

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKİ YORGUNLUK VE TRAVMA
TEPKİLERİNE BAĞLI RUHSAL BELİRTİLERLE BAŞ ETME BİÇİMİ OLARAK
MİZAHIN KULLANIMI**

H.Onur DEMİRCİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2016

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MESLEKİ YORGUNLUK VE TRAVMA
TEPKİLERİNE BAĞLI RUHSAL BELİRTİLERLE BAŞ ETME BİÇİMİ OLARAK
MİZAHIN KULLANIMI**

H.Onur DEMİRCİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof.Dr. İrem Y. ULUBİL
Etik Kurul Onay No: 2015/268

KOCAELİ

2016

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tez Adı: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Mesleki Yorgunluk ve Travma Tepkilerine Bağlı Ruhsal Belirtilerle Baş Etme Biçimi Olarak Mizahın Kullanımı

Tez yazarı: H.Onur DEMİRCİ

Tez savunma tarihi: -

Tez Danışmanı: Prof.Dr. İrem Yaluğ Ulubil

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ

Ünvanı	Adı Soyadı	İmza
Başkan		
Üye (Danışman)		
Üye		
Üye		
Üye		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2016

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ
KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlık Çalışanlarında Mesleki Yorgunluk ve Travma Tepkilerine Bağlı Ruhsal Belirtilerle Baş Etme Biçimi Olarak Mizahın Kullanımı

Amaç: Kocaeli Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki sağlık çalışanlarının mesleki travma yaşantıları, hasta ve yakınlarıyla ilgilenmenin getirdiği şiddet, ölüm, yaralanma gibi ruhsal anlamda örseleyici yaşantılar ve bu yaşantılar ile baş etme sürecinde mizahı bir araç olarak kullanıp kullanmadıklarını değerlendirmek adına travma yaşantıları ve mizah kullanımını arasındaki ilişkiyi ölçme amaçlanmıştır.

Yöntem: Kocaeli Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanları çalışmaya gönüllü olarak katılan 121 katılımcı olmuştur. Araştırmacı tarafından geliştirilen Sosyo-demografik Bilgi Formu, Sağlık Çalışanı Bilgi Formu, Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği, Mizah Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri ve karşılaştırmalı istatistikler için; korelasyon katsayıları testi ve bağımsız örneklem T Testi uygulanmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Katılımcıların %80.2 si Kadın (N=97), &19.8 i ise erkeklerden(N=24) oluşmaktadır. Mesleki anlamda travmatik etki oluşturabilecek stresörler karşısında arkadaşlarından sosyal destek alıp almama sorusunda %64.5 ile (N=78) en çok destek alıyorum cevabı verilmiş olup sağlık çalışanların en çok faydalandığı sosyal destek olduğu görülmüştür. tükenmişlik arttıkça kendini geliştirici mizah ($r = -.29$, $p < .01$) ve mesleki tatmin ($r = -.42$, $p < .01$) azalmaktadır. Travmaya maruz kalma şiddetine göre çok mizah kullananların ortalaması 9.28 iken az mizah kullananların ise 7.15 tir. Travma tepkileri şiddetinde ise az mizah kullananların ortalama puanı 6,88 iken çok mizah kullananların ortalama puanı 8.43 tür. Ortalama farkları ($p=.0$, $p<0.05$) anlamlı bir fark olduğu Travma tepkileri ve travmaya maruz kalma arttıkça mizah kullanımının da çoğaldığı anlaşılmaktadır. Ayrıca Çalışmada acil servis çalışanlarının diğer bölümlerde çalışanlara göre eş duyum yorgunluğu açısından karşılaştırıldığında arada bir fark bulunamamıştır.

Anahtar kelimeler: İkincil travma, mizah, eş duyum yorgunluğu, sağlık çalışanları, başa çıkma

ABSTRACT

Use of Humor as a coping mechanism about secondary traumatic responses and fatigue in the Kocaeli University Health Professionals and Medical Staff

Objective: Measuring the interrelation between use of humor and trauma responses of which is caused by working conditions or medical settings like occupational exposure to death, injury with medical staff and other health professionals in the Kocaeli University Hospital

Method: Kocaeli University Hospital medical staff was the target group and 121 volunteer participants have reached. Socio-demographic form, Health worker questionnaire, Turkish version of Professional Quality of Life Scale and Turkish version of Humor styles questionnaire have used in the study. Descriptive statistics, correlation test and independent samples T test have used in the statistical analysis and interpretation of the data.

Indicators and results: %80.2 of the participants is female (N=97) and the other portion of the group is male (%19 N=24) %64.5 of participants point out that they get social support from their work mates and it is most preferred social support field as option in the related section of the questionnaire (N=78). Job satisfaction ($r = -.42, p < .01$) and self-developing humor ($r = -.29, p < .01$) tend to reduce when the burn out score raising. Frequent humor users mean is 9.28 and Less humor users mean is 7.15 towards Trauma exposure scores. Less Trauma users score mean is 6.88 and frequently humor users mean is 8.43 towards trauma responses score There is a significant value Mean Differences ($p=0, p<0.05$). According to these data; Trauma responses score and Use of humor score are positively correlated, Trauma exposure score and use of humor score is positively correlated. By the way, There is no statistically significant difference between Emergency service-Policlinic staff group and inpatient service- laboratory staff group in terms of compassion fatigue.

Key Words: Secondary Trauma, humor, Compassion Fatigue, Medical staff, Health Professionals

TEŞEKKÜR

Öğrenciliğim boyunca enstitüde hiç bir zaman yardımını esirgememiş fikirleriyle beni aydınlatmış olan Durmuş İMAT'a Ruhsal Travma Yüksek Lisansına başlamamdan bugüne kadar eğitim ve tez sürecinde bana bilgilerini ve ilgilerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof.Dr. A.Tamer AKER ve Prof.Dr. İrem Y. Ulubil 'e teşekkürlerimi sunarım.

H.Onur DEMİRCİ

Kocaeli 2016

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..... / / 2016

Adı Soyadı

İmza



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
ÇİZİMLER DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1- GİRİŞ	1
1.1. Travmatik Olay ve Travmatik Stres.....	2
1.2. İkincil Travma.....	4
1.3. Merhamet Yorgunluğu.....	6
1.4. Tükenmişlik	8
1.5. Travmatik Stres ile Baş etme:	11
1.5.1. Stresle Başa Çıkma Yolu Olarak Mizah	12
1.5.2. Çeşitli İş kollarında Karşılaşılan Travmatik Stres ve Baş etme Biçimi Olarak Mizah Kullanımı	15
2. AMAÇ	18
2.1. Amaç ve Kapsam	18
3. YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Yeri ve Evreni:.....	19
3.2. Gereçler.....	20
3.2.1 Sağlık Çalışanı Değerlendirme Formu ve Sağlık Çalışanı Mesleki Soru Formu	20
3.2.2 Çalışan İçin Yaşam kalitesi Ölçeği	20
3.2.3. Mizah Tarzları Ölçeği	21
3.3. Analizler:.....	22
4. BULGULAR:	23
5. TARTIŞMA.....	37
5.1. Sınırlılıklar	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	43
ÖZGEÇMİŞ.....	53
EKLER	54

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1 : Travmatik bir olaya maruz kalmış kişilerde görülen fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler.....	3
Çizim 2 : Travmatik bir olaya birincil dereceden ve ikincil dereceden maruz kalmış kişilerin geliştirdikleri semptomların karşılaştırılması.....	4
Çizim 3 . Eşduyum Yorgunluğu, Tükenmişlik ve İkincil Travma kavramlarının ayrıştırılması.....	10



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Araştırmaya Dahil Edilen Kişilerin Demografik Özellikleri.....	23
Çizelge 4.2 İkincil Travma Yaşantılarına İlişkin Sorularla İlgili Bulgular.....	25
Çizelge 4.3 Çalışmaya Katılan Kişilerin Mesailerinde Karşılaştıkları Travmatik Olaylara Karşı Geliştirdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular	26
Çizelge 4.4 Çalışmaya Katılan Kişilerin Mesailerinde Hasta ve/veya Hasta Yakınların Tarafından Maruz Bırakıldıkları Şiddete İlişkin Bulgular	27
Çizelge 4.5 Çalışmaya Dahil Edilen Kişilerin Ölçeklere Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular.....	28
Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aldıkları Toplumsal Desteğin Özellikleri.....	29
Çizelge 4.7. Sorunlarla Baş Etmede Mizahı Az veya Çok Kullanan Katılımcıların Farklı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	30
Çizelge 4.8. Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçekleriyle Mizah Tarzları Ölçeğinin Alt Ölçekleri arasındaki ilişkileri incelemeye dair bulgular.....	33
Çizelge 4.9. Travma Yaşantısı, İkincil Travma Tepkileri Kümesi ve Mizahın İş Ortamında Kullanımı ile ilişkiye dair bulgular.....	34

KISALTMALAR DİZİNİ

ASB	Akut Stres Bozukluğu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1- GİRİŞ

Travmatik olay, bireyin yaşamını tehdit eden olay olarak tanımlanmaktadır. Kişi, bir travmatik olay sırasında çaresizlik, korku, utanç ve suçluluk gibi tepkiler verdiyse bu tür olaylar artık ruhsal açıdan travmatik olaylar olarak adlandırılır (Aker 2012). Travmatik olay; deprem, sel gibi doğal olaylar, savaş, göç gibi kitlesel olaylar, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrama, çocuklukta yaşanan taciz, duygusal ve fiziksel istismar, işkenceye maruz kalma, kaçırılma, yaralanma, ölü bir bedeni veya bedeninin bir parçasını görme, bir yakının ölümü gibi olayları kapsayan çok geniş bir yelpazeye yayılır. Travmatik bir olaya maruz kalmış kişilere ilk elden yardım etmeyi amaçlayan çeşitli meslek çalışanları için de bu durum zorlayıcı ve stresli olabilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda Figley (1995), travmatik bir olaya maruz kalmış kişilere hizmet veren kişilerde gözlenen travma sonrası stres belirtilerini "ikincil travmatik stres" olarak tanımlanmıştır. İkincil travmanın yanı sıra merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik gibi kavramların da kullanıldığı görülmektedir.

Bazı meslek grupları işlerinden kaynaklı olarak travmatik yaşantılarla maruz kalmış kişiler ile sık sık temas kurmaktadır. Eşduyum yorgunluğu; İtfaye çalışanları, psikologlar, psikiyatristler, sosyal çalışmacılar, ambulans ekibi, arama kurtarma çalışanları, acil yardım çalışanları gibi travmaya maruz kalmış kişilerle çalışan bir çok iş alanındaki bireyleri etkilemektedir (Figley 2002). Bedensel ve zihinsel açıdan travmatik bir olaya maruz kalmış kişilerle sık olarak karşılaşan meslek gruplarından biri de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının görevi zor durumda olan ve bakıma gereksinim duyan kişilere yardım etmektir. Bu nedenle, travmanın dolaylı etkileri açısından risk altındadırlar. Travmaya maruz kalmış kişilere yardım eden kişiler arasında %50'ye yakınının eşduyum yorgunluğu riski altında olduğu bilinmektedir (Njeyan ve diğ. 2011).

Eşduyum yorgunluğuna karşı koruyucu faktörler arasında amaç ve anlam bulma, yaptığı işin pozitif yönlerini keşfedebilme, ruhsallık ve mizah kullanımını da bulunur (Hiçdurmaz, 2015). Bu çalışmanın amacı Kocaeli Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarının stresle baş etme biçim olarak mizahı ne derece kullandıklarını ve bu baş etme biçiminin mesleki/ikincil travmatik stres tepkileri üzerine olan etkilerini değerlendirmektir.

1.1. Travmatik Olay ve Travmatik Stres

Travma kavramının tanımı ile ilgili Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'na bakıldığında (APA 2013) bireyin yaşamsal tehlike, yaralanma, cinsel saldırı gibi olaylara fiilen maruz kalması ya da bunların kıyasından dönmesi, bu tür olaylara tanıklık etmesi veya bir yakının başına böyle bir olayın gelmesi travmatik yaşantılar olarak belirtilmiştir. Bu tür olaylardan sonra kişiler travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranabilirler ya da hissedebilirler, olayın bir yönünü çağrıştıran durumlarla karşılaştıklarında yoğun bir psikolojik sıkıntı duyabilirler ya da fizyolojik tepki gösterebilirler. Travmatik bir olaya maruz kalmış kişiler yoğun korku, dehşet veya çaresizlik tepkileri gösterebilirler, yaşadıkları bu olaya dair anıları tekrar tekrar anımsayabilirler ya da rüyada görebilirler. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları gösterebilirler. Olayla ilgili anıları uyandıran etkinliklerden, yerlerden ya da kişilerden uzak durabilirler. Travmanın önemli bir bölümünü anımsamayabilirler, önemli etkinliklere ilgileri ya da katılımları azalabilir, insanlardan uzaklaşma ya da yabancılaşma duygularına kapılabilirler. Duygulanımda kısıtlılık ve bir geleceğin kalmadığı duygusu görülebilir. Bunların yanı sıra, uyku bozuklukları, huzursuzluk, öfke patlamaları, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk, sürekli tetikte olma ve aşırı irkilme gibi belirtiler de görülebilir. Bunlar travma sonrası stres bozukluğunun belirtileridir (APA 2013).

Aker, (2012) travmatik olayı; bir bireyin yaşamsal bütünlüğünü tehdit altına alan, bu bütünlüğü bozan olaylar olarak tanımlamıştır. Ruhsal travmaya yol açabilecek olayları çeşitli şekillerde sınıflamak mümkündür. En yaygın olarak kullanılan sınıflamalarda bu tür olaylar üç başlık altında toplanır; 1. İnsan elinden kasıtlı olarak çıkan olaylar, 2. Doğal afetler / olaylar, 3. Kazalar. Travmatik olayları bireysel ya da toplumsal, tekil veya çoğul ya da süregelen olarak sınıflamak da mümkündür (Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği: Katılımcı Kitabı, 2011)

Travmatik bir olay yaşama ile ilgili yapılan çalışmalarda Amerika ve Avrupa'daki insanların %60'ı ile %80'i arasındaki yetişkinlerin hayatlarında en az bir defa travmatik bir olaya maruz kaldığı görülmektedir (de Vries ve Olf 2009).

Travma yaşantısı her zaman psikiyatrik bir hastalığın ortaya çıkması ile sonuçlanmaz. Özellikle maruz kalan bireylerde ortaya çıkan ilk dönem tepkileri çoğunlukla

bir hastalık belirtisi değildir ve travmatik yaşantı sonrasında görülebilecek doğal reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılabilirler:

Fizyolojik belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Duygusal Belirtiler	Davranışsal belirtiler
- Yorgunluk	- Hafıza kaybı	- Anksiyete	- Uyku bozuklukları
- Bulantı, Kusma	- Konsantrasyon	- Üstesinden	- Ağlama nöbetleri
-Baş ağrısı	güçlüğü/dikkat	gelememe duygusu	- Madde kötüye
-Aşırı terleme	dağınıklığı	- Yas	kullanımı - Uygunsuz
-İnce motor tremorlar	- Objeleri	- Kurbanlarla	espriler (ölüm
-Titreme, Tikler	isimlendirememe	özdeşleşme -	hakkında)
-Diş gıcırdatma	(Anomia)	Depresyon	- Aşırı tedirginlik
-Kas ağrıları	- Dikkat süresinin	- Kendine ve	- Ritüeller
- Baş dönmesi	kısalması	başkalarına zarar	
	- Karar verememe	geleceği beklentisi	
		- Suçluluk hissetme	

Çizim 1 : Travmatik bir olaya maruz kalmış kişilerde görülen fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler (Oflaz, 2008).

Travmaya verilen yanıtlar tekil bir bozukluktan çok bir durumlar yelpazesidir. Bir ucunda yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtilerinin olduğu akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi genellikle tek bir olaya verilen yanıt, diğer ucunda ise tekrarlayan, çoğu kez insan eliyle oluşturulmuş tecavüz, işkence, çocukluk çağı istismarı gibi travmatik olaylara maruz kalma sonucu kendilikte ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalarla ortaya çıkan daha karmaşık sendromlar yer alır (Aker 2012).

Travmatik bir olaya maruz kalmış kişilerle çalışanların işlerinin doğasından kaynaklı olarak, travma mağdurlarının yakını olanların ise rolleri gereği mağdura bakım ve ilgi göstermeleri gerekmektedir (Sungur 1999). Travmaya direkt olarak değil ancak dolaylı yoldan maruz kalan bireylerde uyku düzeninde bozulma (Johnson ve Hunter 1997), rüyalar, düşünceler (Steed ve Downing 1998) gibi semptomlar ve bireyin bilişlerindeki negatif değişimler (Pearlman ve Mac Ian 1995, Schauben ve Frazier, 1995)

gözlenebilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında kişilerin travmaya direkt olarak değil de dolaylı olarak maruz kalmasından kaynaklı olarak ortaya çıkan durumları tanımlamak için şefkat yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travma kavramlarının ortaya çıktığı görülmektedir (Walker 2004).

1.2. İkincil Travma

Arama kurtarma çalışanları, kriz yönetimi ve ruh sağlığı çalışanları, hekimler gibi yaşamsal gereksinim sağlanmasında çalışan görevlilerin dolaylı olarak travmatik olaya maruz kalmasından dolayı ikincil travmatik stres tepkisi gösterme olasılığı yüksek bir grup oldukları düşünülmektedir (Yılmaz 2007). Cinsiyet, travma geçmişi, çalışma koşulları ve kişinin meslekteki çalışma süresi gibi değişkenler ikincil travma için risk faktörü oluşturmaktadır (Cornille ve Meyers 1999, Ortlepp ve Friedman 2002).

Figley (2002) travmatik bir olaya birincil dereceden ve ikincil dereceden maruz kalmış kişilerin geliştirdikleri semptomlarını karşılaştırmıştır. Bu karşılaştırma Tablo 2 de görülmektedir.

Doğrudan Travmatik olaya maruz kalan kişilerde görülen belirtiler	İkincil (Sekonder) Travma stres belirtileri
A- Kişi, her insanda stres yaratabilecek, tecavüz, doğal afet, yaralanma, ölüm tehdidi, terör eylemine maruz kalma gibi normal yaşam akışının dışında bir olay deneyimlemiştir.	Travmatik bir olaya maruz kalan bir kişiye sağlık çalışanı, sosyal çalışmacı, psikoterapist veya başka profesyonel iş alanında çalışırken yardım etme
B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşantılanır.	
1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları: bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.	Yardım edilen kişinin yaşadığı olayı tekrar anımsatan, sıkıntı veren anılar
2. Travmatik olayı sık sık, sıkıntı veren biçimde rüyada görme	Yardım edilen kişinin yaşantıladığı olayı sık sık sıkıntı veren bir şekilde rüyada görme
3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme	Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (Kişiye yardım etmek

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma için iletişim kurma, kişinin hikayesini dinleme) Kişiye yardım ederken ki durumun bir yönünü ya çağrıştıran ya da andıran iç veya dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
5. Travmatik olayın bir yönünün çağrıştıran olaylara karşı fizyolojik tepki gösterme Yardım eden durumundayken deneyimlenen olayın herhangi bir yönünü çağrıştıran olaylara karşı fizyolojik tepki gösterme

C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları Yardım edilen kişinin travmasına eşlik eden düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları Yardım edilen kişinin travması ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
3. Travmanın bir yönünü anımsayamama Travmatik bir olaya müdahale ederken veya kavramsallaştırırken yapılan muhakeme hataları
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
6. Duygularda kısıtlılık Duygularda kısıtlılık
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örneğin bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olamaması gibi) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örneğin işinde uzun süreli bir kariyer beklentisi içinde olamaması gibi)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
2. İritabilite ya da öfke patlamaları İritabilite ya da öfke patlamaları

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
4. Hipervijilans Hipervijilans
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme Aşırı irkilme tepkisi gösterme
- E. Bu bozukluk 1 aydan daha uzun sürer.
- F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli alanlarında bozulmaya neden olur.
-

Çizim 2: Travmatik bir olaya birincil dereceden ve ikincil dereceden maruz kalmış kişilerin geliştirdikleri semptomların karşılaştırılması.

1.3. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk olarak Joinson (1991) tarafından kullanılmış olup, hemşirelerin iş ile ilişkin tükenmişlik deneyimlerini açıklamada kullanılmıştır. Semptomlar, başlangıçta daha yoğun olarak görülür. Bu semptomlar travma semptomları gibi uyku zorluğu, korku veya olayı hatırlatan durumlardan kaçınmadır (Rothenberg ve diğ. 2008). Figley (2012) mesleki stres karşısında bir tepki olarak merhamet yorgunluğunu bakıcı veya sağlık görevlisi olarak çalışan profesyonellerde zamanla görülebilen duygusal ve fiziksel bitkinlik anlamında kullanılan güncel bir kavram olarak açıklamıştır. Eşduyum yorgunluğunun bir çok semptomu vardır. Aşağıdaki semptomlardan herhangi biri eşduyum yorgunluğunun varlığının habercisi olabilir.

- Negatif uyarılmışlığın yükselmesi
- İntusif düşünceler / bakım verilen kişinin travmasının görüntüleri (ya da kişinin kendi travması)
- İş yaşamı ile kişisel yaşamını ayırtmada zorluk
- Düşük engelleme toleransı/ öfke ve şiddet patlamaları
- Bakıma ihtiyacı olan kişilerle çalışma korkusu
- Yararsız ya da benliğe zarar verici davranışların oluşması
- Hipervijilans
- İş kariyeri ile ilgili amaçlarda azalma
- Ego işlevselliğinde azalma
- Umut kaybı (Gentry, Baranowski ve Dunning 1997) .

Literatürde “Compassion Fatigue” kavramı eşduyum yorgunluğu ve merhamet

yorgunluğu olarak Türkçeye çevrilmiştir. Ancak Hiçdurmaz (2015) bu kavramın içerik olarak acı çeken bireyin duruma bakış açısından durumu görebilmeye çalışmak ve bu anlamda birincil travmaya maruz kalan bireye benzer şekilde acı duyumsama olarak yorumlanabileceğinden, eşduyum yorgunluğu olarak Türkçeleştirmenin daha uygun olacağı iddia etmiştir. Ayrıca literatür taramasında bir çok makalede de eşduyum yorgunluğu (Yeşil, Aker ve Sezgin 2009, Aker 2014, Taycan, Taycan ve Çelik 2012) kavramı olarak kullanılmasından dolayı bu çalışmada da bu isimle kullanılması uygun görülmüştür.

Yoder'e (2010) göre eşduyum yorgunluğu sadece bir felakete maruz kalmış kişilere bakım verenlerde değil, aynı zamanda diğer hastane hemşirelerinde de görülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında bakım evlerinde çalışan hemşireler (Abendroth ve Flannery 2006), onkoloji hemşireleri (Potter ve diğ. 2010), ve pediatri hemşireleri (Maytum, Heiman ve Garwick 2004, Meadors ve Lamson 2008) de eşduyum yorgunluğu riski altında olduğu görülmektedir. Hooper ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin diğer serviste çalışan hemşirelere oranla merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik sendromu açısından daha fazla risk altında olduklarını belirtmişlerdir. Van Mol ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları gözden geçirme çalışmasında yoğun bakım ünitesinde görev yapan sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu prevalansının %7.3 ile %40 aralığında olduğunu, ikincil travma prevalansının %0 ile %38 aralığında ve tükenmişlik prevalansının %0 ile %70 arasında değiştiği görülmektedir. Yeşil ve arkadaşlarının. (2010) yapmış oldukları çalışmada kadınların, doktor ve hemşirelerin eşduyum belirtilerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Çolak ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyonu belirlemek için yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %50.9'unda travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) ait belirti saptanmış olup, %11.4'üne olası TSSB tanısının konduğu belirlenmiştir

1.4. Tükenmişlik

İş yaşamında, çalışanların büyük bir kısmının belirli dönemlerde yaşadığı fakat tanımını tam olarak bilmediğinden adlandıramadığı bir kavram olan tükenmişlik (Burn out), son yıllarda sıkça çalışılan bir konudur. Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Er (1974) tarafından kullanılmış ve “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır. Maslach’a (1976) göre tıpkı bireyler arası ilişkilerde olabileceği gibi bireyin işi ile kendi arasında bir çeşit ilişki güçlüğü olarak da tanımlar ayrıca tükenmişlik te duygusal anlamda tüketici durumların uzun süreli yaşantılanması ve buna karşın kaynakların azlığı gibi durumlarda kullanılabilir. Storlie (1979 alıntı Hare, Prat ve Anders 1988) ise tükenmişliği mesleki bir otizm olarak tanımlamıştır. Santinello (1993), tükenmişliği kişisel ilişkilerde duyarsızlık ve ilgisizlik barındıran bir sorun olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (1998, alıntı Oruç 2007) tükenmişlik kavramını “fazla çalışma ile ortaya çıkan yoğun duygusal yorgunluk ve bu durumun sonucunda kişinin iş ve yükümlülüklerini yerine getirememesi durumu” olarak tanımlamıştır

Pearlman ve Hartman, yapılan tükenmişlik tanımlarından yola çıkıp tükenmişlik kavramı ile ilgili çoklu kavramsallaştırma yoluna gitmişlerdir. Birleştirdikleri bu tanımlardan şu sonuca varmışlardır (1982 alıntı Çapulcuoğlu ve Gündüz 2013, s32):

- Başarısızlık, yorgunluk ve duygusal açıdan tükenme,
- İşe karşı olan bağlılığın yitirilmesi,
- Yaratıcılığın kaybedilmesi,
- Kişilere veya çalışılan yere karşı yabancılaşma,
- Genellikle rahatsız eden fiziksel ve duygusal semptomlarla ilişkili olarak, bireyin kendisine ve karşısındaki kişilere yönelik hoş olmayan davranışlar sergilemesidir.

Bu kavramlar her ne kadar birbirleri ile yakın olarak kullanılsalar da aralarında belirgin farklar bulunmaktadır. Joinson’un eşduyum yorgunluğu kavramına karşın Figley’e göre eşduyum yorgunluğu, ikincil travmaya maruz kalan kişilerde görülen doğal bir sonuçtur. Ayrıca Figley’e göre (1995) ikincil travmatik stres ile eşduyum yorgunluğu birbiriyle yer değiştirebilecek kavramlardır. Öte yandan diğer araştırmacılar bu iki terimin birbirleri ile yer değiştiremeyen ve farklı kavramlar olduğunu ifade etmişlerdir (Coetzee ve diğ. 2010). Mathieu (2012) ikincil travma ve tükenmişliğin, eşduyum yorgunluğunun iki elementi olduğunu belirtmiştir. Tükenmişlik kavramı genel olarak kişiler arası ilişkilerden daha

ziyade iş yükü, otonomi, ödüllendirme gibi iş yeri ile ilgili kavramlarla ilişkilidir (Whitebird ve diğ. 2013). Elkonin ve Rizelle'ye (2010) göre tükenmişlik kişilerin profesyonel iş yaşamında karşılaştıkları stresin bir sonucudur. Diğer yandan Sabo'ya (2011) göre tükenmişlik, eşduyum yorgunluğunun ön koşuludur. Tablo 3'te eşduyum yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travma kavramlarının risk faktörleri, tetikleyicileri, semptomatolojileri ve süreçleri açıklanmıştır (Solomon 2014).



Çizim 3. Eşduyum Yorgunluğu, Tükenmişlik ve İkincil Travma kavramlarının ayrıştırılması:

	<i>Tükenmişlik</i>	<i>Eşduyum Yorgunluğu</i>	<i>İkincil Travma</i>
Risk Faktörleri	Her çeşit zorlu ve stresli iş ortamı	İlişki, bağlantı Stresi	Travmatik bir olaya maruz kalan bireye yardım edenler
Tetikleyici/Öncüller	Git gide çoğalan stresin sonucu	Uzun süreli, devam eden bir şekilde yoğun risk faktörlerine maruz kalma	Akut travmatik bir olaya maruz kalmak
Semptomatoloji	İş tatmininden yoksunluk ve; <ul style="list-style-type: none">• Hastalara karşı duyarsızlaşma• Duysusal Tükenme• Kişisel başarılarından yoksun olma	İş ile ilişkili sosyal, fiziksel ve duygusal olarak şefkatli bakım vermede görülen bozulmalar	Kişinin travmasını yeniden deneyimleme Kalıcı uyarılma Hissizleşme ve kaçınma
Süreç	<ul style="list-style-type: none">• Durağanlık• Engellenme• Hissizlik (apati)	Çoğalan bir şekilde <ul style="list-style-type: none">• Eşduyum stresi• Eşduyum yorgunluğu• Eşduyum rahatsızlığı	Ani duygusal Tepkiler

1.5. Travmatik Stres ile Baş etme:

Baş çıkma kavramının işlevsel ve kuramsal pek çok tanımın yapılmasına karşın, genel eğilim başa çıkmanın psikolojik sıkıntı ya da strese yol açan öncüllerin/kaynakların azaltılmasıyla ilgili bilişsel ve davranışsal tepkilerden oluşan dinamik bir süreç olduğu şeklindedir (Bacanlı 2013).

Diğer bir ele alışı göre, Baş etme davranışı olarak nitelenen kavramın karşılığı problemlili sosyal yaşantıları psikolojik zararlarından koruyan davranıştır ve sorunu arttıran şartları saf dışı bırakmak, algının kontrolü vasıtasıyla problemlili yapıyı nötralize etmek, diğer bir deyişle etkisizleştirmek ve diğeri de problemlili duygusal getirilerini yönetilebilir sınırlarda tutmak şeklinde üç ana metodu bulunur. (Pearlin 1978) Ayrıca Lazarus ve Folkman'a göre stresle başa çıkma birey tarafından stres olarak algılanan ve aynı zamanda bireysel kaynakları zorlayan etmenleri, çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak ve gidermek adına yapılan bilişsel ve davranışsal çabaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Lazarus 1980).

Travmatik olaylara maruz kalındığında kullanılan başa çıkma stratejilerinin sorun çözmeye yönelik stratejiler ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır (Dirkzwager, Bramsen ve Ploeg 2003). Bunlardan ilki sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını etkiler. Sorunu çözmeye yönelik stratejiler (problem çözmeye, sosyal destek arayışı gibi) sorun yaratan durumu değiştirmeye, ortadan kaldırmaya ya da kontrol etmeye yönelikken, duygu odaklı başa çıkma yöntemleri (kaçınma, hayal kurma gibi) duruma duygusal olarak adapte olmaya çalışmaya sınırlıdır (Bjorck ve Klewicki 1997).

1.5.1. Stresle Başa Çıkma Yolu Olarak Mizah

Abel (2002), mizahı kişinin belirli durumlar karşısında gülmesi ve eğlenmesi olarak tanımlamaktadır. Mizah tepkisini bilişsel şemalarla açıklayan diğer bir görüşte, mizah tepkisinin, kalıp yargılar, kavramlar, durumlar, davranış serileri içeren şemalar arasında oluşan uyumsuzluk, tutarsızlık sonucunda ortaya çıktığını ifade eder (Deckers 1990). Martin (2007) mizah sürecinin 4 bileşeni olduğunu ifade etmiştir. Bu bileşenler: Sosyal içerik, bilişsel-algısal süreç, duygusal süreç ve gülmenin sözel-davranışsal ifadesidir. Psikanalitik kuramın öncüsü Freud'a göre mizah ya günlük ve/ veya cinsel dürtülerin bir çeşit dışavurumu olabilmektedir. (Freud 1905, çev. Kapkın 1989) Böylelikle açıkça ifade edilmesi toplumca kabul edilebilir bir biçimde ifade edilmekte olduğu anlaşılmaktadır. Klinik anlamda; şakalar ve mizah kullanımı zihinsel anlamda, yorumlama, tanımlama algılama ve ikili ilişkilerde iletişimin etkinliği gibi konular ve bu konuların bilinçdışı boyutuna dair göstergeler içerir. (Newirth 2006). Psikanalitik bakış açısının mizahın oluşumuna getirdiği açıklamalara paralel bir sonuç da Mizahın, kaygının yoğunluğunu azaltma gibi bir amacı olan bir savunma mekanizması olarak değerlendirilmesidir (Freud 1928).

Gündelik yaşamda mizahın çeşitli türleri ile karşılaşmak oldukça sık rastlanan bir durumdur. Mizah, sosyal yaşamda grup kimliğini oluşturma (Robinson ve Smith-Lovin 2001), karşındakine sevdirmeye taktiği (Kane, Suls ve Tedeschi 1977) ve hatta cinsel ilgi sinyali (Wale 1976) olarak kullanılmaktadır. Öte yandan mizah psikolojik sağlık açısından da önemli bir yere sahiptir. Örneğin yapılan çalışmalarda mizahın depresyon ve anksiyete skorlarını düşürdüğü ve benlik saygısı skorlarını yükselttiği görülmektedir (Deaner ve McConatha 1993, Kuiper ve Martin 1993). Deneysel araştırmalar, mizahın fiziksel sağlık açısından da önemli bir kavram olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda acı düşürücü etkisinin olduğu ve acı toleransı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Cogan, Waltz ve McCue 1987).

Özellikle gelişim psikolojisiyle ilgili yazında mizahın çocuklardaki gelişiminin doğumla başlayan bilişsel sürecinde; bağlanılan figüre gülme, nesnelere karşı ve daha sonra kavramlara karşı gülme ve fark etme, tutarsız davranışlar ve bu tutarsızlıkların fark edilmesi ve 6-7 yaşlarından sonra da, daha yetişkin mizahına benzer bir şekilde espriler, kişisel gelişime göre kelime oyunları fonetik ya da anlam oyunları, bilmeceler geliştirme gibi bir gelişim sergilediği öne sürülmektedir. (Mcghee 2013).

Monro (1988) mizah teorilerini 3 türde incelemiştir. Bunlar: uyuşmazlık kuramları, üstünlük kuramı ve rahatlama kuramıdır.

Uyuşmazlık kuramı; Bu görüş davranışsal bir önerme olması yanı sıra bir felsefe sorusu bağlamında da ele alınmaktadır. (Clark 1970) Diğer bir araştırma anı, önceden kestirilmesi güç, tutarsız ya da kişiye mantıksız gelen düşünceler, olay ya da kavramların çelişkili bulunduğu durumlara karşı anlık düşünsel ya da davranışsal tepkiler olarak betimlerken, mizahın bilişsel boyutuna vurgu yapar. (Öner 2012) Bu uyuşmazlıkların diğer bir çeşidi de kelimelerle oyun yapma birden fazla anlamı olan kelimeleri kullanma, ya da cinas “puns” kullanma yoluyla da kavramsal uyuşmazlıklarla mizah türetilmektedir (Attardo 1994). Süreç; mizah içerikli bir uyarının algılanması, bu içerikte mizahi yanı olan mantıksal tutarsızlığın algılanması ve çözümlenmesi şeklinde olup, mizah amacı olmayan matematik soruları yapbozlar vs. gibi beklenmediklik barındıran ancak mizahi boyutta mantıksızlık bulandırmayan içeriğe verilen tepkilerde de mizah cevabı oluşması beklenmemektedir (Suls 1972). Uyuşmazlık teorilerinin eleştirisinde de hangi kavram ve uyuşmazlıkların haz veya diğer bir değişle memnuniyet vereceğini tam olarak çerçeveleyememesi ve mizah kullanan ve algılayan, dinleyen yorumlayan kişinin her mantıksal çelişkiyi mizahi boyutta algılayıp algılamayacağına tam açıklık getirememesi ifade edilir (Smuts 2002).

Rahatlama Kuramına göre insanın homeostatik dengesinde etkin olduğu, gülme durumunda, daha önce birikmiş olan gerilimsel enerjinin salınması rahatlamaı sağlamakta sosyokültürel baskı toplumsal kısıtlamalar gibi ek olumsuz etmenler karşısında rahatlamaı sağladığını savunur. (Buijzen 2004)

Üstünlük kuramı yine mizahi açıklamaya çalışan temeli Platon, Aristoteles, Hobbes gibi eski filozofların fikirlerinden temel bulmuş olup başkalarının eksiklikleri üzerinden kişinin kendi üstünlüğünü ifade etmesi olarak tanımlanır (Wilkins 2009) Bu kurama göre mizah bir zafer tutkusu içermektedir, ve düşmancıl bir mizah çeşidi olarak açıklanabildiğinden ve maruz bırakıldığında karşıdaki için çok kabul edilebilir bir hissiyat oluşturmayacağından, hoş bir mizah çeşidi olmayabilir. (Meyer 2000)

Martin ve arkadaşları (2007) mizahın 4 boyutu olduğunu ifade etmişlerdir.

Kendini Geliştirici Mizah

Bu mizah türü yüksek olan kişiler kişiler arası gerilimi düşürmek ve diğer insanlar ile ilişkiyi geliştirmek amacıyla eğlenceli şeyler anlatma ve keyifli şakalar yapma eğilimindedirler (Lefcourt 2001). Bu mizah türü dışa dönüklük, yakınlık, ilişki memnuniyeti ve ayrıca genel olarak pozitif ruh hali ve duygular ile ilişkilidir.

Katılımcı Mizah:

Bu mizah türü yaşama espirili bir bakış açısı getirir. Katılımcı mizah, sıklıkla yaşamın zorlu durumlarına karşı hatta stress ve zorluklarda bile eğlenceli bir bakış açısı geliştirmeyi tanımlar (Kuiper, Martin ve Olinger 1993). Kendini geliştirici mizah ile karşılaştırıldığında bu boyut kişilerarası sürece odaklanmadan daha ziyade intrapsişik bir yapıdadır ve bu nedenle dışa dönüklük ile güçlü bir ilişkisi yoktur (Martin ve diğ. 2007).

Saldırgan Mizah:

Bu mizah türü küçümseme, sataşma, dalga geçme, küçük düşürme gibi kavramlarla ilişkilidir (Zillman 1983). Ayrıca diğer insanları küçük düşme korkusu ile manipüle etmeye yarar (Janes ve Olson 2000). Saldırgan mizah ile nevroitiklik, öfke, düşmanlık ve saldırganlık arasında pozitif ilişki olduğu düşünülürken, yakın ilişki, ilişki memnuniyeti ve vicdan ile negatif ilişki olduğu düşünülmektedir (Martin ve diğ. 2007).

Öz Yıkıcı Mizah:

Bu mizah türü kişinin karşısındakini güldürmesi ve ilişkilerini güçlendirmesi amacıyla, kendini mizahi bir yolla kötülemesi, kendisi ile alay etmesi gibi davranışları içerir. Kişi kendisinden fazla ödün verir ve gruba katılma ya da kabul edilme amacıyla kendinin aleyhinde komik şeyler yapma, söyleme ve komik duruma düşünce de kendine başkalarıyla birlikte gülmeyi içerir. Kişi bu durumun savunmacı inkârın bir türü olduğu veya altta yatan negatif duyguları saklamak, problemle yüzleşmekten kaçmak için bir yol olduğu belirtilmektedir (Martin ve diğ. 2007).

Travmayla çalışmanın yıkıcı etkisinden korunmada şakacılık, mizah kullanımı işlevsel bir baş etme biçimi olarak görülmektedir (Figley 1995). En genel tanımı ile mizah, olaylar ve durumların eğlenceli yönünü görebilme becerisidir (Güven 2013). Araştırmacılar uzunca bir süre mizah duygusunu çok geniş anlamda ele alıp, mizahın bütünüyle olumlu ve her durumda faydalı bir araç olduğunu belirtmişlerdir (Yerlikaya 2007). İlgili literatürde bireyin gülünç, esprili bir uyararla karşılaştığında pozitif bir ruh hali ve pozitif bir etki sağladığından bahsedilir. (Szabo 2003).

1.5.2. Çeşitli İş kollarında Karşılaşılan Travmatik Stres ve Baş etme Biçimi Olarak Mizah Kullanımı

Yapılan birçok görgül çalışmada mizahın stresin negatif etkilerine karşı başa çıkmada önemli bir koruyucu olduğu gözlenmektedir. İsrail savunma kuvvetleri ile yapılan bir çalışmada stres ile başa çıkma ve mizah arasındaki ilişkiye bakılmış ve mizahın stres altındaki performansı pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir (Bizi, Keinan, ve Beit-Hallahmi, 1988). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada espri anlayışının yalnızlık, depresyon ve benlik saygısının arasında negatif ilişki olduğu belirtilmiştir (Overholser, 1992). Martin ve Lefcourt (1983) olumsuz yaşam olayları ile karşılaşan kişilerde yaptıkları çalışmada mizahın stresörler ve duygu durum bozuklukları (mood disturbances) arasındaki ilişkide aracı etkisinin olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarında stresle baş etmeye ilişkin yazında da, mizahın bilişsel modeline dair; olumsuz duygulara eşlik eden düşüncenin ortaya çıkması, daha gerçekçi kanıtlar eşliğinde yeniden işlenmesi konusunda mizah kullanımının işlevsel, kolay bir bilişsel yapılanma metodu olduğu ifade edilir (Öz 2010). Psikoterapi süreci içerisinde de mizah kullanımının, danışanın problemi başka açılardan ele alıp daha çeşitli çözümler türetebilmesine imkan verdiği görüşleri bulunmaktadır (Dewane 1978). Martin, (2007) Günlük sosyal etkileşimimiz içinde gerçekleşen mizahı, üç temel kategoriye ayırabileceğimizi ifade etmiştir. Bu kategoriler: (1) şakalar, akla gelen mizahi anekdotların başkalarına anlatılması; (2) sosyal etkileşim sürecinde kendiliğinden gelişen ve birey tarafından kasıtlı olarak üretilen mizahi söylemler; (3) kazara veya kasıtsız oluşan mizah şeklindedir.

Doornen, ve Golstein (2010) 1424 kişi ile yaptıkları çalışmada, mizahın iş ile ilişkili pozitif duygu durum ve psikolojik iyi olma ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Wu ve Chan (2012) öğretmenler ile yaptıkları bir çalışmada stres yönetiminde kullanılan diğer başa çıkma yollarına nazaran mizahın sadece inkar ve alkol madde kullanımı gibi iki olumsuz başa çıkma yolundan daha çok kullanıldığını belirtmişlerdir.

Üniversite öğrencilerinin genel, günlük yaşantıdaki stres, kaygı seviyeleri ile mizah anlayışı/duygusu skorları arasındaki ilişkiyi inceleyen, iki hafta boyunca benzer miktar ve şiddette stresöre maruz kalmış oldukları ifade edilen ve bu iki hafta sonunda 258 gönüllünün katıldığı bir çalışma sonucunda daha yüksek mizah anlayışı/duygusu skoru olan grup, düşük ortalamalı gruba göre daha az günlük stres puanı ortalaması vermiş, pozitif yeniden değerlendirme problem çözümü, olumlu stresle baş etme biçimi anlamında da daha yüksek skor ortalaması elde ettikleri savunulmuştur (Abel 2008).

Travma sonrası strese karşı mizah kullanımı bağlamında; özel bir travma merkezinde TSSB mağdurları ile yapılan bir çalışmada uyumsal bir baş etme mekanizması olarak TSSB ile negatif ilişkili olduğu yani mizah kullanımının artmasının TSSB belirtilerinin azalması ilişkili olduğu belirlenmiştir (Mellman 2001).

Başka bir araştırmada Pediatrik Sağlık çalışanlarının, iş ortamındaki duygusal yük ve merhamet yorgunluklarına karşı, mizahı destekleyici profesyonel ilişkiler kurmak ve dayanıklılıklarını desteklemek amacıyla kullandıkları savunulmuştur (Beck, 2011). Diğer bir çalışmada risk altında çalışan bir iş kolu olarak itfaiye çalışanlarında anlamlı derecede merhamet yorgunluğu olduğu ve mizahın bir baş etme biçimi olarak kullanıldığı görülmüştür (Slite 2013).

Amerika'da çocuğa karşı işlenen suçlarla ilgilenen birimlerde çalışan 500 gönüllü katılımcı ile yapılan çalışmada çocuk cinsel istismarı ile çalışan profesyonellerde ikincil travmaya karşı tasasız, yüksüz mizah kullanımının ikincil travma skorlarıyla negatif ilişkili olduğu dolayısıyla mesleki stresörler ve ikincil travmanın etkisini azaltmak için mizah kullanıldığı, bunun yanı sıra kara mizah ile aynı doğrultuda bir ilişki bulunmadığı, bireyin içinde kapalı tuttuğu duygu ve düşüncelerin kara mizahla dışavurumunun diğer mizah türünün aksine zararlı olabileceği, ancak kara mizah kullanımının yine de ikincil travmanın bir işaretçisi olabileceği ifade edilir. (Sarah W. Craun, 2014).

Sağlık kurumlarında çalışan sosyal hizmet gevlilerini konu alan diğer bir çalışmada sosyal hizmet gevlilerinin, hizmet alanlarla iletişim kurma, takım içi iletişim ve iş kaynaklı stresle başa çıkmada başlıca kara mizah, abes ya da absürt durumları ele alma, kelimelerle oynama, gülünç el hareketleri yapma gibi çeşitli mizah yollarına başvurdukları ifade edilmektedir (Wormer, 1997).



2. AMAÇ

2.1. Amaç ve Kapsam

İlgili yazının incelenmesi sonucunda elde edilen verilerin ışığında, belirli bir sağlık hizmeti veren kurum içerisinde hizmet veren sağlık çalışanlarının (Doktor, hemşire, hizmet alanlar ve yakınlarıyla doğrudan ilgilenen kişiler) karşılaştığı mesleki travmatik deneyimlerinden kaynaklanan travma tepkilerine karşı baş etme biçimi olarak diğer baş etme biçimlerinin yanı sıra mizahı da kullandıkları varsayımı ile beraber mizah kullanımının travma tepkilerinde azalmaya yönelik bir etkisi olduğu varsayılmaktadır. Bu etkinin, belirli bir sağlık kurumu çalışanları üzerinde etkisi araştırılarak ilgili yazına katkı sağlamak, bu doğrultuda, hastaneler ve diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlarda ilgili alanda meslek gruplarına verilecek mesleki eğitim, kapasite geliştirme çalışmaları ve benzeri çalışmalara bu azaltıcı etkinin göz önünde bulundurulması adına veri sağlaması amaçlanmaktadır. Buna göre; mizah kullanımı ile ilgili öğelerin toplam puanları yükseldikçe Çalışmada bulunan travma tepkilerini ölçmeye yönelik öğelerin toplam puanlarının azalması beklenmektedir.

Öte yandan sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu ile baş etmede mizah kullanımı ile ilgili çok kısıtlı sayıda çalışma olmasından kaynaklı olarak bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. YÖNTEM

Bu çalışma kişilerin kendilerinin doldurdıkları ölçeklerle değerlendirme yapılan bir kesitsel araştırmadır. Veriler 15 Kasım. 2015 ve 15 Aralık 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Öz bildirim ölçekleri kurumsal ve kişisel gerekli bilgilendirmeler yapılarak hastane birimlerine dağıtılmıştır. Dağıtımlarda sorumlu olan gönüllü birim sorumluları rol almış ve ilgili birim üçer kez araştırmacı tarafından ziyaret edilmiştir. Böylelikle nöbet, operasyon ya da başka bir birimdeki gün içerisindeki görevlerinden dolayı temas edilemeyen çalışanlara da temas edilmesi amaçlanmış ve birimler yoğunluğuna göre değişken saatlerde ziyaret edilmiştir.

3.1. Araştırmanın Yeri ve Evreni:

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde hizmet veren sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Katılımcılar çeşitli sağlık meslek kollarından (Doktor, hemşire, ve diğer hasta bakım, güvenlik, laboratuvar görevlileri gibi diğer sağlık çalışanları) oluşmaktadır. Kocaeli Üniversitesi araştırma uygulama Hastanesi çalışanı olma ölçütüyle, 121 kişilik bir gruba bir dizi anket ve formu doldurmaları için ulaşılmıştır. Çalışmada özellikle mesleki travmaya maruz kaldığı öngörülen, hasta ve yakınlarıyla en çok iletişime geçen, doğrudan tıbbi müdahalede bulunan çalışanların olduğu birimler hedef alınmıştır. Çeşitli poliklinik, servis ve diğer birimlerden ulaşılan her bir birimden en az bir kişi olmak üzere ilk etapta, toplamda 26 civarında sorumlu sağlık personeli (çoğunluğu sorumlu hemşire, güvenlik şefi, asistan hekim gibi) ulaşılmış, çalışma hakkında bilgi verilmiştir. soruları olan kişilerle ekip sorumlularının yönlendirmesiyle irtibata bireysel olarak verilmiştir. Servis sorumlularının kendi birimlerindeki iş bölümü, vardiya ve genel programlarına ve çalışmaya katılımı sağlama adına öngörülen ve görüşleri alınmış tavsiyeler üzerine belirlenmiş sayıda anket ilgili birimlere elden dağıtılıp, çeşitli periyodlar ve personelin talepleri geri bildirimleri doğrultusunda belirli periyodlarla ortalama 3 er defa ziyaret edilerek anketler elden teslim alınmıştır. Anketler toplanırken çalışmaya dair sözel geri bildirimler alınmıştır. Bu sürede çeşitli poliklinik ve servisler, birimler çalışmaya

dahil edilmiştir. Güvenlik birimi birim toplantısında ziyaret edilerek gönüllülük esasına göre katılmak isteyenler belirlenerek anket uygulanmıştır.

3.2. Gereçler

Bu çalışmada veri toplanması amacıyla Çalışan için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Mizah Tarzları Ölçeği ve Sağlık Çalışanı Değerlendirme Formu ve Sağlık Çalışanı Mesleki Soru Formu kullanılmıştır.

3.2.1 Sağlık Çalışanı Değerlendirme Formu ve Sağlık Çalışanı Mesleki Soru Formu

Sağlık Çalışanı Değerlendirme Formu, çalışmacı tarafından hazırlanan bir formdur. Katılımcıların yaşını, cinsiyetini ortalama aylık gelirini, yaşadığı yeri öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan katılımcıların çalıştığı birim, mesleği gibi soruların bulunduğu sağlık çalışanı mesleki sosyo-demografik form ve devamı olarak personelin çalıştığı yer süre bu sürede hangi travmatik yaşantıları süre miktar gibi değişkenlere göre ne kadar deneyimlediği ve bunlardan ne kadar etkilendiği, mesleki yaşantıda bir savunma biçimi olarak mizahı ne kadar tercih ettiği belirlemeyi amaçlar. Ayrıca ikincil travmatik stres tepkileriyle baş etme biçimi olarak kullanım tercihinin öğrenilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sırasıyla Travma tepkilerine dair 3 sorudan oluşan bir likert soru seti, hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddeti ölçmek adına 4 sorudan oluşan bir likert tipi soru seti, Hizmet almaya gelen bireyin Travmatik yaşantılarına tanıklık anlamında katılımcıların travma yaşantısı şiddetini ölçmek adına 3 sorudan oluşan bir likert tipi soru seti, ayrıca var yok şeklinde geri bildirim beklenen 8 sorudan oluşan genel bir travma yaşantıları çeşitleri soru seti, Mesai de mizahı kullanma şiddetini ölçmek adına 1, mesleki travmada baş etme biçimi olarak mizahın kullanımını ölçme amaçlı 2'li likert soru seti içermektedir.

3.2.2 Çalışan İçin Yaşam kalitesi Ölçeği

Çalışan İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Stamm (2005) tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği 30 madde ve 3 alt ölçekten oluşan öz bildirim aracıdır. İlk alt ölçek olan mesleki tatmin, çalıştığı iş ile alakalı olarak yardıma muhtaç kişilere yardım etmesi yaşadığı tatmin ve mutluluğu belirler. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, işi ile ilgili

yardım etmesi sonucunda yaşadığı memnuniyeti ifade eder. Tükenmişlik alt ölçeği, kişinin iş yaşamında yaşadığı sorunlar sonucunda ortaya çıkan tükenmişlik düzeyini ölçer. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan kişinin tükenmişlik seviyesini göstermektedir. 3. Alt ölçek olan eşduyum yorgunluğu ise, kişinin iş yaşamında stres verici olaylar ile karşılaştığında ortaya çıkan belirtileri ölçer. Bu alt ölçekten yüksek puan alan bireylerin eş duyum yorgunluğu yaşadıkları belirtilmiştir. Ölçeğin elde edilen puanlarının değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. Maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinde yapılmaktadır. Ölçek, Yeşil ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir ve ölçeğin Cronbach’a alpha değeri .84 olarak bulunmuştur.

3.2.3. Mizah Tarzları Ölçeği

Mizah Tarzları Ölçeği, ilk olarak Martin ve Puhlik-Doris (1999) tarafından dört farklı mizah tarzını ölçmek amacıyla 60 madde olarak geliştirilmiş olup, daha sonra Martin ve arkadaşları (2003) tarafından 32 maddeye indirilmiştir. Mizah Tarzları Ölçeği, Türkçe’ye Yerlikaya (2003) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, orijinalinde olduğu gibi 32 maddeden oluşmaktadır ve dört farklı mizah tarzını ölçmektedir. 1, 7, 9, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 29 ve 31 numaralı maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; ikisi uyumlu ve ikisi uyumsuz mizah olmak üzere Kendini Geliştirici Mizah, Katılımcı Mizah, Kendini Yıkıcı Mizah ve Saldırgan Mizah’tır. Ölçek 7’li Likert tipinde ve 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 7 (tamamıyla katılıyorum) arasında puanlanmaktadır.

Alt ölçeklerin iç tutarlık katsayıları toplam .81 olup Test tekrar test değeri .91 faktör analizi sonucunda örnekleme yeterliliği .79 bulunmuştur, alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayılarının .83 ila .88 arasında olduğu belirtilmiş, basit ve kararlı bir test olduğu ifade edilmektedir (Yerlikaya, 2003).

3.3. Analizler:

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 21.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra , iki bağımsız grup karşılaştırılması için normal dağılım ölçütlerini karşılayanlar gruplar arası farkı görmek iki ortalama arasında farkın önemlilik testi (t testi) yapılmıştır. Ölçek ve alt ölçeklerin toplam puanları sürekli değişken olmasından kaynaklı olarak değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla analizlerinde Pearson İki yönlü Korelasyon Analizi kullanılmıştır.



4. BULGULAR:

Çizelge 4. 1. Araştırmaya Dahil Edilen Kişilerin Demografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	97	80.2
Erkek	24	19.8
Medeni Durum		
Yalnız (bekar, ayrılmış, dul)	44	36.4
Birlikteliği olan (evli, birlikte yaşayan)	77	63.6
Meslek		
Hemşire- Ebe	77	63.6
Doktor	15	12.4
Diğer	29	24
Görev Yeri		
Poliklinik-acil servis- Poliklinik+diğer (birden fazla birim)	42	34.7
Yataklı servis-Klinik, laboratuvar	79	65.3
Çocuk Sayısı		
0	59	48.8
1	40	33.1
2	20	16.5
3 ve üstü	2	1.7
Yaşanılan yerde bulunma süresi		9.1

1 Yıdan az	11	35.5
1-5 Yıl	43	20.7
6-10 Yıl	25	34.7
10 Yıdan Fazla	42	

Araştırmaya katılan kişilerin %80,2 sinin kadın (N=97), meslek anlamında en büyük çoğunluğun ise %63,6 (N=77) ebe – hemşire olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında %36.4'ünün bekar, boşanmış ya da dul olarak yalnız yaşadığı (N= 44), %64.6'sının evli veya birlikteliği olduğu görülmektedir (N = 77). Görev yerleri açısından karşılaştırıldığında ise çalışmaya katılan kişilerin % 65.3'lük kısmının (N = 79) yataklı servis, klinik, laboratuvar birimlerinde çalıştığı, %34.7'lik bölümünün ise (N = 42) acil servis poliklinik veya ek diğer bir birimde daha çalıştığı görülmektedir. Kişilerin yaşlarına bakıldığında 22 ile 48 yaş aralığında değiştiği görülmektedir (Ort = 31.9, SS = 5.25). Ayrıca Katılımcıların %34.7 sinin (N=42) yaşadığı yerde 10 yıl ve daha fazla, %9.1 lik kısmının (N=11) 1 yıl dan daha az bir süre, %35.5 lik bir kısmının (N=43) 1 ila 5 yıl arasında bir süredir yaşadığı yerde bulunduğu, %20.7 sinin (N=25) 6 ile 11 yıl arasında bir süredir mevcut bulunduğu yerde yaşadığı görülmektedir. Meslekte buldukları süre sorulduğunda en az 1 ve en çok 22 yıl olduğu görülmüştür. Çalışanların haftalık çalışma saatleri ise en az 32, en çok 80 saat olduğu görülmektedir. Meslek Süresi yıl ve haftalık çalışma süresi de saat olarak ölçülmüş sürekli değişkenlerdir.

Çalışmaya katılan kişilere, çalışma saatleri içinde karşılaşılan baş etmesi güç, acı veren, örseleyici vakalar ve benzeri yaşantılara dair değerlendirme yaparken mizah kullanımlarının sorulduğu 5'li likert tipi sorulan sorudaki ortalaması 2.75 (SS = 1) ve bu davranışı rahatlama, üstesinden gelme, daha olumlu bakma amacıyla günlük hayatlarında ne sıklıkla gerçekleştirdiklerinin sorulduğu 5'li likert tipi soruda katılımcıların (N=121)

ortalama değeri 2.73 ve standart sapmanın ise .99 olarak ölçülmüştür. Her iki sorunun toplamının ortalaması 5.48 ve standart sapması ise 1.88 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kişilerin daha önce stresle baş etme, iletişim, stres ve baş etme, mesleki travma, tükenmişlik gibi konularda eğitim, toplantı, seminer gibi çalışmalara katılımını ve bu sürenin toplamda kaç saat olduğunu ele alan soruda tüm katılımcıların ortalama 2.17 saat ilgili konulardaki etkinliklere katıldığı ve standart sapmanın 6.08 olduğu görülmüştür. Katılımcıların (N=86) %71'i herhangi bir değer belirtmemiş veya "0" olarak belirtmiştir.

Çizelge 4.2 İkincil Travma Yaşantılarına İlişkin Sorularla İlgili Bulgular.

Değişken	En Az	En Çok	Ort.	SS
Hasta ve Yakınlarından Şiddet	4	15	6.9	2.37
Mesleki Travma Yaşantıları	3	15	8.36	3.15
Travma Tepkileri	3	13	7.76	2.33

Çalışmaya katılan kişilerin İkincil travma yaşantılarına sorular ile ilgili bulgulara bakıldığında, katılımcıların hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddet sorulduğunda en az 4, en çok 15 puan aldıkları görülmüştür (Ort. = 6.9, SS = 2.37). Kişilerin mesleki travma yaşantılarına bakıldığında en az 3, en çok 15 puan aldıkları (Ort. = 8.36, SS = 3.15) ve yaşadıkları travmatik deneyim karşısında verdikleri travma tepkileri sorularında en az 3 ve en çok 13 puan aldıkları (Ort. = 7.76, SS = 2.33) görülmektedir.

Çizelge 4.3 Çalışmaya Katılan Kişilerin Mesailerinde Karşılaştıkları Travmatik Olaylara Karşı Geliştirdikleri Tepkilere İlişkin Bulgular

Değişken	En Az	En Çok	Ort.	SS
İstem Dışı Hatırlama	1	5	2.85	1.06
Hatırlayamama	1	5	2.37	.94
Hatırlatıcılardan Kaçınma	1	5	2.54	1.05
Öüme Tanıklık	1	5	2.79	1.28
Yaralanmaya Tanıklık				
Travmatik Yaşantıyı Dinleme	1	5	2.65	1.30
	1	5	2.91	1.19

Çalışmaya katılan kişilerin Mesai dahilinde yaşadıkları acı üzücü örseleyici olaylara dair istem dışı hatırlamadaki 1 ve 5 arasındaki puan aralığında Ortalama 2.85 puan (SS =1.28), travmatik olayların bazı bölümlerini hatırlayamama durumundaki puan ortalamaları (Ort.= 2.37, SS=.94), Söz konusu olaylara dair hatırlatıcılardan kaçınma durumunu inceleyen sorudaki puan ortalamaları (Ort.=2.54, SS.=1.05) olarak görülmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin mesai süreleri içerisinde hizmet almaya gelen bireyin ölümüne tanık olma sıklığını ölçen 5 şıklı likert tipi soruda en az 1 ve en çok 5 puan aldıkları görülmüştür (Ort.=2.79, SS.=1.28). Hizmet almaya gelen bireyin yaralanmasına tanıklığın ölçen soruda ise ortalamanın 2.65 olduğu (SS.=1.30) görülmüştür. Hizmet almaya gelen bireyin iletği travmatik olayı dinleme sıklığını araştıran sorudaki bütün katılımcıların puan ortalaması ise 2.91 (SS.=1.19) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.4 Çalışmaya Katılan Kişilerin Mesailerinde Hasta ve/veya Hasta Yakınların Tarafından Maruz Bırakıldıkları Şiddete İlişkin Bulgular

Değişken	En Az	En Çok	Ort.	SS
Fiziksel Şiddet	1	3	1.05	.29
Sözel Şiddet	1	5	1.28	.70
Cinsel içerikli Sözel Şiddet	1	5	1.28	.70
Cinsel İçerikli Fiziksel Şiddet	1	3	1.05	.29

Çalışmaya katılan kişilerin mesai süreleri içerisinde uğradıkları Fiziksel (Ort.=1.05, SS=.29) ve cinsel içerikli fiziksel şiddetin (Ort.=1.05, SS=.29) sıklığının araştırıldığı iki soruda ifade edilen en yüksek skorun 5 en az skorun ise 1 olduğu gözlemlenmiştir. Sözel şiddet ve cinsel içerikli sözel şiddetin sorulduğu diğer iki soruda ise (Ort.=1.28, SS.70) maksimum skor her iki soruda da 5 olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5 Çalışmaya Dahil Edilen Kişilerin Ölçeklere Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Değişken	En Az	En Çok	Ort.	SS
Mizah Ölçeği Toplam Puan	71	167	119.3	20.66
Katılımcı Sosyal Mizah	18	55	39.52	8.6
Kendini Geliştirici Mizah	15	62	32.15	8.67
Saldırgan Mizah	8	38	22	6.76
Kendini Yıkıcı Mizah	15	62	32.15	8.67
Çalışan Yaşam Kal. Ölçeği	61	147	96.82	15.05
Tükenmişlik Alt Ölçeği	13	76	28.49	7.84
Eş duyum Y. Alt Ölçeği	10	49	25.07	8.03
Mesleki Tatmin Alt Ölçeği	15	60	43.16	8.82

Çalışmaya katılan kişilerin Mizah tarzları ölçeğine verdikleri cevapların alt ölçek toplam skorları arasında katılımcı sosyal mizahın (Ort.=39.52, SS.=8.6) en yüksek puan ortalamasına sahip alt ölçek olduğu görülmüştür. Çalışan yaşam kalitesi ölçeğinde ise En yüksek alt ölçek puan ortalamasının (Ort.=43.16, SS.=8.82) mesleki tatmin alt ölçeğinde bulunduğu görülmüştür.

Çizelge 4.6. Araştırmaya Katılan Kişilerin Aldıkları Toplumsal Desteğin Özellikleri:

Destek Alanı	Destek Alıp Almama	Sayı : (N=121)	Yüzde: (%)
Meslektaştan	Almıyorum	43	35,5
	Alıyorum	78	64,5
Süpervizörden	Almıyorum	95	78,5
	Alıyorum	26	21,5
Ruh Sağlığı Profesyonelinden	Almıyorum	103	85,1
	Alıyorum	18	14,9
Aileden	Almıyorum	71	58,7
	Alıyorum	50	41,3
Arkadaşlardan	Almıyorum	72	59,5
	Alıyorum	49	40,5

Araştırmaya katılan kişilerin %35.5'i (n = 43) meslektaşlarından destek almadığını ifade ederken, %65.5'i (n = 78) meslektaşlarından destek aldığını ifade etmiştir. Süpervizörden desteğin alınıp alınmamasına bakıldığında; katılımcıların %21.5'lik kısmı (n = 26) süpervizöründen destek aldığını ifade ederken % 78.5'i ise destek almadığını belirtmiştir. Yaşadıkları olaylar karşısında herhangi bir ruh sağlığı profesyonelinde yardım alıp almadığı sorulduğunda katılımcıların %85.1'i (n = 103) yardım almadığını, %14.9'unun (n = 18) ise yardım aldığını belirtmiştir. Aileden alınan destek sorulduğunda ise katılımcıların %58.7'sinin (n = 71) yardım almadığı, %41.3'ünün ise (n = 50) yardım aldığı görülmektedir. Son olarak katılımcıların arkadaşlarından destek alıp almadığına bakıldığında %59.5'inin (72) yardım almadığı ve %40.5'lik (n = 49) kısmın yardım aldığı görülmektedir.

Az Mizah kullananlar ile çok mizah kullananlar karşısında sürekli değişkenlerin karşılaştırması.

Sağlık çalışanı mesleki soru formu'ndaki son iki soru;

Mizahın iş, mesleki yaşantıda karşılaşılabilen baş etmesi güç, acı, örseleyici vakalar ve benzeri yaşantılar üzerine mesai arkadaşları, personel veya yöneticilerle geçirilen mesai dışı/arası vakitlerde bu bahsedilen durumlara dair değerlendirmeler yaparken mizah kullanılmasına dair sorudur. Son soru ise bahsedilen şekildeki mizah kullanımının baş etme, üstesinden gelme, rahatlama, daha olumlu bakma amacıyla kullanımını ölçmeyi amaçlayan bir ile beş arasında puanlanan iki likert tipi sorudur. Bu iki soru toplam puanı (10) üzerinden; 5,e kadar olan puanların mizahı yukarıda belirtildiği şekillerde az kullananlar, 6 ve üstü puan alanların ise yukarıda belirtilen şekliyle mizahı çok kullananlar olarak değerlendirilmiştir. (Az mizah kullanan kişi=52, %43, Çok mizah kullanan kişi =69 %57) Buna göre oluşturulan iki grup diğer sürekli değişkenlerle 'bağımsız örneklem T testi' uygulanmıştır.

Çizelge 4.7. Sorunlarla Baş Etmede Mizahı Az veya Çok Kullanan Katılımcıların Farklı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

	Az mizah (Ort., SD)	Çok Mizah (Ort., SD)	<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>
Sağlık Çal.na Şiddet Puanları Toplam (hasta şiddet)	N = 52 Ort = 6,25 S.S.=7,40	N = 69 Ort = 7,4 S.S.=2,44	2,717	119	.008
Travma Tepkilerinin şiddeti	N = 52 Ort = 6,88 S.S. = 2,34	N = 69 Ort = 8,43 S.S.=2,11	3,810	119	.00
Travma Maruziyetinin şiddeti	N = 52 Ort = 7,15 S.S.=2,30	N = 69 Ort = 9,28 S.S. = 3	3,866	119	.00
Mesai maruziyetine Mizah kullanımı şiddeti	N = 52 Ort = 3,73 S.S.=1,10	N = 69 Ort = 6,81 S.S.=1,07	15,424	119	.00
Mizah Y. Ölçeği şiddeti	N=51 Ort =111,55 S.S.=19,08	N = 67 Ort = 125,20 S.S. =19,98	3,750	116	.00
Katılımcı sosyal mizah şiddeti	N = 52 Ort = 36,80 S.S. = 8,5	N = 67 Ort = 41 S.S.= 8,14	3,153	117	.002
Kendini yıkıcı mizah şiddeti	N=51 Ort = 24,57 S.S.=7,12813	N = 68 Ort = 29,5 S.S.=10,15	2,946	117	.004
Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği şiddeti	N=51 Ort = 89,92 S.S.=12,83	N=68 Ort = 102 S.S.=14,58	4,704	117	.00
Eşduyum yorgunluğu şiddeti	N=51 Ort =22,35 S.S.= 7,26	N = 69 Ort = 27,08 S.S.= 8,02	3,325	118	.001

Yapılan t testi sonuçlarına bakıldığında; az mizah kullanan ve çok mizah kullanan iki grup arasında sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet puan ortalamalarına göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p = .008$, $p < .05$). Ayrıca bu iki grup arasında travma tepkileri ($p = .00$, $p < .05$), travmaya maruz kalma ($p = .00$, $p < .05$), mesai maruziyetinde mizah kullanma ($p = 0$), Mizah tarzları ölçeği ($p = .00$, $p < .05$), katılımcı sosyal mizah alt puanı ($p = .002$, $p < .05$), kendini yıkıcı mizah alt ölçeği ($p = .004$, $p < .05$), çalışan yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı ($p = .00$) eşduyum yorgunluğu alt ölçeği ($p = .001$, $p < .05$) ortalamalarına göre anlamlı farklılık olduğu görülmektedir



Çizelge 4.8. Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Ölçekleriyle Mizah Tarzları Ölçeğinin Alt Ölçekleri arasındaki ilişkileri incelemeye dair bulgular.

	1	2	3	4	5	6	7
Tükenmişlik Alt Ölçeği	-						
Eşduyum Yorgunluğu Alt Ölçeği	.54**	-					
Mesleki Tatmin Alt Ölçeği	-.42**	.09	-				
Katılımcı Sosyal Mizah Alt Ölçeği	-.23*	-.16	.33**	-			
Kendini Geliştirici Mizah Alt Ölçeği	-.30	-.13	-.27**	.44**	-		
Saldırgan Mizah Alt Ölçeği	.08	.05	-.33**	-.14	.10	-	
Kendini Yıkıcı Mizah Alt Ölçeği	.05	.09	-.18	-.18	.31**	.26**	-

* $p < .05$ ** $p < .01$

Yapılan analiz sonucunda Tükenmişlik alt ölçeği ve eşduyum yorgunluğu alt ölçeği toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre eşduyum yorgunluğu arttıkça, tükenmişlik de artış göstermektedir. ($r = .54$, $p < .01$). Tükenmişlik alt ölçeğiyle Mesleki tatmin alt ölçeği ($r = -.42$, $p < .01$) ve Kendini geliştirici mizah alt ölçeği ($r = -.29$, $p < .01$) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki olduğu görülmektedir, buna göre tükenmişlik arttıkça kendini geliştirici mizah ve mesleki tatmin azalmaktadır. Öte yandan katılımcı sosyal mizah ile de arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki ($r = -.23$, $p <$

.01) bulunmaktadır ve bu çalışmaya göre katılımcı sosyal mizah şiddeti arttıkça tükenmişlik şiddeti azalma göstermektedir

Mesleki tatmin alt ölçeğiyle Katılımcı Sosyal mizah arasında İstatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bir ilişki ($r = ,33, p < .01$) olduğu görülmektedir, çalışmaya göre katılımcı sosyal mizah arttıkça mesleki tatmin şiddeti de artmaktadır. Yine mesleki tatmin alt ölçeği ile Saldırgan mizah ($r = -.33, p < .01$) ve kendini geliştirici mizah alt ölçekleri toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki ($r = -.27, p < .01$) olduğu görülmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre saldırgan mizah kullanımı arttıkça mesleki tatminin azaldığı görülmektedir. Katılımcı sosyal mizah ile Kendini geliştirici mizah arasında ($r = .44, p < 01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Kendini yıkıcı mizah karşısında; kendini geliştirici mizah ($r = ,309; p < 0.1$) ve saldırgan mizah arasında ($r = ,263; p < .01$) arasında istatistiksel pozitif ve anlamlı bir ilişki görülmektedir. Bu sonuca göre Kendini geliştirici mizah kullanımı arttıkça saldırgan mizah ve kendini geliştirici mizah kullanımı da artmaktadır.

Çizelge 4.9. Travma Yaşantısı, İkincil Travma Tepkileri Kümesi ve Mizahın İş Ortamında Kullanımı ile ilişkiye dair bulgular.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Meslekteki Süre	-								
Travma Eğitimi	.11	-							
Yaş	.74**	.02	-						
Haftalık çalışma saati	-.24**	.02	-.25**	-					
Mizah Kullanımı Toplam Puan	.09	.19*	.47	-.23	-				
Travma tepkisi Soruları Toplam Puan	.08	.03	.00	.04	.22*	-			
Travma Yaşantısı Soruları Toplam Puan	.11	.10	.17	-.02	.32**	.17	-		
Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	.18	.12	-.04	-.14	.37**	.42**	.21*	-	
Mizah Tarzları Ölçeği Toplam Puan	-.19	-.10	-.11	.08	.25**	.05	.03	.01	-

**p < .05 **p < .01*

Yapılan analiz sonucunda yaş ile haftalık çalışma saati arasında ($r = -.25, p < .01$) istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı düzeyde ters yönde ilişki bulunmuştur. Ayrıca İş Ortamında mizah Kullanımı ile ilgili iki sorunun puan toplamları ile Travma Tepkisi soruları, ile anlamlı ($r = .22, p < .05$) aynı yönde, travma yaşantısı soruları ($r = .32, p <$

.01), Çalışan Yaşam kalitesi Ölçeği ($r = .37, p < .01$) ve Mizah Tarzları Ölçeği ($r = .25, p < .01$) toplam puanları arasında ileri derecede anlamlı, aynı yönde ilişki bulunmuştur. Travma Tepkisi Soruları ile Çalışan Yaşam Kalitesi Ölçeği puan toplamları arasında da ($r = .42, p < .01$) ileri derecede anlamlı aynı yönde ilişki bulunmaktadır.

Meslekte geçirilen süre (yıl) ile, Bireylerin yaşları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı aynı yönde ilişki görülmüş olup ($r = .74, p < .01$) Travma Eğitimi saatleri (Travma veya mesleki Travmaya dair eğitim seminer kurs almış olmak) ile Mizah kullanımı soru toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı sayılabilecek aynı yönde ($r = .19, p < .05$) ilişki bulunmaktadır. Haftalık çalışma saati ile Meslekteki süre (yıl) ($r = -.24, p < .01$) ile yaş ($r = -.29, p < .01$) arasında istatistiksel açıdan yüksek anlamlılıkta aynı yönde ilişki olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, sağlık sektöründe çalışan sağlık çalışanlarının karşılaştığı mesleki travmatik deneyimlerinin sonucu olarak gelişen travma tepkilerinde başa çıkma yolu olarak mizah kullanımının olup olmadığının öğrenilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %80.2'sinin (n = 97) kadın olduğu görülmektedir. Literatüre bu konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında bir çok çalışmada (Elvira Dominguez-Gomez, Rutledge, Hemet ve clark

2009; Adams, Boscarino ve Figley 2006) kadın katılımcıların fazla olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların %63'lük diliminin (n =77) ebe-hemşire olmasından kaynaklı olabilir. Bunu nedeni ebe- hemşirelerin genellikle kadın olmasından veya kadın katılımcıların formları doldurmada erkek katılımcılardan daha eğilimli olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık personeli olan doktorlar iş yoğunluğunu gerekçe göstererek çalışmaya daha az sayıda katılım göstermişlerdir.

Çalışmaya katılan kişilerin medeni durumu ile eşduyum yorgunluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında evli olan katılımcıların daha az eşduyum yorgunluğu gösterdikleri görülmektedir. Evlilik, genellikle çalışmalarda sosyal destek başlığı altında işlenmektedir. Literatüre bakıldığında Abendroth ve Flannery (2006) yapmış oldukları çalışmada eşduyum yorgunluğu ile evlilik durumu arasında düşük bir ilişki ($r = .15$) olduğunu belirtmişlerdir. Öte yandan Rossi ve Arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada boşanmış olmanın eşduyum yorgunluğunu arttırdığını belirtilmişlerdir

Acil servisler çeşitli sebepler ile gelen vakaların aynı anda bakıldığı, olguların yaşamları ile ilgili önemli kararların çok kısa sürede verildiği ve ölüm oranlarının yüksek olduğu birimler olmasından kaynaklı olarak, sağlık çalışanları açısından oldukça stresli ve gergin ortamlardır. Kritik halde acile getirilen olguların aileleri, yakınları, arkadaşları belirsizlik, endişe ve korku yaşamakta; tedavi konusunda aşırı beklenti içinde olunması, maddi sorunlar, tedaviye rağmen bazen olgunun kurtarılamaması vb. gibi nedenlerle acil servis çalışanlarını suçlayabilmekte, sözlü ya da fiziksel saldırıda bulunabilmekte; bu duruma ünitelerde çalışanların yorgunluk, gerginlik, anlayışsızlık ve düşük toleransları da eklendiğinde saldırganlığın şiddeti artabilmektedir. Acil servisler hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının sıklığı açısından psikiyatri servislerinden sonra ikinci sırada yer almakta

(Kalemoğlu ve Keskin 2002) sık yaşanan şiddet olayları da sağlık çalışanlarında kronik bir stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde acil servis çalışanları ile başka birimlerde çalışan kişilerin eşduyum yorgunluğu açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Hooper ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmada acil serviste çalışan hemşireler ile diğer birimlerdeki hemşireleri (onkoloji, nefroloji ve yeni doğan) karşılaştırdıkları çalışmada, acil servis hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyi olarak diğer servislerde çalışan hemşirelere göre farklılık gösterdiğini ifade etmiştir. Öte yandan acil servis hemşirelerinin %82'sinde yüksek düzeyde tükenmişlik ve %86'sında eşduyum yorgunluğu olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmada, literatürden farklı olarak, acil servis personeli diğer birimlerdeki personel ile karşılaştırıldığında eşduyum yorgunluğu açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bunun nedenlerinden biri çalışmada az sayıda katılımcıya ulaşmamızdan kaynaklı olabilir. Diğer bir neden ise çalışanların sadece acil servis veya poliklinik olarak ayrılmasının ve ayrıca personelin çalıştığı birimin sıkça değişmesi de sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının hasta yakınları tarafından uygulanan şiddete maruz kalmaları da travma tepkilerinin sağlık çalışanlarında orta düzeyde de olsa etkilemesi açısından çarpıcıdır. Winstanley ve arkadaşlarının İngiltere'de kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları konusunda yaptığı araştırmada dahili bölümlerde çalışanların %42,0'ı, cerrahi bölümlerde çalışanların %36,0'ı, acil serviste çalışanların %30,0'ı herhangi bir şiddet türüne maruz kalmıştır (29). Türkiye'de yapılan çalışmada İlhan ve Arkadaşları (2009) hekimlerin en çok şiddet uğradığı birimi poliklinikler (%43,7) olarak bildirmişlerdir. Kocaeli'de yapılan bir çalışmada (Çamcı ve Kutlu, 2010) sağlık çalışanlarının yaşamı boyunca şiddete uğrama oranı %72.6, son 12 ayda şiddete maruz kalma oranı ise %72.4' tür. En fazla maruz kalınan şiddet türü %98.5 ile sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından uygulandığı bildirilmiştir.

Çalışmada sosyal desteğe bakıldığında kişilerin meslektaşlarından aldıkları desteğin fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun yanı sıra, süpervizör ve ruh sağlığı profesyonellerinden alınan desteğin az olması dikkat çekicidir. Bu durum hem profesyonel olarak yapılan süpervizörlük sisteminin sağlık sisteminde yaygın olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Öte yandan ruh sağlığı profesyonellerinden alınan destek oranı yaklaşık olarak %15 tir. Kessler ve Arkadaşlarının (1999) toplum örnekleminde yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili başvuru oranları yüksek

(%28) bulunmuştur. Toplum örnekleme göre daha çok travmatik olaya maruz kalan sağlık çalışanının başvuru oranının düşük olması çalıştığı iş yerinde damgalanma korkusundan dolayı olabileceği gibi durumun farkında olmama veya ne tür yardım alacağını bilmemesinden kaynaklı olabilir. Türkiye’de yapılan çalışmada Sayıl ve Arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada alışıma katılan bireylerin %46’sı ailesinden, %17’sinin eşinden ve %17’sinin arkadaşlarından destek aldığını ifade etmiştir. Diğer yandan kişilerin yaşadıkları yerde bulunan sürelerle bakıldığında çok az bir süredir aynı şehirde yaşadıkları görülmektedir. Bu durumda kişilerin sosyal desteğini azaltan bir etmen olarak görülmektedir.

Mizah ölçeği toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Gerek yurt içi gerek yurt dışı literatür taramasında bu konu ile ilgili çok fazla çalışma yoktur. Wanzer ve arkadaşlarının (2005) 142 hemşire ile yaptığı çalışmada çalışmaya katılan kişilerin %21’lik bölümünün stresle başa çıkmada mizah kullandıklarını bildirmişlerdir. Mizahın uygun şekilde kullanımının sağlık çalışanlarının maruz kaldığı travmatik olaylar ve iş stresini azaltmada yararlı olduğu düşünülmektedir. İngiltere’de acil servis hizmeti veren hemşire, paramedik ve trafik memurları ile mizahı ifade biçimlerini belirlemek amacıyla yürütülen nitel bir çalışmada, ani ölümün varoluşsal bir kriz yaratarak acil serviste çalışanların hislerini ve davranış biçimlerini etkilediği, mizahın bu ani ölümlerle baş etmede stresi azaltan bir yöntem olarak etkili bulunduğu ve bu sayede acil servis ortamının ağır duygusal yükünü azalttığı ortaya konmuştur (Scott 2007). Ekedahl ve Wengstorm (2006) hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada mizahın işyerinde kullanılan bir başa çıkma yolu olduğunu ifade etmişlerdir. Scott (2004), acil servis çalışanları üzerine yaptığı çalışmada; acil servis çalışanlarının tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna karşı kullandığı önemli bir başa çıkma yolu olduğunu ifade etmektedir. Astedt-Kurki ve Isola (2001) yaşları 27 ile 54 arası değişen ve 4 ile 32 yıl iş deneyimi olan hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmada, mizahın stresle başa çıkmada ve hasta-çalışan ilişkisindeki tansiyonu düşürmede önemli bir etken olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise Mertan (2009), kadın danışma merkezlerinde çalışan kadınlar ile yapmış olduğu çalışmada kişilerin stresle başa çıkma yolu olarak mizahın katılımcılar tarafından az kullanılan bir başa çıkma yolu olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bu sürecin kültürel bir etkisi olabileceğini, sorunu ciddiye almamak, konu ile ilgili mizahın çoğu zaman kabul edilebilir bir davranış olmaması ihtimalini dile getirmiştir. Sonuç olarak yapılan çalışmadaki bulgular literatüre paralel bir durum göstermektedir.

5.1. Sınırlılıklar

Gerek yurt içi gerek yurt dışı literatür tarandığında eş duyum yorgunluğu ve ikincil travma ile baş etme biçimi olarak mizahın kullanımı konusunda sağlık çalışanlarına yönelik çalışmaların azlığı göze çarpmaktadır. Bu nedenle gerek literatüre gerekse tartışma bölümüne örnek teşkil edebilecek sınırlı sayıda kaynak ile çalışılmıştır ve bu durum başlıca sınırlılıklardan biridir.

Çalışmanın veri toplama sürecinde hastanenin bir çok birimin yoğun olması, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının katılımının sınırlı sayıda kalmasına neden olmuştur ve ayrıca bir çok birimde veri toplama sürecinde (Örn: Ameliyathane) çok az katılımcıya ulaşılabilmektedir. Ulaşılabilen katılımcılardan çok az orandaki kısmının verilen anket formunu doldurmaları sağlanmıştır. Veri toplama sürecinde çalışmaya katılan kişilerden alınan sözel geri bildirimlere göre bu tarz çalışmaların kendilerine, çalışma koşullarına bir faydası olmayacağını düşündükleri ve doldurmaları için verilen anket formunun sayfa çokluğundan dolayı eksiksiz dolduracak vakti bulamadıkları ya da çok az bulabildiklerini bildirmişlerdir. Bu geri bildirimden anlaşılacağı üzere Kocaeli Araştırma Uygulama Hastanesi'nde veri toplama sürecinde, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu, bu tür çalışmalara ayırabilecek vakitlerinin azlığı, çalışmaya katılıma ve formlar dikkatsizce doldurulmuş olabileceğinden verinin istatistiksel gücüne olumsuz etki yapmış olabileceği öngörülmektedir. Öte yandan yoğun çalışma saatlerinden dolayı kişiler ile görüşmeler yerine öz bildirim formları doldurtularak bilgi toplanmıştır. Bu durumda önemli bir sınırlılık olarak görülmektedir. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet sadece hasta yakınları tarafından değil, hastalar ve meslektaşlar tarafından da yapılmaktadır. Çalışmada sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet açısından sadece hasta yakınları olarak ele alınmıştır. Bu durum çalışmanın bir sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

Ayrıca Çalışmanın tek bir hastane örnekleme üzerinden yürütülmesi örneklem kümesini daraltmış, çalışmada Araştırmaya katılan kişilerin %80,2 sinin kadın (N=97), meslek anlamında en büyük çoğunluğun ise %63,6 (N=77) ebe – hemşire olması çalışmanın daha büyük bir grubu genellemesi açısından olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yardım edici profesyoneller eş duyum yorgunluğundan kendilerini çeşitli kişisel ve profesyonel öz-bakım stratejileri ile koruyabilirler. Yassen (1995) eş duyum yorgunluğun önlenmesinin üç düzeyde gerçekleştirilebileceğini öne sürmektedir. Bunlar birincil (eğitim, farkındalık çalışmaları ve öz-bakım planları aracılığıyla), ikincil (destek grupları, süpervizyon ve konsültasyon yoluyla) ve üçüncül (bilgilendirme, müdahaleler ve bireysel terapi yoluyla) korumadır. Yapılan çalışmada sağlık personelinin travma ve şiddete açık oldukları görülmektedir. Bu durum tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu da dahil olmak üzere pek çok sorun ile karşılaştıkları düşünülmektedir. Bu sorunlardan dolayı sağlık personeli başa çıkmada göreceli olarak profesyonel yardım almadan ziyade en fazla arkadaşlarından destek aldıkları görülmektedir. Buna ek olarak toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet sağlık sektörünü de ciddi biçimde etkilemektedir. Çalışmada, sağlık çalışanlarının çoğunun şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle sağlıkla ilgili iş yerlerinde şiddeti önlemek doğrultusunda gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Bu bilgiler ışığında hem yaşantılanan ikincil travmatik durumlar hem de karşılaştıkları şiddet olaylarına karşı öncelikle bilgilendirme konusunda farkındalık eğitimleri yapılabilir. Ayrıca destek grupları ve bireysel danışmanlık hizmetleri ile bu kişilerin profesyonel ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri kolaylaştırılarak bu durumlar ile ilgili başa çıkma becerileri geliştirilebilir. Bilgilendirme eğitimlerinin yanı sıra sağlık çalışanlarının ruhsal travma hakkında bilgilendirilmesi ve bu konuda eğitimler verilmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Mizahın, sağlık çalışanlarının yaşadığı tükenmişlik ve stres gibi tepkileri azaltmada daha yoğun ve yapılandırılmış kullanımı önemli görülmektedir. Yapılmış olan bu çalışmada eş duyum yorgunluğu ile ilgili en çok kullanılan mizah türü olarak görülen katılımcı mizah kullanımının eğitim modüllerinde yer verilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca uygulamalı olarak drama gösterileri gibi mizah kullanımını vurgulayan, temalara yer verilmelidir.

Öte yandan yapılan çalışmada sağlık personelinin çalışma saatlerinin yoğun olduğu görülmektedir. Bu durum gördükleri şiddet, yaşadıkları travmatik deneyimlerin yanı sıra kişilerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu gibi sorunların oluşmasından önemli bir etmen olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca Selvi ve Arkadaşları (2010), gece saatlerinde çalışmayı da içeren vardiyalı sistemde çalışmanın, bireylerin fizyolojik, psikolojik

sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını bildirmişlerdir. Diğer yandan çalışanların bulunduğu görev yerinin de yaşadıkları şiddet olayları açısından önemli olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışan koşullarının iyileştirilip haftalık çalışma saatlerinin düşürülmesi eş duyum yorgunluğu ve ikincil travma gibi sorunlar ile mücadelede önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada göze çarpan diğer olgu kişilerin aldığı destek bölümüdür. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları travmatik olaylar ve stres karşısında daha çok meslektaşlarından sosyal destek aldıkları görülmektedir. Bu durum önemli bir katkı sağlasa da süpervizörlerin olmaması ve ruh sağlığı profesyonellerinden destek alması önleyici bir koşul olarak önemli olacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarına danışılması için eğitimlerde bu konuya yer verilmeli ve bu konu ile ilgili ruh sağlığı uzmanlarına başvuru yapılması desteklenmelidir. Sonuç olarak sağlık personelinin etkileyen ve bir sağlık sorunu olan eş duyum yorgunluğu ile ilgili ile ilgili çözümler üretmek mümkündür. Ancak özellikle yurtiçi çalışmalar ile birlikte bu konuda daha kapsamlı ve sorunun nedenlerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

Abel, MH. Humor, stress, and coping strategies. *International Journal of Humor Research*. 2008; 15, 365–381.

Abendorth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006; 8 (6): 346-256.

Adams RE, Boscarino, JA, Figley, CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, (2006); 76 (1): 103-108

Aker, A. Ruhsal Travma ve Afet Kavramı. Aker (Ed), *Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım* (s. 11-13). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Merkezi, 2012.

American Psychiatric Association. (2014) Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders (5rd ed.). Washington

Astedt-Kurkı P, Isola A. Humor between nurse and patient and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 35(3): 452-458.

Attardo, S. (1994). Chapter 4 Resolution in Puns. S. Attardo içinde, *Linguistic Theories of Humor* (s. 143-151). Berlin: Mouton de Gruyter.

Bacanlı, H. M. S. (2013). *Başta Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*. İstanbul: Edam Eğitim Danışmanlığı ve Araştırmaları Merkezi.

Beck, CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25: 5-10.

Bjorck P J Klewicki L. The effects of stressor type on projected coping. *Journal of Traumatic Stress*. 1997; 10 (3): 481-497.

Bizi S, Keinan G, Beit-Hallahmi B. Humor and coping with stress: A test under real-life conditions. *Personality and Individual Differences*. 1988; 9 (6): 951-956.

Buijzen M, Valkenburg PM. Developing a typology of humor. *Media sychology*, 2004;6 (2): 147-167.

Coetzee SK, Klopper H C. Compassion fatigue within nursing practice: A *Concept Analysis. Nursing and Health Sciences*. 2010; 12 (2): 235–243.

Cogan, R., Cogan, D., Waltz, W., & McCue, M. (1987). Effects of laughter and relaxation on discomfort thresholds. *Journal of Behavioral Medicine*. 1987; 10(2): 139-144.

Clark M. Humour and Incongruity. *Philosophy*, 1970; 45 (171); 20-32.

Cornille T A, Meyers TW. Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 1999; 5(15)

Craun, S.W Bourke M. L. (2014). RESEARCH ON CLINICIANS' RESPONSE - The Use of Humor to Cope with Secondary Traumatic Stress. *Journal of Child Sexual Abuse vol 23*, 840-852.

Çapulcuoğlu U, Gündüz, B. Lise öğrencilerinde tükenmişliğin cinsiyet, sınıf düzeyi, okul türü ve algılanan akademik başarı değişkenlerine göre incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013; 3(1): 12-24.

Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etiler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 3 (1): 51-58.

Deaner SL, McConatha, JT. The relationship of humor to depression and personality. *Psychological Reports*. 1993; 72(3): 755-763.

Deckers L, Buthram RT. Humor as a response to incongruities within or between schemata. *Humor*. 1990; 3 (1): 53-64.

De Vries GJ, Olf M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 2009; 22 (4): 259–267.

Dewane CM. Humor in therapy. *Social Work*, 1978; 23 (6): 508-510.

Dirkzwager JE, Bramsen I, van der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 2003; 34 (8): 1545-1559.

Dominguez-Gomez, Elvira, and Dana N. Rutledge. "Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses." *Journal of Emergency Nursing* 35.3 (2009): 199-204.

Elkonin D, Der Vyver L. Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 2011; 16(1): 1–8.

Figley CR. Preventing Compassion Fatigue. *Compassion Fatigue Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (s. 227-230). Brunner-Routledge. London, 1995

Figley C.R, Kleber RJ. Beyond the “victim”: Secondary traumatic stress. Kleber RJ, Figley CR, Gersons E (Ed) *Plenum series on stress and coping. Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (s. 75:98). Plenum Press, New York, 1995

Figley C.R. *Treating Compassion Fatigue*. Routledge ,New York, 2002

Figley C. (2003). *Basics of Compassion Fatigue - Figley Institute*. http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012July20_RevAugust2013.pdf (Erişim 21 Ocak 2015)

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *Psychotherapy in Practice*, 2002; 58(11): 1433–1441.

Freud, S. Humor. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1928; 9, 1-6.

Freud, S. (1989). Jokes and Their Relation To the Unconscious. S. Freud içinde, *Jokes and Their Relation To the Unconscious* (s. 143-147). London: W.W Northon and Company. Çev: Emre Kapkın, Payel/Freud Kitaplığı dizisi, İstanbul, 1998

Güven S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması. Yüksek İslam Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, 2013.

Gentry E, Baranowsky AB, Dunning K (1997). Accelerated Recovery Program For Compassion Fatigue. 1997
http://www.tir.org/research_pub/research/compassion_fatigue.html (Erişim 8 şubat 2016)

Hare J, Pratt, CC, Andrews D. Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*. 1988; 25(2): 105–115

Hiçdurmaz D, İnci FA. Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015; 7(3): 295-303

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Margaret A, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*. 2010; 36 (5): 420-427

İlhan NL, Özkan S, Kurtcebe Ö, Aksakal N. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda şiddete Maruziyet ve şiddetle İlişkili Etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2009: 28 (3); 15-23

Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 1992; 22(4): 116-122.

Janes, Leslie M., and James M. Olson. "Jeer pressure: The behavioral effects of observing ridicule of others." *Personality and Social Psychology Bulletin* 26.4 (2000): 474-485.

Kalemoğlu M, Keskin Ö. Stress and burnout among emergency departments workers. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2002;8(4): 215-9.

Kane TR, Suls J, Tedeschi JT. Humour as a tool of social interaction. (Ed) Chapman AJ, Foot HC. *It's a funny thing, humour* (s. 13-16). Pergamon Press, Oxford, 1977.

Kessler RC, Shanyang Z, Katz SJ. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the national comorbidity survey. *American Journal Psychiatry*, 1999; 156: 115-123.

Kuiper NA, Martin RA. Humor and self-concept. *Humour: International Journal of Humour Research*. 1993; 6(3); 251-270.

Lazarus R, Folkman S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980; 21 (3): 219-239.

Lefcourt RA, Herbert M. Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 45(6): 1313-1324.

Martin R. Emotional Aspects of Humor. R. A. Martin (Ed). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach* (s. 8-9). Elsevier Academic Press, California, 2007.

Maslach, C. (1976). Burnout. *Human Behavior*, 5(9) 16-22.

Mathieu F. Compassion Fatigue. C.R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide* (pp. 136-139). Sage Publications California, Los Angeles. 2012.

Maytum CF, Heimann BF, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses work with children with chronic conditions and their families *Journal of Pediatric Health Care*, 2004; 18(4):171–179

Mcghee PE. Humor, Its Origins and Development. M. F. Paul E Mcghee içinde, *Humor and Children's Development* (s. 32-36). Routledge, New York, 2013

Meadors P, Lamson A. Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, July–August 2008, Pages 171–179 22 -1

Mertan AA. Kadın Danışma Merkezlerinde Çalışan Kadınların Ruhsal Travma ile İlişkili Sorunları. *Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

Meyer JC. Humor as a double-edged sword: Four functions of humor in communication. *Communication Theory*, 200; 10 (4): 310-331.

Monro DH. "Theories of Humor." *Writing and Reading Across the Curriculum* 3rd ed. (Ed) Behrens L, Leonard J, Glenview, IL: Scott, Foresman and Company, 1988.

Newirth, J. Jokes and their relation to the unconscious: Humor as a fundamental emotional experience. *Psychoanalytic Dialogues*, 2006; 16(5): 557-571.

Njeyan MC, Shuman C, Shugar A, Chitayat D, Atenafu EG, Kaiser, A. Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 2011; 20 (5): 526:540.

Oflaz, F. (2008) Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 12(3): 70-76

Oruç, S. Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Adana Örneği), *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2007.

Ortlepp K, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 2002; 15 (3): 213-222.

Overholser JC. Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13(7): 799-804

Öner A. Yetişkin Bireyerin Anksiyete Bozukluğuna Sahip Olup Olmaması ile Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara, 2012

Öz F, Hiçdurmaz F. Stresle başetmede önemli bir yol: Mizahın kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13 (1): 83-88.

Özdemir S, Kaya Z, Recepoğlu E. İlköğretim okulu Öğretmenlerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları İle Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındaki İlişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 2011; 11 (3): 405-428.

Pearlin LI, Schooler C. The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978; 19 (2): 2-21.

Pearlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 1982; 35 (4): 283-305.

Pearlman LA, Mac Ian P S. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995; 26(6), Dec 1995, 558-565

Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris, L, Olsen Sarah
Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2010; 14 (5): 56-62

Puhlik-Doris, P. (1999) The Humor Styles Questionnaire: A New Multidimensional Measure of Sense of Humor, Master Thesis, The University of Western Ontario, London, Ontario.

Robinson DT, Smith-Lovin L. Getting a laugh: Gender, status, and humor in task discussions. *Social Forces*, 80 (1), 2001.

Rossi A, Cetrano G, Pertile L, Rabbi L, Donissi V, Grigoletti A. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*. (2012); 200: 933–938

Rothenberg M, Fisher K, Elias A, Helton S, Williams S. Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community based care organisations in Central Florida, 2008
<http://www.nacsw.org/Publications/Proceedings2008/VanHookMQuality.pdf>

Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal Issues Nursing*, 2011; 16 (1):126-136.

Santinello M. Stress and burnout among teachers in Italy and France. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 1993; 127 (5): 529-535.

Schauben LC, Frazier PA. Vicarious trauma: The effects on female counselors of working

with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*. 1995;19 (1): 49–64.

Scarlett WG. Defining Humor. S. N.-P. W George Scarlett (Ed), *Children's Play* (s. 93-94). SAGE Publications, California, 2005.

Scott T. Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. *Mortality*, 2007; 12(4): 350-364.

Selvi Y, Özdemir P, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010; 23:238-243.

Selye H. Stress without Distress. Serban G. (Ed) içinde, *Psychopathology of Human Adaptation* (s. 137-140). Springer Science & Business Media, New York, 2012.

Sliter M, Kale A, Yuan, Z. Is humor the best medicine the bufferin effect of coping humor on traumatic stressors in firefighters. *Journal of Organizational Behavior*, 2014; 35(2): 257-272.

Solomon J. Nurses Coping Strategies with Compassion Fatigue A Literature Review. Bachelor's Thesis. Degree Programme in Nursing Social Services, Health and Sports, 2014.

Stamm, BH. The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue/ Secondary Trauma scales. Pocatello: Idaho State University and Sidran Press; 2005.

Smuts, A. Encyclopedia of Philosophy - A peer reviewed Academic Resouce, 2002 <http://www.iep.utm.edu>: <http://www.iep.utm.edu/humor/#SH2c> (Erişim 10 Ocak 2015)

Steed LG, Downing R. A phenomenological study of vicarious traumatisation among psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/ assault. *The Australasian Journal of Disaster*, 1998-2

Suls, J. M. (1972). A Two Stage Model For the Appreciation of Jokes and Cartoons An Information Processing Analysis . J. H. Goldstein içinde, *The Psychology of Humor: Theoretical Perspectives and Empirical Issues* (s. 81-93). New York : Academic Press.

- Sungur MZ. İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1999; 2(2):105-108
- Szabo A. The acute effects of humor and exercise on mood and anxiety. *Journal of Leisure Research*, 2003; 35 (2): 152-162.
- Taycan O, Taycan ES, Çelik C. Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir ilde devlet hizmet yükümlülüğünün hekimler üzerindeki etkileri ve tükenmişlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013; 24(3): 1- 10
- Van Doornen L, Golstein J. Measurement of occupational humorous coping. *Humor*, 2010; 23 (3): 275–305.
- Van Mol, MC, Kompanje JO, Benoit D, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A Systematic Review. *Plos One*, 2015; 10 (8)
- Van Wormer K, M. Boes M. Humor in the emergency room: A social work perspective. *Health & Social Work*, 1997; 22(2): 87-92
- Vries G. Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. 2009; 22: 4 259-267
- Walle AH. Getting picked up without being put down: Jokes and bar rush. *Journal of the Folklore Institute*, 13, 1976
- Walker, M. Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: counter transference; secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*. 10, 2, 2004 173-19
- Wanzer M, Butterfield M. “If We Didn't Use Humor, We'd Cry”: Humorous Coping Communication in Health Care Settings. *Journal of Health Communication: International Perspective*, 2005; 10 (2): 105-125
- Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R (2013) Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *Journal of palliative medicine* 16: 1534– 1539.

Wilkins, A J. Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Advances in mind-body medicine*, 2009 8-12.

Wu J, Chan RM. Chinese teachers' use of humour in coping with stress. *Int J Psychol*. 2013; 48(6):1050-6 2012

Yeşil A, Ergün, Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. (2010). Çalışanlar için yaşam kalitesi Ölçeği türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 111-117

Yerlikaya Bİ. Mizah Tarzları Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *7. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildiri Özetleri* (s. 30-31). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği, Malatya, 2003.

Yılmaz B. Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2007; 10 (4): 137-147.

Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 2010; 23 (4): 191–197

Zillman D. Disparagement humor. (Ed.) McGhee, Goldstein JH. ,*Handbook of humor research* (Ss.85–108): Springer, New York, 1983.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı	H.Onur DEMİRCİ
Doğum Yeri Tarihi	Adapazarı 1985
Uyruğu	T.C.
Medeni Durumu	Bekar
Tel	554 753 40 85
E-Mail	h.onur.demirci@hotmail.com
Yazışma Adresi	Maltepe Mah. 559 nolu sok. NO 17 Sakarya

EĞİTİM

2006-2010 K.K.T.C Doğu Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi
Psikoloji Bölümü

UNVAN

Psikolog

İŞ DENEYİMLERİ

2010-2011 Özel Bal arıları Özel Eğitim Rehabilitasyon Merkezi, Düzce

2011-2012 Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sakarya

EKLER

EK1

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

Ad :

Soyad:

Çalışılan bölüm/birim:

Yaş:

Cinsiyet:

Telefon:

e-posta adresi:

Medeni Durumu:

Bekar Evli Ayrı yaşıyor Dul Boşanmış Birlikte yaşıyor

Çocuk Sayısı:

Yok 1 2 3 ve üstü

Kiminle Yaşanıyor:

Eş ve çocuklar Anne-baba Arkadaş / akraba Eş Yalnız

Diğer (belirtiniz)....

Yaşanılan yerde bulunma süresi?

1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 10 yıldan fazla

Eğitim

Sağlık Meslek Lisesi Lisans (4-6 yıllık üniversite)

Sağlık Meslek Yüksek Okulu (2yıllık-Ön lisans) Lisans üstü (yüksek lisans/doktora)

Mesleğiniz

Doktor Ebe/Hemşire Sağlık Memuru ATT /Paramedik

Sosyal Hizmet Uzmanı Diyetisyen Psikolog Fizyoterapist

Diğer (belirtiniz)

Eve Giren Aylık Geliriniz?

1000- 1.999TL 2000- 2999TL
3000-3999 TL 4000-4999 TL 5000 TL ve üstü

Ekonomik durumunuz?

Düşük Orta iyi

Daha önce psikiyatrik tedavi görmenizi gerektiren bir sorun yaşadınız mı?

Hayır Evet (açıklayınız.....)

Daha önce psikiyatrik tedavi aldınız mı ?

Hayır Evet



Ek2

SAĞLIK ÇALIŞANI MESLEKİ SORU FORMU

İş yerinizdeki görev yeriniz (birden fazla görev aldığınız birim varsa işaretleyiniz/belirtiniz)

Poliklinik Yataklı servis/ Klinik Laboratuvar Acil servis
Hasta hakları/danışma/eğitim Teknik birimler Diğer (Belirtiniz)

Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?

Evet Hayır

Mesleğinizdeki çalışmışlık süreniz? (yıl/ay belirtiniz)

.....

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışma süreniz ? (yıl/ay belirtiniz)

.....

Mevcut görev aldığınız birim/bölümdeki çalışma süreniz? (yıl/ay belirtiniz)

.....

Mevcut görev aldığınız birim/bölümden önceki çalışma yeriniz (Kurum/birim belirtiniz)

.....

Haftalık ortalama çalışma süreniz (saat şeklinde belirtiniz)

Mesleğiniz,iş dışındaki ve sorumluluklarınızı (aile, ev, vb.) olumsuz etkiliyor mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

İşinizde mesai sürenizde müdahalede bulunduğunuz acı, örseleyici olayların iş dışındaki zamanlarda aklınızdan çıkmadığı ve zihninizin sürekli kaldığı, istem dışı hatırladığınız ve bundan rahatsızlık duyduğunuz olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Müdahalede bulunduğunuz acı, örseleyici olayların, sonradan bazı bölümlerini hatırlayamadığınız olur mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

İşinizde mesai sürenizde müdahalede bulunduğunuz acı, örseleyici olaylar sonrası hatırlanamamak için çaba sarf ettiğiniz , hatırlatan şeylerden uzak durmaya çalıştığınız olur mu ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Bu sebeplerden dolayı İş / birim değiştirmeyi düşünüyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Bir yıl içinde hastalık ya da mazeret izni aldığınız ortalama gün sayısı

Hiç 1-7 gün 8-14 15-21 gün 21günden fazla

Mesainiz dahilinde hizmet verdiğiniz hasta, danışan veya yakınları tarafından :

Fiziksel şiddet (el-ayak veya bir cisimle vurma, bir şey fırlatma, itirme, üzerine yürüme vs.) gördünüz mü?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Sözel-duygusal şiddet (bağırma, tehdit, hakaret, aşağılama...) gördünüz mü?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Sözel (laf atma vs.) anlamda cinsel şiddete Maruz kaldınız mı ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Fiziksel anlamda cinsel şiddete (fiziksel, cinsel taciz) maruz kaldınız mı?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Mesleki mesainiz içinde Çalışma ekibiniz, arkadaşlarınız veya yöneticilerinizden :

Bağırma..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Aşağılama / hakaret Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Sorumluluk vermeme Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Aşırı iş yükleme..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Tehdit..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Zorlama / dayatma.... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Değersizleştirme..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Yok sayma..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Fiziksel şiddet..... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Cinsel taciz/şiddet.... Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

İstenmeyen bir biçimde bölümünüzün/biriminizin değiştirilmesi:

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Çalışma saatleriniz içinde şiddete maruz kaldığınız olayları rapor ediyor musunuz?

şiddete maruz kalmadım

Sözel şiddet Hiç Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Fiziksel şiddet..... Hiç Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Cinsel şiddet..... Hiç Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Mesleki yaşantınızda hizmet almaya gelen bireyin herhangi tıbbi rahatsızlığı, doğum, tıbbi operasyon geçirdiği kaza, afet vb. yaşadığı travmatik bir olay dolayısıyla ölümüne tanık oldunuz mu ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Mesleki yaşantınızda hizmet almaya gelen bireyin herhangi tıbbi rahatsızlığı, geçirdiği kaza, afet vb. yaşadığı travmatik bir olay dolayısıyla, hayati tehlike derecesinde yaralanmasına ya da benzeri bir sağlık tehdidi altında olmasına tanık oldunuz mu ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Mesleki yaşantınızda hizmet almaya gelen bireyin herhangi tıbbi rahatsızlık , geçirdiği kaza, cinsel saldırı, yakın ölümü, afet vb. yaşadığı travmatik bir olayı dinlemek durumunda kaldınız mı ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Aşağıdakilerden tanıklık ettiğiniz ya da kendiniz yaşadığınız olarak seçenekleri işaretleyiniz.

- Çocuk ölümü
- Yakını ölmüş biriyle temas
- Kendinize veya bir yakınınıza yaşça yakın ve benzeyen birinin ölümü
- Toplumsal afetler (depresyon, yangın...)
- Bulaşıcı hastalık
- Uzun kayıp, ağır yaralanma veya birinci derece yanık gibi ağır fiziksel travmalar
- İşkence veya tecavüz gibi insan kaynaklı saldırılara maruz kalmış hastalarla karşılaşma
- Parçalanmış uzuvlara ya da ölü bedenlere dokunma, taşıma

Başka bir travmatik deneyiminiz varsa belirtiniz ?

.....

Daha önce iletişim, stres ve baş etme, mesleki travma, tükenmişlik gibi konularda ilgili eğitim, toplantı, çalışma grubu, seminer vs. gibi bir etkinliğe katıldıysanız lütfen ortalama alınan eğitim saatini belirtiniz

İş yerinde Şiddete/travmaya maruz kaldığınızda kimden destek alıyorsunuz?

Almıyorum

Meslektaş/mesai arkadaşlarımdan Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

Süpervizörümden..... Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

Ruh sağlığı profesyonellerinden Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

Ailemden Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

Arkadaşımdan..... Hiç Nadiren Bazen Sık sık Her zaman

Diğer (belirtiniz).....

TÜM MESLEKİ SORULAR DİKKATE ALINARAK ;

İş Yaşantınızda mesai arkadaşlarınızla (size bağlı personel ya da yöneticiniz fark etmeksizin) geçirdiğiniz öğle arası, istirahat, mesai molaları vs. zamanlarda, mesai içinde yaşanmış olumsuz mesleki durumlara(baş etmesi güç, acı, örseleyici vakalar ve benzeri yaşantılar)dair değerlendirmeler yapar mısınız ?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

İş Yaşantınızda Mesai arkadaşlarınız, personeliniz ya da yöneticilerinizle geçirdiğiniz öğle arası, istirahat, mesai molaları vs. zamanlarda mesai içinde yaşanmış olumsuz mesleki durumlara(baş etmesi güç, acı, örseleyici vakalar ve benzeri yaşantılar)dair değerlendirmeler yaparken, mizah kullanır mısınız ? (komik benzetme, şaka, fıkra vs.)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman

Yukarıdaki sorulan olumsuz durum ve koşullarla bir baş etme üstesinden gelme, rahatlama, daha olumlu bakma amacıyla günlük hayatınızda konuyla ilgili mizah kullanır mısınız ? (komik benzetme, şaka, fıkra vs.)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğunlukla Her zaman



Mizah Yaşantıları (Tarzları) Ölçeği

İnsanlar mizahı çok farklı biçimlerde yaşar ve dışa vururlar. Aşağıda mizahın yaşanabileceği farklı biçimleri ifade eden cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak o ifadeye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtin. Lütfen mümkün olduğunca dürüst ve tarafsız olarak yanıtlamaya çalışın. Yanıtlarınız için aşağıdaki değerlendirme ölçeğini temel alın:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum
1. Genellikle çok fazla gülmem ya da başkalarıyla şakalaşmam.							
2. Moralim bozuk olduğunda genellikle kendimi mizahla neşelendirebilirim.							
3. Birisi hata yaptığında çoğunlukla onunla bu konuda dalga geçerim.							
4. İnsanların benimle dalga geçmelerine ya da bana gülmelerine gereğinden fazla izin veriyorum.							
5. İnsanları güldürmek için çok fazla uğraşmam gerekmez - doğuştan esprili bir insan gibiyimdir.							
6. Tek başıma bile olsam çoğunlukla yaşamın gariplikleriyle eğlenirim.							
7. İnsanlar asla benim mizah anlayışım yüzünden gücenmez ya da incinmezler.							
8. Kendimi yermem ailemi ya da arkadaşlarımı güldürüyorsa eğer, çoğunlukla bu işi kendimden geçerek yaparım.							
9. Başımdan geçen komik şeyleri anlatarak insanları pek güldürmem.							
10. Üzgün ya da mutsuzsam, kendimi daha iyi hissetmek için genellikle o durumla ilgili gülünç bir şeyler düşünmeye çalışırım.							
11. Espri yaparken ya da komik bir şey söylerken genellikle karşımdakilerin bunu nasıl kaldıracığını pek önemsemem.							
12. Çoğunlukla kendi güçsüzlüklerim, gaflarım ya da hatalarımla ilgili gülünç şeylerden söz ederek, insanların beni daha çok sevmesini ya da kabul etmesini sağlamaya çalışırım.							
13. Yakın arkadaşlarımla çok sık şakalaşır ve gülerim.							
14. Yaşama karşı takındığım mizahi bakış açısı, benim olaylar karşısında aşırı derecede üzülmemi ya da kederlenmemi önler.							

15. İnsanların, mizahı başkalarını eleştirmek ya da aşağılamak için kullanmalarından hoşlanmam.
16. Çoğunlukla kendi kendimi kötüleyen ya da alaya alan espriler yapmam.
17. Genellikle fıkrâ anlatmaktan ve insanları eğlendirmekten hoşlanmam.
18. Tek başııııysam ve mutsuzsam, kendimi neşelendirecek gülünç şeyler düşünmeye çalışırım.
19. Bazen öyle komik şeyler gelir ki aklıma bunlar insanları incitebilecek, yakışık almaz şeyler olsa bile, kendimi tutamam söylerim.
20. Espriler yaparken ya da komik olmaya çalışırken çoğunlukla kendimi gereğinden fazla eleştiririm.
21. İnsanları güldürmekten hoşlanırım.
22. Kederli ya da üzgünsem genellikle mizahi bakış açımı kaybederim.
23. Bütün arkadaşlarım bunu yapıyor olsa bile, bir başkasıyla alay edip ona gülerlerken asla onlara eşlik etmem.
24. Arkadaşlarımla ya da ailemle birlikteyken çoğunlukla hakkında espri yapılan ya da dalga geçilen kişi ben olurum.
25. Arkadaşlarımla çok sık şakalaşmam.
26. Tecrübelerime göre bir durumun eğlendirici yanlarını düşünmek, sorunlarla başa çıkmada çoğunlukla etkili bir yoldur.
27. Birinden hoşlanmazsam çoğunlukla onu küçük düşürmek için hakkında espri yapar ya da alay ederim.
28. Sorunlarıııı varsa ya da üzgünsem, çoğunlukla gerçek duygularıııı, en yakın arkadaşlarıııı bile anlamasın diye, espriler yaparak gizlerim.
29. Başkalarıyla birlikteyken genellikle aklıma söyleyecek esprili şeyler gelmez.
30. Neşelenmek için başkalarıyla birlikte olmam gerekmez, genellikle tek başıııımayken bile gülecek şeyler bulabilirim.
31. Bir şey bana gerçekten gülünç gelse bile, birini gücendirecekse eğer, buna gülmem ya da bununla ilgili espri yapmam.
32. Başkalarının bana gülmesine izin vermek; benim, ailemi ve arkadaşlarıııııııı neşelendirme tarzııııııdır.

**ÇALIŞANLAR İÇİN
YAŞAM KALİTESİ
ÖLÇEĞİ (Çalışanlar-YK)
Türkçe Uyarlaması**

Yaptığımız işin veya mesleğin olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığımız çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

0 = Hiçbir zaman 1= Nadiren 2 = Bazı zamanlar 3 = Sıkça 4 = Sık Sık 5 = Çok Sık

-
1. Kendimi mutlu hissediyorum. ()
 2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor. ()
 3. insanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum. ()
 4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum. ()
 5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum. ()
 6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum ()
 7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum. ()
 8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uyukunun bozulmasına neden oluyor. ()
 9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum. ()
 10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum. ()
 11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum. ()
 12. İşimi seviyorum. ()
 13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum. ()

14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor. ()
15. Bana güç veren inançlarım var. ()
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum. ()
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım. ()
18. İşim beni tatmin ediyor. ()
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum. ()
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum. ()
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum. ()
22. İşimde yaptıklarımın bir fark yaratabileceğime inanıyorum. ()
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum. ()
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum. ()
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor. ()
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum. ()
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum. ()
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum. ()
29. Çok hassas bir insanım. ()
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum. ()

Ek 5

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında mesleki yorgunluk ve travma tepkilerine bağlı ruhsal belirtilerle baş etme biçimi olarak mizahın kullanımı

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Adı Soyadı: H.Onur Demirci

Unvanı: Psikolog (Arş. Gör.)

Uzmanlık alanı: Psikoloji(Lisans) Ruhsal Travma (Öğr.)

Kurumu: Kocaeli Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri A.D Ruhsal Travma ve Afet Araştırmaları birimi.

Telefon numarası: 0262 303 79 16

E-posta adresi: h.onur.demirci@hotmail.com

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Araştırmanın temel amaçları Kocaeli Üniversitesi A.U Hastanesinde çalışan sağlık personelinin mesleki yaşantılarında karşılaştıkları üzücü örselleyici olaylar ve etkileriyle baş etme konu olup, bu yaşantıların etkilerini hafifletme biçimi olarak bahsedilen konular ile ilgili günlük iletişimlerinde baş etme biçimi olarak mizahı ne kadar kullandıklarına dair veri toplamak ve bilgiye ulaşmak

4. Neden ben seçildim?

Kocaeli Üniversitesi A.U Hastanesinde sağlık çalışanı olmanızdan dolayı çalışmaya katılımınız istenmektedir.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Çalışmaya katılmak ya da devam etmek zorunda değilsiniz, Çalışmayı istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Çalışmayı kabul etmeniz durumunda EK 1 (sosyodemografik form ve sağlık çalışanı anketi) EK 2 Çalışanlar için Yaşam kalitesi Ölçeği) EK3 Mizah Tarzları (Yaşantıları) Ölçeği 'ni doldurmanız istenecektir.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Bu araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ya da riski yoktur

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanız durumunda araştırmanın son hali Sağlık bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı dahilinde tez olarak sunulacaktır. Ortaya çıkan veriler doğrultusunda mesleki stresörler ve baş etme ile ilgili psiko-eğitsel eğitim, seminer, program vs. gibi etkinliklere katkıda bulunması hedeflenmektedir.

9. Araştırma masrafları:

Araştırma karşılığında hiçbir maddi imkan sağlanmayacak, gönüllü katılımcılardan herhangi bir şekilde masraf bedeliveya maddi ödeme, yardım vs. talep edilmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Araştırmada öngörülebilir risk teşkil edecek deney vs. yoktur, hiçbir şekilde tıbbi vb. müdahale yoktur. Yalnızca hazır bulunan soruları kişisel düşünceleriniz ve tecrübeleriniz doğrultusunda cevaplamanız istenecektir.

11. (Tedavi edici araştırmalarda) Alternatif tedavi/tanı yöntemleri nelerdir?
yoktur.

12. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Doldurulan formlardaki kişisel belgeler araştırmacı tarafından saklanacaktır. Yine ilgili tez ve akademik çalışmalarda, araştırmaya katılan her bireyin kişisel bilgileri kesinlikle gizli tutulacak, Yine de bu konuda bireysel olarak gönüllüler gerçek isim yerine takma isim (rumuz) kullanılabilir, araştırmanın tüm süreçlerinde bu takma ismi(rumuz) kullanarak katılacak, takip edilebilir.

13. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İstenilen takdirde araştırmayla ilgili kişisel (kimlik bilgileri) bilgiler haricinde, çalışma sonuçları ile ilgili bilgi edinilebilip elinizde bulunan kâğıtta bulunan iletişim bilgileri üzerinden takip edilebilecektir.

14. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın son hali Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı dahilinde gizlilik ve etik kurallar çerçevesinde tez olarak sunulacaktır.

15. Daha ayrıntılı bilgi ve Şikayetler için;

Adı Soyadı: H.Onur Demirci

Unvanı: Psikolog (Arş. Gör.)

Uzmanlık alanı: Ruhsal Travma (Öğr)

Kurumu: Kocaeli Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri A.D Ruhsal Travma ve Afet Araştırmaları birimi.

Telefon numarası: 0262 303 79 16

E-posta adresi: h.onur.demirci@hotmail.com

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Ek 6

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında mesleki yorgunluk ve travma tepkilerine bağlı ruhsal belirtilerle baş etme biçimi olarak mizahın kullanımı

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64 – 74 50
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında mesleki yorgunluk ve travma tepkilerine bağlı ruhsal belirtilerle baş etme biçimi olarak mizahın kullanımı			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOÜ KAEK 2015/268			
	EUDRACT NUMARASI				
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. A. Tamer Aker			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. H. Onur Demirci			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (YÜKSEK LİSANS TEZİ)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	07/08/2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07/07/2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer			
OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer			

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>		

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 10/15

Proje No: KOU KA EK 2015/268

Tarih : 01/09/2015

Prof. Dr. A. Tamer Aker sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013), ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996) İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslararası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041)

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMİN ERSOY

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOÜ Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOÜ Tıp Fak. Kardiyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOÜ Tıp Fak. Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Prof. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOÜ Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOÜ TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Prof. Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOÜ Tıp Fak. Biokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Uzm. Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	Izmit 1 Nolu AÇSAP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış
Yrd. Doç. Dr. Önjen TAK	Danışman Diş Hekimi	KOU Diş Hekimliği Fak.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katılmış

*: Toplantıda Bulunma

Ek 7

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2016

Danışman

İmza