46.1	117	41.3	
Güvensiz	45	68.2	98	45.2	143	50.5	
Toplam	66	100.0	217*	100.0	283*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çalıştığı birimin güvenliğine ilişkin hemşire ifadeleri Çizelge 4.12’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %6.1’i çalıştığı birimi “güvenli” bulmakta, %25.8’i “kısmen” güvenli, %68.2’si “güvensiz” bulmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %8.7’si “güvenli”, %46.1’i “kısmen güvenli”, %45.2’si “güvensiz” bulmaktadır. Her iki grubun görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, çalıştıkları ortamı “genellikle” güvensiz bulmaktadırlar.

Çizelge 4.13: Hemşirelerin Bir İş Günü Sonunda Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin İfadeleri

İş Gününün Sonunda Nasıl Hissettikleri	Psikiyatri kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Doyum Almış	8	12.1	29	13.4	37	13.1	0.004
Ruhen Tükenmiş	16	24.2	21	9.7	37	13.1	
Bedenen Tükenmiş	4	6.1	41	19.0	45	16.0	
Ruhen ve Bedenen Tükenmiş	38	57.6	125	57.9	163	57.8	
Toplam	66	100.0	211*	100.0	282*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin bir iş günün sonunda kendilerini nasıl hissettiklerine ilişkin ifadeleri Çizelge 4.13'te görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %12.1'i doyum almış, %24.2'si ruhen tükenmiş, %6.1'i bedenen tükenmiş, %57.6'sı ruhen ve bedenen tükenmiş hissettiğini belirtmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %13.4'ü doyum almış, %9.7'si ruhen tükenmiş, %19'u bedenen tükenmiş, %57.9'u ruhen ve bedenen tükenmiş hissettiğini ifade etmiştir.

Her iki grubun ifadeleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler kendilerini daha çok ruhen tükenmiş hissederken, diğer kliniklerde çalışan hemşireler kendilerini bedenen tükenmiş hissetmektedirler.

Çizelge 4.14: Hemşirelerin İşten Ayrılma Düşünceleriyle İlgili İfadeleri

İşten Ayrılma Düşüncesi	Psikiyatri kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle	12	18.2	39	18.1	51	18.1	0.66
Bazen	30	45.4	86	39.8	116	41.1	
Hiç	24	36.4	91	42.1	115	40.8	
Toplam	66	100.0	216*	100.0	282*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin işten ayrılma düşünceleriyle ilgili ifadeleri Çizelge 4.14'te görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %18.2'si işten ayrılmayı "genellikle" düşünmekte, %45.5'i "bazen" düşünmekte, %36.4'ü "hiç" düşünmemektedir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %18.1'i "genellikle" düşünmekte, %39.8'i "bazen" düşünmekte, %42.1'i ise "hiç" düşünmemektedir.

İşten ayrılmayı düşünme sıklığı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, her iki grubun da işten ayrılmayı sıklıkla düşündüğü söylenebilir.

Çizelge 4.15: Hemşirelerin Herhangi Bir Nedenle Rapor Alma Sıklığı

Rapor Alma Sıklığı	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle	3	4.5	3	1.4	6	2.1	0.06
Bazen	15	22.8	76	35.3	91	32.4	
Hiç	48	72.7	136	63.3	184	65.5	
Toplam	66	100.0	215*	100.0	281*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin herhangi bir nedenle rapor alma sıklığı Çizelge 4.15’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %4.5’i “genellikle” rapor aldığını, %22.7’si “bazen” aldığını, %72.2’si “hiç” rapor almadığını söylemiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin de %1.4’ü “genellikle” rapor aldığını, %35.3’ü “bazen” aldığını, %63.3’ü ise “hiç” rapor almadığını söylemiştir. Her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre hemşirelerin genellikle rapor almadıkları söylenebilir.

Çizelge 4.16: Çalıştıkları Kliniklerde Hastaların Ortalama Yatış Sürelerine İlişkin Hemşire İfadeleri

Hastaların Ortalama Yatış Süresi (Gün)	Psikiyatri Kliniklerinde (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1-10	4	6.1	143	69.4	147	54.0	0.001
11-20	3	4.5	38	18.4	41	15.1	
21-30	35	53.0	16	7.8	51	18.8	
31 +	24	36.4	9	4.4	33	12.1	
Toplam	66	100.0	206*	100.0	272*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çalıştıkları kliniklerde hastaların ortalama yatış sürelerine ilişkin hemşire ifadeleri Çizelge 4.16’da görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların %6.1’i (1-10 gün) kalmakta, %4.5’i (11-20 gün) kalmakta, %53’ü (21-30 gün) kalmakta, %36.4’ü (31 gün ve üzerinde) kalmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde yatan hastaların ise %69.4’ü (1-10 gün)

kalmakta, %18.4'ü (11-20 gün) kalmakta, %7.8'i (21-30 gün) kalmakta ve %4.4'ü (31 gün ve üzerinde) kalmaktadır.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların toplam %89.4'ü 21 gün ve üzerinde bir süre klinikte kaldığı halde, psikiyatri dışındaki kliniklerdeki hastaların toplam %87.8'i 1-20 gün arası kalmaktadırlar ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar daha uzun süre hastanede yatarken, psikiyatri dışı kliniklerde yatan hastalar daha kısa sürede taburcu olmaktadır.

Çizelge 4.17: Taburcu Olan Hastalarının Sosyal Uyum Düzeyleriyle İlgili Hemşire Değerlendirmeleri

Taburcu Olan Hastalarının Sosyal Uyum Düzeyleri	Psikiyatri Kliniklerinden Taburcu Olanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerden Taburcu Olanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Genellikle Sorun Vardır	17	25.8	29	13.9	46	16.8	0.006
Kısmen Sorun Vardır	39	59.1	110	52.9	149	54.4	
Genellikle Sorun Yoktur	10	15.1	69	33.2	79	28.8	
Toplam	66	100.0	208*	100.0	274*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Taburcu olan hastalarının sosyal uyum düzeyleriyle ilgili hemşire değerlendirmeleri Çizelge 4.17'de görülmektedir.

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %25.8'i taburcu olan hastalarında genellikle sosyal uyum sorunu olduğunu, %59.1'i kısmen sorun olduğunu ve %15.2'si ise genellikle sorun olmadığını belirtmektedir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin %13.9'u taburcu olan hastalarında genellikle sosyal uyum sorunu olduğunu, %52.9'u kısmen sorun olduğunu ve %33.2'si ise genellikle sorun olmadığını ifade etmiştir.

İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre hemşireler; psikiyatri kliniklerinden taburcu olan hastalarda genellikle sosyal uyum

sorunu olduğunu, psikiyatri dışı kliniklerden taburcu olan hastalarda ise olmadığını belirtmektedirler.

Çizelge 4.18: Hemşirelerin Beden ve Ruh Sağlıklarını Değerlendirmelerine İlişkin İfadeleri

Beden ve Ruh Sağlıklarını Nasıl Buldukları	Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlar (n:66)		Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışanlar (n:224)		Toplam (n:290)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İyi	29	43.9	95	43.6	124	43.7	0.98
Ne iyi ne kötü	32	48.5	105	48.2	137	48.2	
Kötü	5	7.6	18	8.3	23	8.1	
Toplam	66	100.0	218*	100.0	284*	100.0	

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin beden ve ruh sağlıklarını değerlendirmelerine ilişkin ifadeleri Çizelge 4.18’de görülmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %43.9’u beden ve ruh sağlığını “iyi”, %48.5’i “ne iyi ne kötü” ve %7.6’sı “kötü” olarak değerlendirmiştir. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin de %43.7’si “iyi”, %48.2’si “ne iyi ne kötü”, %8.1’i “kötü” olarak değerlendirmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre iki grubun da kendini sağlıklı bulduğu söylenebilir.

Çizelge 4.19: Psikiyatri Kliniğinde Çalışan ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	Psikiyatri			Psikiyatri Dışı			p
	n*	Min-max	Ort. ± SD	n*	Min-Max	Ort. ± SD	
Somatizasyon	65	0-23	3.49±4.47	217	0-24	3.37±3.93	.785
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	65	0-19	5.67±4.16	218	0-22	5.00±4.05	.169
Kişilerarası Duyarlılık	66	0-15	2.90±2.93	216	0-15	2.79±2.92	.603
Depresyon	65	0-20	4.93±4.22	217	0-20	4.47±4.33	.266
Anksiyete Bozukluğu	65	0-20	4.15±3.73	221	0-24	4.03±3.93	.574
Hostilite	65	0-19	3.35±3.72	219	0-20	3.37±3.27	.764
Fobik Anksiyete	65	0-16	2.09±3.08	218	0-13	1.99±2.51	.993
Paranoid Düşünceler	66	0-18	4.45±3.66	215	0-19	4.74±3.94	.693
Psikotizm	65	0-14	2.47±3.42	214	0-18	2.72±2.96	.099
Ek Maddeler	65	0-16	3.04±3.19	217	0-14	2.98±2.63	.569
Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi	65	0-3	0.69±0.61	198	0-2	0.65±0.54	.696
Genel Semptom İndeksi	65	0-3	0.63±0.55	200	0-2	0.60±0.51	.734
Belirti Toplamı İndeksi	66	0-53	23.18±12.67	198	0-51	22.09±12.64	.696
Semptom Rahatsızlık İndeksi	63	1-3	1.41±0.46	191	1-3	1.43±0.47	.948

*Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puan ortalamaları Çizelge 4.19'da görülmektedir.

Psikiyatri kliniğinde ve psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; Somatizasyon'da (3.49 ve 3.37), Obsesif-Kompulsif Bozukluk'da (5.67 ve 5.00), Kişilerarası Duyarlılık'da (2.90 ve 2.79), Depresyon'da (4.93 ve 4.47), Anksiyete Bozukluğu'nda (4.15 ve 4.03), Hostilite'de (3.35 ve 3.37), Fobik Anksiyete'de (2.09 ve 1.99), Paranoid Düşünceler'de (4.45 ve 4.75), ve Psikotizm'de (2.47 ve 2.72'dir). Her iki grubun alt ölçeklerden

aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Aynı şekilde; Ek Maddeler'den aldıkları puan ortalamaları yine sırasıyla (3.04 ve 2.98), Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi'nde (RCI) (0.69 ve 0.65), Genel Semptom İndeksi'nde (GSI) (0.63 ve 0.60), Belirti Toplamı İndeksi'nde (BTI) (23.18 ve 22.09), Semptom Rahatsızlık İndeksi'nde (SRI) (1.41 ve 1.43)'dür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Buna göre; KSE Genel Semptom İndeksi puan ortalaması 1'in altında olduğu için, psikiyatrik belirtilerin hastalık düzeyinde olmadığı görülmektedir.

Öte yandan her iki grubun; yaş, eğitim durumu, bulunduğu klinikteki çalışma süresi, hemşireliğin doyum verip vermemesi, hemşireliği yeniden seçip seçmeyeceği, hemşireliği kendine uygun bulup bulmaması, hemşirelikten memnuniyet, mesleğin geleceği ile ilgili düşünceler, amirlerden takdir ve cesaretlendirme görme, hemşirelikle ilgili kararlara katılım derecesi, kendini ekip üyesi olarak hissetme, iş güvenliği, işten ayrılma düşüncesi, rapor alarak işe gelmememe, hastaların saldırgan davranışlarıyla karşılaşma, taburcu olan hastalarının sosyal uyum düzeyleri, sigara ve alkol kullanma ve kayıp yaşama durumları açısından KSE'nden aldıkları tüm alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Buna karşılık sağlığını "kötü" olarak değerlendiren, bekâr olan, çocuğu olmayan, çocuk sayısı üç ve üzerinde olan, gece ve gündüz karışık çalışan hemşirelerde KSE'nin bazı alt ölçekleri anlamlı farklılık göstermiştir. Aşağıda bu çizelgelere yer verilmektedir.

Çizelge 4.20: Hemşirelerin Ruh ve Beden Sağlıklarını Değerlendirmelerine Göre Kısa Semptom Envanterinde Anlamlı Bulunan Alt Ölçekler

Ölçekler	İyi			Ne iyi ne kötü			Kötü			p
	n*	Min Max	Ort. ± SD	n*	Min Max	Ort. ± SD	n*	Min Max	Ort.± SD	
Somatizasyon	120	0-16	2.51±3.09	135	0-17	3.32±3.40	22	0-24	8.68±7.55	.001
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	122	0-15	4.10±3.38	135	0-16	5.40±3.99	21	1-22	9.76±5.33	.001
Kişilerarası Duyarlılık	122	0-10	2.14±2.25	133	0-11	2.99±2.87	22	0-15	5.59±4.66	.001
Depresyon	121	0-14	3.14±2.97	135	0-18	4.89±4.22	21	2-22	11.09±5.39	.001
Anksiyete Bozukluğu	122	0-11	2.86±2.53	137	0-18	4.14±3.61	22	2-24	10.13±5.89	.001
Hostilite	121	0-12	2.40±2.50	136	2-20	3.54±3.48	22	2-19	7.22±4.08	.001
Fobik Anksiyete	120	0-9	1.55±1.92	136	0-15	2.05±2.77	22	0-16	4.45±3.96	.001
Paranoid Düşünceler	120	0-16	3.78±3.25	135	0-15	4.82±3.75	21	2-19	8.90±5.31	.001
Psikotizm	118	0-10	1.82±2.05	136	0-18	2.82±3.15	21	0-14	6.47±4.36	.001
Ek Maddeler	119	0-8	2.35±2.02	136	0-14	3.09±2.83	22	1-16	5.90±4.01	.001
Belirti Toplamı İndeksi	124	0-50	19.12±11.49	137	0-53	23.42±12.67	23	2-51	32.65±11.50	.001

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin ruh ve beden sağlıklarını değerlendirmelerine göre Kısa Semptom Envanterinde anlamlı bulunan alt ölçekler Çizelge 4.20’de görülmektedir.

Sağlığını “iyi” ve “kötü” olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalamaları sırasıyla; Somatizasyon’da (2.51 ve 8.68), Obsesif-Kompulsif Bozukluk’da (4.10 ve 9.76), Kişilerarası Duyarlılık’da (2.14 ve 5.59), Depresyon’da (3.14 ve 11.09), Anksiyete Bozukluğu’nda (2.86 ve 10.13), Hostilite’de (2.40 ve 7.22), Fobik Anksiyete’de (1.55 ve 4.45), Paranoid Düşünceler’de (3.78 ve 8.90) ve Psikotizm’de (1.82 ve 6.47’dir).

Çizelgede de görüldüğü gibi, ruh ve beden sağlığını “iyi” ve “kötü” olarak niteleyen hemşirelerin KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0.05$). Buna göre ruh ve beden sağlığını “iyi” olarak niteleyenlerin semptom sıklığı daha az, “kötü” olarak niteleyenlerin semptom sıklığı daha fazladır.

Çizelge 4.21: Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler

Ölçekler	Evli			Bekâr			P
	n*	Min-Max	Ort. ± SD	n*	Min-Max	Ort. ± SD	
Kişilerarası Duyarlılık	194	0- 15	2.47 ± 2.66	88	0-15	3.60 ± 3.31	.010
Depresyon	191	0-20	4.01±3.99	91	0-20	5.76±4.70	.002
Anksiyete Bozukluğu	194	0-24	3.78± 3.76	92	0-20	4.65± 4.06	.045
Hostilite	194	0-13	2.98±2.84	90	0-20	4.20±4.20	.035
Fobik Anksiyete	191	0-13	1.61±2.08	92	0-16	2.85±3.41	.009
Paranoid Düşünceler	190	0-19	4.15±3.44	91	0-19	5.75±4.48	.004
Psikotizm	187	0-18	2.26±2.91	92	0-14	3.48±3.23	.000
Ek Maddeler	190	0-11	2.66±2.44	92	0-16	3.69±3.24	.009
Belirti Toplamı İndeksi	196	0-51	21.27±11.92	94	0-53	24.56±13.80	.032

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin medeni durumlarına göre Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olan alt ölçekler Çizelge 4.21’de görülmektedir.

Evli ve bekâr hemşirelerin KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları anlamlı olanlar sırasıyla; Kişilerarası Duyarlılık’da (2.47 ve 3.60), Depresyon’da (4.01 ve 5.76), Anksiyete Bozukluğu’nda (3.78 ve 4.65), Hostilite’de (2.98 ve 4.20), Paranoid Düşünceler’de (4.15 ve 5.75), Psikotizm’de (2.26 ve 3.48)’dir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre KSE’den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, Somatizasyon ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk dışında kalan diğer alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Buna göre evli olanlarda ruhsal belirti sıklığının daha düşük bekâr olanlarda ise daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.22: Çocuğu Olan ve Olmayan Hemşirelere Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler

Ölçekler	Çocuğu Olan Hemşire			Çocuğu Olmayan Hemşire			P
	n*	Min-Max	Ort. ± SD	n*	Min-Max	Ort. ± SD	
Kişilerarası Duyarlılık	178	0-15	2.44±2.66	67	0-15	3.53±3.38	.021
Fobik Anksiyete	175	0-13	1.66±2.22	67	0-16	2.86±3.57	.035

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Çocuğu olan ve olmayan hemşirelere göre Kısa Semptom Envanterinde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olan alt ölçekler Çizelge 4.22’de görülmektedir.

Kişilerarası Duyarlılık puan ortalaması; çocuğu olan hemşirelerde 2.44, olmayanlarda 3.53’tür. Fobik Anksiyete puan ortalaması; çocuğu olanlarda 1.66, olmayanlarda 2.86’dır.

Çocuğu olan ve olmayan hemşirelerin KSE’den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca Kişilerarası Duyarlılık ve Fobik Anksiyete alt ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre semptom sıklığı, çocuğu olan hemşirelerde daha az, olmayanlarda daha fazladır. Diğer alt ölçeklerden aldıkları puanlar hemşirelerin çocuğunun olması veya olmaması yönünden bir farklılık göstermemektedir.

Çizelge 4.23: Hemşirelerin Çocuk Sayısına Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler

Ölçekler	Bir çocuk			İki Çocuk			Üç ve Üzeri Çocuk			P
	n	Min-Max	Ort. ± SD	n*	Min-Max	Ort.±SD	n	Min-Max	Ort. ± SD	
Psikotizm	79	0-13	2.16±2.82	85	0-18	2.23±2.88	8	1-10	4.25±2.96	.045

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin çocuk sayısına göre Kısa Semptom Envanterinde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olan alt ölçekler Çizelge 4.23’te görülmektedir.

Psikotizm puan ortalaması; tek çocuğu olan hemşirelerde 2.16 iken, iki çocuğu

olanlarda 2.23, üç ve daha fazla çocuğu olanlarda 4.25'dir. Çocuk sayısına göre, hemşirelerin aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; yalnızca Psikotizm alt ölçeğinde fark anlamlı çıkmış ($p<0.05$), diğer alt ölçeklerde anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre çocuk sayısı arttıkça hemşirelerin Psikotizm alt ölçeğinden aldıkları puan artmaktadır.

Çizelge 4.24: Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Kısa Semptom Envanterinde Puan Ortalamaları Arasındaki Fark Anlamlı Olan Alt Ölçekler

Ölçekler	Gündüz Çalışan			Gündüz ve Gece Çalışan			p
	n*	Min-Max	Ort. \pm SD	n*	Min-Max	Ort. \pm SD	
Paranoid Düşünceler	40	0-19	3.65 \pm 3.93	241	0-19	4.84 \pm 3.84	.028

* Soruyu yanıtlayan hemşire sayısı

Hemşirelerin çalışma şekline göre Kısa Semptom Envanterinde puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olan alt ölçekler Çizelge 4.24'te görülmektedir.

Paranoid Düşünceler alt ölçeğinden alınan puan ortalaması, gündüz çalışan hemşirelerde 3.65, hem gündüz hem gece çalışanlarda 4.84'tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre hem gündüz hem gece karışık çalışanlarda Paranoid Düşünce sıklığı daha fazla görülmektedir. Çalışma saatleri bakımından diğer alt ölçeklerdeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde ve psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada çalışma kapsamına giren hemşirelerin çoğunluğu (%69) 26-35 yaş aralığında toplanmaktadır. Ancak bunlardan psikiyatri dışındaki alanlarda çalışan hemşirelerin %43.3'ü (26-30) yaş grubunda, psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin ise %36.4'ü (31-35) yaş grubundadır (p<0.05) (Çizelge 4.1). Buna göre psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşireler daha genç yaşta, psikiyatride çalışanlar ise daha ileri yaşadılar.

Öğrenim düzeyi yönünden psikiyatri grubundaki hemşireler daha çok Önlisans (%33.3) ve Sağlık Meslek Lisesi (%39.4) düzeylerinde yoğunlaşırken, psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşireler daha çok Lisans (%29.6) ve Sağlık Meslek Lisesi (%28.3) düzeylerinde yoğunlaşmaktadır ve aralarındaki fark anlamlıdır (p<0.05) (Çizelge 4.1). Lisans mezunu hemşirelerin istihdamı psikiyatri dışındaki kliniklerde daha fazladır ve bu grubun eğitim düzeyinin görece daha yüksek olması bu nedenledir. Yeni mezun hemşireler psikiyatri alanında genellikle istihdam edilmemektedirler. Birçok kuruluştaki bir tür yönetim politikası haline gelmiş olan bu uygulamanın temelinde muhtemelen; psikiyatri alanında fizik bakım işlemlerinin diğer kliniklere göre daha az olması ve diğer kliniklerde yorulduğu düşünülen hemşirelerin dinlendirilmeleri amacıyla psikiyatri biriminde görevlendirilmeleri anlayışı yatmaktadır. Bu anlayış ise, muhtemelen hemşireliğin yalnızca somut fiziksel bakım işlemlerinden ibaret görüldüğünü ve psikiyatri hemşireliğinin gerektirdiği soyut zihinsel becerilerin öneminden haberdar olunmadığını göstermektedir.

Gerek yaş grubu gerekse öğrenim düzeyi bakımından hemşirelerin bu özellikleri Çavuş (61)'un yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada elde ettiği bulgularla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %83'ü, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların ise %62.9'u evlidir. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Bu durum psikiyatri kliniklerindeki hemşirelerin daha ileri yaşta oluşları ile açıklanabilir. Psikiyatri alanında çalışan hemşireler arasında çocuk sahibi olanların da daha fazla oluşu (%82.8) aynı nedenlere bağlı olabilir. Her iki grubun da yaklaşık yarısının bir, yarısının iki çocuğu bulunmaktadır. Grubun ancak %4.4'ünün üç ve daha fazla sayıda çocuğu vardır (Çizelge 4.1).

Sigara kullanımı yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Her iki grubun da yarıya yakını (%42.6) sigara kullanmaktadır. İş ortamının sigara kullanımına etkisi yönünden iki grubun da birbirine benzediği görülmektedir (Çizelge 4.1). Nehir ve ark.'nın (67) çalışmasında hemşirelerin %42.3'ü, Akçeltik ve ark.'nın (68) çalışmasında hemşirelerin %36.8'i, Kutlu ve ark.'nın (69) çalışmasında % 56.5'i sigara kullanmaktadır. Tel ve ark.'nın (11) hekim, hemşire, diş hekimi, sağlık teknisyenleri ve sağlık memurlarının karşılaştırıldığı çalışmada hemşirelerin %45'i sigara kullanmaktadır. Ekemen'in (70) genel nüfustaki kadınların ruhsal durumlarını değerlendirdiği çalışmasına göre kadınların üçte biri sigara kullanmaktadır. Yılmaz ve ark.'nın (71) çalışmasında hemşirelerin %61'i sigara kullanmaktadır. Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) yapmış olduğu çalışmaya göre kadın hemşirelerin %16'sı, erkek hemşirelerin ise %21'i sigara kullanmaktadır ve bu sonuç Kanada'da çalışan kadınların sigara kullananlarına göre daha düşüktür. Ülkemizde ise sigara kullanma durumu, hemşireler arasında genel nüfustaki kadınlara göre fazladır. Hemşirelerin yarısına yakını sigara kullanmaktadır. Genel nüfustaki kadınlara göre bu denli yüksek oluşu, hemşirelerin baş etme aracı olarak sigarayı kullandıklarını akla getirmektedir. Çünkü hemşireler, mevcut çalışma koşulları nedeni ile hemşireliği oldukça stresli bir meslek olarak tanımlamaktadırlar. Hegney ve ark. (72) hemşirelerin %63'ünün, işlerindeki fiziksel aktivite beklentisinin ve iş stresinin oldukça yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %18.2'si, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların %18,4'ü alkol kullanmaktadır ($p>0.05$) (Çizelge 4.1). Kanada Sağlık Örgütü'nün (40) yaptığı çalışmada hemşirelerin %18'i, Akçeltik ve ark.'nın (68) yaptığı çalışmada hemşirelerin, %8.8'i, Yılmaz ve ark.'nın (71) çalışmasında hemşirelerin %10.2'si alkol kullanmaktadır. Rani Rout'un (73) çalışmasında hemşirelerin %88.6'sı alkol kullanmaktadır. Çalışmamızda hemşireler arasında alkol kullanımının görece yaygın olmadığı söylenebilir. Kültürümüzdeki çalışmalarda hemşirelerin alkol

kullanımı düşük ve birbirine benzer olduğu halde yurt dışı çalışmalarda hayli yüksek olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni kültürel farklılıklar, kadının statüsü ve baş etme biçimleri ile açıklanabilir.

Bulunduğu klinikte kendi seçimiyle çalışanlar; psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin %39,4'ü, psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşirelerin %61.6'sıdır (Çizelge 4.2). Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; psikiyatri alanında çalışan hemşireler, buldukları klinikte kendi istekleri dışında çalışırken; psikiyatri dışı alanlardaki hemşireler birimlerinde kendi istekleriyle çalışmaktadırlar. Hemşirelerin görev yeri genellikle yöneticilerin kararı sonucu belirlenmekte ve çoğu hemşire, kendi istediği veya ilgi duyduğu alanda değil, yöneticilerin gerekli gördüğü birimlerde görevlendirilmektedirler. Hemşireler zaman içinde muhtemelen bu durumu benimsemektedirler. Psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin ise yarıdan çoğu (%60.6) kendi seçimiyle bulunmadığını söylediğine göre, muhtemelen bu grubun çalıştığı alanla ilgili memnuniyeti düşük düzeydedir. Çavuş'un (61) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğunluğu kendi isteği dışında çalıştığını belirtmiştir. Taycan ve ark.'nın (62) yaptığı çalışmada hemşirelerin %48.3'ü çalıştığı bölümü kendisi isteyerek seçmiştir. Çetinkaya ve Özbaşaran'ın (63) çalışmalarında ise çalıştığı klinik hemşirelerin ancak %25'inin kendi seçimidir.

İki grubun da %55.2'si bulunduğu klinikte 0–4 yıldan beri görev yapmakta ve %29'u 5–9 yıldan beri görev yapmaktadır (Çizelge 4.2). Her iki grubun da bulunduğu klinikteki çalışma süreleri birbirine yakındır.

Toplam çalışma süresi yönünden; psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların yaklaşık yarısı (%49.5) 0–9 yıldan beri çalışırken, psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin çoğunluğu (%77.3) 10 yıl ve üzeri süreden beri çalışmaktadır (Çizelge 4.2). Çalışma sürelerinden de anlaşılacağı gibi, psikiyatri klinikleri dışında çalışan hemşire grubu daha gençtir.

Çalışma şekillerine göre; her iki grubun da daha çok “gündüz ve gece” karışık çalıştıkları görülmektedir (Çizelge 4.2) ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, önemli bir çoğunluk (%85.2) “gündüz ve gece” karışık çalışmaktadır. Taycan ve ark.'nın (62) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %54'ü,

Bilgin ve Buzlu'nun (64) çalışmasında hemşirelerin %70.4'ü, Sveinsdo'ttir (65) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %88,8'i ve Bener'in (66) çalışmasında hemşirelerin %66'sı hem gündüz hem gece çalışmaktadır. Bu grup daha genç ve deneyimi az olan gruptur ve gündüz ve gece karışık çalışma, genel olarak sağlık personelinin çalışma sistemi ile uyumludur. Çünkü yalnızca belirli durumlar (yaş, gebelik, süt izni vb.) gündüz çalışmak için geçerli neden olarak kabul edilmektedir. Bu durumlar dışında, sağlık hizmetlerinin 24 saat devam etmesi nedeni ile gündüz ve gece çalışılmaktadır. Bizim çalışmamızda da genç nüfusun fazla olması ve çalışma sistemi nedeni ile grubun çoğunluğu gündüz ve gece karışık çalışmaktadır.

Her iki grubun da çoğunluğu ayda 6–10 nöbet tutmaktadır (Çizelge 4.2). Buna göre, toplam çalışma saatleri ve aylık nöbet sayısı yönünden gruplar birbirine benzemektedir.

Hemşirelik mesleğinden doyum alma açısından incelendiğinde üç hemşireden ikisi mesleğinden doyum almamaktadır (Çizelge 4.3). Durmuş ve Günay'ın (74) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu ve Yılmaz ve ark.'nın (13) çalışmasında da hemşirelerin %79.4'ü mesleğinden doyum almadığını belirtmektedirler. Bulgularımız diğer çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Psikiyatri grubundaki hemşirelerin %57.6'sı, psikiyatri dışı gruptakilerin %54.9'u hemşireliği yeniden seçmeyeceğini belirtmiştir. (Çizelge 4.4). Çalışmamızdaki bu bulgu diğer çalışmaların bulgularından biraz daha düşük olmakla birlikte onlarla uyumludur. Tel ve ark.'nın (11) yaptığı çalışmada hemşirelerin %71'i, Yıldız ve Kanan'ın (75) yaptığı çalışmada %78.6'sı, Bener'in (66) çalışmasında %67.6'sı hemşireliği yeniden seçmeyeceğini belirtmiştir.

Hemşirelerin yarısına yakını mesleğinden memnun olduğunu ifade etmektedir (Çizelge 4.5). Çavuş'un (61) çalışmasında hemşirelerin yarıya yakını, Karadağ ve Taşçı'nın (76) çalışmasında % 56.9'u, Ulupınar'ın (77) çalışmasında %50'si memnun olduğunu ifade etmiştir. Bizim bulgularımızın da diğer çalışmalar ile benzer olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%47.5) hemşireliği kendine uygun bulduğunu belirtmektedir (Çizelge 4.6). Taycan ve ark.'nın (62) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %76.8'i mesleği kendine uygun bulmaktadır. Bu bulgulara göre bizim bulgularımız oldukça düşüktür. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin meslekten memnuniyetlerinin düşük olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin yarıya yakınının hemşireliği kendine uygun bulmasına ve yine yarısının hemşirelikten memnun olmasına rağmen, meslekten doyum almadıklarını ve yeniden seçmeyeceklerini söylemeleri çelişkili görünmektedir. Bu durum, çalışma kapsamına giren hemşirelerin mevcut çalışma koşullarından memnun olmamaları ve meslekleriyle ilgili görüşlerinin net olmayışı ile açıklanabilir. Hemşirelik mesleğinin geleceği konusunda iyimser olan hemşirelerin yalnızca %9.7 olduğu göz önüne alınırsa bu görüşümüzün desteklendiği söylenebilir. Hemşirelik mesleğinin geleceği konusunda kötümser olanlar psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin %54.6'sı, psikiyatri dışındaki hemşirelerin %39.7'sidir (Çizelge 4.7). Buna göre, psikiyatri alanında çalışan hemşireler, diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre mesleğin geleceğine ilişkin daha kötümserdirler.

Çalışmaları boyunca amirlerinden takdir ve cesaretlendirme görmeyenler, psikiyatri kliniklerinde %66.7 ve psikiyatri dışı kliniklerde %49.1'dir (Çizelge 4.8). Bu durumda, psikiyatri kliniğindeki hemşireler amirlerinden daha az takdir ve cesaretlendirme görmektedirler. Bu durum yöneticilerin genellikle soyut becerilerden çok, somut işleri değerlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin; amirlerinden takdir ve cesaretlendirme beklentileri, mesleğin geleceğine ilişkin kötümser oluşları gibi bulgular göz önüne alınırsa bu grubun doyumunun daha az olduğu söylenebilir.

Psikiyatri kliniğinde çalışanların %62.1'i, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanların %58.2'si hemşirelikle ilgili kararlara katılımlarının olmadığını ifade etmektedir (Çizelge 4.9). Buna göre, her iki grubun da hemşirelik ile ilgili kararlara katılımlarının düşük olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin yarısından çoğu kendini “genellikle” ekip üyesi hissettiğini belirtmektedir (psikiyatri kliniklerinde %63.6’sı, psikiyatri dışı kliniklerde %61.1’i) (Çizelge 4.10). Hemşirelerin yarısından çoğunun kendini ekip üyesi olarak hissetmesi subjektif, ancak kendini iyi hissetme duygusuna katkısı olacağı için olumlu bir değerlendirmedir. Gerçek anlamda ekip çalışması, eşitler arasında söz konusu olabilir. Oysa ülkemizde hemşirelik, ekip içinde genellikle eşit bir konumda yer almamaktadır. Ancak hastanelerde yönetimlerin beklediği iş ve işlemleri yaptıkları sürece kabul ve onay gören hemşireler kendilerini ekibin üyesi gibi algılıyor olabilirler. Bizim çalışmamızda hemşirelerin yarısından fazlası kendini ekip üyesi olarak hissettiği halde hemşirelikle ilgili kararlara katılımlarının yeterli olmaması kurum içerisindeki ilişkilerin istendik düzeyde olmadığını düşündürmektedir.

Hasta tarafından “genellikle” saldırıya uğradığını belirtenler; psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin %48.5’i, psikiyatri dışı alanlardaki hemşirelerin %33.8’idir (Çizelge 4.11). Buna göre; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler, hastaların saldırgan davranışıyla daha fazla karşılaşmaktadırlar.

Maguire ve Ryan’ın (55) bulgularına göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %80’i tehditkâr olmayan sözel saldırı, %54’ü tehditkâr saldırı ve %41’i fiziksel saldırı rapor etmişlerdir. Nolan ve ark. (56) İngiltere’de yaptıkları çalışmada, hastanede çalışan psikiyatri hemşirelerinin %81’inin, toplum temelli çalışanların %50’sinin şiddet ve saldırı ile karşı karşıya kaldıklarını rapor etmişlerdir. Akçeltik ve ark.’nın (68) çalışmasında hemşirelerin %60.3’ü şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. O’connell ve ark.’nın (78) çalışmasında, hemşirelerin %80’inin geçen bir yıl içinde saldırıya maruz kaldıkları belirtilmiştir. Ayrıca, sözlü saldırı karşısında hemşirelerin %70’inin kızgınlık, %73’ünün engellenmişlik duygusu, fiziksel saldırı durumunda ise engellenmişlik duygusu yaşadıkları belirtilmiştir. Bilgin ve Buzlu’nun (64) çalışmasında, hemşirelerin %79’unun hastası tarafından en az bir kez sözlü saldırıya maruz kaldığı, %77.8’inin en az bir kez fiziksel saldırıya maruz kaldığı belirtilmiştir. Yazarlara göre, hemşireler daha çok ilaç uygularken ve bakım yaparken saldırıya maruz kalmaktadırlar. Sözel saldırılar daha çok ziyaret saatlerinde hasta yakınlarından gelmekte, fiziksel saldırılar ise daha çok gece vardiyasında hemşire yalnız çalışırken

olmaktadır. Çalışmamızda, psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin yarıya yakınının hastalar tarafından saldırıya maruz kalmaları; hastaların özelliğinden kaynaklanabileceği gibi, hemşirelerin psikiyatri hastasının davranışlarını yönetme konusundaki bilgi ve beceri yetmezliğinden de kaynaklanıyor olabilir.

Çalıştığı birimi “güvensiz” bulanlar; psikiyatri alanında çalışanların %68.2’si, psikiyatri dışı alanlarda çalışanların %45 (Çizelge 4.12). Buna göre, psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin önemli bir kesimi çalıştıkları ortamı güvensiz bulmaktadır.

Hemşireler kendilerini genellikle ruhen ve bedenen tükenmiş hissetmekle birlikte (%57.6 ve %57.9), psikiyatri kliniğinde çalışanlar daha çok “ruhen” (%24.2), diğer kliniklerde çalışanlar daha çok “bedenen” (%19) tükenmiş hissettiklerini belirtmektedirler (Çizelge 4.13). Bu da alana özgü hasta bakımının özelliğinden kaynaklanmaktadır. Psikiyatri alanında daha çok davranış ve duygular üzerine yoğunlaşarak zihinsel aktivite gerekmekte, diğer alanlarda ise somut ve fiziksel bakım işlemleri bedensel aktiviteyi gerektirmektedir.

İşten ayrılmayı düşünme yönünden gruplar arasında farkın olmadığı ve her iki grubun da işten ayrılmayı sıklıkla düşündüğü söylenebilir (“genellikle” diyenlerin toplamı %18.1 ve “bazen” diyenlerin toplamı %41.1, “hiç” diyenler %40.8’dir) (Çizelge 4.14). Buna göre, her iki grubun da işten ayrılmayı sıklıkla düşündüğü söylenebilir. Kanada Sağlık Örgütü’nün (40) çalışmasında hemşirelerin %4’ü işten ayrılmayı planladığını söylemiştir. Mccarthy ve ark.’nın (79) çalışmasında çoğunluğunu genç ve bekârların oluşturduğu örneklemin %60’ı işten ayrılma niyeti belirtmiştir. Ulupınar’ın (77) çalışmasına göre meslekten ayrılmayı düşünen hemşireler %38.7’dir. Çalışmamızda meslekten ayrılmayı düşünme sıklığı yüksek bulunmuştur.

Çalıştığı süre içinde rapor alma sıklığı incelendiğinde; rapor alanlar %34.5, almayanlar %65.5’tir (Çizelge 4.15). Çalışma kapsamına giren üç hemşireden biri rapor alırken, ikisi almamaktadır. Rapor alma sıklığının düşük olduğu söylenebilir. Oysa Kanada Sağlık Örgütü’nün (40) araştırmasında herhangi bir nedenle rapor alma durumu %61 bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerdeki hastaların ortalama yatış sürelerine ilişkin değerlendirmelerinde, psikiyatri kliniğinde hastaların 21 gün ve üzerinde bir süre hastanede kaldığı ifade edilirken (%10.6), psikiyatri dışı kliniklerde 1–20 gün arasında taburcu oldukları ifade edilmektedir (%87.8) (Çizelge 4.16). Psikiyatri kliniklerinde hastalar çoğunluk kronik olmaları nedeni ile diğer kliniklerde yatan hastalara göre daha uzun süre yatmakta ve daha az iyileşme göstermektedirler. Bu nedenle hemşirelerin tedavi beklentileri yok denecek kadar az olabilir ve hasta için bir şeyler yapma motivasyonunu azaltabilir.

Taburcu olurken hastayı sosyal uyum düzeyi yönünden değerlendirdiklerinde; psikiyatri kliniğindeki hemşireler hastada sosyal uyum sorunundan daha fazla söz ederken (“genellikle” ve “kısmen” diyenler % 84.9); psikiyatri dışı kliniklerdeki hemşireler daha az söz etmişlerdir (“genellikle” ve “kısmen” diyenler % 66.8) (Çizelge 4.17). Buna göre psikiyatri kliniklerinden taburcu olan hastalarda sosyal uyum sorunu hemşireler tarafından daha fazla ifade edilmektedir. Gerçekte de sosyal uyum sorunu psikiyatri hastalarında daha fazla yaşanmaktadır.

Çalışma kapsamına giren hemşirelerin kendi beden ve ruh sağlıklarını değerlendirmeleri incelendiğinde, %43.7’si sağlık durumlarını “iyi” bulmakta, %48.2’si “ne iyi ne kötü” olarak nitelemekte ve yalnızca %8,1’i “kötü” olduğunu söylemektedir (Çizelge 4.18). Hemşire grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Buna göre hemşirelerin öznel sağlık algıları görece iyidir. Ancak %8.1 gibi bir grubun sağlığının kötü olduğunu belirtmesi azımsanamayacak ve üzerinde durulması gereken bir noktadır. Bulgularımız Kanada Sağlık Örgütü’nün (40) çalışmasındaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Durmuş ve Günay’ın (74) çalışmasında hemşirelerin %12.4’ü sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmiştir.

Çalışma kapsamına giren hemşirelerin KSE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları her iki grupta da; yaş, eğitim durumu, bulunduğu klinikteki çalışma süresi ve toplam çalışma süresi, hemşirelikten doyum alıp almaması, hemşireliği yeniden seçip seçmeyeceği, hemşireliği kendine uygun bulup bulmaması, hemşirelikten duyulan

memnuniyet, mesleğin geleceği ile ilgili düşünceler, amirlerden takdir ve cesaretlendirme görme, hemşirelikle ilgili kararlara katılım derecesi, kendini ekip üyesi olarak hissetme, iş güvenliği, işten ayrılma düşüncesi, rapor alarak işe gelmememe, hastaların saldırgan davranışlarıyla karşılaşma, taburcu olan hastaların sosyal uyum düzeyleri, sigara ve alkol kullanma durumları açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Her iki gruptaki hemşireler yukarıdaki özellikler bakımından birbirine benzeyen homojen bir gruptur. Başka bir deyişle, ruhsal durumları bakımından aralarında bir fark görülmemiştir.

Ancak hemşirelerin ruh ve beden sağlığına ilişkin kişisel değerlendirmeleri, medeni durumları, çocuk sayıları ve çalışma şekilleri yönünden aldıkları puan ortalamaları KSE alt ölçeklerinin bazılarında anlamlı fark yaratmıştır.

Hemşirelerin KSE alt ölçeklerinden Genel Semptom İndeksi (GSI) puan ortalaması, psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda 0.63, psikiyatri dışı kliniklerde çalışanlarda 0.60 bulunmuştur. Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi (RCI) puan ortalaması da, psikiyatri kliniklerinde çalışanlarda 0.69, psikiyatri dışında çalışanlarda 0.65 bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.19). Buna göre; psikiyatri ve diğer alanlarda çalışan hemşirelerin uygulamaları arasında fark olmadığı ve psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin ruhsal sağlık durumlarının çalıştıkları birimden etkilenmediği söylenebilir. Özellikle kronik ruh hastalarıyla çalışmak hemşireler için tüketici olabilir. Ancak çalışmamızda tükenme belirtilerine belirgin biçimde rastlanmamış, yalnızca genel olarak yarıdan çoğu ruhen ve bedenen tükenmiş hissettiğini belirtmiştir. Buna karşın KSE'nden alınan puanlar bu durumu pek desteklememektedir. Bu durum; hemşirelerin baş edebildiklerini ya da çalışma ortamındaki yaşantılarını duygusal olarak fazla içselleştirmediklerini düşündürmektedir. Bunların hangisinin geçerli olduğunu anlamak için daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

Ekemen'in (70) Kayseri'de 15–49 yaş grubu kadınların ruhsal durumlarını değerlendirdiği çalışmasında RCI 0,94 bulunmuştur. Buzlu ve ark.'nın (80) çalışmasında kadınların %45'inde psikiyatrik rahatsızlık yönünden değerlendirilmesi gereken veriler saptanmıştır. Aydemir ve ark.'nın (81) böbrek yetmezliği olan hasta yakınlarının ruhsal durumlarını değerlendirdikleri çalışmada RCI puanı 0.65

bulunmuştur. Sakur'un (60) İstanbul'da çalışan polislerin ruhsal durumlarını değerlendirdiği çalışmasında GSI puan ortalaması 1.54, kadın polislerde 1.64, erkek polislerde 1.42 bulunmuştur. Kelleci ve ark.'nın (82) bir sağlık ocağına başvuran kadınların ruhsal durumlarını değerlendirdikleri çalışmada kadınların yarısından fazlasında tanı için ileri değerlendirme yapılması gereken psikopatolojik belirti düzeyi saptanmıştır. Yılmaz ve ark. (71) tarafından hemşirelerin genel ruhsal durumlarını değerlendirdikleri çalışmada, ruhsal belirti düzeyi puan ortalaması 0.69 bulunmuştur. Wong ve ark.'nın (53) Çin'de yaptıkları çalışmaya göre, hemşirelerin üçte birinin ruh sağlığı kötü düzeyde bulunmuştur. Arafa ve ark.'nın (12) Mısır'da yaptıkları çalışmada hemşirelerin dörtte birinin ruh sağlığının kötü olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde Edwards ve ark.'nın (83) Galler'de yaptıkları çalışmada hemşirelerin üçte birinin başlangıç evresi sayılabilecek ruhsal hastalık belirtilerine sahip oldukları aktarılmıştır. Farrel'in (58) Tazmanya'da yaptığı çalışmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin "Genel Sağlık Anketi"nden aldıkları puanlar daha yüksek, yani psikiyatride çalışan hemşirelerin sağlıklarının görece bozuk olduğu belirtilmiştir. Ulupınar'ın (77) hemşirelerin ruhsal durumları ve benlik saygıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında da ruhsal durum puanı 0.66 bulunmuştur. Toplum genelindeki kadınlarla kıyaslandığında; hemşirelerin puan ortalamaları daha düşüktür ve hemşirelerin ruhsal durum puan ortalamaları normal sınırlar içerisindedir.

Ülkemizde hemşirelerle yapılan çalışmalar bizim sonuçlarımıza benzemekte, ancak yurt dışı çalışmalarında sonuçların ruhsal sağlık açısından daha olumsuz düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum kültürel farklılıklarla birlikte, hemşirelik anlayışı ve çalışma koşullarındaki farklılığın ülkelere göre değiştiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin KSE tüm alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları, ruh ve beden sağlığını "iyi" olarak değerlendirenlerde düşük, "kötü" olarak değerlendirenlerde ise yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.20). Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Buna göre, sağlığını "kötü" olarak değerlendirenlerde gözlenen ruhsal belirti sıklığı daha fazladır. Bu grubun ancak %8.1 olduğu düşünülürse (Çizelge 4.18) bu kesimin ruhsal durumlarının risk altında olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin medeni durumları; Kişilerarası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu Hostilite, Paranoid Düşünceler ve Psikotizm alt ölçeklerinde farklılık yaratmıştır. Bu alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları; evli olanlarda anlamlı derecede düşük iken, bekâr olanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 4.21). Buna göre, evli olanlarda ruhsal belirti sıklığının daha az olduğu söylenebilir. Wong ve ark.'nın (53) yaptığı çalışmada da evli olanların ruhsal belirti sıklığı daha az bulunmuştur. Aynı şekilde Bener'in (66) çalışmasında evli hemşirelerin ruhsal semptom puanları daha düşüktür. Çavuş'un (61) çalışmasında ise evli hemşirelerde genel semptom puanı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgu, Çavuş'un ve genel literatür bulgularından farklı bulunmuştur. Bu durum; evli olanların, eşlerinden ve evliliğin sağladığı sosyal statüden kaynaklanan sosyal desteğe bağlı olabilir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olmaları; Kişilerarası Duyarlılık ve Fobik Anksiyete alt ölçeklerinden alınan puanlarda farklılık yaratmıştır (Çizelge 4.22). Çocuk sahibi olan hemşirelerin bu iki alt ölçek puanları düşük, olmayanların puanı yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Bizim bulgularımızın aksine, Çavuş'un (61) çalışmasında çocuğu olan hemşirelerin olmayanlara göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Bener'in (66) çalışmasında ise çocuğu olmayan hemşirelerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Bizim bulgularımız Bener'in bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu durum muhtemelen çocuğu olmayan hemşirelerin üzerindeki sosyal ve kültürel baskının bir sonucu olabilir. Çünkü toplum beklentisi açık veya örtülü olsa da, kültürümüzdeki kadınlar yetiştirildikleri değerlere bağlı olarak, kendilerine çocuk sahibi olma gibi bir beklenti veya hedef koymaktadırlar.

Hemşirelerden üç ve daha fazla sayıda çocuğu olanların aldıkları puan ortalaması, yalnızca Psikotizm alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 4.23). Çavuş'un (61) çalışmasında ise bir ve daha fazla sayıda çocuğu olan hemşirelerin genel sağlık anketi puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, çocuk sayısı arttıkça annelerin kaygılarının da arttığını gösteriyor olabilir.

Hemşirelerin gece ve gündüz vardiyasında karışık çalışmaları yalnızca Paranoid

Düşünceler alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasında anlamlı fark yaratmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.24) Buna göre, hem gündüz hem gece karışık çalışanlarda, Paranoid Düşünce sıklığı gündüz çalışanlara göre daha fazladır (\bar{X} ; 3.65 ve 4.84).

Çavuş'un (61) çalışmasında da vardiya şeklinde çalışanların psikolojik sorun yaşama durumları gündüz çalışanlara göre anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Buna karşılık Yılmaz'ın (16) çalışmasında, çalışma şeklinin ruhsal durum üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Bener'in (66) çalışmasında gece ve gündüz karışık çalışanların ruhsal durum puanları daha yüksektir. Bizim bulgularımız Çavuş ve Bener'in bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Gece ve gündüz karışık çalışanlarda Paranoid Düşünceler puanının yüksek oluşu, hemşirelerin uzun yıllar nöbet tutmak zorunda kalmaları, bu yüzden kişisel, ailesel ve sosyal yaşamlarının etkilenmesi, nöbet sayısını kontrol edemeyişleri ve zaman zaman kendilerine haksızlık yapıldığı duygusu yaşamaları gibi etmenlerle açıklanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Psikiyatri kliniğinde ve psikiyatri dışındaki diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire grubu; diğer alanlarda çalışan hemşire gurubuna göre daha ileri yaşta, çoğunluğu orta öğrenim düzeyinde, evli ve çocuk sahibi hemşirelerden oluşmaktadır. Ayrıca; çalışma süreleri 10 yıl ve üzerindedir, mesleğin geleceği konusunda genellikle kötümserdirler, amirlerinden daha az takdir ve cesaretlendirme görmektedirler, buldukları klinikte kendi istekleri ile çalışmamakta, kendilerini ruhen tükenmiş hissetmekte, hastanın saldırgan davranışları ile daha çok karşılaşmakta ve çalıştıkları kliniği “güvensiz” bulmaktadırlar.
- Psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşire grubu ise, daha genç yaş aralığında, eğitim düzeyi daha yüksek, bekâr ve çocuk sahibi olanlar daha azdır. Çalışma süreleri 9 yıl ve altında, mesleğin geleceği konusunda genellikle iyimser, buldukları klinikte kendi istekleri ile çalışmakta, kendilerini beden tükenmiş hissetmektedirler.
- Her iki gruptaki hemşirelerin ortak olan özellikleri ise şunlardır: hemşireler genellikle “gündüz ve gece” karışık çalışmakta, aylık ortalama 6–10 nöbet tutmakta, yarısı sigara kullanmakta, %18,4’ü alkol kullanmakta, çoğunlukla hemşirelikten doyum almamakta, yarısı hemşireliği kendine uygun bulmakta ve mesleğinden memnun, hemşirelikle ilgili kararlara katılımları düşük, kendilerini ekip üyesi olarak hissetmekte, işten ayrılmayı sıklıkla düşünmekte, genellikle rapor almamaktadırlar.

- Psikiyatri ve psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışan hemşirelerin ruhsal belirti puan ortalamaları arasında fark yoktur ve her iki grup da normal (sağlıklı) sınırlar içinde bulunmuştur.
- Sağlığını “iyi” olarak değerlendiren hemşirelerde ruhsal belirti sıklığı daha az, “kötü” olarak değerlendirenlerde ise fazladır.
- Bekâr hemşirelerin “Kişilerarası Duyarlılık” ve “Depresyon” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalaması evli hemşirelere göre yüksektir. Diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır.
- Çocuğu olmayan hemşirelerde “Kişilerarası Duyarlılık” ve “Fobik Anksiyete” puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Üç ve daha fazla sayıda çocuğu olan hemşirelerde ise “Psikotizm” alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle diğer alanlarda çalışan hemşireler genel özellikleri bakımından birbirine benzemektedirler. Her iki grubun da ruhsal durum değerlendirmeleri normal sınırlarda bulunmuştur ve psikiyatride çalışıyor olmanın hemşirelerde ruhsal belirti veya tükenmeye yol açacak bir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

ÖNERİLER

1. Hemşirelerde ruhsal belirtiyeye veya tükenme belirtilerine belirgin biçimde rastlanmayışı, hemşirelerin bunlarla baş edebildiklerini ya da yaşadıklarını duygusal olarak fazla içselleştirmediklerini ve bu yüzden bir tür yalıtım (izolasyon) içinde olduklarını düşündürmektedir. Bunlardan hangisinin geçerli olduğunu anlamak için daha ileri çalışmaların yapılmasına gerek vardır.
2. Hemşirelik yönetimleri tarafından, psikiyatride çalışacak hemşirelerin ilgi alanlarını gözeterek istihdam edilmeleri; kişilerin mutlu ve verimli olmaları, motivasyonları ve işe bağlılıkları yönünden uygun olacaktır.
3. Hemşirelerin meslekle ilgili doyumsuzluk nedenlerinin hemşirelik yönetimleri tarafından araştırılarak, nedene yönelik çözümlerin getirilmesi doyumsuzluğu azaltacaktır.
4. Hemşirelerin çalışma saatlerinin; kişisel ve ailesel yaşamlarını en az etkileyecek biçimde düzenlenmesi, gece nöbetlerinin yarattığı sıkıntıları azaltması bakımından önemlidir.
5. Hemşirelere; stres, saldırganlığı tanıma ve yönetme gibi konularda hizmet-içi eğitimlerin verilmesi ve grup toplantıları yapılarak bunun düzenli hale getirilmesi, çalışma ortamlarındaki güvenlik önlemlerinin yeterli düzeye getirilmesi hemşirelerin karşılaştığı saldırgan davranışların azaltılması bakımından yararlı olabilir.
6. Veri toplanırken alınan yanıtların daha sağlıklı olabilmesi için, anket yönteminden çok yüz yüze görüşme ve gözlem yoluyla toplanması daha güvenilir olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. **Köknel, Ö.** *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa yayınları, **2000**.
2. **Karataş N.** *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, **1998**: 97-104.
3. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 10.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, **2004**: 711-719.
4. **World Health Organization.** *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practice* Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Disease and Mental Health. WHO. Geneva, **2000**.
5. **World Health Organization.** *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes a Sourcebook for Health Professionals, Module on Mental Health*. WHO. Geneva, **2005**.
6. **Binbay Tolga İ.** İş Stresi ve Akıl Sağlığı Sorunları. *Kent ve Sağlık Sempozyumu*. Bursa, 07/09 Haziran **2006**: 134.
7. **Irene L, D Houtman, A Michael, J Kompier.** *Work and Mental Health* <http://www.ilo.org/public/english/support/publ/encyc/part1.htm> Erişim tarihi: 15.01.2007.
8. **Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş.** Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003/2h.** : 13-23.
9. **Rolfe H, Foreman J, Tylee A.** Welfare of Farewell? Mental Health and Stres in the Workplace, NIESR Discussion Paper number 268, *The Nuffield Foundation, National Institute of Economic and Social Research*, www.niesr.ac.uk, **2006**.
10. **Nolan P, Smajkis M.** The Mental Health of Nurses in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*, **2003**; 9: 374-379.
11. **Arcak R, Kasımoğlu E.** Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **2006**, Cilt:33, Sayı:1, 23-30.
12. **Arafa MA, Nazel MWA, Ibrahim NK, Attia A.** Predictors of Psychological Well-being of Nurses in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Practice*, **2003**; 9: 313-320.
13. **Kenshu S, Ohida T, Yoshitaka K, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, Yagi Y, Ibuka E, Yagi Y, Kaneko A, Tokako T, Uchiyama M.** Mental Health Status, Shift Work and Occupational Accidents Among Hospital Nurses in Japan. *J Occup Health*, **2004**; 46: 448-454.
14. **Çam O, Akgün E, Babacan AG, Bilge A, Keskin GÜ.** Bir Ruh Sağlığı Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; (6): 213-220.
15. **Shen H, Cheng Y, Tsai P, Lee S, Guo Y.** Occupational Stress in Nurses in Psychiatric Institutions in Taiwan. *J Occup. Health*, **2005**; 47: 218-225.
16. **Yılmaz S.** Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi, *Sted*, **2006**; 15(6): 92-97.
17. **Yurdakul S.** *Ruhsal Hastalıklar ve Baş etme Yolları*. Ankara: Kozan Ofset, **1999**.

18. **McDaid D.** On Behalf of The European Observatory on Health Systems And Policies Mental Health Key Issues in The Development of Policy and Practice Across Europe 1, WHO. Geneva, **2005**.
19. **Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N.** T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004 Ankara, **2006**.
20. **World Health Organization.** Mental Health and Working Life, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, WHO: Helsinki, **2005**.
21. **Bilsker D, Gilbert M, Myette TL, Stewart-Patterson C.** Depression and Work Function Bridging The Gap Between Mental Health Care and Workplace. BC Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, **2003**.
22. **World Health Organization.** Mental Health Policy and Service Guidance Package World Health Organization Mental Health Policies And Programmes in The Workplace. WHO: Geneva, **2005**.
23. **Kum N.** *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. II. Baskı, İstanbul: **2000**.
24. **Baltaş A, Baltaş Z.** *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 22. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2004**.
25. **Balcıoğlu İ.** *Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi*. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:47 Aralık **2005**; 09-12.
26. **Uğur M.** *Stres Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar*. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:47 Aralık **2005**; 13-33.
27. **Sayı I.** *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Antıp A.Ş. Yayınları, Ankara: **2000**.
28. **Martino V.** Workplace Violence in The Health Sector Relationship Between Work Stress and Workplace Violence in The Health Sector Geneva. ILO/ICN/WHO/PSI, **2003**.
29. **Blachowicz E, Letizia M.** The Challenges of Shift Work. *Medsurg Nursing*, **2006**; 15(5): 274-280.
30. **Çelikkol A.** *Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti. **2001**.
31. **Stuart GW, Laraia MT.** *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Sixth Ed. St Louise, Missouri: Elsevier Mosby Inc., **1998**.
32. **Özcan A.** *Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim*. Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti. **2006**.
33. **Ulusoy MF, Görgülü RS.** *Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler*. Cilt I, 4. Basım, Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti. **2000**.
34. **Ay Akçay F.** *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2007**.
35. **Atalay M.** *Hemşirelik Esasları El Kitabı*. Birinci baskı, İstanbul: Birlik Ofset, **1997**.
36. **Simmons BL, Nelson DL.** Eutstress at Work: The Relationship Between Hope and Health in Hospital Nurses. *Health Care Manage Rev*, **2001**; 26(4): 7-18.
37. **Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ.** Workplace and Personal Factors Associated with Physical and Mental Health in Hospital Nurses in China. *Nursing and Health Science*, **2007**; 9: 120-126.
38. <http://www.icn.ch/maturs.workstress>, ICN on Occupational Stress and the Threat to Worker Health .

39. **Elder SJ.** Occupational Stress in Nursing, A Meta-analytic Investigation of Occupational Stress and Related Organisational Factors: Is Nursing Really a Uniquely Stressful Profession?. Doctora Tezi, The University of Southern Queensland, **2004**.
40. **Shields M, Wilkins K.** Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. Health Canada and Canadian Institute for Health Information. **2006**.
41. **Fitzgibbon SH.** Work Stress Among Nurses in Ontario. *Industrial Relations Centre Discussion paper* **2006-05**.
42. **Healy CM, Mckay MF.** Nursing Stress: The Effects of Coping Strategies and Job Satisfaction in A Sample of Australian Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **2000**; 31(3): 681-688.
43. **Gelsema TI, Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S, Verhoeven C.** A Longitudinal Study of Job Stress in the Nursing Profession: Causes and Consequences. *Journal of Nursing Management*, **2006**; 14: 289-299.
44. **Worthington K.** Stress and Overwork Top Nurses' Concerns An ANA Poll Reveals That Back Injuries and Needlesticks are Also Viewed As Prime Threats. *American Journal of Nursing*, **2001**; 101(12).
45. **Baba V, Bella C, Coalperin TR.** Lituchy Occupational Mental Health A Study of Work-Related Depression Among Nurses in The Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, **1999**; 36: 163-169.
46. **Hall MI, Doran D.** Nurses' Perceptions of Hospital Work Environments. *Journal of Nursing Management*, **2007**; 15: 264-273.
47. **Gladys ER, Landeweerd A, Houkes I.** A Comparative Study of Work Characteristics and Reactions Between General and Mental Health Nurses A Multi-Sample Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **2001**; (36)1: 151-162.
48. **Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T.** Perception of Aggression Among Psychiatric Nurses in Switzerland. *Acta psychiatr Scand*, **2002**; (412): 110-117.
49. **Taylor B, and Barling J.** Identifying Sources and Effects of Carer Fatigue and Burnout for Mental Health Nurses: A Qualitative Approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, **2004**; 13: 117-125.
50. **Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A.** Characteristics of Violent Behaviour in Acute Psychiatric in-Patients: A 5-Year Italian Study. *Acta Psychiatr Scand*, **2001**; 104: 273-279.
51. **Melchior M.** Burnout and Work in Long- Stay Psychiatric Nursing. Doktora Tezi. The Royal Dutch Academy, Netherland, **1995**.
52. **Sullivan PJ.** Occupational Stress in Psychiatric Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **1993**; 18, 591-601.
53. **Wong, D, Leung S, So C, Lam D.** Mental Health of Chinese Nurses in Hong Kong: The Roles of Nursing Stresses and Coping Strategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, **2001**; May 1 Vol. 5, No. 2, Manuscript 7. Available http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_7.htm
54. **Yang MS, Pan SM, Yang MJ.** Job Strain and Minor Psychiatric Morbidity among Hospital Nurses in Southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **2004**; 58: 636-641.

55. **Maguire J, Ryan D.** Aggression and Violence in Mental Health Services: Categorizing The Experiences of Irish Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **2007**; 14: 120-127.
56. **Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B.** Violence in Mental Health Care: The Experiences of Mental Health Nurses and Psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**; 30(4): 934-941.
57. **Yousefy AR, Ghassemi R.** Job Burnout in Psychiatric and Medical Nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2006**; 12(5): 662-669.
58. **Farrell GA.** The Mental Health of Hospital Nurses in Tasmania As Measured Bythe 12-item General Health Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, **1998**, (28)4: 707-712.
59. **Şahin HN, Durak BA, Uğurtaş S.** Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2002**; 13(2):125-135.
60. **Sakur EA.** İstanbul'da Görev Yapan Polis Memurlarında Ruhsal Hastalık Semptomlarının Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2003**.
61. **Çavuş E.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul, **2006**.
62. **Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 100-108.
63. **Çetinkaya A, Özbasaran F.** Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemsirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi* **2004**; 20 (1) : 57-76.
64. **Bilgin H, Buzlu S.** A Study of Psychiatric Nurses'Beliefs and Attitudes About Work Safety And Assaults in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, **2006**; 27: 75-90.
65. **Sveinso'ttir H.** Self-Assessed Quality of Sleep, Occupational Health, Working Environment, Illness Experience and Job Satisfaction of Female Nurses Working Different Combination of Shifts. *Scand J Caring Sci*, **2006**; 20; 229-237.
66. **Bener S.** Hemşirelerin Mesleki Doyumu ve Genel Ruhsal Sağlığı Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **1999**.
67. **Nehir S, Demet MM, Dinç G.** Manisa İli Kent Merkezinde Görevli Hemşirelerin Sigara Kullanma Düzeyleri ve İlişkili Risk Etmenleri. *Journal of Dependence*, **2007**; 8: 3-10.
68. **Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA.** AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**; 4 (2): 55-65.
69. **Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S.** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**; 27 (1): 29-34.
70. **Ekemen N.** 15-49 Yaş Dönemindeki Kadınlarda Kısa Semptom Envanteri İle Ruhsal Durumun Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri **2006**.
71. **Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z.** Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi. *Sted*, **2006**;15 (6): 92-97.

- 72. Hegney D, Plank A, Parker V.** Extrinsic and intrinsic work values: Their Impact On Job Satisfaction in Nursing. *Journal of Nursing Management*, 2006; 14: 271–281.
- 73. Ranı Rout U.** Stress Amongst District Nurses: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 2000; 9: 303-309.
- 74. Durmuş S, Günay O.** Hemşirelerde İş Doyumu ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2007; 29(2): 139-146.
- 75. Yıldız N, Kanan N.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkiyen Faktörler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2005; 9(1-2): 8-13.
- 76. Karadağ S, Taşçı S.** Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)*, 2005; 13-21.
- 77. Ulupınar S.** Çeşitli Kurumlarda Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı ve Ruhsal Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1991.
- 78. O'connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J.** Nurses' Perceptions of The Nature and Frequency of Aggression in General Ward Settings and High Dependency Areas. *Journal of Clinical Nursing*, 2000; 9: 602-610.
- 79. Mccarthy G, Tyrrell MP, Lehane E.** Intention to 'Leave' or 'Stay' in Nursing. *Journal of Nursing Management*, 2007; 15: 248–255.
- 80. Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S.** İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sted*, 2006; 15(9): 134-138.
- 81. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V.** Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 2002; 10 (2): 29-39.
- 82. Kelleci M, Aştı N, Küçük L.** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu*, 2003; 7(2): 11-14.
- 83. Edwards D, Burnard P, Coyle D, Forthergill A, Hannigan B.** Stressors, Modeerators and Stres Outcomes: Findings From The All-Walls Community Mental Health Nursing Study. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 2000; 7: 529-537.

8. EKLER

8.1.EK 1: ANKET FORMU

Değerli meslektaşım,

Bu çalışma, hemşireliğin çalışma koşullarının zorluklarını ve bu zorlukların hemşire üzerindeki etkilerini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmaktadır. İsim, soy isim belirtmenize gerek yoktur. Bilgiler gizli kalacaktır ve araştırmanın amacına uygun istatistikî değerlendirme dışında kullanılmayacaktır. Cevabınızı, cevap şıklarının başındaki kutucuğa bir tik (✓) atarak belirtiniz.

Katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkürler...

Saliha Bozdoğan

1) Yaşınız :.....

2) Öğrenim düzeyiniz :

- Sağlık Meslek Lisesi Ön lisans Lisans Yüksek Lisans
 Açık Öğretim Önlisans

3) Medeni durumunuz : Evli Bekâr

4) Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

5) Evet ise kaç çocuğunuz var?:.....

6) Halen çalıştığınız; hastanenin adı:..... bölüm (klinik) :.....

7) Çalıştığınız bölüm / klinikte kendi seçiminizle mi çalışmaktasınız?

- Evet Hayır

8) Çalıştığınız bölüm / klinikteki çalışma süreniz:.....

9) Kaç yıldır çalışmaktasınız :.....

10) Çalışma sisteminiz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

- Gündüz Gece Gündüz + nöbet Vardiya

11) Bir aylık sürede toplam tutulan nöbet sayısı?:.....

12) Hemşirelik mesleği size doyum veriyor mu?

- Yalnızca maddi olarak doyum sağlıyorum
 Yalnızca manevi olarak doyum sağlıyorum
 Hem maddi, hem manevi olarak doyum sağlıyorum
 Maddi olarak doyum sağlamıyorum
 Manevi olarak doyum sağlamıyorum
 Hem maddi, hem manevi olarak doyum sağlamıyorum

13) Eğer seçme şansınız olsaydı yine hemşirelik mesleğini seçer miydiniz?

Kesinlikle seçerdim Seçerdim Kararsızım Seçmezdim Kesinlikle seçmezdim

14) Hemşirelik, size ne derece uygun bir meslek?

Çok uygun Uygun Kararsızım Uygun değil Hiç uygun değil

15) Şu anda mesleğinizi yapmaktan memnun musunuz?

Çok memnunum Memnunum Kararsızım
 Memnun değilim Hiç memnun değilim

16) Mesleki geleceğinizi düşündüğünüzde, genel olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyimser Bazen iyimser Kötümser

17) Çalışmanız boyunca, amirlerinizden yeterince takdir ve cesaretlendirme gördünüz mü?

Her zaman Genellikle Bazen Nadiren Hiç

18) Hastanenizde hemşirelik uygulamalarıyla ilgili kararların alınmasına ne derece katılmaktasınız?

Tamamen katılmaktayım Katılmaktayım Kısmen katılmaktayım
 Katılmamaktayım Hiç katılmamaktayım

19) Çalıştığınız birimde kendinizi ekip üyesi olarak hisseder misiniz?

Her zaman Genellikle Bazen Nadiren Hiç

20) Çalıştığınız servisi/kliniği iş güvenliği açısından nasıl bulmaktasınız?

Güvenli buluyorum Kısmen güvenli buluyorum Güvensiz buluyorum

21) Bir iş gününün sonunda kendinizi nasıl hissedersiniz?

Çalışmamdan doyum aldığımı hissederim
 Kendimi ruhen tükenmiş hissederim
 Kendimi bedenen tükenmiş hissederim
 Kendimi bedenen ve ruhen tükenmiş hissederim

22) İşten ayrılmayı düşündüğünüz oluyor mu?

Her zaman Genellikle Bazen Nadiren Hiç

23) Herhangi bir nedenle rapor olarak işe gelmediğiniz olur mu?

Genellikle Bazen Hiç

24) Kliniğinizde bir hasta ortalama kaç gün yatar?:.....

25) Çalışırken hastalarınızın saldırgan davranışlarıyla karşılaştığınız oluyor mu?

Her zaman Genellikle Bazen Nadiren Hiç

26) Taburcu olurken hastalarınızın sosyal uyum düzeyleri genel olarak nasıldır?

Genellikle sorun vardır Kısmen sorun vardır Genellikle sorun yoktur

27) Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 30. soruya geçiniz)

Evet Hayır Bıraktım

28) İş ortamınız sigara kullanımınızı nasıl etkilemektedir?

Artırmaktadır Etkilememektedir Azaltmaktadır

39) Alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 32. soruya geçiniz)

Evet Hayır Bıraktım

30) Genelde ruh ve beden sağlığını nasıl buluyor sunuz?

Çok iyi İyi Ne iyi ne kötü Kötü Çok Kötü

8.2. EK:2 KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BU GÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. İlginiz için teşekkür ederim.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0-ç yok 1-Biraz var 2-Orta derecede var 3-Epey var 4-Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
1- İcinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2- Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4- Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6- Çok kolay kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7- Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9- Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10- İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11- İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	0	1	2	3	4
15- İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16- Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17- Hüznü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18- Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19- Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20- Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21- İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22- Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23- Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24- Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25- Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26- Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27- Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28- Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29- Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30- Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31- Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32- Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33- Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34- Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35- Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36- Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük	0	1	2	3	4
37- Bedeninin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38- Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39- Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40- Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4

41- Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42- Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43- Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44- Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45- Dehşet, panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46- Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47- Yalnız bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48- Başarılarınız için diğerlerinde yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49- Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50- Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51- Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52- Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53- Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1981 yılında Adana Kozan'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Kozan'da tamamlamıştır. Lise öğrenimini Yozgat Atatürk SML'inde tamamlayan araştırmacı 1999'da mezun olmuş ve aynı yıl Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksek Okulu'na başlamış 2004 yılında mezun olmuştur. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'ında Yüksek Lisansına başlamış ve 2007 yılında mezun olmuştur. 2001 yılında çalışmaya başlamıştır ve halen Adana İl Ambulans Servisi Ruh Sağlığı Ekibi'nde ekip hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Araştırmacı İngilizce bilmektedir.

ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.01.09.01- 1198

KONU : Anket Çalışması

01.09.06 24661

MERSİN VALİLİĞİ
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Genel Sekreterlik)

- İLGI: a) 09.08.2006 tarih ve 781/9401 sayılı yazınız.
b) 09.08.2006 tarih ve 783/9403 sayılı yazınız.
c) 09.08.2006 tarih ve 789/9409 sayılı yazınız.

Rektörlüğünüzün ilgi sayılı yazıları incelenmiş olup:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müjde MORAN'ın " Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlıkları / Hastalıklarına İlişkin Görüşleri " konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinin de çalışan hemşirelere anket çalışması yapması, Saliha BOZDOĞAN'ın " Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal durumlarının değerlendirilmesi" konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çukurova Devlet Hastanesinin de çalışan hemşirelere anket çalışması yapması, Tuğba KARAKOÇ'un " Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki" konulu tezine veri toplamak amacıyla, Eylül 2006 - Şubat 2007 tarihleri arasında Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde anket çalışması yapması Valiliğimizin 28/08 /2006 tarih ve 1174-24297 Onayı ile uygun görülmüş olup:

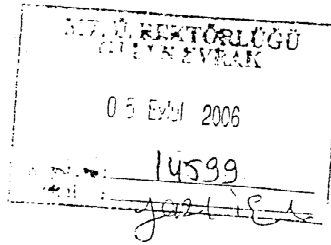
Yukarıda anılan tezlerle ilgili yapılan anket çalışması sonuçlarının Müdürlüğümüz Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğüne gönderilmesi hususunda ;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Kurettin GÜVEN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKLER

Ek: 1- Valilik Onayı (1 adet)



İl Sağlık Müdürlüğü Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü Mustafa Kemal Paşa Bulvarı Yüreğir/
ADANATEL0322.324.70.03-04 Dahili 165 Faks : 0322.324.70.12 Mail : adana.yths@ saglik.gov.tr.

II Sağlık Müdürlüğü
Yataklı Tedavi Hizmetleri Şube Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.4.01.00.01-1174
KONU : Anket Çalışması

28.08.06 24297

VALİLİK MAKAMINA
ADANA

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 09.08.2006 tarih 783/9403 sayılı yazıları ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müjde MORAN'ın "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlıkları / Hastalıklarına İlişkin Görüşleri" konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinin de çalışan hemşirelere anket çalışması yapmayı, 09.08.2006 tarih 781/9401 sayılı yazıları ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Saliha BOZDOĞAN'ın "Psikiyatri ve Psikiyatri Dışı Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal durumlarının değerlendirilmesi" konulu tezine veri toplamak amacıyla, 2006 güz-2007 bahar dönemleri arasında Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çukurova Devlet Hastanesinin de çalışan hemşirelere anket çalışması yapmayı, 09.08.2006 tarih 789/9409 sayılı yazıları ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Tuğba KARAKOÇ'un "Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatric Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki" konulu tezine veri toplamak amacıyla, Eylül 2006 - Şubat 2007 tarihleri arasında Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde anket çalışması yapmayı talep etmektedirler.

Yukarıda anılan tezlerle ilgili anket çalışması yapılması .sonucundan Müdürlüğümüze bilgi verilmek kaydıyla uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

EK:1-Rektörlük Yazısı ve ekleri (30 sayfa)

Dr. K. Çağlar QATAK
II Sağlık Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.
25/08/2006

Nurettin GÜVEN
Vali Yardımcısı

OLUR.25/08/2006

İsmail KORKMAZ
Adana Vali Vekili