



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARININ  
VE  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ İNCELENMESİ**

NAZMIYE GÜNGÖR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr.Öğr.Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

MANİSA 2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL SORUNLARININ  
VE  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ İNCELENMESİ**

NAZMIYE GÜNGÖR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Dr. Öğr. Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Adalet KOCA KUTLU

( Jüri Üyesi)

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER

(Jüri Üyesi)

MANİSA 2019

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nazmiye GÜNGÖR

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında y6nlendirmeleri ile destek veren, yapıcı eleŐtirileriyle yol g6steren, yazdđđm c6mleleri sabırla okuyup d6zelten danıŐmanım ve hocam Dr.6đr.6yesi Sevgi NEHİR T6RKMEN'e, tezimin tamamlanmasında destek sağlayan, her t6rl6 sosyal, bilimsel ve kişisel desteğiyle varlığını her zaman yanımda hissettiğim ArŐ. G6r. Nurcan BİLGİN'e, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen bu zamanlara gelmemde rol oynayan Aileme, moral ve motivasyon kaynağım Kemal Kaya'ya, tezimdeki katkılarında dolayı Ozan akır'a, Şahin Efebey Gezici'ye ve başta Beg6m Es olmak 6zere t6m Menemen Devlet Hastanesi HemŐirelerine destekleri için teŐekk6r6 bir borç bilirim.

# İÇİNDEKİLER

## TEZ ONAYI

## BEYAN

TEŞEKKÜR.....I

İÇİNDEKİLER.....II

KISALTMALAR VE SİMGELER .....V

TABLolar DİZİNİ.....VI

1. ÖZET.....1

2. SUMMARY.....2

3. GİRİŞ VE AMAÇ.....3

## 4. GENEL BİLGİLER

4.1. PSİKOSOSYAL SORUNLAR.....6

### 4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL SORUNLAR

4.2.1. Mobbing.....7

4.2.2. Çatışma.....9

4.2.3. Tükenmişlik.....11

4.2.4. Uyku Sorunları.....13

4.2.5. Anksiyete.....14

4.2.6. Depresyon.....15

4.2.7. Madde/Sigara/Alkol vb. Bağımlılığı.....16

4.2.8. Şiddet.....18

4.2.9. Stres.....20

4.2.9.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....22

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....24

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....24

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....24

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI.....24

5.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....25

5.5.1. Bağımsız Değişkenler.....25

5.5.2. Bağımlı Değişkenler.....25

5.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ.....25

<b>5.7. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI</b> .....	25
<b>5.7.1. Kişisel Bilgi Formu</b> .....	25
<b>5.7.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)</b> .....	26
<b>5.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)</b> .....	26
<b>5.8. ARAŞTIRMADA VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ</b> .....	28
<b>5.9. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b> .....	28
<b>5.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI (SINIRLILIKLARI)</b> .....	28
<b>5.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU</b> .....	28
<b>5.12. ARAŞTIRMA SÜRECİ AKIŞ ŞEMASI</b> .....	29
<b>6. BULGULAR</b>	
<b>6.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ</b> .....	30
<b>6.2. HEMŞİRELERİN HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE RİSK DURUMLARI, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI</b> .....	33
<b>6.3. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI</b> .....	34
<b>6.4. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI</b> .....	40
<b>6.5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER</b> .....	50
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	52
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
<b>8.1. SONUÇ</b> .....	57
<b>8.2. ÖNERİLER</b> .....	58
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	60
<b>10. EKLER</b> .....	83
<b>10.1. EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU</b> .....	80
<b>10.2. EK-2. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)</b> .....	84
<b>10.3. EK-3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBCTÖ)</b> .....	87

<b>10.4. EK-4. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ İZİN YAZISI.....</b>	<b>89</b>
<b>10.5. EK-5. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU İZİNİ.....</b>	<b>90</b>
<b>10.6. EK-6. İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ.....</b>	<b>91</b>
<b>10.7. EK-7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....</b>	<b>93</b>
<b>10.8. EK-8. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD) İZİNİ..</b>	<b>97</b>
<b>10.9. EK-9. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBÇTÖ) İZİNİ.</b>	<b>98</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>99</b>
<b>TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU.....</b>	<b>100</b>





## **KISALTMALAR**

**AİSGA:** Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı

**ÇASGEM:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi

**ESENER:** European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks

**ICN:** Uluslararası Hemşireler Birliği

**ILO:** Uluslararası Çalışma Örgütü

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

## **TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Tablo 2. Hemşirelerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Risk Durumları

Tablo 3. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tezin Başığı:** Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi

**Öğrencinin Adı:** Nazmiye GÜNGÖR

**Danışmanı:** Dr. Öğr. Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

## 1.ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında Menemen Devlet Hastanesinde yürütüldü. Çalışmanın örneklemini bu hastanede görev yapan toplam 184 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı yüzde, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi yöntemlerine başvuruldu.

**Bulgular:** Araştırma da hemşirelerin %94'ünün kadın, %52,7'sinin 39 yaş ve 39 yaş üstü, %62,5'inin lisans ve lisans üstü, %82,6'sının mesleğini severek yaptığı belirlendi. Hemşirelerin yaş grupları eğitim durumları, hastalığa sahip olma durumu, mesleği severek yapma, çalıştıkları birimden memnun olma durumları, psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile stresle başetme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Sonuçlar:** Hemşirelerin psikososyal sorunlarında artış olması stresle baş etme alt boyutlarında; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyut puanlarında azalma olduğu, kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyut puanlarında ise artış olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, depresyon, stresle başa çıkma, hemşire.

**Title:** Investigation of Psychosocial Problems And Ways of Coping Stress of Nurses

**Student name:** Nazmiye GÜNGÖR

**Supervisor:** Assit. Prof. Sevgi NEHİR TÜRKMEN

**Department:** Nursing Science Department

## **2. SUMMARY**

**Object:** This study was carried out to determine the psychosocial problems of nurses and their ways to deal with stress.

**Materials and Method:** The study was conducted as a descriptive study in Menemen State Hospital from April 2018 to June 2018. The study samples were formed by 184 nurses who are working at that hospital. Personal information form, The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) Ways of Overcoming Stress Scale were used for data collection. In analysis of the data; percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used.

**Findings:** In the study, it was determined that 94% of them were women, 52,7% were 39 years and over 39 years old, 62,5% were undergraduate and graduate; 82,6% of them said they liked their profession. It was determined that there was a statistically significant difference between the nurses 'educational status of the age groups, having the illness, having pleasure in the profession, being satisfied with the unit they were working with, needing psychosocial support and coping with stress ( $p < 0,05$ ).

**Result:** It was determined that the increase in psychosocial problems of nurses is due to stress coping subfields; self-confident approach, optimistic approach and searching social support approach subscale scores decreased, self-insecure approach and submissive approach subscale scores increased.

**Key Words:** Anxiety, depression, stress coping, nursing.

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma yaşamına katılan bireylerin beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, fizyolojik, toplumsal ve kurumsal kaynaklı olumsuz etmenlerden korunması ile mümkündür. Çalışma yaşamı ve kişisel yaşam ayrılmaz bir bütündür ve birbirleri ile etkileşim halindedir. Bu etkileşimin pozitif yönde olması, bireyin sağlığına ve çalıştığı kurumun başarısına katkı sağlamaktadır.

Hastanelerde görevli sağlık personelleri için çalışma koşulları, şekli ve fiziki ortam büyük önem taşımaktadır. İşin, kurum içindeki yapısı ve nasıl yönetildiğine göre değişen sosyal, çevresel ve kurumsal etkileri nedeniyle psikolojik, sosyal, fiziksel ve kurumsal zararlar içerebilir. Çalışma yaşamı; iş yükünün ve çalışma yoğunluğunun fazlalığı, mesai saatlerinin uzunluğu, iş güvencesinin yetersizliği ve idarenin eksik veya yanlış tutumları nedeniyle çalışanların sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (Görgülü 1988; Canbaz ve ark. 2005).

Sağlık kurumları, stres altında olan hasta bireylere ve ailelerine hizmet vermesi ve sağlık alanında rol alan hemşire, ebe, doktor ve diyetisyen, odyometri uzmanları vb. günlük çalışma yaşamlarında sık sık strese neden olacak olaylara maruz kalmaları nedeniyle, diğer iş alanlarından farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri içerisinde hemşireler, iş ortamında baskı altında kalmakta ve büyük ölçüde stres yaşamaktadırlar. Bu durumun birçok sebebi vardır. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre bu sebeplerin başında, iş yükü fazlalığı, rol belirsizliği, duygusal destek olma gereksinimi, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar, mesleki bağımlılık, maaşların yeterli olmaması, yükselme, gelişme ve ödüllendirme sistemlerinin yetersiz olması, mesleğin imajı ve özgüven eksikliği vb. gibi etmenler gelmektedir (Görgülü 1988; Canbaz ve ark. 2005).

Hastanelerde çalışan hemşireler, değişen derecelerde psikolojik baskıya maruz kalmaktadır (Barker 2008; Seligman ve Csikszentmihalyi 2014). Bu psikolojik

baskının, hasta güvenliği, kontrol kaybı ve sağlık ekibi üyeleri ile kurumlar arasındaki iletişimsizlik gibi konularda hemşireliğin sonuçları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Toh et al. 2012). Ağır stresli koşullar altında çalışmanın diğer olumsuz sonuçları, işe devamsızlık ve personel sirkülasyonu ile fiziksel ve psikolojik problemleri içermektedir (Atindanbila et al. 2012; Russell 2016). Bu psikolojik stresörlere tepki hemşireler arasında farklıdır; bazıları baskıya uyum sağlarken, diğerleri bunu ihmal edebilir ve sonuçlara dikkat etmeden çalışmaya devam edebilir (Lievrouw et al. 2016). Bazı hemşirelerde işe gitmeyi bırakabilirler (Barker 2008; Watson 1999). Bu nedenle, hemşireleri desteklemek ve performanslarını iyileştirmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için çalışma ortamlarını geliştirmek önemlidir.

Literatür, bazı bölümlerde çalışan hemşirelerin diğer bölümlerdeki hemşirelerden daha fazla psikolojik strese maruz kaldıklarını göstermektedir (Escot et al. 2001; Faria ve Maia 2007; Toh et al. 2012; Uitterhoeve et al. 2009). Bu ortamlarda çalışmak duygusal olarak acı çekme şeklinde olabilmektedir (Tuna ve Baykal 2017). Pek çok hemşirenin hastaları ölünce kendilerini keder duygularından ayırması bir sorundur (Dhotre et al. 2016; Nelson 2002; Tuna ve Baykal 2017).

İş yerinde personel sıkıntısı ve hemşirelerin yüksek yaşam beklentileri ve kronik hastalıklar ile başa çıkmadaki eksikliği, hemşirelerin hala rollerini tanımladıkları medikal ağırlıklı bir sağlık ortamı ile ilgili sorunlar ve beklenen bir sistemde kaynak eksikliği. Yüksek bir mükemmellik standardı, hemşirelerin uğraştığı ortak sorunlar olarak düşünülmelidir (Greenglass ve Burke 2000; WHO 2000). Bu psikolojik stresörlerin memnuniyet düzeylerini azaltması ve hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilemesi beklenmektedir.

Psikolojik sıkıntı düzeyleri bir ülkeden diğerine ve bazen aynı ülkenin bölgeleri arasında farklılık göstermektedir (Boya 2008; Cheung 2015; Schmidt 2011; Zandi 2011). Hemşirelerin yaş, medeni durum ve deneyim gibi demografik özellikleri arasındaki sıkıntı düzeylerinde de farklılıklar vardır (Cheung 2015; Ko ve Kiser-Larson 2016).

Sağlıklı bir psikolojiye sahip olmak hemşirelerin tatmin edici ve yüksek moral ortamında çalışmasına yardımcı olacaktır (Utriainen ve Kyngäs 2009; Wu et. al. 2016). Hemşireler için iyi bir psikolojik istikrar elde etmek için, bazı konuların dikkate alınması gerekir; hemşireleri takdir etme, ihtiyacına saygı duymak, rahat bir çalışma ortamı sağlamak, başarı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacını ele almak gerekir (Barker 2008; Wu et al. 2016). Uzun süreler stres altında çalışmak, çalışanlarda psikososyal sorunlara sebep olmaktadır (Wu et al. 2016). Hemşirelik mesleği insanlarla ilişkiye dayanan bir meslek olduğu için; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali içinde olan meslek üyelerine daha fazla ihtiyaç duyar.

Hemşirelerin yaşadıkları psikososyal sorunlardan yola çıkarak, bu çalışma hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Yapılan iş, psikolojik, sosyal, fiziksel ve kurumsal birçok zarar içerebilir. Bu zararı belirleyen etkenlerin başında işin kurum içindeki konumu ve kurumsal boyutuna göre değişen sosyal ve çevresel etkileri gelmektedir (Cox ve Griffiths 1995).

Türkiye’de son yıllarda T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve konuyla ilgili araştırmacılar tarafından geliştirilmiş iş sağlığı ve güvenliğinin yeni riski olarak gündeme getirmişlerdir. Psikososyal riskler konusunda bilgiler yeterli olmamakla birlikte çalışmalar devam etmektedir. Ülkemizde olduğu gibi diğer ülkelerde de psikososyal riskler hakkındaki bilgiler yeterli değildir. Bunun bir sonucu ya da nedeni olarak, Dünya Çalışma Örgütü(ILO) Meslek Hastalıkları Listesi’ne psikolojik rahatsızlıklar da eklenmiştir (Binbay 2006; AİSGA 2007; ILO 2010; ESENER 2011; Johnstone et. al. 2011; Çakmak ve ark. 2012).

İlk olarak ILO’nun 2010 yılında yayınlamış olduğu Meslek Hastalıkları Listesinde, “zihinsel ve davranışsal bozukluklar” şeklinde psikolojik hastalıklara yer vermiştir. Türkiye ise daha çok psikolojik tacize (mobbing) odaklı bir çerçeveye sahiptir. Mobbing mağdur profilinde, ağırlıklı olarak depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu, öfke nöbetleri ve şiddet şeklinde görülmekte, yüksek tansiyon, kalp-damar problemleri, vitiligo, egzama, sedef benzeri cilt hastalıkları ve kas ağrıları gibi semptomlara neden olabilmektedir (ÇASGEM 2013).

Dünya Çalışma Örgütü psikososyal riskleri “iş tasarımının, örgütlenmesinin ve yönetiminin ve gerçekleştirildiği toplumsal ve çevresel koşulların psikolojik, toplumsal veya fiziksel hasara yol açma potansiyeli taşıyan boyutlarıdır” şeklinde tanımlamıştır.



İş ve yarattığı psikososyal riskler; işin gerekleri işçinin bilgi, beceri ve gereksinimleriyle çatıştığında (nicel aşırı yük, nitel düşük yük) ve özellikle işçinin işi üzerindeki denetimi ve işi ile ilgili sosyal destek yetersizliği stres yapıcı özellik kazanarak sağlığı etkilemeye başlar ve psikososyal riskleri oluşturur.

Sağlık kuruluşuna başvuran hastalara 24 saat poliklinik, servis ve bakım hizmeti vererek çalışma süresini hasta kişi ve yakınlarıyla geçiren hastane çalışanları fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik faktörler nedeniyle birçok olumsuz etkene maruz kalmaktadır. Bu etkenlerin başında mesai saatleri, gece vardiyası, çalışma yıllarının uzunluğu, enfeksiyon, radyasyon, fiziksel ve ruhsal yorgunluk ve rahatsızlıklar ile şiddet gelmektedir (Sadler 1987; Güçhan 1992).

Sağlık sektöründe büyük görev üstlenen hemşirelerde çalışma bulgularından yola çıkarak “ baş, bel, sırt, mide, omuz, boyun ağrısı gibi mekanik bozukluklarla, uyku bozukluğu, konsantrasyonda güçlük, sık öfkelenme, moral bozukluğu gibi psikolojik bozukluklar görülmektedir.” Bu rahatsızlıkların temelini, uzun süreli çalışma, iş yükü, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz molalar, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri oluşturmaktadır (Uzun 1997).

Bu yönleriyle ele alındığında hemşireler psikososyal etkenlere uzun süre maruz kalan bir meslek grubudur.

## **4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL SORUNLAR**

### **4.2.1. Mobbing**

Türkçe 'de mobbing kelimesinin yerine “psikolojik terör, psikolojik taciz, iş yerinde zorbalık, duygusal taciz, yıldırma, duygusal linç, işyeri travması” kavramları kullanılmaktadır. Mobbing uygulayan kişi için saldırgan, tacizci, zorba, ifadeleri kullanılırken, mobbing uygulanan kişi için mağdur, kurban duygusal saldırıya uğrayan ifadeleri kullanılır (Çobanoğlu 2005).

Mobbing psikososyal bir stres şeklinde ortaya çıkan, örgütün sağlığını bozan; ahlak dışı, etik değerlerden yoksun, sistematik bir şekilde ilerleyen, sürekli, kişiyi fiziksel, sosyal, ekonomik ve zihinsel açıdan çaresiz bırakan her türlü tehdit olup, süreklilik gösteren bir eylemdir (Tınaz 2011). Amacı; kişiyi yok etmek, işyerinden attırmak, istifaya zorlamak, cezalandırmak veya küçük düşürmektir (Sheehan 2004; Shallcross 2008). Kişiyi istifaya kadar götüren çalışma yaşamı ve manevi bütünlüğünü olumsuz yönde etkileyen mobbing, devam etmesine izin verildiği kadar sürer (Durdağ ve Naktıyok 2005; Demircioğlu 2007).

Ülkemizde mobbingin en fazla görüldüğü hizmet sektörü dallarından biri olan sağlık sektöründe psikolojik tacizin oluşmasına zemin hazırlayan bazı faktörler vardır. Bunlar; 24 saat kesintisiz hizmet sunulması, farklı meslek gruplarının bir arada bulunması, tıbbi kaynakların yetersiz olması, bürokratik engeller, özellikle devlet kurumlarında maaşların yetersiz olması, çalışma temposunun yoğunluğu, stresli bir çalışma ortamının olması, bakılan hasta sayısının fazla olması, statü, ekonomik duruma vb. bağlı ayrımcılığın yapılması, mesleğin doğasına uygun olarak yerine getirilememesi şeklinde sıralanabilir (Çobanoğlu 2005; Carnero et. al. 2009; Yiğitbaş ve Deveci 2011).

Uluslararası veriler, hemşirelere karşı yüksek oranlarda mobbing davranışının uygulandığını ifade etmektedir (Castellón 2011). Ülkemizde yapılan çalışmalar ise; Yıldırım (2007)'in 325'i kamu 180'i özel hastanelerde çalışan toplam 505 hemşireyi kapsayan çalışmada hemşirelerin %86,5'inin son 12 ay içerisinde iş yerinde mobbinge maruz kaldığı (Yıldırım ve Yıldırım 2007), Öztürk, Yılmaz ve Hindistan 'ın (2007) Trabzon ilinde bulunan bir üniversite ve bir devlet hastanesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %40'ının mobbing davranışına maruz kaldığı belirlenmiştir.(Öztürk ve ark. 2007), Yavuz'un (2007) hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %52,9'unun mobbing mağduru olduğu (Yavuz 2007), Atasoy (2010) çalışmada özel hastane çalışanlarının %6,4'ünün, kamu hastanesi çalışanlarının %21'inin mobbinge maruz kaldıkları belirlenmiştir (Atasoy 2010). Efe ve Ayaz (2010) hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %33'ünün mobbinge maruz kaldıklarını (Efe ve Ayaz 2010), Yurdakul ve arkadaşlarının (2011) ebe ve hemşirelerin iş yerinde karşılaştıkları psikolojik taciz davranışlı çalışmalarında ebelerin %27,4'ünün hemşirelerin %20,7'sinin bu davranışlara maruz kaldıkları

bulunmuştur (Yurdakul ve ark.). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; sağlık sektöründe ortaya çıkan mobbing, diğer iş sektörlerine göre daha fazla görülmektedir (Annagür 2010).

Yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre; mobbing sonucu, sunulan bakımın kalitesinde bozulma, iş ortamında bozulma, kazalar, iş bırakma ve bireylerin sağlık hizmetlerini kullanmasında azalma görülmektedir (Zapf 1999; Kingma 2001; İlhan 2010; Castellón 2011).

Sağlık çalışanları topluma hizmet etme görevlerini yalnızca huzurlu bir ortamda, rahatsız edilmeden tam yerine getirebilirler. Fiziksel ve psikolojik baskıların yaşandığı ortamlarda sağlık çalışanlarının üretkenlikleri, motivasyonları, işe karşı enerjileri, iş doyumları ve motivasyonları azalmaktadır. Sağlık çalışanlarında sık görülen mobbing olgusunun çığ gibi büyümemesi için bu riskin tanınması, tanımlanabilmesi, bunlarla ilgili yasal düzenlemeler yapılması, şeffaf bir yönetim stiline benimsenmesi, tüm çalışanlara bilgi ve becerilerini paylaşacak ortam yaratılması, konuşma ve ifade özgürlüğü sağlanması gerekmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2007; Özen 2008).

#### **4.2.2. Çatışma**

Çatışma, kişilerin davranışlarının diğerlerinin gereksinimlerine ters düşmesi, karşılanmasını engellemesi ya da değerlerinin birbirine uymaması sonucunda yaşanan anlaşmazlığı ifade eder (Üstün ve ark. 2005).

Çatışma örgütsel bir gerçekliktir, kamu veya özel sektör örgütlerinde yaşanabilir. Çalışan iki birey arasında, bireyle gruplar arasında veya bireyle örgüt arasında, aynı statüdeki çalışanlar arasında veya ast ve üst çalışanlar arasında da ortaya çıkabilir. Bireyin kendi iç çatışmaları veya örgütün işleyişiyle ilgili olmayan bireysel çatışmalar örgütün etkinliği ve verimliliğine zarar verir (Asunankutlu ve Safran 2004; Karip 2005; Gümüş ve ark. 2013).

Her örgütte ve meslek grubu içinde çatışma yaşanabilmekle birlikte sağlık hizmeti veren kurumlar özellikle de hastaneler karmaşık yapısı ve farklı disiplinlerin

beraber çalışmasını gerektirmesi nedeniyle çalışanlar arasında çatışmaların sık yaşanabildiği kurumlardır (Esatoğlu ve ark. 2004; Özmutaf 2007; Sportsman ve Hamilton 2007).

Sağlık örgütlerindeki çatışma nedenlerinden en sık görüleni görev tanımlarındaki yetersizlik ve karşılıklı görev bağımlılığı; özellikle hemşirelerde görülen bu çatışma; görev, yetki ve sorumlulukları açık ve net olarak belirli değilse, bireyler birbirlerinin görev ya da rol alanlarına müdahalede bulunabilmekte, rol belirsizliği beraberinde rol çatışmasını da ortaya çıkarmaktadır (Aslan ve Vural 2001; Aslan 2004; Akça ve Erigüç 2006; Şahin ve Örselli 2010; Akbolat ve ark. 2011; Gümüş ve ark. 2013). Çalışanların yaptıkları işle ilgili kendi düşünce ve önerilerini açıkça ortaya koyabilme fırsatı olmaması ve kararlara katılmalarına müsaade edilmemesi sağlık örgütlerinde çatışma yaratan diğer bir nedendir (Akça ve Erigüç 2006; Aslan 2004; Gümüş ve ark. 2013; Soysal ve ark. 2016). Sağlık müdürlüğü çalışanları ile yapılan bir çalışmada, yöneticiler dışındaki çalışanların işleyişle ilgili kararlara katılmalarına izin verilmediğini açıklamaktadırlar. Hemşirelerin iş streslerinin önemli bir nedeni de hekimler ile olan çatışmalardır (Tabak ve Koprak 2007; Matziou et. al. 2014). Hekimlerin hizmet verirken hemşirelerle işbirliği yapmayı gerekli görmediğini, hemşirelerin profesyonel rollerini ve hasta bakımında karara katılımını onaylamadıkları söylenmektedir (Akyürek ve ark. 2005). Bu durum sağlık çalışanları arasında statünün gözetildiğini ve ekip kavramının yerleşmediğini düşündürmektedir. Yoğun iş yükü, aile ve arkadaşlarla ilgili farklı sorumluluklar ve bunlara zaman ayırmada sıkıntılar, çalışanların farklı eğitim seviyelerine sahip olmaları iletilen mesajın algılanmasını değiştirebildiği gibi, ortak tıbbi dilin kullanılmaması, iletişimin gerekli görülmemesi veya aşırı samimi ilişkiler de iletişim ile ilgili çatışmalar doğurabilmektedir (Kaushal ve Kwantes 2006; Gümüş ve ark. 2013). Liyakat ve başarıyı dikkate almayan, siyasi ve ideolojik bakış açılarına önem verilerek yapılan görevde yükselmeler, takdir edilmeme, kaynak dağılımının ve ödüllendirmelerin yanlış yürütülmesi, kurumun döner sermaye gelirinin eşit pay edilmemesi de çalışanlar arasında kıskançlık yaratarak sağlık çalışanları arasında en fazla hekimlerin ve hemşirelerin yöneticileriyle çatışma yaşanmasına neden olmaktadır (Aslan 2004; Akça ve Erigüç 2006; Şahin ve Örselli 2010; Yılmaz ve Öztürk 2011; Gümüş ve ark. 2013). Örgütün amaçlarının çalışanların tümü tarafından benimsenmemesi veya çalışanların yöneticilerle aynı

amacı taşıyor olması, bazen de çalışanların amaçları ortak olmakla birlikte çıkarları uyuşmayabilir ki, bu durum takım çalışmasını bozabilir, çalışanlar arasında çatışmaya yol açabilir (Akça ve Erigüç 2006). Çalışanların yaş, cinsiyet, kültür, eğitim, dil ve din farklılıkları, bireylerin kişilik yapılarının ve genel davranış özelliklerinin de çatışma yaşanmasında etkili olduğu kabul edilmektedir (Akça ve Erigüç 2006; Çifçibaşı 2011; Gümüş ve ark. 2013).

Kişiler ve işlevler arası çatışmanın hizmet alanlarına yansması ise hizmet memnuniyetsizliğine yol açar (Koç 2010). Yöneticiler mesai saatlerinin önemli bir kısmını çatışma yönetimine harcamaktadır (Aslan ve Vural 2001). Diğer yandan çatışmalar çalışanların iyilik halini de etkileyerek fiziksel ve psikolojik belirtiler yaşamalarına sebep olur ve çatışmalar tıbbi hatalara, işten ayrılmalara neden olur (Sportsman ve Hamilton 2007; Çifçibaşı 2011; Flicek 2012; Matziou et. al. 2014).

Çatışma diğer örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütleri açısından da önemli bir konu olup, çatışmadan kaçınmak veya tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Önemli olan çatışmaların iyi analiz edilmesi, nedenlerinin belirlenmesi, çalışanların ve hizmet alanların zarar görmemesi ve örgütün işlerliği için en uygun çatışma yönetiminin uygulanması ve yıkıcı çatışmaların önlenmesidir (Tabak ve Koprak 2007; Bayar 2015). İyi yönetilen çatışmalar anlaşmazlıkların kökenini, olumsuz duyguları ve davranışları anlamaya, yenilik ve yaratıcılığı geliştirmeye, motivasyonu artırmaya yardım ederek örgütün daha sağlıklı işlemlerini sağlar (Kaushal ve Kwantes 2006; Yılmaz ve Öztürk 2011). Kötü yönetilen çatışmalar ise kişiler arasında gerilime, kişisel, sosyal veya profesyonel boyutlarda yıkıcı davranışlara, iş doyumsuzluğuna, tükenmişliğe, işten ayrılmaya ve örgütün verimliliğin düşmesine neden olmaktadır (Üstün ve ark. 2005; Brinkert 2010; Yılmaz ve Öztürk 2011).

#### **4.2.3. Tükenmişlik**

İngilizce'de "burnout" sözcüğü ile ifade edilen ve dilimizde tükenmişlik olarak kullanılan kavram, gerek bireysel boyutta, gerekse örgütsel boyutta çalışma yaşamını olumsuz etkileyen bir sorundur. Freudenberger 1974 yılında, tükenmişliği, insanların duygusal tükenme, kişisel başarısızlık ve başkalarıyla ilişkisini kesme nedeniyle acı

çektığı psikolojik bir durum olarak ifade etmiştir (Freudenberger 1974; Freudenberger 1975). Tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmalarda en çok sorgulanan meslek grubunu sağlık personellerinin oluşturduğu görülmüştür. Bunun nedeni ise insanlarla yüz yüze ilişki ve fazla iletişim gerektiren mesleklerde tükenmişliğin daha sık görülmesine bağlanmıştır (Girgin 1995).

Freudenberger'e göre, "kişinin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, işte çalışma süresi gibi demografik özellikler ile kontrol odağı, hayattan ve meslekten beklentileri, bireysel ihtiyaçları, empati kurabilme yeteneği, işkoliklik veya tembellik gibi kişilik özellikleri ile bireyler için yoğun iş taleplerinin olduğu, ilerleme ve ödüllendirilme olanaklarının sınırlı olduğu, otonomi eksikliğinin olması, çalışma gruplarının bulunmadığı, değer çatışmalarının yaşandığı çalışma ortamları, işin kapsamı, düşük ücret politikası, ağır çalışma koşulları gibi kurumsal ve çevresel etkenler" tükenmişlik üzerinde etkilidir (Freudenberger 1974; Ünal ve ark. 2001).

Araştırma bulgularından yola çıkılarak; tükenmişliğin, yorgunluk ve bitkinlik hissi, sık sık baş ağrısı, uykusuzluk, solunum güçlüğü, uyuşukluk, kilo kaybı, genel ağrı ve sızılar, yüksek kolesterol, koroner kalp rahatsızlığı insidansının artışı, çok sık görülen soğuk algınlığı ve grip gibi fiziksel; çabuk öfkelenme, işe gitmek istemeyiş hatta nefret etme, birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme, iş doyumsuzluğu, işe geç gelmeler, ilaç (özellikle trankilizan), alkol ve tütün vb. alma eğilimi ya da alımının artma, öz saygı ve öz güvende azalma, kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma, evlilik, aile çatışmaları ile aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, izolasyon, içe kapanma ve sıkıntı, teslimiyet, güncellik, suçluluk, hevesin kırılması, çaresizlik, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, hareketli olmayış, yansıtma, aile sorunları, uyku düzensizliği, depresyon, psikolojik hastalıklar gibi psikolojik; örgütlemeye yetersizlik, rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık, görevlilere fazla güvenme veya onlardan kaçınma, kuruma yönelik ilginin kaybı, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, başarısızlık hissi, çalışmaya yönelmeye direniş, arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı olma suçlayıcı olma gibi davranışsal hastalara ve ailesine sunulan hizmetlerin niteliğinde bozulma, düşük moral, iş devamsızlığı, yüksek düzeyde verimsizlik, hastalık oranlarında ve kazalarda artış

gibi örgütsel belirtileri olduğu sonucuna varılmıştır (Çam 1991; Sabuncuoğlu 1996; Elma ve Demir 2003; Tunç 2003; Sönmez 2006).

Sağlık alanında çalışan bireylere tükenmişlik konusunda bilinçlendirilme faaliyetleri yürütülmeli, kişisel ve kuruma yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Kişisel önlemler;

- ✓ Kişisel yönetim becerileri geliştirmek.
- ✓ İlişkileri düzenleme becerileri geliştirmek.
- ✓ Olumlu düşünme ve bakma becerileri geliştirmek.
- ✓ Stres dayanıklılığı artırma becerileri geliştirmek.

Kurumsal önlemler;

- ✓ Çalışma yöntemlerini ve iş düzenini denetlemek.
- ✓ Sorunları sahiplenmek, uygun iletişim ve tartışma ortamı sağlamak.
- ✓ Yeni teknoloji, bilgi, araç-gereç kullanımını sağlamak.
- ✓ Personelin güvenliğini sağlamak.
- ✓ Gelecekle ilgili daha gerçekçi programlar yapmak.
- ✓ İşin gerektirdiği sorumluluk miktarını ayarlamak.
- ✓ Başarıları takdir etmektir (Sevgi 2016).

#### **4.2.4. Uyku Sorunları**

Uyku; organizmanın çevre ile iletişiminin değişik şiddette ve uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur (Öztürk 2004; Papilla ve Acioğlu 2004).

İnsanlarda fiziksel, bilişsel ve duyuşsal anlamda tam bir iyilik hali olması için, Maslow 'un ihtiyaçlarına göre de karşılanması gereken temel gereksinimlerden biridir (Khorshid 1996; Guyton ve Hall 2001; Akdemir ve Birol 2003).

Uyku; yaşam stili, yaş, cinsiyet, emosyonel durum, ilaçlar, alkol ve diğer uyarıcı maddeler, çevresel faktörler, meslek, sosyal, ekonomik durum, genel sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Khorshid 1996; Guyton ve Hall 2001; Akdemir ve Birol 2003; Potter ve Perry 2003). Fiziksel çalışma (ağır işte çalışmak), gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışma, egzersiz, hastalık, gebelik, stres ve mental aktivitenin artmasıyla ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma ve uyku kalitesinde azalma söz konusu olabilmektedir (Çalıyurt 1998).

Sağlık personeli baste hemşireler olmak üzere vardiyalı veya düzensiz saatlerde çalışabilen ve bu nedenle uyku kalitelerinin bozulması konusunda riskli bir gruptur. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada gece nöbetinden sonraki gün, gündüz uykusunun kalitesinin de oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Üstün ve Çınar 2011). Ayrıca insan sağlığını ele alan uğraşı ve müdahaleleri nedeniyle sağlık personelinin çalışma zamanlarında sürekli uyanık ve dikkatli olmaları gerekmektedir. Oysa yapılan çalışmalarda gece vardiyasında çalışmanın oluşturduğu bir diğer problemin de uyuklama olduğu ve dönüşümlü vardiyalarda çalışanlarda araba kullanırken uyuklama sonucu kazaların sık görülebildiği bildirilmektedir (Karakoç 2009). Yapılan bir diğer araştırmada da uyku kalitesi ve süresi yönünden en uygun vardiyanın, çalışanın uyuyacağı ve uyanacağı saatleri en iyi biçimde düzenleyebildiği gündüz vardiyası, en kötüsünün ise gece vardiyası olduğu saptanmıştır (Akyol 2010).

Uyku kalitesinin bozulması; bireylerde düşünce, duygu ve motivasyon da bozulmalara sebep olur. Eğer birey kendisi için yeterli düzeyde uyuyup, dinlenmediyse yorgunluk, dikkatte azalma, ağrıya karşı hassasiyetin artması, konfüzyon, sinirlilik, irritabilite, halüsinasyon, iştahsızlık, yaşamı tehdit eden kazalar, is ve günlük hayatta uyumsuzluklar gibi durumlar görülebilir (Ertekin 1998).

#### **4.2.5. Anksiyete**

Çalışma yaşamı kişilere belirli bir rol, statü, ekonomik özgürlük kazandırırken fazla mesai, vardiyalı çalışma, iş baskısı, tehlikeli fiziksel ortamlarda çalışmak, kişilerarası gerginlikler ve çatışmalar, rol karmaşası, sosyal izolasyon vb. gibi fizyolojik ve psikososyal yönden bazı olumsuzluklarında beraberinde getirir (Baltaş ve Baltas 1987).



Stres yaratan faktörlere uzun süre maruz kalma durumunda kişilerde sık görülen psikososyal bir sorun olan anksiyete, stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı psikolojik bir tepki olarak tanımlanmaktadır (Robinson 1990). Organizmada, anksiyetenin süresinin uzun ve şiddetinin yoğun olma durumuna göre değişiklik gösteren fizyolojik, psikolojik ve zihinsel düzeyde değişiklikler meydana gelmektedir (Fishel 1998).

Literatürde bu konu hakkında yapılan benzer çalışmalardan yola çıkarak; Görgülü (1988)'nün 654 hemşire ile yaptığı çalışmada, 24-08 vardiyasında çalışan hemşirelerin sürekli ve durumluk anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamıştır (Görgülü 1988). Evans ve Steptoe'nin (2002) 233 hemşire ve 134 muhasebeci üzerinde yaptığı çalışmada, evdeki sorumluluklar arttıkça her iki grubun da anksiyete puanlarının yükseldiği saptanmıştır (Evans ve Steptoe 2002). Örnek çalışmalarda da görüldüğü gibi hemşirelerin anksiyete yaşamalarına neden olabilecek birçok faktör bulunmaktadır.

#### **4.2.6. Depresyon**

Depresyon, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün analizlerinde dünya nüfusunun %4-5'inde görülen, kronik, derin, üzüntülü bir duygu durum içinde düşünme, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Batlaş 2000; Çam ve ark. 2004; WHO 2018).

Depresyon, normal kişilerde olağan hafif mizaç bozukluğundan, şiddetli hastalığa kadar geniş bir klinik tabloyu içerir. Huzursuzluk, erken uyanma, uyuyamama, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi bedensel belirtilerle ve mutsuzluk, yetersizlik, kendine güvensizlik, değersizlik hissi ve intihar düşüncesi gibi kişisel belirtiler görülür (Arkonaç 1986; Karaca 2012).

Yapılan çalışmalarda depresyon görülme sıklığı erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak saptanmış olup, hemen hemen tüm toplumlarda depresyon kadınlarda iki kat daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle

birlikte gebelikte, doğum sonrası dönemde ve menopozda risk artmaktadır (Öztürk 2002; Kaplan ve Sadock 2004; Goldman 2000).

Majör depresyon için genel risk faktörleri; aile geçmişi (%7 daha fazla), beyaz ırk, olumsuz olaylar, güvensiz, telaşlı, içe kapalı, strese duyarlı, obsesif ve bağımlı kişilik yapısı, çocukluk döneminde yaşanan erken kayıplar, tahrip edici, hostile ve olumsuz çevre depresyona zemin hazırlayabilir, postpartum dönemde yatkınlığı olanlarda depresif belirtiler sık görülür ve menopozda hormon eksiklikleri etkilidir (İlkay 2002). Ülkemizde depresyon üzerine çalışmalardan elde edilen sosyodemografik risk faktörleri ise; 40 yaşın üzerinde olmak, kadın olmak, dul olmak, çekirdek aileden gelmek, düşük sosyoekonomik düzey, okur-yazar olmamak, hızlı kültürel değişim içinde olmaktır (Doğan 1995; Güleç 1993).

Sağlık hizmetlerinde önemli görevleri olan hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaşmış olduğu olumsuz etmenler, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkileyerek hizmet kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Muşlu ve ark. 2012; Özgür ve ark. 2018).

#### **4.2.7. Madde/Sigara/Alkol vb. Bağımlılığı**

Madde kullanımı; bireyin, santral sinir sistemi üzerinde hoşnutluk yaratıcı etkisi nedeniyle herhangi bir bağımlılık maddesini kullanmasıdır (Balseven ve ark 2002).

Sağlık çalışanlarındaki bağımlılık için risk faktörleri, genel popülasyondaki risk faktörleri ile benzerlik göstermektedir. Bunlar; kaotik çocukluk dönemi, narsistik kişilik, günde bir paketten fazla sigara kullanıyor olma, aile öyküsü, düzenli alkol kullanımı, diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı, duygusal sorunlar yaşama, iş ya da evde stresli olayların varlığı, macera arayışı, kendini tedavi etme çabası, kronik yorgunluk, ilaçlara ulaşabilir olma, inkar, çevredir (Anderson 1994; Griffith 1999; Yargıç 2009; Monroe et. al. 2013).

Sağlık çalışanlarında özellikle; becerilerini arttırmak, performanslarını arttırıp başarılı gözükme, kronik ağrı ve hastalık varlığı, eşin veya çocuğun ölümü/kayıbı gibi, ailesel çatışmalar, eşin bağımlı olması, stres, ağır iş yükü ve evlilik sorunlarının

varlığı da etkili olduğu vurgulanmıştır. Literatürde karşımıza çıkan çalışmalarda, opiyat türevi ilaçları kötüye kullanan sağlık çalışanlarının hemen hepsinde, ilk kullanım, tıbbi bir nedenle (kolik ağrılar, ürolitiasis, migren, lokal cerrahi operasyonlar vb.) olup, maddenin pozitif pekiştirici etkisi nedeniyle, aynı ilaç daha sonra rahatlama amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık çalışanları arasında en sık kullanılan maddeler; meperidin hidroklorid (dolantin, aldolan vb.), morfin, hidromorfon hidroklorid, fentanil, sulfentanil, amfetaminler, alkol, metilfenidat (ritalin, concerta), benzodiyazepinler (xanax, diazem, dormicum vb.), propofoldur (Büyük ve ark. 2005; Yargıç 2009).

Sağlık çalışanlarında bağımlılık tanısı koymak zordur. Sebebi ise; inkar mekanizması, eğitim ve deneyimleri sayesinde sorunu örtme becerileri, madde kullanmayı mantıksallaştırıcı neden bulmadaki yetenekleridir. Sorun önce aile tarafından farkedilir; iş ortamında maddeye bağlı sorunların ortaya çıkmasına kadar, kendilerini kamufle ederler (Yargıç 2009).

Madde kullanımının fiziksel belirtileri; kişisel hijyende yetersizlik, açıklanamayan morluklar, terleme, baş ağrısı, titreme, ishal ve kusma, karın/kas krampları, nane/sakız sık kullanmak, konuşma bozukluğu, dengesiz yürümek, sürekli uzun kollu giysiler giymek vb. oluşturmaktadır. Psikolojik belirtilerini ise; aile içi sorunlar, değişken ruh hali, huzursuzluk, sinirlilik, uygun olmayan tepkiler/davranışlar, meslektaşlarından izolasyon, unutkanlık, yalan söylemek ve beyaz bahaneler bulmaktır (College of Registered Nurses of Nova Scotia 2004).

Amerikan Hemşireler Birliği (1997) hemşireler arasında madde kullanım oranının %10-20 arasında olduğunu tahmin etmektedir (Griffith 1999). Baloğlu'nun (2001) Denizli il merkezindeki hastanelerde yaptığı çalışmasında ise hemşirelerin %2,8'inin madde kullandığı tespit edilmiştir (Baloğlu 2001).

Bağımlı olduğunun farkında olmayan ya da inkar nedeniyle, hastalığının ciddiyetini fark edemeyen ve işini kaybetme korkusuyla tedaviye tepki gösteren sağlık çalışanına, müdahale edilmelidir. Müdahalenin amacı, hasta olan sağlık çalışanının bağımlılığını fark etmesini sağlayıp, tedaviye yönlendirebilmektir. Müdahale için en uygun zamanlama, madde kullanımına bağlı yaşanan bir sorundan,

hemen sonradır. Müdahale sırasında, bağımlı kişi sakin bir ortama alınarak, kendisiyle ilgili duyulan endişe, şefkatli bir üslupla dile getirilmeli; alkol-madde kötüye kullanımına bağlı olarak yaşanmış olan sorunlar, kendisine somut bir dille anlatılmalıdır. Müdahale sonrasında da iki yıl izleme yapılmalıdır (Bilir ve ark. 1993; Akdarvar ve ark. 2001; Akdarvar ve ark. 2002; Genişol ve ark. 2003).

Madde kullanımının yalnız bireye değil aynı zamanda sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Bakım alan kişilerin sağlığı, toplumun güveni ve hemşireliğin imajı üzerine olumsuz etkilerinden dolayı hemşirelik için oldukça önemli bir konudur (Bekar 2014).

#### **4.2.8. Şiddet**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) şiddet "kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdididir" şeklinde tanımlanmıştır (WHO 2002).

İş yerinde şiddet; "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar" olarak tanımlanmıştır (Warshaw ve Messite 1996).

Sağlık kurumlarındaki şiddet ise; "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak ifade edilmektedir (Saines 1999).

Son yapılan çalışmalarda sağlık alanında çalışanların diğer alanlarda çalışanlardan 16 kat fazla şiddete maruz kalma riski olduğu saptanmış olup; sağlık çalışanları arasında da hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarına göre üç kat daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (Jakson ve Ashley 2005). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporunda sağlık çalışanlarının yarısından fazlası mesleklerini uyguladıkları süre içinde şiddete maruz

kaldıkları bildirilmektedir (Nau et. al. 2009). WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklıklarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'unun psikolojik, %0,7- 8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Chen et.al. 2008).

Literatüre baktığımızda Türkiye'de şiddete maruz kalanların genel olarak genç, küçük fiziksel yapıda, anksiyöz görünümlü kadınlar olduğu sonucuna varılmıştır (Arnetz et. al. 1996; Winstanley ve Whittington 2002). Birçok çalışmada çalışanların deneyimleri göz önünde bulundurularak, 5-10 yıl arası çalışanlarda şiddet riski daha yüksek çıkarken (Ayrancı 2002; Ayrancı 2006), bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Barlow ve Rizzon 1997). Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda en çok acil servislerde ve ikinci olarak psikiyatri kliniklerinde şiddetin olduğu gösterilmiştir (Barlow ve Rizzo 1997; Volavka 1999; Ayrancı ve ark. 2002; Winstanley ve Whittington 2004; Lau et. al. 2004; Ayrancı ve ark. 2006; Gülalp ve ark. 2009). Dahili ve cerrahi branşlar karşılaştırıldığında cerrahi branşlarda şiddetin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Barlow ve Rizzo 1997; Ayrancı ve ark. 2002; Lau et. al. 2004). Araştırmalar şiddetin en sık olduğu zamanı 16.00-20.00 özellikle gece mesailerinde şiddetin gündüz mesailerinden daha fazla olduğunu göstermektedir (Lau et. al. 2004; Ergün ve Karadakovan 2005). Genellikle hastanın başvurduğu ilk bir saat içerisinde şiddet olayı yaşanmaktadır (Crilly et. al. 2004). Son zamanlarda, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ölümlerle sonuçlandığı görülmektedir (Özcan ve Bilgin 2011).

Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarında şiddetin ardından anksiyete ve huzursuzlukta artış gibi psikolojik etkiler ve morarma, ağrı, işitme kaybı, şişlik, burkulma-incinme gibi fiziksel etkileri ile hizmet ve bakım kalitesinde olumsuz etkileri vardır (Gates 1995; Barrett 1997; Annagür 2010; Atan ve Dönmez 2011).

Sağlık kurumlarında, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli hasta ve yakınlarının varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması, işlerin yoğun fakat çalışan personel sayısının yetersiz olması, yoğun ortamda çalışma, fiziki koşulların kötü olması, şiddetle baş etme

konusunda çalışanın yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik çalışanın olmaması, kişilerin şiddet içeren hareketlerinin yasalarla sınırlanmamış olması, hasta ve hasta yakınları tarafından işlerin düzenli yürümediği veya muayene sırası konusunda adil davranılmadığı hakkında şüphelerinin olması, kendi hastalarının daha acil olduğunu ve bir an önce kendileri ile ilgilenilmesini istemeleri, bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması şiddet riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır (Aktuğlu ve Hancı 1999; Çamcı ve Kutlu 2011).

Şiddetle başa çıkmak için genel olarak iki ana önlem vardır. Bunlar; hasta ve çalışan düzeyinde küçük çaplı önlemler ve hastaneyi ilgilendiren geniş çaplı önlemlerdir. Hasta odaklı önleyici yöntemler arasında; hastayı yakından gözlemlemek, detaylı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemler de bulunmaktadır. Hastane geneli ile ilgili geniş çaplı önlemler arasında ise; uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, güvenlik görevlilerinin insana davranışı ve saldırganlık konusunda eğitilmeleri, 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere, panik alarmları ve kayıt tutmak sayılabilir (Atan ve Dönmez 2011).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37. maddesine göre, “herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakları vardır”. Bu hak hasta ve sağlık çalışanlarına yönelik olup iki taraf içinde geçerli olmalıdır (Hakeri 2010).

#### **4.2.9. Stres**

Stres; kişiyi normal fonksiyonlarından saptıran psikolojik veya fiziksel davranışlarını değiştiren işle ilgili etmenlerin sonucunda ortaya çıkan psikolojik bir durumdur (Çam 2004).

Stresin sıklığı, şiddeti ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğu durumlarda fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları hızlandırabilmekte, iş tatminsizliği

ve performans sorunlarına neden olabilmekte, çalışanların işten ayrılmasını ve devamsızlığını artırabilmekte, depresyon ve kaygı yaratabilmekte ve çeşitli fiziksel rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Ancak stres çalışma ortamında ortaya çıkan ve çalışanlar için kaçınılmaz bir olgudur (Tel ve ark. 2003; Eryılmaz 2003; Çam 2004; Aytaç 2009).

Sağlık sektörü içerisinde hemşirelik, en stresli meslek grupları içinde nitelendirilmektedir. Stresin kaynağını çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörler oluşturmaktadır. ILO, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri; “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 ile çalışma” olarak tanımlamaktadır (ILO 2002).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres etkenleri ile çok sık karşılaşması, yeni uygulama ve beklentiler, çalışma koşulları, iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hasta ile çalışma, sağlık alanındaki genel risk faktörlerin etkisiyle diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Tel ve ark. 2003).

Sağlık çalışanı stres altındaki hasta ve hasta yakını ile ilgilenirken, bireylerin yaşadığı stres sağlık çalışanlarını da etkilemektedir. Sağlık kuruluşlarındaki uzun süreli ve sık olarak tekrarlayan stres deneyimleri sonucunda bireylerde görülen rahatsızlıklar “ migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına, anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, iş veriminde azalma, işe devamsızlık, tükenmişlik sendromu, işi bırakma, sigara, alkol, ilaç alışkanlığı, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlar” olarak toplanmıştır (Tel ve ark. 2003).

#### 4.2.9.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Sağlık sektörü strese yol açabilecek birçok etmeni bünyesinde barındırmaktadır. Bu konuda stres ile baş edebilmek için öncelikle stres kaynaklarını bilmek, daha sonra tepkileri anlamak ve son olarak da olumsuz sonuçları azaltmaya ya da yok etmeye çalışmak gerekmektedir (Barlas 1998; Gümüştekin ve Öztemiz 2004; Şimşek 2005; Cüceloğlu 2007).

Birey, stres oluşturabilecek bir problemle karşılaştığında öfkelenmek, şikayet etmek yerine, problemin kaynağına, nasıl çözebileceğine yönelirse stres yanıtı azalabilir ve başarı olma şansı artabilir (Baltaş ve Baltaş 1997).

Stresli olayları engellemek çoğu zaman mümkün değildir. Bu nedenle daha etkin ve sağlıklı bir çalışma ortamı için stresle başa çıkma yöntemlerini öğrenip, günlük hayatımıza uyarlayarak, stresi iyi yönetmek gerekmektedir.

Stresle başa çıkma yöntemlerini bireysel ve kurumsal olarak ele aldığımızda; santral sinir sistemi ve sempatik sinir sistemi üzerine etki ederek, stresin beden üzerindeki olumsuz etkilerini kontrol altına almaya yarayan solunum egzersizi, gevşeme teknikleri, meditasyon, fizik egzersiz, biofidbeck, dinlenme, uyku ve beslenme gibi fiziksel yöntemler; sosyal yeterliliğin artmasını sağlamak davranış biçiminin değiştirilmesi, zamanı iyi kullanma, girişkenlik eğitimi, öfkeyle başa çıkma, etkili iletişim becerileri ve etkili problem çözme becerileri geliştirmeyi içeren davranışsal yöntemler ve sorunun kaynağının farkına varılarak en iyi çözüm yolunun bulunması ve sonucunda olay üzerinde kontrol kazanılmasını sağlamak amacıyla. durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içeren gereksinimlerin doyurulması, çatışmaların sona ermesi veya problemlerin çözümü için zihinsel eylemler ile bireysel yöntemler uygulanabilir (Güçlü 2001; Sağlam 2005). Çalışma ortamında nem, aydınlanma, koku, ses gibi strese neden olabilecek çevresel etkenlerin ortadan kaldırılması, yeterli sayıda personel alımının sağlanması, hizmet içi stres yönetimi eğitimleri, güvenli çalışma ortamı yaratılması, sosyal ve kültürel etkinlikler planlanması gibi örgütsel başa çıkma yöntemleri uygulanabilir (Şahin ve Batıgün 1997).



Literatürde stres yönetimi konusunda genel olarak problem merkezli ve duygu merkezli yaklaşım kullanılmaktadır (Folkman et. al. 1986; Endler ve Parke 1990; Folkman ve Lazarus 1980).

1. Problem merkezli yaklaşım; problemin belirlenmesi, alternatif çözüm yolları üretilmesi ve beklenti düzeyinin düşürülmesiyle stresin olumsuz etkilerinden kurtulmayı amaçlamaktadır (Baltaş 2007).
2. Duygu merkezli yaklaşım; duyguların ya da sıkıntının düzenlenmesini, karşılaşılan taleplerin sonucu olarak hissedilen gerginliğin azaltılmasını amaçlar. Genellikle uzaklaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sakinme, sorumluluğu kabullenme ve olumlu değerlendirmeler gibi davranışları içermektedir (Baltaş 2007).

Folkman ve Lazarus başa çıkmanın iki işlevini öne sürmüştür. Bunlar; durumu analiz ederek sıkıntı yaratan sorunu değiştirmek ya da yönetmek ve soruna karşı oluşan duygusal sıkıntıyı azaltmaktır. İlk olarak başa çıkma yaklaşımlarını problem merkezli ve duygu merkezli yaklaşım olarak iki gruba ayıran Folkman ve Lazarus bu sınıflandırmanın insandaki başa çıkma yaklaşımlarını ifade etmede yetersiz kaldığını belirlemiş ve yaptıkları çalışmalar sonucunda planlı sorun çözme, yüzleşerek başa çıkma, olumlu tekrar değerlendirme ve sosyal destek arama olarak yeni yaklaşımlar geliştirmişlerdir (Sever 1997).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, hemşirelerde görülen psikososyal sorunların ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ**

Araştırma, 1961 tarihinde faaliyete geçen İzmir'in Menemen ilçesinde bulunan 213 yatak kapasitesine sahip, 217 hemşirenin görev aldığı Menemen Devlet Hastanesi'nde Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında yürütüldü.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Menemen Devlet Hastanesi'nde görev yapan toplam 217 hemşire oluşturmaktadır (N=217). Araştırmada herhangi bir örneklem seçimi tekniğine başvurulmamış olup evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerini karşılayan 184 hemşire örnekleme oluşturdu. Araştırmaya katılan 184 hemşire evrenin %84,7'sini oluşturmaktadır.

### **5.4. ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Hemşirelerin yaşadıkları psikososyal sorunlar nelerdir?
2. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile yaşadıkları psikososyal sorunları arasında ilişki var mıdır?
3. Hemşirelerin stresle başetme yöntemleri nelerdir?
4. Hemşirelerin psikososyal sorunları ile stresle başetme yöntemleri arasında ilişki var mıdır?

## **5.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

### **5.5.1. Bağımsız Değişkenler**

Çalışmanın bağımsız değişkeni hemşirelerin demografik özellikleridir (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.).

### **5.5.2. Bağımlı Değişkenler**

Çalışmanın bağımlı değişkeni hemşirelerin yaşadığı psikososyal sorunlar ve stresle başetme yöntemleridir.

## **5.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME KRİTERLERİ:**

1. 18-65 yaş arasında olması,
2. İletişime ve işbirliğine açık olması ve
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmesidir.

## **5.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HAD) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBTÖ) kullanılmıştır.

### **5.7.1. Kişisel Bilgi Formu**

Hemşirelerin, sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, mezun olunan okul, hastalık durumu, psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumu vs.) belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 15 sorudan oluşan bir formdur.

### **5.7.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)**

Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (1994) tarafından yapılmıştır. Tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanımlayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan oluşmaktadır; yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. Maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HAD’ın Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır. Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt boyutu için 0,8525, depresyon alt boyutu için 0,7784 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark. 1994). Bizim çalışmamızda cronbach alfa katsayısı anksiyete alt boyutu için 0,80, depresyon alt boyutu için 0,81 olarak belirlendi.

### **5.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)**

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Orijinal adı "Ways of Coping Inventory (WCI)/ Başa çıkma Yolları Envanteri" olan ölçekte bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkmak için kullandıkları yolları belirlemek amaçlanmıştır. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Siva, 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) adı ile kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ duruma yönelik dörtlü likert tipi 30 madde içermektedir Ölçek, likert tipinde 0-3 arasında derecelendirmeyi gerektirmektedir (0 = %0, 1 = %30, 2 = %70 ve 3 = %100). 9. madde (İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem) ise ters şekilde puanlanmaktadır (3 = %0, 2 = %30, 1 = %70, 0 = %100). Alt boyutlara

ayrı toplam puanlar verilmekte ve genel toplam puan elde edilmemektedir. Geliştirilen bu ölçekte, daha önce yapılan çalışmadan farklı olarak 5 temel faktör belirlenmiştir. Bunlar:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım; yedi maddeden oluşan (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26) bu faktör, problemin önemi ve çözüm seçeneklerini değerlendirme, çözümde temkinli ve planlı olma; durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı ve bilinçli çabaları vurgulamaktadır.

2. İyimser Yaklaşım; hem probleme hem de duygulara yönelik boyutu olan bir faktördür. Olaylara daha hoşgörülü ve iyimser bakma, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şekilde değerlendirmeyi yansıtan bu yaklaşım beş maddeden oluşmaktadır (2, 4, 6, 12, 18).

3. Kendine Güvensiz Yaklaşım; olaylar ya da sorunlar karşısında enerjinin büyük bir kısmını problemi çözmeye değil duygulara, başka kaynaklara dayandırmayı ifade eder. Toplam sekiz maddeden oluşmaktadır (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28).

4. Boyun Eğici Yaklaşım; altı maddeden (5, 13, 15, 17, 21, 24) oluşmaktadır. Kadenci bir yaklaşımla kendini çaresiz hissetme, çözümü doğaüstü güçlerde aramayı vurgular.

5. Sosyal Destek Arama Yaklaşımı; sorunları başkalarıyla paylaşma, çözüm için başkalarından yardım istemeyi içeren bu yaklaşımda, sosyal destek aramanın probleme ve duygulara dönük olarak iki boyutu vardır. Bu yaklaşım biçimi dört maddeden (1,9,29,30) oluşmaktadır.

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt gruplarda; iyimser yaklaşım 0,68, kendine güvenli yaklaşım 0,80, kendine güvensiz yaklaşım 0,73, boyun eğici yaklaşım 0,70 ve sosyal destek arama yaklaşımı 0,47 olarak belirlenmiştir (Şahin ve Durak 1995). Bizim çalışmamızda cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt gruplarda; iyimser yaklaşım 0,75, kendine güvenli yaklaşım 0,86, kendine güvensiz yaklaşım 0,68, boyun eğici yaklaşım 0,62 ve sosyal destek arama yaklaşımı 0,51 olarak belirlendi.

## **5.8. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırma verileri katılımcıların sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra yüzyüze görüşme tekniği ile toplandı.

## **5.9. ARAŞTIRMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmada verilerin analizi için bilgisayar ortamında SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde demografik özellikleri tanımlamak için sayı yüzde; demografik özelliklerle ölçek ortalama puan arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Kolmogorov Simirnov normallik testi sonucunda verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiş olup, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis Testi; ölçeklerin ortalama puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

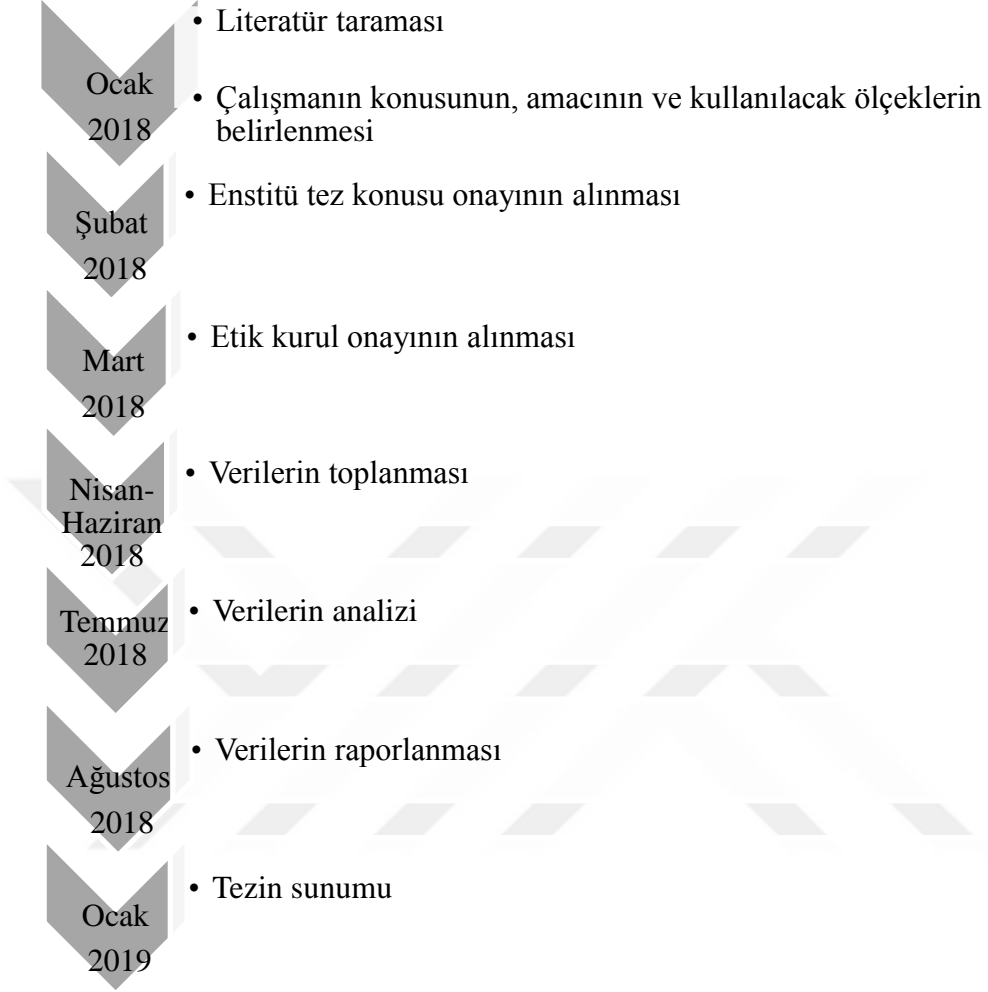
## **5.10. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI (SINIRLILIKLARI)**

1. Hemşirelerin vardiya usulü çalışması
2. Çalışma yıllarının farklı olması
3. Kurumda çalışma sürelerinin farklı oluşu
4. Tayin dönemini içermesi
5. Kurumun yoğun çalışması

## **5.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU**

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu (EK-5) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden (EK-6) yazılı izinler alındı. Ayrıca ölçeklerin kullanılması konusunda ölçek sahiplerinden ilgili izinler alınmış olup (EK-8, EK-9) anketlerin uygulanması sırasında da katılımcılardan onam formu ile yazılı izin alındı (EK-7).

## 5.12.ARAŞTIRMA SÜRESİ AKIŞ ŞEMASI



## 6.BULGULAR

### 6.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan hemşirelere sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik on beş soru soruldu.

**Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (n=184)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	173	94
Erkek	11	6
<b>Yaş *39,07±7,26 (min-max: 21,00-62,00)</b>		
39 yaş ve altı	87	47,3
39 yaş üstü	97	52,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık lisesi ve ön lisans	69	37,5
Lisans ve üstü	115	62,5
<b>Birimden memnuniyet</b>		
Evet	153	83,2
Hayır	31	16,8
<b>Çalıştığı pozisyon</b>		
Servis Hemşiresi	175	95,1
Servis Sorumlu Hemşiresi	9	4,9
<b>Mesleği severek yapma durumu</b>		
Evet	152	82,6
Hayır	32	17,4

\*Aritmetik ortalama±standart sapma



**Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Devam) (n=184)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma yılı</b>		
18 yıl ve altı	90	48,9
18 yıl üstü	94	51,1
<b>Birimde çalışma yılı</b>		
4 yıl altı	106	57,6
4 yıl ve üstü	78	42,4
<b>Çalışma şekli</b>		
Sürekli gündüz	64	34,8
Gündüz ve gece	120	65,2
<b>Hastalık durumu</b>		
Evet	73	39,7
Hayır	111	60,3

**Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Devam) (n=184)**

Değişkenler		n	%
<b>İş yerinde en çok zorlayan durumlar*</b>			
İş yükü	Evet	79	51,3
	Hayır	75	48,7
Çatışma	Evet	24	15,6
	Hayır	130	84,4
Vardiyalı çalışma	Evet	27	17,5
	Hayır	127	82,5
Yönetim eksikliği	Evet	15	9,7
	Hayır	139	90,3
Hasta ve hasta yakınları	Evet	19	12,3
	Hayır	135	87,7
Fiziksel koşullar	Evet	21	13,6
	Hayır	133	86,4
<b>İşyerinde psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duyma</b>			
Evet		91	49,5
Hayır		93	50,5

\*İş yerinde en çok zorlayan şey değişkeni kategorize edildi ve örneklem sayısı n=154 olarak belirlendi.

Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde; %94'ünün kadın, yaş ortalamasının  $39,07 \pm 7,26$  olduğu, %52,7'sinin 39 yaş üstünde, %62,5'inin lisans ve üstü mezunu olduğu, %83,2'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu, %95,1'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %82,6'sının mesleğini severek yaptığı, %51,1'inin çalışma yılının 18 yıl üstünde olduğu, %57,6'sının biriminde çalışma yılının 4 yıl altında olduğu, %65,2'sinin gündüz ve gece çalıştığı, %60,3'ünün hastalığının

olmadığı, %51,3'ünün iş yükünden dolayı zorlandıkları, %50,5'inin işyerinde psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duymadığı belirlendi (Tablo 1).

## 6.2 HEMŞİRELERİN HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE RİSK DURUMLARI, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI

**Tablo 2. Hemşirelerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Risk Durumları (n=184)**

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Min-Maks
Anksiyete alt boyutu	1,10	1,07	0,75	0,00-2,57
Depresyon alt boyutu	0,95	0,85	0,82	0,00-3,00

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık

Tablo 2’de hemşirelerin hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamaları dağılımları incelendiğinde; anksiyete alt boyutu ortanca puanı 1,07 (ÇAA:0,75), depresyon alt boyutu ortanca puanı 0,85 (ÇAA:0,82) olarak saptandı ve hemşirelerin hastane anksiyete depresyon ölçeği risk durumları değerlendirildiğinde; anksiyete ve depresyon alt boyutu risk değerlendirmesinde hemşirelerin %100’ünün risk sınırında olmadığı belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 3. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=184)**

<b>Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Ortanca</b>	<b>ÇAA*</b>	<b>Min-Maks</b>
<b>Alt Boyutları</b>				
<b>Kendine güvenli yaklaşım alt boyutu</b>	2,20	2,14	0,86	0,86-3,00
<b>İyimser yaklaşım alt boyutu</b>	1,93	2,00	0,60	0,40-3,00
<b>Kendine güvensiz yaklaşım alt boyutu</b>	1,15	1,12	0,75	0,00-2,38
<b>Boyun eğici yaklaşım alt boyutu</b>	1,01	1,00	0,67	0,00-2,67
<b>Sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu</b>	1,96	2,00	0,75	0,25-3,00

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık

Tablo 3’de hemşirelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği puan ortalamaları dağılımları kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ortanca puanı 2,14 (ÇAA:0,86), iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanı 2,00 (ÇAA:0,60), kendine güvensiz yaklaşım alt boyutu ortanca puanı 1,12 (ÇAA:0,75), boyun eğici yaklaşım alt ölçeğinde ortanca puanı 1,00 (ÇAA:0,67), sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeğinde ortanca puanı 2,00 (ÇAA:0,75) olarak bulundu (Tablo 3).

### 6.3 HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=184)

Değişkenler	n	Anksiyete Alt Boyutu			Depresyon Alt Boyutu		
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	173	1,11	1,14	0,71	0,96	0,85	0,71
Erkek	11	0,93	1,00	0,43	0,84	0,71	0,86
<b>z/p</b>		-1,023/0,306			-0,635/0,525		
<b>Yaş</b>							
39 yaş ve altı	87	1,13	1,14	0,71	0,94	0,85	0,86
39 yaş üstü	97	1,08	1,00	0,57	0,97	1,00	0,71
<b>z/p</b>		-0,507/0,612			-0,558/0,577		
<b>Eğitim durumu</b>							
Sağlık lisesi ve ön lisans	69	1,10	1,14	0,64	0,94	0,85	0,71
Lisans ve üstü	115	1,10	1,00	0,71	0,95	1,00	0,86
<b>z/p</b>		-0,230/0,818			-0,262/0,793		
<b>Birimden memnuniyet</b>							
Evet	153	1,09	1,14	0,50	0,91	0,85	0,86
Hayır	31	1,17	1,00	0,86	1,17	1,00	1,29
<b>z/p</b>		-0,314/0,754			-1,385/0,166		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık z: Mann Whitney U testi

**Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

Değişkenler	n	Anksiyete Alt Boyutu			Depresyon Alt Boyutu		
		Ortalama	Ortanca	CAA*	Ortalama	Ortanca	CAA*
<b>Çalıştığı pozisyon</b>							
Servis Hemşiresi	175	1,10	1,00	0,71	0,96	0,85	0,86
Servis Sorumlu Hemşiresi	9	1,12	1,14	0,43	0,84	1,00	0,93
<b>z/p</b>		-0,329/0,742			-0,386/0,699		
<b>Mesleği severek yapma</b>							
Evet	152	1,05	1,00	0,57	0,89	0,85	0,86
Hayır	32	1,34	1,28	1,04	1,27	1,28	1,11
<b>z/p</b>		<b>-2,195/0,028**</b>			<b>-2,767/0,006***</b>		
<b>Çalışma yılı</b>							
18 yıl ve altı	90	1,13	1,07	0,61	0,97	0,85	1,00
18 yıl üstü	94	1,08	1,07	0,71	0,94	1,00	0,71
<b>z/p</b>		-0,300/0,764			-0,047/0,962		
<b>Birimde çalışma yılı</b>							
4 yıl altı	106	1,13	1,14	0,57	0,99	0,92	1,00
4 yıl ve üstü	78	1,07	1,00	0,61	0,90	0,85	0,75
<b>z/p</b>		-0,910/0,363			-0,976/0,329		
<b>Çalışma şekli</b>							
Sürekli gündüz	64	1,13	1,14	0,43	0,96	1,00	0,71
Gündüz ve gece	120	1,09	1,00	0,71	0,95	0,85	0,96
<b>z/p</b>		-0,766/0,444			-0,522/0,602		
<b>Hastalık durumu</b>							
Evet	73	1,24	1,14	0,86	1,10	1,14	1,00
Hayır	111	1,01	1,00	0,57	0,85	0,85	0,71
<b>z/p</b>		<b>-2,224/0,026**</b>			<b>-2,394/0,017**</b>		

\*CAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,05 \*\*\*p<0,01

**Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

		n	Anksiyete Alt Boyutu			Depresyon Alt Boyutu		
			Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>İş yerinde en çok zorlayan durumlar **</b>								
İş yükü	Evet	79	1,08	1,00	0,57	0,91	0,85	0,86
	Hayır	75	1,17	1,14	0,71	0,97	0,85	0,86
<b>z/p</b>			-0,922/0,356			-0,839/0,401		
Çatışma	Evet	24	1,13	1,07	0,68	0,85	0,64	0,50
	Hayır	130	1,12	1,14	0,71	0,96	0,92	0,86
<b>z/p</b>			-0,210/0,834			-0,835/0,404		
Vardiyalı çalışma	Evet	27	1,26	1,14	0,71	1,03	1,14	1,00
	Hayır	127	1,09	1,00	0,71	0,92	0,85	0,86
<b>z/p</b>			-1,248/0,212			-0,918/0,359		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*İş yerinde en çok zorlayan şey değişkeni kategorize edildi ve örneklem sayısı n=154 olarak belirlendi. z: Mann Whitney U testi

**Tablo 4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

		n	Anksiyete Alt Ölçeği			Depresyon Alt Ölçeği		
			Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>İş yerinde en çok zorlayan durumlar</b>								
***								
Yönetim eksikliği	Evet	15	1,22	1,28	0,71	1,15	1,14	0,86
	Hayır	139	1,11	1,00	0,71	0,92	0,85	0,86
<b>z/p</b>			-0,884/0,377			-1,375/0,169		
Hasta ve hasta yakınları	Evet	19	1,12	1,28	0,86	1,09	1,28	1,00
	Hayır	135	1,12	1,00	0,57	0,92	0,85	0,86
<b>z/p</b>			-0,287/0,774			-1,353/0,176		
Fiziksel Koşullar	Evet	21	1,21	1,14	0,71	1,06	1,00	0,86
	Hayır	133	1,11	1,14	0,71	0,92	0,85	0,86
<b>z/p</b>			-0,753/0,451			-0,671/0,502		
<b>İşyerinde psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duyma</b>								
	Evet	91	1,33	1,28	0,71	1,18	1,14	0,86
	Hayır	93	0,88	0,85	0,57	0,73	0,57	0,86
<b>z/p</b>			-5,773/0,000**			-5,000/0,000**		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,001 \*\*\*İş yerinde en çok zorlayan şey değişkeni kategorize edildi ve örneklem sayısı n=154 olarak belirlendi. z: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin mesleği severek yapmaları ile anksiyete alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu (p<0,05), “evet” yanıtı verenlerin ortanca puanlarının (1,00; ÇAA:0,57), “hayır” yanıtı verenlerin ortanca puanlarından (1,28; ÇAA:1,04) daha düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin mesleği severek yapmaları ile depresyon



alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,01$ ) ve “evet” yanıtı verenlerin ortanca puanlarının (0,85; ÇAA:0,86) “hayır” yanıtı verenlere göre (1,28; ÇAA:1,11) daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4).

Hemşirelerin hastalığa sahip olma durumları ile anksiyete ve depresyon alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), “hayır” diyen hemşirelerin anksiyete alt boyutu ortanca puanlarının (1,00; ÇAA:0,57) “evet” diyen hemşirelere göre (1,14; ÇAA:0,86) ve “hayır” diyen hemşirelerin depresyon alt boyutu ortanca puanlarının (0,85; ÇAA:0,71) “evet” diyen hemşirelere göre (1,14; ÇAA:1,00) daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4).

Hemşirelerin işyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile anksiyete ve depresyon alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p<0,001$ ). Anksiyete alt boyutunda “evet” diyen hemşirelerin ortanca puanlarının (1,28; ÇAA:0,71) “hayır” diyen hemşirelerin ortanca puanlarından (0,85; ÇAA:0,57) daha yüksek olduğu saptandı. Depresyon alt boyutunda “evet” diyen hemşirelerin ortanca puanlarının (1,14; ÇAA:0,86) “hayır” diyen hemşirelerin ortanca puanlarından (0,57; ÇAA:0,86) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

Hemşirelerin demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, birimden memnuniyet, çalışılan pozisyon, çalışma yılı, birimde çalışma yılı, çalışma şekli ve iş yerinde en çok zorlandıkları durumlar ile anksiyete ve depresyon alt boyut ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

## 6.4 HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİNİN ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=184)

	n	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Yaklaşım Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu		
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>Cinsiyet</b>																
Kadın	173	2,18	2,14	0,86	1,91	2,00	0,60	1,14	1,12	0,75	0,99	1,00	0,67	1,91	2,00	0,75
Erkek	11	2,40	2,28	0,71	2,16	2,20	0,80	1,27	1,25	0,88	1,27	1,16	1,33	2,04	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-1,240/0,215			-1,272/0,203			-0,782/0,434			-1,551/0,121			-0,770/0,441		
<b>Yaş</b>																
39 yaş ve altı	87	2,12	2,00	0,71	1,87	2,00	0,80	1,18	1,12	0,63	1,01	1,00	0,67	1,89	2,00	0,75
39 yaş üstü	97	2,26	2,28	0,71	1,98	2,00	0,80	1,12	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,95	2,00	0,75
<b>z/p</b>		<b>-2,078/0,038**</b>			-1,216/0,224			-0,832/0,405			-0,119/0,906			-0,507/0,612		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,05 z: Mann Whitney U testi

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu Ortalama	Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu Ortanca	İyimser Yaklaşım Alt Boyutu ÇAA*	Yaklaşım Alt Boyutu Ortalama	Alt Boyutu Ortanca	ÇAA*	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu Ortalama	Güvensiz Yaklaşım Alt Boyutu Ortanca	ÇAA*	Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Ortalama	Eğici Yaklaşım Alt Boyutu Ortanca	ÇAA*	Sosyal Yaklaşım Alt Boyutu Ortalama	Destek Alt Boyutu Ortanca	Arama Alt Boyutu ÇAA*
<b>Eğitim durumu</b>																
Sağlık lisesi ve ön lisans	69	2,20	2,28	0,79	1,95	2,00	0,80	1,13	1,12	0,75	1,14	1,00	0,67	1,91	2,00	0,75
Lisans ve üstü	115	2,20	2,14	0,86	1,91	2,00	0,60	1,16	1,12	0,88	0,92	0,83	0,50	1,93	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-0,303/0,762			-0,204/0,838			-0,413/0,679			<b>-2,547/0,011**</b>			-0,850/0,395		
<b>Birimden memnuniyet</b>																
Evet	153	2,19	2,14	0,86	1,97	2,00	0,80	1,14	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,90	2,00	0,75
Hayır	31	2,25	2,42	0,71	1,72	1,80	0,80	1,20	1,12	0,88	1,01	0,83	0,67	2,03	2,00	1,00
<b>z/p</b>		-0,747/0,455			<b>-2,015/0,044**</b>			-0,243/0,808			-0,718/0,473			-1,188/0,235		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,05 z: Mann Whitney U testi

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu								
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*						
<b>Çalıştığı pozisyon</b>																
Servis Hemşiresi	175	2,19	2,14	0,86	1,92	2,00	0,60	1,16	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,92	2,00	0,75
Servis Sorumlu Hemşiresi	9	2,42	2,14	0,93	2,17	2,20	0,90	1,06	1,12	0,56	1,05	1,00	0,58	1,91	2,00	0,50
<b>z/p</b>		-1,196/0,232			-1,250/0,211			-0,499/0,618			-0,239/0,811			-0,117/0,907		
<b>Mesleği severek yapma</b>																
Evet	152	2,25	2,21	0,71	1,97	2,00	0,75	1,13	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,94	2,00	0,75
Hayır	32	1,96	2,00	0,96	1,71	1,80	1,15	1,24	1,18	0,75	1,03	1,00	0,79	1,82	1,75	0,75
<b>z/p</b>		<b>-2,465/0,014**</b>			-1,944/0,052			-0,874/0,382			-0,024/0,981			-1,175/0,240		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,05 z: Mann Whitney U testi

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu		
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>Çalışma yılı</b>																
18 yıl ve altı	90	2,17	2,14	0,71	1,86	2,00	0,80	1,18	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,88	2,00	0,75
18 yıl üstü	94	2,22	2,21	0,86	1,99	2,10	0,80	1,13	1,12	0,78	1,01	1,00	0,67	1,97	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-0,873/0,382			-1,535/0,125			-0,474/0,636			-0,164/0,869			-0,798/0,425		
<b>Birimde çalışma yılı</b>																
4 yıl altı	106	2,14	2,14	0,71	1,88	2,00	0,80	1,18	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,94	2,00	0,56
4 yıl ve üstü	78	2,27	2,28	0,71	1,99	2,20	0,80	1,12	1,12	0,75	1,02	1,00	0,67	1,90	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-1,929/0,054			-1,480/0,139			-0,623/0,533			-0,196/0,845			-0,935/0,350		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu								
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>Çalışma şekli</b>																
Sürekli gündüz	64	2,13	2,14	0,57	1,89	2,00	0,75	1,23	1,25	0,88	1,06	1,00	0,63	1,91	2,00	0,25
Gündüz ve gece	120	2,23	2,21	0,86	1,95	2,00	0,80	1,11	1,06	0,75	0,98	1,00	0,67	1,93	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-1,344/0,179			-0,880/0,379			-1,323/0,186			-1,371/0,170			-0,037/0,971		
<b>Hastalık durumu</b>																
Evet	73	2,12	2,00	0,86	1,84	1,80	0,80	1,22	1,12	0,75	1,02	1,00	0,75	1,97	2,00	0,75
Hayır	111	2,25	2,14	0,71	1,99	2,00	0,80	1,11	1,12	0,75	0,99	1,00	0,67	1,89	2,00	0,75
<b>z/p</b>		-1,536/0,125			-1,658/0,097			-1,332/0,183			-0,283/0,777			-0,923/0,356		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık z: Mann Whitney U testi

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu			
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	
<b>İş yerinde en çok zorlayan durumlar***</b>																	
İş yükü	Evet	79	2,23	2,14	0,71	2,04	2,06	0,60	1,16	1,12	0,88	0,99	1,00	0,83	1,96	2,00	0,75
	Hayır	75	2,17	2,14	0,71	1,85	1,80	0,80	1,16	1,12	0,75	1,00	1,00	0,67	1,88	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,718/0,473			<b>-2,215/0,027**</b>			-0,092/0,926			-0,361/0,718			-0,881/0,378		
Çatışma	Evet	24	2,16	2,00	0,71	1,71	1,80	0,80	1,01	0,87	0,84	0,97	1,00	0,46	1,89	2,00	0,44
	Hayır	130	2,21	2,14	0,75	1,99	2,00	0,80	1,19	1,12	0,78	1,00	1,00	0,67	1,93	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,581/0,561			<b>-2,279/0,023**</b>			-1,577/0,115			-0,038/0,970			-0,586/0,558		
Vardiyalı Çalışma	Evet	27	2,12	2,00	1,14	1,91	2,00	0,80	1,29	1,25	1,00	1,06	1,00	0,83	1,86	2,00	0,75
	Hayır	127	2,22	2,14	0,71	1,95	2,00	0,80	1,13	1,12	0,75	0,98	0,83	0,67	1,93	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,702/0,483			-0,368/0,713			-1,473/0,141			-1,041/0,298			-0,732/0,464		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,05 \*\*\*İş yerinde en çok zorlayan şey değişkeni kategorize edildi ve örneklem sayısı n=154 olarak belirlendi. z: Mann Whitney U testi

**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

		n	Kendine Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu					
			Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*			
<b>İş yerinde en çok zorlayan durumlar**</b>																	
Yönetim Eksikliği	Evet	15	2,17	2,14	1,14	1,93	1,80	0,80	1,20	1,12	0,88	1,05	1,00	0,67	1,96	2,00	0,75
	Hayır	139	2,20	2,14	0,71	1,95	2,00	0,80	1,16	1,12	0,88	0,99	1,00	0,67	1,92	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,230/0,818			-0,469/0,639			-0,083/0,934			-0,230/0,818			-0,117/0,907		
<b>Hasta ve hasta yakınları</b>																	
	Evet	19	2,15	2,14	0,29	1,87	1,80	0,60	1,20	1,25	0,50	1,00	0,83	0,67	1,72	1,75	0,50
	Hayır	139	2,21	2,14	0,86	1,96	2,00	0,80	1,16	1,12	0,88	1,00	1,00	0,67	1,95	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,505/0,613			-0,849/0,396			-0,717/0,474			-0,157/0,875			-1,693/0,090		
Fiziksel koşullar	Evet	21	2,20	2,28	1,07	2,03	2,20	0,70	1,32	1,37	0,88	1,06	1,00	0,83	1,88	2,00	0,75
	Hayır	133	2,20	2,14	0,86	1,94	2,00	0,60	1,14	1,12	0,81	0,99	0,83	0,67	1,93	2,00	0,75
<b>z/p</b>			-0,484/0,628			-1,121/0,262			-1,423/0,155			-0,452/0,651			-0,414/0,679		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*İş yerinde en çok zorlayan şey değişkeni kategorize edildi ve örneklem sayısı n=154 olarak belirlendi. z: Mann Whitney U testi



**Tablo 5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam) (n=184)**

	n	Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvenli İyimser Yaklaşım Alt Boyutu			Kendine Yaklaşım Alt Boyutu			Güvensiz Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu			Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu		
		Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*	Ortalama	Ortanca	ÇAA*
<b>İşyerinde psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duyma</b>																
Evet	91	2,06	2,00	0,86	1,85	1,80	0,80	1,28	1,25	0,75	1,02	1,00	0,67	1,89	2,00	0,75
Hayır	93	2,33	2,28	0,79	2,01	2,00	0,70	1,02	1,00	0,63	0,99	1,00	0,67	1,95	2,00	0,50
<b>z/p</b>		<b>-3,304/0,001**</b>			-1,874/0,061			<b>-3,361/0,001**</b>			-0,473/0,636			-1,112/0,266		

\*ÇAA: Çeyrekler arası aralık \*\*p<0,01 z: Mann Whitney U testi

Hemşirelerin yaş grupları ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve 39 yaş üstündeki hemşirelerin ortanca puanlarının (2,28; ÇAA:0,71) 39 yaş ve altındaki hemşirelerin ortanca puanlarına göre (2,00; ÇAA:0,71) daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5).

Hemşirelerin eğitim durumları ile boyun eğici yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ), lisans ve üzeri eğitime sahip hemşirelerin ortanca puanlarının (0,83; ÇAA:0,50) sağlık meslek lisesi ve ön lisans eğitimine sahip hemşirelerin ortanca puanlarına göre (1,00; ÇAA: 0,67) daha düşük olduğu saptandı (Tablo 5).

Hemşirelerin birimden memnun olma durumları ile iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve “evet” diyen hemşirelerin ortanca puanlarının (2,00; ÇAA:0,80) “hayır” diyen hemşirelere göre (1,80; ÇAA:0,80) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Hemşirelerin birimden memnun olma durumları ile iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve “evet” yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarının (2,21; ÇAA:0,71) “hayır” yanıtı veren hemşirelere göre (2,00; ÇAA:0,96) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Hemşirelerin işyerinde en çok zorlandıkları durumlardan iş yükü ve çatışma ile iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanları ile anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve iş yüküne “evet” diyenlerin ortanca puanlarının (2,06; ÇAA:0,60) “hayır” diyenlere göre (1,80; ÇAA:0,80) ve çatışmaya ise “hayır” diyenlerin ortanca puanlarının (2,00; ÇAA:0,80) “evet” diyenlere göre (1,80; ÇAA:0,80) daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Hemşirelerin işyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,01$ ) ve “evet” diyenlerin ortanca puanlarının (2,00; ÇAA:0,86) “hayır” diyenlere göre (2,28; ÇAA:0,79) daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 5).

Hemşirelerin işyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile kendine güvensiz yaklaşım alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,01$ ) ve “evet” yanıtı veren hemşirelerin ortanca puanlarının (1,25; ÇAA:0,75) “hayır” yanıtı veren hemşirelere göre (1,00; ÇAA:0,63) daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Hemşirelerin demografik özelliklerinden cinsiyet, çalışılan pozisyon, çalışma yılı, birimde çalışma yılı, çalışma şekli, hastalık durumu ve iş yerinde en çok zorlandıkları durumlardan vardiyalı çalışma, yönetim eksikliği, hasta ve hasta yakınları, fiziksel koşullar ile stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

## 6.5. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

**Tablo 6. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

				Anksiyete Alt Boyutu	Depresyon Alt Boyutu	Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu	İyimser Yaklaşım Alt Boyutu	Kendine Güvensiz Yaklaşım Alt Boyutu	Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu
Anksiyete Boyutu	Alt	$r_s$	-	0,634**	<b>-0,558**</b>	<b>-0,456**</b>	<b>0,531**</b>	<b>0,327**</b>	-0,133	
Depresyon Boyutu	Alt	$r_s$	-	-	<b>-0,587**</b>	<b>-0,497**</b>	<b>0,448**</b>	<b>0,251**</b>	<b>-0,190**</b>	
Kendine Yaklaşım Boyutu	Güvenli Alt	$r_s$	-	-	-	0,652**	-0,366**	-0,147*	0,299**	
İyimser Yaklaşım Alt Boyutu	Yaklaşım	$r_s$	-	-	-	-	-0,288**	-0,115	0,256**	
Kendine Yaklaşım Boyutu	Güvensiz Alt	$r_s$	-	-	-	-	-	0,517**	-0,190**	
Boyun Yaklaşım Boyutu	Eğici Alt	$r_s$	-	-	-	-	-	-	-0,225**	
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu	Destek Yaklaşımı	$r_s$	-	-	-	-	-	-	-	-

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$   $r_s$ . Spearman korelasyon testi değeri

Hemşirelerin hastane anksiyete depresyon ölçeği alt boyutları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizi bulgularına göre; anksiyete alt boyutu ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde orta ( $r_s=-0,558$ ,  $p<0,01$ ), iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki ( $r_s=-0,456$ ,  $p<0,01$ ), anksiyete alt boyutu ile kendine güvensiz yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönde orta ( $r_s=0,531$ ,  $p<0,01$ ), boyun eğici yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki ( $r_s=0,327$ ,  $p<0,01$ ) saptandı. Dolayısıyla, anksiyete alt boyutu puanlarındaki artış ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutları puanlarında azalma olmakta, kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları puanlarında ise artış olmaktadır. Depresyon alt boyutu ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde orta ( $r_s=-0,587$ ,  $p<0,01$ ), iyimser yaklaşım alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki ( $r_s=-0,497$ ,  $p<0,01$ ), sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ilişki ( $r_s=-0,190$ ,  $p<0,01$ ), depresyon alt boyutu ile kendine güvensiz yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ( $r_s=0,448$ ,  $p<0,01$ ), boyun eğici yaklaşım alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki ( $r_s=0,251$ ,  $p<0,01$ ) saptandı. Buna göre, depresyon alt boyutu puanlarındaki artış ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutları puanlarında azalma olmakta, kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları puanlarında ise artış olmaktadır (Tablo 6).

## 7.TARTIŞMA

Sağlık sektörü ağrı, ızdırap hali, ölüm, bulaşıcı hastalıklar, tedavisi olmayan hastalıklarla vb. mücadele eden zor bir gruba hizmet etmektedir. Hasta ve aileleriyle birebir iletişim halinde olan hemşirelik meslek üyeleri bu grup içinde önemli bir grubu oluşturmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları hemşireler arasında psikososyal sorunların çözümlenmesinde hemşirelik girişimlerin geliştirilmesinin önemini desteklemektedir.

Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu kadındır. Hemşirelik kanununun 2007 deki değişimi ile hemşirelik sadece kadın mesleği olmaktan çıkmıştır, 2007 den itibaren hemşirelik mesleğinde erkeklerin sayısı giderek artmaktadır ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi yapılan diğer çalışmalarda Ayık 2015 %78,9, Akbulut 2013 %90,4, Ünsar ve ark 2011 %96,4 oranında kadın sayısı daha yüksek bulunmuştur (Ünsar ve ark. 2011; Akbulut 2013; Ayık 2015).

39 yaş üstü hemşirelerin daha genç yaş grup hemşirelere göre stresle baş etmede daha olumlu yöntemler geliştirdiği belirlendi. İş deneyiminin, sağlık çalışanlarının işle ilgili stres unsurlarıyla başa çıkabilmek için fonksiyonel baş etme stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans ve lisansüstü mezunu olduğu belirlendi. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans eğitime sahip hemşirelerin boyun eğici yaklaşım yöntemi kullandığı belirlendi. Eğitim düzeyinin düşük olanların daha olumsuz başetme yöntemleri kullandığı söylenebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık profesyonelleri iş görevlerine olan güvenlerini artırabilir, bu da işle ilgili stres faktörlerine karşı daha olumlu başetme yöntemlerini geliştirebilir. Çirik (2018)'in çalışması da sonuçları desteklemektedir. Çirik'in yoğun bakımda çalışan 200 hemşire ile yaptığı çalışmada, lise mezunu hemşirelerin dini başetme yöntemlerini, lisans ve

yüksek lisans mezunu hemşirelerin ise stresle başa çıkmada sosyal destekleri kullandıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonuç çalışma bulgumuzla benzerlik göstermiştir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştığı birimden memnun olduğu, hemşirelerin birimden memnun olma durumları ile olumlu başetme yöntemi olan iyimser yaklaşımı kullandığı belirlendi. Çalıştığı birimden memnun olanların daha iyimser, hoşgörülü yaklaştığı anlaşılmaktadır. Ayrıca mesleğini severek yapan hemşirelerin anksiyete ve depresyon puanlarının düşük olduğu ve olumlu başetme yöntemleri kullandıkları saptandı. Mesleğini seven hemşirelerde depresyonun daha az görüldüğü, kendilerine güvenerek daha huzur içinde çalıştıkları düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin Batı bölgesi İzmir il merkezine yakın olması çalışanların ihtiyaçlarına yanıt vermesi açısından olumlu olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun biriminde çalışma yılının 4 yıl altında olduğu, birimde çalışma yılı ve stresle başa çıkma tarzları, anksiyete ve depresyon alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Kurumda çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun asker eşi olmalarından dolayı sık sık tayin olduklarından dolayı aynı birimde uzun süre çalışamadıkları düşünülmektedir. Hemşirelerin uzun süreli stres yaşamaya maruz kalmadıkları ve bu yüzden psikososyal sorun yaşamadıkları düşünülebilir.

Hemşirelik hizmetleri 24 saat kesintisiz devam ettiği için hemşirelerin büyük çoğunluğu nöbetli çalışmaktadır. Bu durum anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu gibi birçok duruma risk oluşturmaktadır.

Hemşirelerin hastalığa sahip olma durumları ile anksiyete ve depresyon puanları yüksek olduğu belirlendi. Hastalıkların psikolojik etkisinin olması, iş yükü, zor bireyler ile çalışma gibi nedenlerle zor bir meslek olan hemşirelik anksiyete ve depresyonun sık görüldüğü düşünülmektedir.

Hemşirelerin işyerinde en çok zorlandıkları durumlardan iş yükü ve çatışma olduğu belirlendi ve anksiyete ve depresyon alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda çalışma bulgumuzla paralellik göstermekte ve hemşirelerin en fazla iş yükünden dolayı stres yaşadığı belirlenmiştir. (Dewe 1993, Özeltin ve Nehir 2002, McVicar 2003, Garrosa et. al. 2008, Önder ve Aybas 2010 ve Çirik 2018). Yapılan yurt dışı çalışmalarda; her altı hemşireden birinin, mesleksi stres ve tükenmişlik (Van Bogaert et. al. 2014), rol çatışması, iş / zaman baskısı, iş yükü, rol belirsizliği, yetersiz sosyal destek, yetersizlik gibi çeşitli stres faktörlerinden muzdarip olduğunu göstermektedir. Stresi yönetmedeki başarısızlık, yorgunluk, duygusal tükenme, iş tatminsizliği, işten ayrılma niyeti ve kötü ruh sağlığı gibi birey üzerinde olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (McVicar 2016). Sürekli strese maruz kalmak, sadece hemşirelerin sağlığını olumsuz etkilemekle kalmadığı aynı zamanda personeli, hastaları etkilediği belirlenmiştir (Shirey et. al. 2013). Diğer çalışmalarda; çalışma stresini daha yüksek tıbbi hata insidansı, olumsuz hasta olayları ve düşük hasta bakım kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (North ve et al. 2013, O'Brien ve et al. 2010, Hayes et al. 2012). Çalışma sonucumuzun literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Hemşirelerin %49,5'inin işyerinde psikososyal açıdan desteğe ihtiyaç duyduğu belirlendi. Hemşirelerin işyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile anksiyete ve depresyon alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Çalışma verilerine göre anksiyetesi yüksek olan hemşirelerin psikososyal destek almaya istekli olduğu, anksiyetesi düşük olanların ise yardıma gereksinim duymadıkları anlaşılmaktadır. Kendine güvenli yaklaşıma sahip kişilerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyması, kendine güvensiz yaklaşıma sahip kişilerin ise desteğe ihtiyaç duymaması sonucu birbirini destekler nitelikte olmaktadır. İsveç'teki 1.417 hemşirenin bir grubu istihdamın ilk 5 yılı boyunca mezuniyet sonrasında takip edilmiş ve ankete katılan her beş hemşireden birisinin mesleği bırakmayı planladığı bulunmuştur. Meslekten ayrılma niyetinin temel belirleyicisinin tükenmişlik düzeyi olduğunu bulunmuştur (Rudman et al 2013). Uluslararası olarak, çalışmalar, hemşirelik işgücü arasında yüksek oranda tükenmişlik ve stresle ilgili diğer durumları tutarlı bir şekilde rapor etmiştir (Ray et al 2013, Hegney et al 2014,



Craigie et al 2015). Hemşirelerin tükenmişlik, anksiyete ve depresyon ve sekonder travmatik stres gibi strese bağlı durumları içerecek şekilde özellikle savunmasız olma koşulları yer almaktadır (Figley 1995, Stamm 2010, Mealer et al 2012).

Hemşirelerin, hastane anksiyete depresyon risk durumları değerlendirildiğinde; anksiyete ve depresyon risk değerlendirmesinde hemşirelerin risk sınırında olmadığı belirlendi. Literatürde, çoğu zaman stresli ve zorlu işyeri durumlarına rağmen, birçok hemşirenin iyi düzeyde psikolojik işlevlerini sürdürdüğü belirtilmektedir (Desley et al 2015). Bu bulgu, esnekliğin, hemşirelik işgücü arasında duygusal iyiliğin oluşturulması ve teşvik edilmesi için çok umut vaat etmektedir. Hemşireler hasta bakımında sağlık ekibi içinde ön saflarda yer almaktadır. Ayrıca, çalışma alanında ağır iş yükü hemşirelerin çok çalışıp onları stresli bırakabilmektedir. Mesleğin zorlu doğası, hemşireleri, depresyon, endişe ve stres gibi olumsuz ruhsal durumlar geliştirme riskine daha fazla maruz bırakmaktadır. Avusturalya’ da yapılan bir çalışmada hemşirelerde; depresyon, anksiyete ve stres oranları sırasıyla % 32,4, %41,2 ve % 41,2 olarak bulunmuştur (Maharaj et. al. 2018). Hemşireler arasındaki ruhsal sağlığın kötü olması yalnızca hemşireye zarar vermeyebilir, aynı zamanda mesleki performansı ve buna bağlı olarak sağlanan hasta bakımının kalitesini de engelleyebilir. Bu alanda daha fazla araştırma yapılması, hemşirelik profesyonellerinin sağlığını refahını ve dolayısıyla sunulan hizmetin kalitesini artırabilecek destek stratejileri ve müdahalelerini belirlemek için gereklidir.

Hemşirelerin stresle başa çıkmada en çok kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullandıkları bulundu. Özaltın ve Nehir, (2002)’in Ankara ilinde bulunan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yunanistan’da psikiyatri hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin stresle baş etmede en çok; probleme odaklanan başa çıkma stratejileri (pozitif yeniden değerlendirme, pozitif yaklaşım, problem çözme ve sosyal destek arama) psikiyatri hemşireleri tarafından kullanıldığı belirlenmiştir (Tsaras et. al. 2018). Onkoloji biriminde çalışan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin stresle baş etmede en çok; kaçınma, sosyal destek arama, mesleki ve sosyal yaşamı dengeleme ve maneviyatı

kullandıkları belirlenmiştir (Partlak ve ark. 2018). Çalışma sonuçlarının farklılıkları hemşirelerin çalıştıkları birimlerin etkilediği söylenebilir.

Hemşirelerin hastane anksiyete depresyon ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren analiz bulgularına göre; depresyonu olmayanların ve anksiyete düzeyi düşük olan kişilerin kendilerine güveninin fazla, iyimser, hoşgörülü, sakin bir tutum içerisinde olduğunu, depresyonu olanların ve anksiyete düzeyi yüksek olan kişilerin ise kendisine güvensiz, boyun eğici bir tutumda olduğu ve sosyal destek arama davranışı içerisinde olduğunu düşündürmektedir. Slovenya’da yapılan bir çalışmada; hemşireler kaçınma ve sorunlardan uzaklaşma gibi stresle başa çıkma konusunda duygu odaklı stratejiler kullandığı belirlenmiştir (Bregar et. al. 2018). Bu sonuç çalışma sonucumuzu kısmen desteklemektedir. Bu durum, hemşirelerin stresle baş etmelerinde kendi klinik uygulamalarını değiştirmeye yetkili olmadıklarını ve durumu değiştiremedikleri için olduğu gibi kabul etmeleri gerekebilmektedir. Çünkü bunu yapmak daha rahattır ve fazla çaba gerektirmez ancak inkar etmek, yüzleşmekten kaçınmak, vb. durumlar günlük rutine etki edebilirler.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. SONUÇ

- Hemşirelerin hastane anksiyete depresyon ölçeği risk durumları değerlendirildiğinde; anksiyete ve depresyon alt boyutları risk değerlendirmesinde hemşirelerin (n=184) %100'ünün risk sınırında olmadığı belirlendi.
- Hemşirelerin demografik özelliklerinden mesleğini severek yapma, hastalığa sahip olma, işyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile anksiyete ve depresyon alt boyutları ortanca puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p>0,05$ ).
- Hemşirelerin demografik özelliklerinden cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, birimden memnuniyet, çalışılan pozisyon, çalışma yılı, birimde çalışma yılı, çalışma şekli ve iş yerinde en çok zorlandıkları durumlar ile anksiyete ve depresyon alt boyutları ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).
- Hemşirelerin demografik özelliklerinden yaş grupları ile güvenli yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).
- Eğitim durumları ile boyun eğici yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).
- Birimden memnun olma durumları ile iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ).
- Hemşirelerin işyerinde en çok zorlandıkları durumlardan iş yükü ve çatışma ile iyimser yaklaşım alt boyutu ortanca puanları ile anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).
- İşyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında pozitif yönde anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ).

- İşyerinde psikososyal desteğe ihtiyaç duyma durumları ile kendine güvensiz yaklaşım alt boyutu ortanca puanları arasında negatif yönde anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ).
- Hemşirelerin demografik özelliklerinden cinsiyet, çalışılan pozisyon, çalışma yılı, birimde çalışma yılı, çalışma şekli, hastalık durumu ve iş yerinde en çok zorlandıkları durumlardan vardiyalı çalışma, yönetim eksikliği, hasta ve hasta yakınları, fiziksel koşullar ile stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt ölçekleri ortanca puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).
- Depresyon alt boyutu puanlarındaki artış ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu puanlarında azalma olmakta, kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutu puanlarında ise artış olmaktadır.

## **8.2. ÖNERİLER.**

- Hemşirelere yönelik psikososyal destek eğitimleri verilebilir.
- Hemşirelerin yaşadıkları sorunları dile getirebilecekleri grup toplantıları yapılarak, bireylerin sorunlarına hastane yönetimi tarafından çözüm önerileri getirilebilir böylece hemşirelerin yaşadığı stres erken tanınabilir ve bu konularda yapıcı sonuçlar elde edilebilir.
- Yoğun birimlerden daha rahat olan birimlere rotasyonlar yapılabilir.
- Hemşireler mümkün olduğunca sevak ve huzurlu çalıştıkları yerlerde istihdam edilmelidir.
- Hemşirelerin görev tanımları belirlenmeli ve iş yükünün hafifletilmesine yönelik hemşire alımlarının artırılması, hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması gibi faaliyetler yapılabilir.
- Hemşirelerin zor bir gruba hizmet vermesinden dolayı yıpranma durumları değerlendirilebilir.
- Hemşireler arasında eğitim düzeyi eşitlenmeli, lise mezunu hemşirelerin istihdamını sınırlamaya yönelik faaliyetler yürütülebilir.

- Sağlık çalışanlarına kurumlarda hemşireler günü gibi özel günler başta olmak üzere motive edici sosyal etkinlikler düzenlenebilir.



## 9. KAYNAKLAR

Akbulut AB. Ankara Üniversitesi Hastaneleri Hemşirelerinde İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi ve Rol Çatışması- Rol Belirsizliği Durumu ve Diğer Etmenler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. F. ÖZYURDA). Ankara, 2013.

Akbolat M, Işık O, Uğurluoğlu Ö. Sağlık Çalışanlarının Kontrol Odağı, İş Doyumu, Rol Belirsizliği ve Rol Çatışmasının Karşılaştırılması. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2011; 29(2): 23-48.

Akça C, Erigüç G. Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları ile Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2006; 9(2): 126-153.

Akdarvar Y, Aslan B, Ekici Z. ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem II Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanımı. Bağımlılık 2001; 2: 49-52.

Akdarvar Y, Türkan A, Çakmak D. Doktorlar Arasında Madde Kötüye Kullanımı Bir Sorun Mu?. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13: s: 238-244.

Akdemir N, Birol L. Dinlenme-Uyku ve Düzensizlikleri, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları.: İstanbul; 2003, s:129–139.

Aktuğlu K, Hancı H. Acil Serviste Şiddet Tehdidi. Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir; 1999.

Akyol Güner T. Çalışma Yaşamında Vardiya Çalışması ve Uyku ile İlgili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. KIRAN). Zonguldak, 2010.

Akyürek B. Özer S, Argon G, Conk Z. Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi, Ege Tıp Dergisi, 2005;44(3): 167-172.

Anderson, JL. Treatment Considerations for The Addicted Nurse, Behavioral Health Management 1994;14: s: 22-26.

Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; 2(2): 161-173.

Arkonaç O. Psikiyatrik bozukluklar ve tedavileri. İstanbul: Nobel Kitabevi. 1986; s: 225-226.

Arnetz JE, Arnetz BB, Petterson L. Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. Work Stress 1996; 10: 119-127.

Aslan Ö, Vural H. Yönetici hemşirelerin çalıştıkları ortamda karşılaştıkları çatışma nedenlerinin ve kullandıkları çatışma yönetim yaklaşımlarının belirlenmesi, Hemşirelik Forumu, 2001; 4(4-5): 42-48.

Aslan Ş. Hastanelerde örgütsel çatışma: Teori ve örnek bir uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004,11: s: 599-617.

Asunankutlu T, Safran B. Kültürel farklılıklardan kaynaklanan çatışmalara yönelik bir araştırma. Marmaris turizm sektörü örneği, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,2004; 6(1): 26-49.

Atan ŞÜ, Dönmez S. Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti, Adli Tıp Dergisi, 2011;25(11): 71-80.

Atasoy I. Sağlık Sektöründe Mobbing: Sakarya İlinde Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Ebe ve Hemşireler Üzerine Bir Araştırma, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2010.

Atindanbila S, Abasimi E, Anim MT. A Study of Work Related Depression, Anxiety and Stress of Nurses at Pantang Hospital in Ghana. 2012; 2(9).

Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, İş Sağlığı ve Güvenliği Alanında Yeni Ortaya Çıkan Psikososyal Riskler, 2007, İSG Bülteni 74/TR ISSN 1681-2123.

Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8(4):280-287.

Ayık N. Hemşirelerin Stresle Başetme Tarzlarının, Yaşadıkları Gerçeklik Şokuna Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 147-154.

Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence 2006; 21: 276-296.



Aytaç, S. İş Stresi Yönetimi El Kitabı İş Stresi: Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları, Yönetimi, 2009.

Balseven A, Özdemir Ç, Tuğ A, Hancı H, Doğan Y. Madde Kullanımı, Bağımlılıktan Korunma ve Medya, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2002;11: 91-93.

Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. Second Edition. Taylor & Francis Group LLC. U.S, 2008.

Barlas G. İstanbul İli Hemodiyaliz Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Depresyon Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1998. (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Ö.İşıl).

Baloğlu M. Denizli İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerde Psikoaktif Madde Kullanımı. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2001.

Baltas A, Baltas Z. Stres ve Basacıkma Yolları, 5. Basım, Evrim Matbaacılık Ltd. Sti. İstanbul,1987.

Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2007:151–154

Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. West J Med 1997; 167: 74-78.

Barrett S. Protecting Against Workplace, Public Manag. 1997;79: 9-12.

Batlaş Z. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2000: 206-207.

Bayar A. Bir Örgüt Olarak Okulda Meydana Gelen Çatışma Nedenleri ve Çözüm Yollarına Yönelik Okul Müdürlerinin Görüşleri. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2015; 5(3): 130-141.

Bekar E. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı Olan Hemşireler ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Yaklaşımı: Bir Literatür İncelemesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014; 1(1): 43-47.

Bilir Ş, Mağden D, San N, ve ark. Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara-Alkol-İlaç Alma Ve Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanma Alışkanlığının Araştırılması. Sağlık Dergisi. 1993; 65: 65-75.

Binbay T. İş Stresi ve Akıl Sağlığı Sorunları. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2006a, s: 43.

Boya FÖ. Effects of perceived job insecurity on perceived anxiety and depression in nurses. *Industrial Health*, 2008; 46(6), 613–619. <https://doi.org/10.2486/indhealth.46.613>.

Bregar B, Skela-Savič B, Kores Plesničar B. Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*. 2018 Jun 4;18(1):171. doi: 10.1186/s12888-018-1756-1.

Brinkert RA. Literature Review of Conflict Communication Causes, Costs, Benefits and Interventions in Nursing, *J Nurs Manag*, 2010; 18(2): 145-156.

Büyük Y, Üzün İ, Koçak U, Özer E. Bir Sağlık Çalışanında Petidin Kötüye Kullanımına Bağlı Ani Ölüm: Olgu Sunumu, *Adli Tıp Dergisi*, 2005; 19: 33-36.

Canbaz S, Sünter T, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu* 2005; 4: 30-34.

Carnero MA, Martinez B, Mangas RC. Mobbing and Workers' Health: An Empirical Analysis For Spain. *JEL Classification*. 2009; 20 (10): 1-22.

Castellón AMD. Occupational Violence in Nursing: Explanations and Coping Strategies. 2011; 19 (1): 156-163.

Cheung, E.-F.-C. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11072–11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>.

Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. *J Occup Health* 2008; 50: s: 288-93.

College of Registered Nurses of Nova Scotia, Problematic Substance Use in the Workplace: A Resource Guide for Registered Nurses <https://www.crnns> (Erişim:28.03.2014).

Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence Towards Emergency Department Nurses by Patients. *Accid Emerg Nurs*. 2004; 3: s: 1-7.

Cox T, Griffiths A. The Nature and Measurement of Work Stress. In JJR Wilson & EN Corlett (Eds) *Evaluation of Human Work*. 2nd Ed. London: Taylor & Francis, 1995: s: 783-803.

Craigie M A, Osseiran-Moisson R, Hemsworth D, Aoun S, Francis K, Brown J, et al. The Influence of Trait Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. 2015.

Cüceloğlu D. İnsan ve davranış. 16 Basım. İstanbul; Remzi Kitabevi, 2007: s: 321–325.

Çakmak AF, Oflluoğlu G, Büyükyılmaz O. İnsan Kaynakları Yöneticisinin Karşı Karşıya Olduğu Yeni Psikososyal Riskler: Psikolojik Sözleşmenin İhlali, Yaşlanan İşgücü, İş ve Özel Yaşam Dengesizliği ve Mobbing (Psikolojik Taciz). Kamu-İş, 2012; 12 (3): 53-77.

Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2(1): 9-16.

Çalıyurt O. Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Edirne; 1998. (Danışmanı: Prof. Dr. E. ABAY).

Çam O. Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004; 1(1): 1-12.

Çam O, Özgür G, Gürkan A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yardımcı Ders Notları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu. İzmir; 2004: s: 153-159.

Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, Ankara, 1991, s.10

ÇASGEM, Meslek Hastalıkları El Kitabı, ÇASGEM, Ankara; 2013.

Çobanoğlu Ş. Mobbing, İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri, Timaş Yayınları, İstanbul, 2005, s.19.

Çifçibaşı FT. Yönetici Hemşirelerin Problemleri Personelle Başa Çıkma Yaklaşımları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi. İstanbul, 2011. (Danışman: Doç. Dr. Ü. BAYKAL).

Çirik A. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Stres Faktörlerinin Belirlenmesine ve Stres Yönetimlerine İlişkin Bir Araştırma. G.Ü. İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2018.

Demir A. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005.Cilt: 8, Sayı: 2

Demircioğlu HR. Kişilik Hakkı İhlalinin ve Borca Aykırılığın Bir Türü Olarak İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). Gazi Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Dergisi, 2007; XI: 1-2.

Desley G, Hegney CS, Rees RE, Rebecca OM, Karen F. The Contribution of Individual Psychological Resilience in Determining the Professional Quality of Life of Australian Nurses. 2015; doi: 10.3389/fpsyg.2015.01613.

Dewe P. Coping and intensity of nursing stressors. Journal of Community & Applied Social Psychology.1993; 3. 299 - 311. 10.1002/casp.2450030407.

Dhotre KB, Adams SA, Hebert JR, Bottai M, Heiney SP. Oncology Nurses' Experiences With Patients Who Choose to Discontinue Cancer Chemotherapy. 2016; 43(5): 617–623. doi: 10.1188/16.

Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası. Sivas, 1995.

Durdağ M, Naktıyok A. Psikolojik Taciz Algısının Örgütsel Güven Üzerindeki Rolü, Kafkas İktisadi İdari Bilimler Dergisi, 2005; 1 (2): 5-37.

Efe SY, Ayaz S. Mobbing Against Nurses in the Workplace in Turkey, International Nursing Review, 2010; 328-334.

Elma C, Demir K. Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar Uygulamalar ve Sorunlar, Ankara, 2003, s.115.

Endler NS, Parker JNA. Multidimensional assesment of coping: A critical evaluation, Journal of personality and Social Psychology, 1990a; 58(5): 844-854.

Ergün FS, Karadakovan A. Violence Towards Nursing Staff in Emergency Departments in One Turkish City. Int Nurs Rev. 2005; 52: 154-160.

Ertekin S. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.

Eryılmaz H. Doğum Sonu Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Verdikleri Bakım Hizmetine Yönelik Görüşleri ve İş Doyumları. Hemşirelik Forumu.2003; 6(3): L-7.

Escot C, Artero S, Catherine G, Boulenger JP; Ritchie K. Stress Levels In Nursing Staff Working In Oncology. Stress and Health, 2001; 17. 273-279. 10.1002/smi.907.

Esatoğlu AZ, Ağırbaş İ, Akbulut Y, Çelik Y. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Hemşirelerin Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Belirlenmesi. Amme İdaresi Dergisi, 2004,37(4): 133-146.

European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Yeni Ortaya Çıkan ve Acil Önlem Gerektiren Riskler Hakkında Avrupa İşletmeler Araştırması. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 2011; (11)49: 38-50.

Evans O, Steptoe A. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male and

female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 2002; 54: 481-492.

Faria AP, Maia E. Nursing professionals anxiety and feelings in terminal situations in oncology. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2007; 15. 1131-7. 10.1590/S0104-11692007000600012.

Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*. New York, 1995.

Fishel AH. Nursing Management of Anxiety and Panic. *Nursing Clinics of North America*, 1998; 33: s: 135-151.

Fletcher TA, Brakel SJ, Cavanaugh JL. Violence in The Workplace: New Perspectives in Forensic Mental Health Services in the USA, *British Journal of Psychiatry*, 2000; 176: 339-344.

Flicek CL. Communication: A Dynamic Between Nurses and Physicians, *Medsurg Nurs*, 2012; 21(6): 385- 387.

Folkman S, Lazarus S, Schetter C, DeLongis A, Gruen R. “Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes”, *Journal of personality and Social Psychology*, 1986; 50(5): 992-1003.

Folkman S, Lazarus S. “An analysis of coping in a Middle-Aged Community Sample”, *Journal of Health and Social Behavior*, 1980; 21: 219-239.

Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974; 30(1): 159-165.

Freudenberger HJ. The Staff Burn-Out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1975;12(1): 73-82.

Garrosa E, Moreno-Jime'nez B, Liang Y, Gonza'lez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*,2008; 45, 418–427.

Gates DM. Workplace Violence. *AAOHN J.* 1995; 43: 536-543.

Genişol E, Yargıç İ, Saka Ö, ve ark. Tıp Öğrencilerinin Alkol Kullanımı ile İlgili Önyargı ve Tutumları. *Bağımlılık* 2003; 4: 53-56.

Girgin G. İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi(İzmir İli Kırsal ve Kentsel Yöre Karşılaştırması), Dokuz Eylül Üniversitesi(DEÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), İzmir, 1995.

Goldman HH. *Review of General Psychiatry.* U.S.A: The McGraw-Hill Companies, 2000; s: 275-276.

Görgülü S. Hemşirelik ve Anksiyete. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1988; 38: 23-24.

Greenglass ER, Burke RJ. Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. *Anxiety, Stress, and Coping*,2000; 13, 371-390. doi:10.1080/10615800008248342

Griffith J. Substance Abuse Disorders in Nurses, *Nursing Forum*, 1999;34:19-38.

Guyton AC, Hall JE. Beynin Etkinlik Durumları-Uyku: Beyin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar, Tıbbi Fizyoloji, (Çev. Ed. Çavuşoğlu H), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001: s: 689–696.

Güçhan N. Halk Sağlığı Hemşireliği. A.A.F. Hemsirelik Önlisans Eğitimi Eskisehir, 1992.



Güçlü N. Stres yönetimi. G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi,2001; 21 (1): 91-109.

Gülalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2009; 15: 239-242.

Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

Gümüş S, Öngör N, Gümüşbilim HG. Sağlık İşletmelerindeki Çatışmaların Hizmetlerinin Pazarlanmasına Etkileri. *Hiperlink* , İstanbul, 2013; 70-95.

Gümüştekin GE. ve Öztemiz AB. Örgütsel Stres Yönetimi ve Uçucu Personel Üzerinde Bir Uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2004; 23: 61-85.

Hakeri H. Sağlık Çalışanı Güvenliği ve Hukuksal Sorumluluk, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010; 1: 53-59.

Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, North N. Nurse Turnover: A Literature Review–an Update. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(7): 887-905.

Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Anxiety, Depression and Stress in Registered Nurses in Australia: Study 1 Results. *J. Nurs. Manage.*2014; 22: 506–518. 10.1111/jonm.12160.

International Labour Organization. “What is workplace stress?”. (online) Available from:

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.html>. (Last update: 23.7.2002), (reached: 06.11.2002a)

İlhan Ü. İş Yerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Tarihsel Arka Planı ve Türk Hukuk Sisteminde Yeri, Ege Akademik Bakış,2010; 10 (4): 1175 – 1186.

İlkay E. Cerrahpaşa Psikiyatri, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları,2002; s: 391- 395.

ILO -International Labour Organization, ILO List of Occupational Diseases (revised 2010) Cenevre, 2010.

Jakson M, Ashley D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector, Rev Panam Salud Publica,2005; 18/2: s: 114-121.

Johnstone R, Quinlan M, McNamara M. OHS Inspectors and Psychosocial Risk Factors: Evidence from Australia. Safety Science, 2011; 49: s:547-557.

Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. (çev. Abay, E.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; s: 159-164.

Karaca S. Herkes İçin 7 Sayfada Ruhsal Hastalıklar. Damla Derneği Yayınları, 2012; s: 3-5.

Karip E. Çatışma Yönetimi, Geliştirilmiş. 3. baskı. Pegem Yayıncılık, Ankara, 2005; s: 6-69.

Kaushal R, Kwantes CT. The role of culture and personality in choice of conflict management strategy, Int J Intercult Relat, 2006; 30: 579–603.

Karakoç B. Uyku Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Özel Dal Hastanesi Sağlık Çalışanları Örneği. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2009.

Khorshid L. Uyku ve Dinlenmenin Önemi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1996; 12: 133–140.

Kingma M. Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion, *International Nursing Review*, 2001; 48 (3): 129-130.

Ko W, Kiser-Larson N. Stress levels of nurses in oncology outpatient units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2016; 20(2): 158–164. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164>

Koç E. Services and Conflict Management: Cultural and European İntegration Perspectives, *Int J Intercult Relat*, 2010; 34: 88–96.

Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004; 7: s: 27-37.

Lievrouw A, Vanheule S, Deveugele M, Vos M, Pattyn P, Belle V, Benoit DD. Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician Strategies. *Oncol Nurs Forum*.2016 Jul 1;43(4):505-12. doi: 10.1188/16.ONF.505-512.

Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of australian nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 27:16(1). pii: E61. doi: 10.3390/ijerph16010061.

Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and Nursing Perceptions Concerning İnterprofessional Communication and Collaboration, *J Interprof Care*, 2014, 28(6): 526-533.

McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 44 (6), 633–642.

McVicar A. Scoping the Common Antecedents of Job Stress and Job Satisfaction for Nurses (2000-2013) Using the Job Demands-resources Model of Stress. 2016; 24(2): 112-36.

Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The Presence of Resilience is Associated with A Healthier Psychological Profile in Intensive Care Unit (ICU) Nurses: results of A National Study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2012; 49: 292–299.

Monroe TB, Kenaga H, Dietrich MS, Carter MA, Cowan RL. The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs. *Nursing Research*. 2013; 62(1): 10-5.

Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012; 4(1): 17-23.

Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*, 2009; 65: 1956-1964.

Nelson, M. "Profesyonel Hemşirelik Uygulaması Eğitimi: Geleceğe Geriye Bakış". *Hemşirelikte Çevrimiçi Sorunlar Dergisi* .2002; 7( 3), Makale 3.

North N, Leung W, Ashton T, Rasmussen E, Hughes F, Finlayson M. Nurse Turnover in New Zealand: Costs and Relationships with Staffing Practises and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Management*, 2013; 21(3): 419-428.

O'Brien-Pallas L, Murphy GT, Shamian J, Li X, Hayes LJ. Impact and Determinants of Nurse Turnover: A Pan-Canadian Study. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18(8): 1073-1086.

Önder E, Aybas M. Hemşirelerin Stres Seviyesine Etki Eden Faktörlerin Öncelik Sırasının Çok Kriterli Karar Verme Tekniği ile Belirlenmesi. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*,2010; 1(1). <http://optimumdergi.usak.edu.tr/>

Özaltın G, Nehir S. Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10: 3.

Özcan Keser N, Bilgin H. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistemik Derleme, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2011; 31/6: 1442-1456.

Özen Çöl S. İş Yerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2008; 4: 107-134.

Özgür G. Yıldırım S. Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2018; 12 (2): 21-30.

Özmutaf NM. Örgütlerde Bireysel Performans Unsurları ve Çatışma, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2007, 8(2): 41-60.

Öztürk H, Yılmaz F, Hindistan S. Hemşireler İçin Mobbing Ölçeği ve Hemşirelerin Yaşadığı Mobbing. *Hastane Yönetimi*, 2007; 11(1-2).

Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları Feryal Matbaası, Ankara. 2002; s: 293-310.

Öztürk MO. Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmemiş 10. Basım. Nobel Tıp Kitap Evi, Ankara, 2004. 479-486.

Papilla İ, Acioğlu E. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. Hipokrat dergisi 2004; (13): 387-391.

Partlak Günüşen N, Üstün B, Serçekuş Ak P, Büyükkaya D. Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. Int J Nurs Pract. 2018;18. doi: 10.1111/ijn.12717.

Pektekin Ç. Vazgeçilmez Sağlık Elemanı Olarak Hemşire. Hemşirelik Forumu 1998; 1: 74-78.

Potter AP, Perry AG. Basic Nursing Essential for Practice 5th Ed. England, Mosby, 2003; s: 689-706.

Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Worklife Conditions and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. 2013; 19: 255–267.

Robinson L. Stress and Anxiety. Nursing Clinics of North America, 1990; 25: 935-943.

Rudman, L.A, Fetterolf JC, Sanchez DT. What motivates the sexual double standard? More support for male versus female control theory. Personality and Social Psychology Bulletin. 2013; 39: 251–263.

Russell M. Lateral Violence among New Graduate Nurses. Nursing Theses and Capstone Projects.2016; 239.

Sabuncuoğlu Z. Örgütsel Psikoloji. Ezgi Kitabevi, Bursa,1996; s: 151.

Sadler C. Who's at Risk? Nursing Time, 1987; 83: s:45.

Sağlam Z. Acil Servis Hemşirelerinin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D., İstanbul, 2005.

Saines JC. Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accid Emerg Nurs* 1999; 7: s: 8-12.

Schmidt, D. R. C. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Revista Da Escola De Enfermagem USP*, 2011, 45(2), 475–481.

Sevgi Ş. Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik: Karşıyaka Devlet Hastanesi Örneği, YLT, İstanbul, 2016; s: 36.

Seligman, ME ve Csikszentmihalyi, M. *Olumlu psikoloji: Giriş*. New York, NY: Springer Hollanda, 2014; s.279-298.

Sever A.D. Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması, İÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

Shallcross L. Workplace Mobbing: Expulsion, Exclusion and Transformation, School of Management, Griffith University, 2008; s: 1-22.

Sheehan M. Workplace Mobbing: A Proactive Respons, Department of Management Griffith University, Presented at the Workplace Mobbing Conference Brisbane, Australia, 14th – 15th October. 2004.

Shirey MR, Ebright PR, McDaniel AM. Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. 2013 Jan; 21(1):17-30.

Soysal A, Yağar F, Koz T, Tunç M. Sağlık Kurumlarında Yönetici ve Diğer Sağlık Personeli Arasındaki İletişim Sorunları: Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü Örneği, *Business and Economics Research Journal*, 2016, 7(3): 183-195.

Sönmez DZ. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Gazi Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2006.

Sportsman S, Hamilton P. Conflict Management Styles in the Health Profession. *J Prof Nurs*, 2007; 23(3): 157-166.

Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*. 2010. Pocatello, ID: ProQOL. org.

Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.

Şahin A, Örselli E. Devlet Hastanelerinde Örgütsel Çatışma Nedenleri/Bir Anket Uygulaması. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2010; 13(19): 43-62.

Şahin N, ve Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10(34): 56-73.

Şahin NH, Batıgün AD. Özel Bir Sağlık Kuruluşunda İş Doyumu ve Stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1997; 12(39), 57-71.

Şimşek MA. Stres Yönetimi Programının Bursa İlinde Sanayi Alanında Çalışan Personelin Stres Düzeyine Etkisi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2005.

Tabak N, Koprak O. Relationship Between How Nurses Resolve Their Conflicts with Doctors, Their Stress and Job Satisfaction, *J Nurs Manag*, 2007; 15(3): 321-331.



Tel H, Karadağ M, Aydın G. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2003; 5(2): 13-23.

Tınaz P. İş Yerinde Psikolojik Taciz(Mobbing), Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011: s. 2-9.

Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. Int J Evid Based Healthc. 2012 Jun;10(2):126-41. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x.

Tsaras K, Daglas A, Mitsi D, Papathanasiou IV, Tzavella F, Zyga S, Fradelos EC. A cross-sectional study for the impact of coping strategies on mental health disorders among psychiatric nurses. Health Psychol Res. 2018; 8;6(1):7466. doi: 10.4081/hpr.2018.7466.

Tuna R, Baykal Ü. Nitel Bir Çalışma: Onkoloji Hemşirelerinin Çalışma Koşulları ve Bilgi Düzeylerinin Çalışan Güvenliği Açısından Belirlenmesi. Uluslararası Hemşirelik ve Klinik Uygulamalar Dergisi, 2017; 4: s.5.

Tunç T. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Sakarya Üniversitesi, SBE, YYLT, Sakarya, 2003.

Uğurlu N. Hemşirelerde Kontrol Odağı İnancı ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme Durumları Arasındaki İlişkiler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2002.

Uitterhoeve R, Bensing J, Dilven E, Donders R, deMulder P, Van Achterberg T. Nurse-patient communication in cancer care: does responding to patient's cues

predict patient satisfaction with communication. *Psychooncology*. 2009 Oct;18(10):1060-8. doi: 10.1002/pon.1434.

Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: A literature review. *Journal of Nursing Management*,2009; 17(8), 1002–1010. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x>

Uzun Ö. Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu, Birinci Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu, Ege Üniversitesi Basımevi İzmir, 1997; s: 135-143.

Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*; 2001; 4: s: 113-118.

Ünsar S, Akgün Kostak M, Kurt S, Erol Ö. Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri Ve Etkileyen Etmenler, DEUHYO Ed. İstanbul, 2011; 4(1): 2-6.

Üstün B, Akgün E, Partlak N. Çatışma Çözümü. İçinde: Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. Okullar Yayınevi, İzmir, 2005; s: 218-224.

Üstün Y, Çınar Yücel S. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4:1

Van Bogaert P, Adriaenssen J, Dilles T, Martens D, Van Rompaey B, Timmermans O. Impact of Role-, Job- and Organizational Characteristics on Nursing Unit Managers' Work Related Stress and Well-Being. 2014; 70(11): 2622-33.

Volavka J. The neurobiology of violence: An update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999; 11: s: 307-314.

Yargıç İ. Sağlık Çalışanlarında Bağımlılıkla İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları. Klinik Gelişim, 2009; 22: s: 84-87.

Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (psikolojik şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta,2007.

Yesilçay N. Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4(5)

Yıldırım A, Yıldırım D. Mobbing in the Workplace by Peers and Managers: Mobbing Experienced by Nurses Working in Healthcare Facilities in Turkey and Its Effect on Nurses, Journal of Clinical Nursing, 2007; 16 (8): 1444-1453.

Yılmaz F, Öztürk H. Hastanelerde Yönetici Hemşirelerin Karşılaştıkları Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetim Yaklaşımları, İ.U.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2011; 19(3): 145-152.

Yiğitbaş Ç. Deveci SE. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2011; 23-28.

Yurdakul M, Türkleş S, Yılmaz D, Çelik, T, Şahin M, Özcan M. Ebe ve Hemşirelerin İş Yerinde Karşılaştıkları Psikolojik Bezdirmeye Davranışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2011; 3, 28-41.

Zandi A. Frequency of depression, anxiety and stress in military nurses. *Iranian Journal of Military Medicine Summer*, 2011; 13(2), 103–108.

Zapf D. Organizational, Work Group Related and Personal Causes of Mobbing/Bullying at Work, *International Journal Of Manpower*, 1999; (20:1-2): 70-85.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.

Warshaw LJ, Messite J. Workplace violence: Preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med* 1996; 38: 993-1006.

Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Jones & Bartlett Learning; Boston: 1999.

WHO. *Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health*. Copenhagen, Denmark; WHO Regional Office for Europe. 2000.

WHO. *World Report on Violence and Health*. Geneva (Switzerland), 2002; 1-21.

Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*, 2004; 13: s: 3-10.

Winstanley S, Whittington R. Violence in general hospital: comparison of assault and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: s: 144-147.

Wu, Stacey & Singh-Carlson, Savitri & Odell, Annie & Reynolds, Grace & Su, Yuhua. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*. 2016. 43. E161-E169. 10.1188/16.ONF.E161-E169.

## 10. EKLER

### EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz ( ) 1.Kadın ( ) 2. Erkek

2.Yaşınız.....

3.Mezun Olduğunuz Okul

( ) 1.Sağlık Meslek Lisesi

( ) 3.Lisans

( ) 2.Ön Lisans

( ) 4.Lisansüstü

4.Çalıştığınız Ünite/ Klinik

Belirtiniz .....

5.Çalıştığınız birimden memnun musunuz?

( ) 1.Evet ( ) 2. Hayır

6.Çalıştığınız Klinikte Pozisyonunuz?

( ) 1. Servis Hemşiresi

( ) 2. Sorumlu Hemşire

( ) 3.Diğer belirtiniz.....

7. Mesleğinizi severek mi yapıyorsunuz?

( ) 1.Evet ( ) 2. Hayır (Neden?).....

8. Hemşire Olarak Çalışma Süreniz?

.....

9. Bulduğunuz Klinikte Çalışma Süreniz?

.....

10. Sizin Bir Şiftte Ortalama Bakım Verdiğiniz Hasta Sayısı Kaç Kişidir?

.....

11. Sıklıkla çalıştığınız şifti belirtiniz

( ) 1. Gece ( ) 2. Gündüz ( ) 3. Gece-gündüz ( ) 4. Diğer belirtiniz.....

12. Herhangi bir Hastalığınız var mı?

1- Var (Adı).....

13.İş yerinde sizi en çok zorlayan şey nedir?

.....

14. İş yerinin yarattığı sıkıntılarla nasıl baş ediyorsunuz?

.....

15. İş yaşantınızda psikososyal açıdan desteğe ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

## EK-2. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.
  - Çoğu zaman,
  - Birçok zaman,
  - Zaman zaman, bazen,
  - Hiçbir zaman.
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
  - Aynı eskisi kadar,
  - Pek eskisi kadar değil,
  - Yalnızca biraz eskisi kadar,
  - Neredeyse hiç eskisi kadar değil.
3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
  - Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli,
  - Evet, ama çok da şiddetli değil,
  - Biraz, ama beni endişelendiriyor.
  - hayır hiç öyle değil.
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
  - Her zaman olduğu kadar,
  - Şimdi pek o kadar değil,
  - Şimdi kesinlikle o kadar değil,
  - Artık hiç değil.
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
  - Çoğu zaman,
  - Birçok zaman,
  - Zaman zaman, ama çok sık değil,
  - Yalnızca bazen.

6. Kendimi neşeli hissediyorum.
- Hiçbir zaman,
  - Sık değil,
  - Bazen,
  - Çoğu zaman.
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
- Kesinlikle,
  - Genellikle,
  - Sık değil,
  - Hiçbir zaman.
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum
- Hemen hemen her zaman,
  - Çok sık,
  - Bazen,
  - Hiçbir zaman.
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- Hiçbir zaman,
  - Bazen,
  - Oldukça sık,
  - Çok sık.
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- Kesinlikle,
  - Gerektiği kadar özen göstermiyorum,
  - Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum,
  - Her zamanki kadar özen gösteriyorum.
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- Gerçekten de çok fazla,
  - Oldukça fazla,
  - Çok fazla değil,
  - Hiç değil.

**12.** Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar,
- Her zamankinden biraz daha az,
- Her zamankinden kesinlikle daha az,
- Hemen hemen hiç.

**13.** Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık,
- Oldukça sık,
- Çok sık değil,
- Hiçbir zaman.

**14.** İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla,
- Bazen,
- Pek sık değil,
- Çok seyrek.



### EK-3. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBÇTÖ)

Bu ölçek, insanların yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başetmek için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Sizin için sıkıntı ya da stres yaratan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için çoğu zaman neler yaptığınızı lütfen hatırlayın ve aşağıdaki davranışların size uygunluk derecesini işaretleyin. Size hiç uygun değilse %0'ın altındaki paranteze, çok uyuyorsa %100'ün altındaki paranteze işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor/size ne kadar uygun					
Bir sıkıntı olduğunda .....		%0	%30	%70	%100
1.	Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2.	İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3.	Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4.	Olayı/olayları büyütüp üzerinde durmamaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5.	Başta gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6.	Sakin düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7.	Kendimi kapana sıkışmış hissedirim	( )	( )	( )	( )
8.	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9.	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10.	Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
11.	Olayları kafaya takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12.	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13.	İş olacağına varır diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
14.	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bulmak için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15.	Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16.	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17.	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18.	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19.	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20.	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21.	Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )

22.	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23.	Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24.	“Kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25.	Keşke daha güçlü bir insan olsaydım	( )	( )	( )	( )
26.	Bir insan olarak iyi yönde değiştiğimi olgunlaştığımı düşünürüm	( )	( )	( )	( )
27.	“Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28.	“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29.	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30.	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

## EK-4. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/02/2018-E.11841



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-  
Konu : Nazmiye GÜNGÖR'ün Tez Konusu Hk.

### SBE HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz 29.12.2017 tarih ve 51/6 sayılı yönetim kurulu toplantısında, Hemşirelik Anabilim Dalı 151346023 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Nazmiye GÜNGÖR'ün tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa çıkma Tarzlarının İncelenmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa  
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158  
E-Posta: saqlik.sekretelik@cbu.edu.tr Elektronik Ađ: saqlikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Bilal Sekin  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni





Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

**EK-5. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU İZİNİ**

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	07 / 03 / 2018 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Nazmiye GÜNGÖR						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKÜMAN-TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>			AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	19 / 01 / 2018 / Tarih ve 4252 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Sencer TOK Spor Bilimleri Fakültesi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağ. Bil. Fak. Ebelik BÖ.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERDOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmamız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>							
						<p> Prof. Dr. Zeki ARI Başkanı</p>	

## EK-6. İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ

 <p>TC Sağlık Bakanlığı</p>	<p>T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>	<p><i>Nazmiye GÜNGÖR</i></p> <p>İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ ARGE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ G3/04/2018 15-06 - 77597247 - 619 - E.06</p>  <p>00066060061</p>
<p>Sayı : 77597247-619 Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Nazmiye GÜNGÖR'ün Araştırma İzni Hk.</p>		
<p>İZMİR MENEMEN DEVLET HASTANESİNE</p>		
<p>Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Nazmiye GÜNGÖR'ün hazırlamış olduğu "<b>Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi</b>" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuzda yapılması uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>		
<p>e-İmzalıdır. Uzm. Dr. Bediha SALNUR İl Sağlık Müdürü</p>		
<p><b>EKLER:</b> Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)</p>		
<p>İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Faks No:0 232 483 3639 e-Posta:leyla.karlidağ@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi</p>	<p>Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ Unvan:Uzman Telefon No:0 232 441 8111/325</p>	
<p>Evrakın elektronik imzalı suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden 55702d9c-7495-42d1-9780-2295c7042c2f kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</p>		



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/34	20.03.2018 65248905	29.03.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı "Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Nazmiye GÜNGÖR tarafından kurulumuza sunulan "Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi" adlı araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

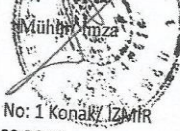
Üye  
Adı Soyadı  
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye  
Adı Soyadı  
Uzm.Dr.Leyla Sündüs  
ARSLAN

Komisyon Başkanı  
Adı Soyadı  
Dr. Zeynep SOFUOĞLU

Kurum Yöneticisi

Adı Soyadı  
Uzm.Dr. Bediye SALNUR



İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konaklı İZMİR  
Tel: ( 0232) 441 81 11 Faks : ( 0232 )483 36 39  
E-posta adresi : İzmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Uzman Leyla KARLIDAĞ  
Dahili :325

## **EK-7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

**CALIŞMANIN ADI** (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):

### **Hemşirelerin Yaşadıkları Sosyal-Duygusal Sorunların ve Stresle Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi**

---

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.*

#### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

İnsanlarla iletişime dayanan bir meslek olduğu için hemşirelik, ruhsal ve bedensel yönden sağlıklı meslek üyelerine diğer mesleklerden daha fazla ihtiyaç duyar. Ancak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaşmış olduğu olumsuz etmenler, hemşirelerin iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Bu da iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve hemşirelerin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır.

Sağlık sektörünün önemli bir parçası olan hemşire sayısının yetersiz olması, mevcut hemşirelerin iş yükünün fazla olması yeterli sağlık hizmeti verilmesini

engellemektedir. Hemşirelerin çalışma koşullarının ağır olması, rol tanımlarının belirsizliği, toplumda gereken saygıyı görmeyip şiddete maruz kalmaları çalışan hemşirelerin streslerini artırmakta ve çalışma yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Hizmet verilenin insan olması ve yapılan hataların dönülmez olması hemşirelerin çalışma yaşam kalitelerinin önemini artırmaktadır. Stres kişilerin yaşam kalitelerini azaltmakta ve sağlık durumlarının bozulmasına neden olmaktadır. Kontrol edilemeyen ve başa çıkılamayan stres kişilerin sağlık durumunu bozmakta iş kazalarına sebebiyet vermektedir. Hemşirelerin sayısının yetersiz olması ve var olan hemşirelerin sağlığının bozulması hasta bakım kalitesini düşürecek ve örgütlerin verimliliğini azaltacaktır. Bu çalışmada hemşirelerin stres kaynakları belirlenerek bunların azaltılması çalışma yaşam kalitesi yükseltilmesi amaç edinilmiştir.

Bu çalışma hemşirelik mesleğinin verimli bir şekilde sürdürülebilmesi için anksiyete - depresyon düzeyi, stresle başetme ve sosyodemografik özellikler (eğitim, medeni durum, kronik hastalığın olup olması, çocuk sahibi olup olması... gibi), vardiya, vardiyasız çalışma ve hemşirelerin çalıştıkları birimler (acil servis, yataklı servis, yoğun bakım, ameliyathane ve diğer/ hastane yönetimi ve eğitim birimleri vs) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

*( Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı ) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)*

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, tüm soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Araştırma 3 anketten oluşmaktadır. 15-20 dakika zaman harcamanıza neden olacaktır.



### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışma sonucunda hemşirelerin yaşadıkları psikososyal sorunların belirlenmesi, etkisiz başetme yöntemi söz konusu ise bunların düzeltilmesi için çalışma sonuçları önemlidir. Hastanede çalışan hemşirelerin depresyon, anksiyete oluşumu hazırlayan faktörlerin belirlenmesi çalışmayı önemli kılmaktadır.

### **GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışmanın, çalışmaya katılanlar açısından herhangi bir zararı yoktur. Sadece anketleri doldurmanız 15-20 dakika zaman harcamanıza neden olacaktır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın hiçbir kısmında kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu araştırmayı okuyacak olan birinin bilgilerinin size ait olduğunu anlaması mümkün değildir. Araştırma esnasında doldurduğunuz ölçekler, araştırmacının Nazmiye Güngör'ün kendisi tarafından saklanacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. Nazmiye GÜNGÖR  
E-mail: nzmygngr@gmail.com  
Tel: 0553 330 79 00

### Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## EK-8. HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD) İZİNİ

**Nazmiye Gungor** 21 Mart Çar 17:41 ☆  
Merhaba Ömer Bey; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim ?

---


**Ömer Aydemir** <soaydemir@gmail.com> 21 Mart Çar 18:01 ★ ↩ ⋮  
Alıcı: ben ▾  
Merhaba  
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini tez çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.  
Prof. Dr. Ömer Aydemir

21 Mart 2018 17:41 tarihinde Nazmiye Gungor <nzmygngr@gmail.com> yazdı:  
\*\*\*

---

**Nazmiye Gungor** <nzmygngr@gmail.com> 21 Mart Çar 18:35 ☆ ↩ ⋮  
Alıcı: Ömer ▾  
Teşekkür ederim

21 Mart 2018 18:01 tarihinde Ömer Aydemir <soaydemir@gmail.com> yazdı:  
\*\*\*



## EK-9. STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBÇTÖ) İZİNİ

**Nazmiye Gungor**

Merhaba Nesrin Hanım; Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinizi tezimde kullanabilir miyim?

21 Mart Çar 17:46

**Handan Deniz Ayalp** <hdenezayalp@gmail.com>

Alıcı: ben

21 Mart Çar 22:18

AŐaĐırdı bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Gűngör,

Stresle Başetme Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

21 Mart 2018 20:58 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: **Nazmiye Gungor** <nzmygngor@gmail.com>

Tarih: 21 Mart 2018 10:46

Konu: ölçek kullanım izni

Alıcı: [nesrinhislisahin@gmail.com](mailto:nesrinhislisahin@gmail.com), [nesrins@baskent.edu.tr](mailto:nesrins@baskent.edu.tr)

## 11. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Nazmiye	<b>Soyadı</b>	Güngör
<b>Doğum Yeri</b>	Menemen	<b>Doğum Tarihi</b>	1993
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	0553 330 79 00
<b>E-mail</b>	nzmygngr@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi SYO- Hemşirelik	2015
<b>Lise</b>	Menemen Atatürk Anadolu Lisesi	2011

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Hemşire	Menemen Devlet Hastanesi	2015 – halen

<b>Yabancı Dilleri</b>		<b>Okuduğunu Anlama</b>		<b>Konuşma</b>			<b>Yazma</b>	
İngilizce		Orta		Orta			Orta	
<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	75,18	78,09	70,19

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi

# TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı **Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi**

Tezime ilişkin 12/12/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 25'tir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

12.12.2018

Adı Soyadı : Nazmiye Güngör  
Öğrenci No : 151346023  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Programı : Tezli Yüksek Lisans



## DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Dr.Öğr.Üyesi Sevgi Nehir Türkmen)

### Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-*İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir*; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.

7- *Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.*

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>