

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN EŞDUYUM
YORGUNLUĞU, İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK
VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM
DÜZEYLERİNE PSİKOEĞİTİMİN ETKİSİ**

GÜLAY YILMAZ

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR - 2016

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD - 2012970110

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN EŞDUYUM
YORGUNLUĞU, İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK
VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM
DÜZEYLERİNE PSİKOEĞİTİMİN ETKİSİ**

GÜLAY YILMAZ

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

Danışman

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İkinci Danışman

Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD - 2012970110

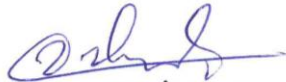
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Gülay YILMAZ**'ın “**Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi**” konulu tezi **14 Ekim 2016** tarihinde **Başarılı** olarak değerlendirilmiştir.


Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

Başkan

Üsküdar Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi


Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Üye

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Özlem UĞUR

Üye

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Üye

Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi


Doç. Dr. Dilek ÖZDEN

Üye

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

Yedek Üye

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik fakültesi

Prof. Dr. Özgül KARAYURT

Yedek Üye

İzmir Ekonomi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	9
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Onkoloji Hemşireliği.....	10
2.2. Profesyonel Yaşam Kalitesi	12
2.2.1. Merhamet Yorgunluğu	12
2.2.1.1. Tükenmişlik	16
2.2.1.2. İkincil Travma.....	17
2.2.2. Merhamet Memnuniyeti	17
2.3. Travma Sonrası Gelişim.....	18
2.4. Psiko eğitim ve Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ ADIMI	23
Onkoloji Hastasıyla Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerini Etkileyen Etmenler	
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.1.4. Çalışma Materyali	24
3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.1.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.1.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	24

3.1.6. Veri Toplama Araçları	24
3.1.6.1. Hemşire Tanıtım Formu	24
3.1.6.2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
3.1.6.3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	25
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	26
3.7.1. Birinci Adım Araştırma Planı ve Takvimi	26
3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.1.10. Etik Kurul Onayı	28
4.1. BULGULAR	29
5.1. TARTIŞMA.....	40
6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM	52
3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ ADIMI	52
Onkoloji Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Memnuniyeti, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi	
3.2.1. Araştırmanın Tipi	52
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	52
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	52
3.2.4. Çalışma Materyali	53
3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri	53
3.2.5.1. Bağımlı Değişkenler	53
3.2.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	53
3.2.6. Veri Toplama Araçları	53
3.2.6.1. Hemşire Tanıtım Formu	53
3.2.6.2. Psikoeğitim.....	54
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	56
3.7.2. İkinci Adım Araştırma Planı ve Takvimi	56
3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	59
3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
3.2.10. Etik Kurul Onayı	59
4.2. BULGULAR	60

5.2. TARTIŞMA.....	63
6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR.....	69
8. EKLER	85
EK 1. Hemşire Tanıtım Formu.....	85
EK 2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği	86
EK 3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği.....	88
EK 4. Oturum Sonrası Değerlendirme Formu	89
EK 5. Terapötik Boşluk Doldurma	90
EK 6. Terapötik Öyküler.....	91
EK 7. Oturum Uygulaması.....	92
EK 8. Psikoeğitim Kitapçığı	95
EK 9. Onam Formu	122
EK 10. Onkoloji Hemşireliği Derneği İzni	123
EK 11. Kurum İzni.....	124
EK 12. Etik Kurul Onayı.....	125
EK 13. Özgeçmiş	127
EK 14. Tezden Yapılmış Yayınlar	132

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: PYKÖ ve TSGÖ ölçek ve alt ölçek güvenilirlikleri.....	26
Tablo 2: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 3: Hemşirelerin onkolojiye yönelik aldığı eğitimler	30
Tablo 4: PYKÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki.....	31
Tablo 5: TSGÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki.....	31
Tablo 6: PYKÖ alt ölçekleri ve TSGÖ toplam puan arasındaki ilişki	32
Tablo 7: Demografik verilerin PYKÖ, TSGÖ ve alt ölçek puanlarını etkileme durumu.....	36
Tablo 8: Oturum tarihlerine göre katılımcı sayıları.....	58
Tablo 9: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	60
Tablo 10: Hemşirelerin çalıştığı kliniklerin dağılımı	61
Tablo 11: Hemşirelerin aldıkları eğitim konuları	61
Tablo 12: Hemşirelerin PYKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi	62
Tablo 13: Hemşirelerin TSGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesi	62

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Merhamet yorgunluğu gelişim süreci	13
Şekil 2: Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti kavramsal modeli	18



KISALTMALAR

Eşduyum Yorgunluğu	: Merhamet yorgunluğu
İş Doyumu	: Merhamet memnuniyeti
PYKÖ	: Profesyonel yaşam kalitesi ölçeği
TSGÖ	: Travma sonrası gelişim ölçeği
PYK	: Profesyonel yaşam kalitesi
TSG	: Travma sonrası gelişim



TEŞEKKÜR

Dertleri zevk edindim, bende neşe ne arar

Elem dolu kalbimden gitmiyor hatıralar

Maziden kalan her iz beni içten yaralar

Elem dolu kalbimden gitmiyor hatıralar

(Merhamet yorgunluğu kavramına dair eklenmiştir.)

Doktora eğitimim ve bu tezin oluşturulma sürecinde, bulunduğum her durumda desteğini ve sevgisini hissettiğim, rehberliği ile beni yalnız bırakmayan çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Sayın Besti ÜSTÜN'e;

Öneri ve eşsiz yardımları ile beni destekleyen ve yol gösteren çok değerli hocam ve ikinci tez danışmanım Doç. Dr. Sayın Neslihan GÜNÜŞEN'e;

Önerileri, bilgi, deneyim ve destekleri ile bu tezin son halini almasına katkı veren çok değerli hocalarım ve jüri üyelerim, Doç. Dr. Sayın Leyla BAYSAN ARABACI'ya, Doç. Dr. Sayın Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a, Doç. Dr. Sayın Özlem UĞUR'a; Doç. Dr. Sayın Dilek ÖZDEN'e;

Çalışma hayatımda bir adım daha ileri gidebilmem için, her türlü desteği ile yanımda olan okul müdürüm Doç. Dr. Sayın Sevinç POLAT'a;

Oturlarını yürütme sürecinde fakültenin imkânlarından yararlanmama olanak tanıyan Hemşirelik Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sayın Samiye METE'ye;

Hemşirelerin katılımları için destek veren Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü'ne;

İstatistiki analizlerde bana yol gösteren Yrd. Doç. Dr. Sayın Mehmet Ali SUNGUR'a;

Doktora eğitimim boyunca birlikte olduğum, iyiliğini benden esirgemeyen yoldaşım Sayın Melike ERTEM'e;

Beni destekleyip güç veren ARKADAŞLARIMA;

Uzakta olsak bile, sevgileri ile “ben” olmama katkı verdikleri için AİLEME;

Kliniklerdeki çalışma şartlarına rağmen, çalışmaya katılarak bu tezin ortaya çıkmasını sağlayan, insanüstü performansla her türlü durumda hizmet veren MESLEKTAŞLARIMA, KAHRAMAN HEMŞİRELERE teşekkür ederim.

ÖZET
ONKOLOJİ HEMŞİRELERİNİN EŞDUYUM YORGUNLUĞU, İŞ DOYUMU,
TÜKENMİŞLİK VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM DÜZEYLERİNE
PSİKOEĞİTİMİN ETKİSİ

Gülay YILMAZ
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
gulay.yilmaz22@gmail.com

Amaç: Çalışmanın birinci amacı, onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesi, travma sonrası gelişim düzeyleri ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek; ikinci amacı psikoeğitimin onkoloji hemşirelerinde merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma birinci adımı tanımlayıcı, ikinci adımı tek grup, pre-test, post-test düzeninde yarı-deneysel olarak tasarlanmıştır. Birinci adımda, Onkoloji Hemşireliği Derneği'ne üye 182 hemşire, web-tabanlı anket yoluyla çalışmaya katılmıştır. İkinci adımda, bir üniversite hastanesinde onkoloji hastalarına bakım veren 43 hemşireyle iki oturum psikoeğitim programı yürütülmüştür. Çalışmada Hemşire Tanıtım Formu, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın birinci adımı sonucunda; katılanların çoğunluğu kadın, lisans mezunu ve onkolojiye yönelik eğitim almadığı; yarıdan fazlasının mesleği isteyerek seçtiği ve onkoloji hastasıyla çalışmak istediği saptanmıştır. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Toplam puanıyla Profesyonel Yaşam Kalitesi alt ölçekleri arasında (merhamet yorgunluğu dışında) korelasyon saptanmıştır. Her iki ölçeği, aylık nöbet sayısının; onkolojiye yönelik eğitim almanın; meslekte çalışma süresinin; hemşireliği isteyerek seçmenin; onkoloji hastasıyla çalışmayı istemenin; onkoloji hastalarıyla çalışma süresinin (sadece merhamet yorgunluğu) etkilediği; cinsiyetin, medeni durumun, çocuk sahibi olmanın, eğitim düzeyinin etkilemediği bulunmuştur. Araştırmanın ikinci adımı; psikoeğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmede, PYKÖ'nün alt ölçek puanları; TSGÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0,05$).

Sonuç: Hemşireliği ve onkoloji hastasıyla çalışmayı istemek, nöbet sayısının azlığı hemşirelerin çalışma yaşantısına olumlu katkı sağlamaktadır. Farkındalık, iletişim, empati,

ölüm deneyimleri ve başetmeyle ilgili hazırlanan psikoeğitimin, onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kaliteleri ve travma sonrası gelişimleri üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Psikoeğitim programlarının çalışma ortamlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Onkoloji Hemşireliği, Psikoeğitim, Profesyonel Yaşam Kalitesi, Travma Sonrası Gelişim



ABSTRACT
**THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION ON COMPASSION FATIGUE,
COMPASSION SATISFACTION, BURNOUT, AND POST TRAUMATIC GROWTH
LEVELS FOR ONCOLOGY NURSES**

G lay YILMAZ
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
gulay.yilmaz22@gmail.com

Aim: The primary aim of this study is to determine the professional life quality, post-traumatic development levels of oncology nurses and the factors affecting them. The second aim is to evaluate the effect of psychoeducation on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and post-traumatic development levels for oncology nurses.

Method: In this study the first step is designed as descriptive, the second step is the one group, pretest-posttest as quasi-experimental. In the first step, 182 nurses of Oncology Nursing Society members were recruited via the web-based survey. In the second step, two sessions of psychoeducation program was carried out with 43 nurses providing care to oncology patients in a university hospital. In this study, nurse identification form, professional quality of life scale and the posttraumatic growth inventory has been used.

Results: As a result of the first step of study, it has been found that majority of respondents were female with bachelor degree and did not received training in oncology. The more than half were found to willingly chose their profession and want to work with oncology patients. The correlation has been determined between total score of posttraumatic growth inventory and subscales of professional life quality with subscales (except compassion fatigue). It was found that the number of shifts per month, to receive the training in oncology, duration of the profession, to select nursing willingly, to want to work with oncology patients (only compassion fatigue) have affected to both scale. It was found that gender, marital status, having children, education level, have not affected to both scale. In the second step of study, subscale scores of PYK  (ProQOL), all sub-dimensions of TSG  (PTGI) and The total mean difference of score were determined as statistically significant ($p \leq 0,05$).

Conclusion: To want to work with oncology patients and nursing, the low number of night shift provide a positive contribution to professional life of nurses. It was found that

psychoeducation prepared about awareness, communication, empathy, coping, death experience has affected the professional life quality and post-traumatic growth of nurses. The integration of the psychoeducational program into the working environments is recommended.

Key Words: Oncology Nursing, Psychoeducation, Professional Quality of Life, Post-Traumatic Growth



Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık alanında çalışan diğer profesyoneller için olduğu gibi hemşireler için de onkoloji hastaları ile çalışmak oldukça stresli bir deneyimdir. Tuna ve Baykal (2014) onkoloji hemşirelerinin mesleği ekonomik ve ailevi nedenlerden ötürü seçtiklerini; olumsuz hasta deneyimlerini fazlaca yaşadıklarını; bakım ve tedavi dışı iş yükünün fazla olduğunu; tedavi prosedürlerinin karmaşıklığı, terminal dönem hastalarının yoğunluğu ve iletişim sorunları nedeniyle yoğun stres, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıklarını saptamıştır. Romeo-Ratliff (2014) onkoloji hemşirelerinde ölüm ve acı çekme deneyimlerinin fazla olması, yaş, yaşam stresi, fiziksel yıpranma nedeniyle merhamet yorgunluğunun yüksek olduğunu belirlemiştir. İş yükü yüzünden hastayla yeterli zaman geçiremeyen hemşireler, eğitim düzeyi arttıkça katıldıkları kursların fazla olması nedeniyle yeni roller yüklenmeye başladıklarını, bütüncül yaklaşımı kullandıklarını ancak rol ve sorumluluklarının hastane koşulları ve tedavi ile bazen uyuşmadığını, bu konuda zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir (Farrell, Molassiotis, Beaver ve Heaven 2011).

Ülkemizde onkoloji hemşirelerinin onkoloji kliniğini kendi istekleri ile seçmedikleri, teratojenik tedavilere maruz kaldıkları, çalışma şartlarının ve saatlerinin ağır/yüklü olduğu, eğitim açısından kendilerini yetersiz hissettikleri, fiziksel ve duygusal sağlık sorunları yaşadıkları, kurumsal desteğin yetersiz olduğu, ağır iş şartlarına rağmen ücret ve iş tatminsizliği yaşamalarını olumsuz etkenler olarak; iş arkadaşlarının destekleyici olmasını, haftasonu ve gece shiftlerinin az olmasını olumlu etkenler olarak belirlenmiştir (Baykal, Seren ve Sökmen 2009). Ünlü, Karadağ, Taşkın ve Terzioğlu (2010) onkoloji hemşirelerinin rol ve işlevlerini yerine getirmeyi engelleyen durumları; hasta sayısının fazlalığı, fiziksel ortamın uygun olmaması, araç-gereç yetersizliği, zaman yetersizliği, bilgi, deneyim eksikliği, ekip çalışmasının ve kurumun beklentisinin olmaması olarak belirlemişlerdir. Cidón, Martín, Villaizán ve López Lara (2012) doyumunu yüksek hemşirelerin hasta bakım ve iş kalitesinin, hastaya ve işe yönelik algı ve duygularının yüksek olduğunu, hasta güvenliği ve bakımına daha özenli davrandıklarını saptamıştır; kurumsal prosedürlerin onkoloji hemşiresinin doyumunu arttıracak yönde iyileştirilmesinin hem hasta bakım kalitesini hem de hastane kalitesini yükselteceğini bildirmiştir.

Stresörlere bağılı duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kendini gerçekleştirme ve başarıda düşüş, bunlara bağılı olarak tükenmişlik, iş doyumunda azalma ve yaşam kalitesinde düşme onkolojide çalışan hemşirelerde yaygındır (Tunçel, Kaya, Kuru ve Menteş 2014, Emold, Schneider, Meller ve Yagil 2011). Onkoloji kliniğinde çalışan hemşireler ile diğerkliniklerde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri farklı görölmüştür. Dahili klinikte çalışmanın tükenmişlik üzerine etkili olduğu, tükenmişlik alt ölçek puan ortalamalarında “duygusal tükenme”nin orta düzeyde olduğu (Fındık, Erol, Süt ve Motör 2011, Ergin, Şen Celasin, Akış, Altan ve ark. 2009), çalışma yılı arttıkça tükenmenin arttığı (Kaya, Kaya, Erdoğan Ayık ve Uygur 2010) ve kişisel başarının azaldığı (Günüşen ve Üstün 2008); onkoloji alanındaki sağıık çalışanları arasında en fazla tükenmişlik oranının hemşirelerde olduğu (Cihan 2011); onkoloji kliniğı ile genel cerrahi hemşirelerinin kıyaslandığı bir çalışmada onkoloji hemşirelerinin yüksek düzey duygusal tükenme yaşadığı (Ksiazek, Stefaniak, Stadnyk ve Ksiazek 2011) görölmüştür. Olumlu iş ilişkileri geliştiren onkoloji hemşirelerinin iş doyumunun yüksek olduğu (Cummings, Olson, Hayduk, Bakker ve ark 2008) belirlenmiştir. Onkoloji hemşireleri ile benzer stresörleri yaşayan yoğun bakım hemşirelerinin iş doyum puanının orta düzeyde olduğu (Kahraman, Engin, Dülgerler ve Öztürk 2011); acil servis çalışanlarının duygusal tükenmişlik puanı ortalaması orta düzeyde, duyarsızlaşma ortalaması düşük düzeyde, kişisel başarı ortalaması orta düzeyde olarak (Akpınar ve Taş 2011); hemodiyaliz hemşirelerinin kendilerini başarılı algıladıkları ve tükenmişlik düzeyinin düşük olduğu (Şenturan, Gülseven Karabacak, Ecevit Alpar ve Sabuncu 2009) ortaya konmuştur. Tükenmiş, iş doyumunu az hemşirelerin iş yükü nedeniyle örgütsel bağlılığının az ve işten ayrılma niyetleri ve düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Derin ve Demirel 2012, Duygulu ve Korkmaz 2008).

Onkoloji kliniklerindeki stresörlere bağılı olarak tükenmişliğin yoğun yaşanması, alanda çalışan hemşire sayısını olumsuz etkilemektedir. Çalışan sayısının azalması da bakım ve tedaviye yansımaktadır. Oysa kanserin tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer aldığı ve yeni kanser vakalarının toplumlarda giderek artacağı bildirilmiştir (WHO 2008). Ülkemizde 100.000 nüfusa 141 hemşirenin düştüğü belirlenmiştir; bu sayı Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında aynı nüfus oranına hizmet veren hemşire sayısının çok altında kalmaktadır (YÖK 2010). Avrupa Onkoloji Hemşireleri Birliği (EONS), Avrupa bölgesinde 22 ülke için onkoloji hemşirelerinin profilini oluşturmuştur; buna göre hemşire/hasta oranının Türkiye’de 1/34000 olduğunu, haftalık çalışma saatinin diğerkölkelere göre yüksek, haftalık

ücretin diğer ülkelere göre az, onkoloji hemşirelerinin özel dal olarak kabul edildiği, işe başlama yaşının 18 ve oldukça küçük olduğu, Türkiye’de palyatif bakım hemşiresinin rollerinin belli olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca bu raporda onkoloji hemşiresi sayısının tüm dünyada yetersiz olduğu, veri kayıtlarının eksik olduğu ve rakamların kesin olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca konuyla ilgili farkındalığın artırılması, alanda çalışan hemşirelerin eğitim ve sosyoekonomik şartlarının iyileştirilmesi gerekliliği rapor edilmiştir. Dünyada ve ülkemizde onkoloji alanında çalışan deneyimli hemşire sayısındaki yetersizlik ile onkoloji hastaları ve yakınlarının kapsamlı bakım ve tedavi gereksinimleri dikkate alındığında, bu hemşirelerin profesyonel yaşam kalitelerinin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir.

Profesyonel yaşam kalitesi bireyin yardım eden olarak işiyle ilgili hissettiklerinin niteliğidir. Yapılan işin hem pozitif hem negatif yönü birlikte profesyonel yaşam kalitesini etkilemektedir. Ancak travma ve acı çekmeyi deneyimleyen hemşireler yardım etmenin pozitif ve negatif boyutlarını anlayarak, dengelerini sürdürebilir ve yardım etme becerilerini geliştirebilir. Onkoloji hastaları ile çalışmak zor ve stresli olsa da, edinilen deneyimlerin hemşirelerin gelişimine katkı sağlayacağı da belirtilmektedir. Onkoloji hastaları ile çalışan hemşire olmanın bir sonucu, travma sonrası gelişimdir (Post-Traumatic Growth). Gelişimin olması kişinin kendi sağlığını, bakımı, hastayı, ekibi ve hastane kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Ancak hastayla sürekli birlikte olan hemşirelerin yaşadığı fiziksel ve duygusal sorunların üstesinden gelmek için bireysel çabaları etkisiz kalmaktadır. Araştırmalarda onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin bireysel planlama, kaçınma gibi daha çok etkisiz başetme yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir (Cheng, Meng ve Jin 2015, Gomes, Santos ve Carolino 2013). Luquette (2007) stresle başa çıkmada çok yönlü kendine bakım girişimlerinin, bilişsel-davranışçı girişimlerin, relaksasyon tekniklerinin ve grup yaklaşımlarının onkoloji hemşirelerinde stresi önemli derecede azalttığını, hasta bakımının kalitesini ve iş doyumunu arttırdığını ve dolayısıyla da tükenmişliği azalttığını belirtmektedir. Stres ile baş etmede kullanılabilecek ve bireylerin biyopsikosozal bütünlüğün sürdürülmesine olumlu katkı verecek yöntemlerden birisi de psikoeğitimidir (Şengün, Altıok ve Üstün 2011).

Hemşireler, hastalarla tedavi ve bakımın tüm aşamalarında temas halindedir. Kanser tanı ve tedavisinden kaynaklanan psikososyal sorunlarla baş etmede hastalara ve hasta yakınlarına yardım etme fırsatlarına sahiptir. Bu açıdan hemşireler, hastaların yaşadığı psikososyal sorunların çözümünde ve gereksinimlerinin karşılanmasında önemli roller

üstlenebilir ve destekleyici girişimlerde bulunabilmektedir (Çam ve Gümüş 2006). Ancak kendini umutsuz ve tükenmiş hissedenden hemşirelerin, bakım verdiği hastaları anlamalarının güçleşeceği, psikososyal gereksinimlerini belirleyip etkin karşılamayı ve bütüncül bakım verme etkinliğini olumsuz etkileyeceği, bakım kalitesinde azalma olacağı düşünülmektedir. Depresif, çaresiz hissedenden, fiziksel olarak ağrı çeken hemşirelerin, olumsuz iletişim tarzları kullanabileceğinden ötürü, ekip içi anlaşmazlıklar, yöneticilerle sorun yaşama ve hastane kalitesinde düşme gibi uzun vadeli etkiler yaratacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

1.2.1. Birinci Adımın Amacı: Tanımlayıcı olarak yapılan bu adımda amaç; onkoloji hastaları ile çalışan hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesinin göstergeleri olan merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, travma sonrası gelişim ve alt boyutları olan başkaları ile ilişkiler, yaşam felsefesinde değişim, benlik algısında değişim boyutları düzeylerinin ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

1. PYKÖ alt ölçeklerinin (merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu) birbiri ile ve TSGÖ toplam puanı arasında ilişki var mı?
2. Onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin **PYKÖ alt ölçek** (merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu) **puanlarını**; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı,

eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği isteyerek seçme durumu, onkoloji hastası ile çalışmayı isteme durumu değişkenleri etkiler mi?

3. Onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin **TSGÖ toplam ve alt ölçek** (başkaları ile ilişkiler, yaşam felsefesinde değişim, benlik algısında değişim) **puanlarını**; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği isteyerek seçme durumu, onkoloji hastası ile çalışmayı isteme durumu değişkenleri etkiler mi?

1.2.2. İkinci Adımın Amacı: Yarı-deneysel olarak tasarlanan bu adımda amaç; psikoeğitimin onkoloji hemşirelerinde merhamet yorgunluğu, merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine etkisini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

H₁: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında merhamet yorgunluğu alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre düşüktür.

H₂: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında tükenmişlik alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre düşüktür.

H₃: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında merhamet memnuniyeti alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.

H₄: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin başkaları ile ilişkiler alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.

H₅: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin yaşam felsefesinde değişim alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.

H₆: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin benlik algısında değişim alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.

H₇: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları toplam puan, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Onkoloji Hemşireliği

Mart 2010 yılında Sayı:27515 ile 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 4. maddesine dayanılarak hazırlanan Hemşirelik Yönetmeliği Madde 3'te Onkoloji Hemşiresi'nin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumlulukları ile birlikte; onkoloji hastasına yönelik hemşirelik bakımını; tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma başlığı altında, kemoterapi ve biyoterapi sürecinde; hematopoetik kök hücre transplantasyonu sürecinde; radyoterapi sürecinde; palyatif bakım süresince onkoloji hastası ve ailesine gerekli bakımı, tedaviyi sağlayarak, ihtiyaç duyulan her türlü eğitimi ve duygusal desteği vermekle yükümlüdür (Hemşirelik Yönetmeliği 2011). Ülkemizde onkoloji hemşiresi yetiştirilmesi için yüksek lisans programı bulunmaktadır (YÖK 2016). Ayrıca kliniğe özgü bakım ve tedavi gereksinimlerinin karşılanması için ülkemizde, kemoterapi, meme kanseri, temel düzey psikiyatri ve TITAN-TARGET gibi uluslararası düzeyde yürütülen kurslar düzenlenmektedir. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin ortak çatı altında birleştiği, araştırma faaliyetlerinin yapıldığı, bazı eğitim, kurs, konferans/seminer/kongrelerin yürütücülüğünü üstlenen "Onkoloji Hemşireliği Derneği"de bulunmaktadır (<http://www.onkohem.org.tr>).

Kanser hastaları ve aileleri ile çalışmak oldukça bilgi ve beceri gerektirmektedir. Onkoloji hemşirelerinin sağlığı değerlendirme, destekleyici ve terapötik iletişim, kanser semptomları ve tedavi yan etkilerinin yönetimi, palyatif ve uzun süreli bakım, eğitim, sağlık bakım sistemi, karar verme ve savunuculuk, mesleki uygulama ve liderlik gibi sorumlulukları ve standartları bulunmaktadır (CPG 2015). Tıbbi bakım ve tedavinin yanında hastanın ve ailesinin psikososyal bakımı da önemlidir. Psikososyal bakım içerisinde hasta ve ailesine yönelik günlük yaşam aktiviteleri, sağlık sistemi, cinsellik, sosyal gereksinimler, psikolojik ve spiritüel destek yer almaktadır. Oldukça kapsamlı olan bakım sürecinde onkoloji alanında çalışan hemşirelerin hastaya, ailesine kaliteli hizmeti verebilmeleri; kendilerini de bu zorlu süreçte duygusal ve fiziksel olarak yıpratmamaları için psikososyal tanılama, terapötik iletişim, bilgi verme, baş etme ve riskli grupları belirleme/yönlendirme gibi temel düzey becerilere sahip olmalıdır (Can 2015). Bunların yanında onkoloji hemşirelerinin hasta, hemşire ve kurumsal/sistemsel düzeyde sorumlulukları ve yapması gerekenler bulunmaktadır. Hastalara yönelik geçmişteki, şimdiki ve olası kansere yol açan risk faktörleri ve mevcut hastalıkta semptom/fonksiyonel sorunları tanılama, değerlendirme ve yönetme konularında

bilgi ve becerilerini, her türlü toplumsal ve bireysel veriyi kanıta dayalı olarak kullanmalıdır. Hemşireliğe yönelik bakım yönetimi, hemşirelik uygulamalarında kurallar, standartlar, politikalar, prosedürler, kanıta dayalı modeller ve yönergeler üreterek; hemşirelik uygulamalarını etkileyecek rol modeli, kanıta dayalı bilgi/becerileri arttıracak, öğretecek ve geliştirecek liderler yetiştirerek mesleki gelişim sürdürülmelidir. Kurumsal/sistemsel düzeyde ise geliştirilen bu bilgi kaynaklarının ve liderlerin alanla ilgili politikalar, kanunlar düzeyinde değişim meydana getirebilmesi; hem hastaların hem de hemşirelerin savunuculuğunu yapabilmesi için özellikle bakım ve maliyet etkinliği konularında çalışmalar yürütülmelidir. Ayrıca onkoloji kliniğinde çalışacak hemşireler otonomi, ekip çalışması, problem çözme, hızlı öğrenme, temel bilgisayar kullanımı, öncelikleri belirleme, uyum, sağlık sistemine ilişkin bilgi, ilaç hesaplamaları, insani değerler ve etik konularında da temel becerilere sahip olmalıdır (ONS 2007, ONS 2008, ONS 2010, Karadağ Arlı ve Gürkan 2014).

Tüm bunları yerine getirirken onkoloji alanında çalışanlar çeşitli ruhsal, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar alanda çalışan hemşirelerin hem genel yaşam hem de iş yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Genel hemşirelik sorunlarının yanında hasta sayısının fazlalığı, fiziksel ortamın uygun olmaması, araç-gereç yetersizliği, zaman yetersizliği, bilgi, deneyim eksikliği, ekip çalışmasının olmaması ve kurumun beklentisinin olmamasına bağlı rol ve işlevleri yerine getirememe (Ünlü, Karadağ, Taşkın ve Terzioğlu 2010); uyum ve duygusal güçlükler (Ofraz, Arslan, Uzun ve Üstünsöz 2010); malzeme eksikliği ve yoğunluğa bağlı ilaç hazırlamada kendini korumada eksiklikler, uygunsuz ilaç hazırlama, toksititeye maruz kalma (Olgun ve Şimşek 2010); holistik ve psikososyal bakımı yerine getirmede özellikle spiritüelite, cinsellik, umut, optimizm konularında eksiklikler, sözel ve beden diline ilişkin iletişim sorunları, duygusal travmalar (Legg 2011); palyatif dönemde bilgi verme ve iletişimde güçlükler (Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles ve Ragan 2012); duygusal tükenme, tükenmişlik, işten ayrılma niyeti (Davis, Lind ve Sorensen 2013); rutin bakımda destekleyici bakım gereksinimlerini fark etmede yetersizlik (Nakaguchi, Okuyama, Uchida, Ito ve ark 2013); onkolojinin çeşitli alanlarına ait bilgi, eğitim, mesleki birliktelik, palyatif bakım, ulusal-uluslar arası mesleki toplantı ve örgütlere katılım, baş etme yöntemleri gibi konularda eksiklikler (Okumuş, Çiçek ve Aluş Tokat 2015); iş yükü ve onkoloji hastalarının ölümünden kaynaklı iş doyumunda azalma ve memnuniyetsizlik (Bordignon, Monteiro, Mai, Martins ve ark 2015); sağlık sisteminden kaynaklı etik sorunlar (Luz, Oliveira Vargas, Schmidtt, Barlem ve ark 2015);

hemşire sayısının azlığı, iş yükü, psikososyal bakım konusunda bilgi eksikliğine bağlı terminal dönem hastalar ve ölüme bağlı mutsuzluk, öfke, suçluluk, stres, duygusal distres, tükenmişlik, aile ve hastayla iletişim sorunları, kriz yönetimi, organik ruhsal bozuklukları ve seksüel problemleri tanımada yetersizlik, bütüncül yaklaşımın yetersiz kullanımı (Pehlivan ve Küçük 2016); stres yönetimi ve baş etmede, hastanın ilk kanser tanısı aldığı anda yaşadığı krizin tanınmasında, hastada anksiyete ve öfke tanınması ve kontrolünde yetersizlik (Kaneko, Shuhei, Koyama ve Kakehi 2016) gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar hemşirelerin yaşam kalitelerini bütüncül olarak etkileyebilmektedir.

2.2. Profesyonel Yaşam Kalitesi (The Professional Quality Of Life)

Profesyonel yaşam kalitesi (PYK); çalışma yaşantısına dair memnuniyeti ve algıyı içeren bir kavramdır. Profesyonel yaşam kalitesinin merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction) ve merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) boyutları vardır. Merhamet yorgunluğu ise tükenmişlik ve ikincil travma boyutlarından oluşmaktadır (Stamm 2009).

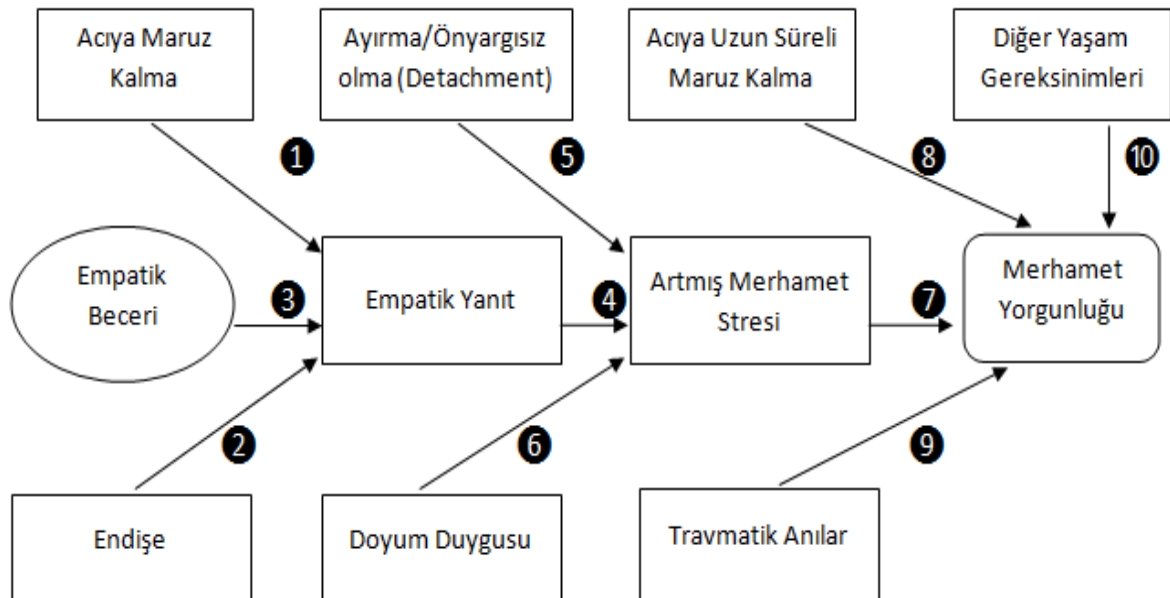
2.2.1. Merhamet Yorgunluğu (Eşduyum yorgunluğu, Compassion Fatigue)

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk olarak tükenmişlik ile ilgili yapılmış çalışmalarda ortaya atılmıştır. İkincil travma veya dolaylı travmatizasyon ile benzer anlamı olarak da kullanılmaktadır (Figley 1995). Bakımverici/bakım sağlayıcı mesleklerdeki insanların duyarlılığına bağlı gelişen “tükenmişliğin özel bir formu” olarak tanımlanmıştır. Başkalarının acı çekişlerini duyumsamak, onlarla birlikte acı çekmek, bu acı ile karşılaşmak ve acıyı dindirmek için motive hissetmek” şeklinde ifade edilmektedir. (Stamm 2009). Kendisi bir hemşire olan Joinson (1992) bu durumu ilk kez acil serviste çalışan personelde “bakım verme yeteneğinde kayıp” olarak gözlemlemiştir. Personelde aşırı iş yükü, çalışma saati ve travmatik deneyimlere bağlı olarak bu durumun ortaya çıktığını belirtmiştir. Merhamet yorgunluğu acı ile temas halinde olan sağlık bakım profesyonellerinde bakım verirken gelişen, tetiklenen tükenmişlik ve ikincil travmanın bir arada olduğu düşünülen bir durumdur (Sabo 2006). Merhamet yorgunluğu gelişmesinde dört önemli faktör vardır, bunlar: Yetersiz baş etme ve özbakım, çözülmemiş önceden kalma travma, iş stresini kontrol etmede yetersizlik, iş doyumunda azalmadır (Figley 1995).

Hemşirelik yardım etme, merhamet ve evrensel değerleri barındıran bir meslektir. Bu nedenle kişilerarası iletişim becerileri ve empatik yaklaşım hemşirelik rollerinin temel yapılarındandır. Hemşirelerin aşırı ve hatalı empatik eğilim ve yaklaşımları, merhamet stresine neden olmakta; bu stres ile etkin baş edilemediği, fark edilmediği ya da göz ardı

edildiğinde merhamet yorgunluğu ile sonuçlanabilmektedir (Sabo 2011). Yardım edici olarak hemşireler acı çeken travmatize olmuş hastaya yardım ederken, farkında olmadan yoğun bir duygusal bağ kurmakta, onlarla özdeşleşmekte ve acı çeken kişi için “ben önemliyim, onun için gerekliliyim” düşüncesi geliştirerek, o kişiden ayrı kalamayacağını; ayrı kalırsa, hastaya yardım edecek birinin olmayacağını düşünmektedir (Lombardo ve Eyre 2011). Böylelikle hemşireler hastalarını ve onların durumlarını, çektikleri acıyı içselleştirmekte ve etkin, tarafsız, önyargısız bakım verme becerilerini yitirmektedir (Wentzel ve Brysiewicz 2014).

Hemşireler genellikle çok kritik anlarda başkalarının hayatlarına girer ve hastaların sağlık yolculuklarında gözlemciden ziyade hastaların acılarına, ağrılarına ve travmatik deneyimlerine ortak olurlar. Bu ortak olma, terapötik etkileşim, hastanın durumunun içselleştirilmesi, aşırı ve hatalı empatik tepki verme zamanla kendini sürekli tekrarlayarak (aynı duruma maruz kalma), bakım vericilerde, kendini suçlama, boşuna uğraşma ve kararsızlık/güçsüzlük duygularına neden olmaktadır (Boyle 2011). Merhamet yorgunluğunun gelişmesinde bazı değişkenlere de dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu değişkenler empati kurma becerisi, empatik kaygı, hastanın travmasına maruz kalma, empatik davranış, yardım etmekten kaynaklı stres, yardım etmenin sonucundaki başarı duygusu, hastaya yönelik ilgisizlik, travmatik duruma maruz kalma, hastayla çalışma sonucu edinilmiş travmatik deneyimler ve iş dışı yaşama vakit ayırmada azalma olarak bulunmuştur (Figley 2002a). Ayrıca hastalar ve hemşireler arasında duygu bulaşması olması merhamet yorgunluğu sürecini hızlandırmaktadır (Atilla Gök 2015)



Şekil 1: Merhamet yorgunluğu gelişim süreci (Figley 2002a)

Merhamet yorgunluğu gelişim sürecine bakıldığında; Figley (2002b) merhamet yorgunluğu modelinde travmatik bir deneyim sırasında (afet, ölüm gibi); sürecin öncelikli üç elementini acıya maruz kalma (1), çalışanların endişesi (2), çalışanların yaşananlar ile ilgili yardım ettikleri/bakım verdikleri kişilerin hissettiklerini/duygularını anlayıp paylaşmak (3) olarak belirtir. Bu durumda empatik yanıt (4) başlar, yaşananlar karşısında yardım ediciler, acının büyüklüğünü, telafi edilemezliğini fark ettikçe, gözlemledikçe durumu içselleştirme eğilimine girerler. Yardım ediciler “benimde olabilirdi” şeklinde düşünmeye başlarlar. Bu noktada önyargısız bakım verme, duruma kayıtsız kalma becerileri (5) etkilenmeye, duruma/acıya müdahale ve yardım ettikçe acıya karşı bir doyum (6) ya da yardım edebildikleri için memnuniyet geliştirirler. Yaşananlar karşısında acıyı birlikte yaşama, yardım etme becerilerinde azalma başlar ve acıyı azaltma girişimleri etkisiz/yetersiz kalınca yardım edicilerde stres/anksiyete belirtileri (7) görülmeye başlanır. Uzun zaman ve sürekli acı çekenleri görmek, gözlemek onlarla çalışmak (8), yardım edicilerde olumsuz deneyimlere, bilişsel şemada değişime ve travmatik anılara (9) yol açar. Merhamet yorgunluğunun geliştiği veya kırıldığı nokta bu aşamadır. Yardım ediciler stres belirtileri gösterdiğinde özbakımlarını sürdürmek için baş etme yolları denerler; etkin baş etme becerileri kullanılamadığı ya da destek alınamadığında son aşamaya girilmiş olur ve durum merhamet yorgunluğu olarak süregenleşir. Kişiler artık fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal, spiritüel, sosyal, işe ait yaşamlarında merhamet yorgunluğuna bağlı olumsuz belirtiler gösterirler ve yaşam gereksinimlerini ihmal etmeye (10) başlarlar (Şekil 1). Figley bu durumu süreçten ötürü “bakım vermenin bedeli” olarak adlandırmaktadır (Campbell 2007, Figley 2002a, Figley2002b).

Merhamet yorgunluğu sürecinde ayrıca, yardım edicilerde duygusal olarak hastaların gereksinimleri, acı çekme, travmatik yaralanma, distres, yorgunluk, depresyon, öfke, etkisizleşme, apatikleşme olabilmektedir. Fiziksel olarak da, somatik şikayetler görülmektedir. Baş ağrısı, uykusuzluk ve gastrointestinal sıkıntılar (diare, konstipasyon, mide krampları gibi) bunlardan bazılarıdır. Bu duygusal ve fiziksel belirtilere rağmen hemşireler kendi gereksinimlerinin ve duygusal çöküntülerinin farkına varmadan işlerine devam etmekte ve hastalarının gereksinimlerini karşılamak için aşırı çaba harcayarak zamanlarını hastalarıyla ilgili geçirmektedirler (Joinson 1992, Lombardo ve Eyre 2011).

Araştırmacılar arasında belirtilerin sınıflandırılmasında farklılıklar olmakla birlikte, konuyla ilgili temel modeli ortaya atan Figley (2002a) merhamet yorgunluğu belirtilerini yedi grupta incelemektedir:

a- Bilişsel Belirtiler: Düşük konsantrasyon, düşük benlik saygısı, apati, rijidite, desoryantasyon, mükemmeliyetçilik, travma ile aşırı ilgilenme, başkasına ya da kendine zarar verme düşüncesi

b- Duygusal Belirtiler: Güçsüzlük, suçluluk, öfke, hayatta kalma suçluluğu, içe kapanma, uyuşukluk/hissizlik, korku, çaresizlik, üzüntü, depresyon, duygulanımda değişim, enerjide azalma, artan hassasiyet/alınganlık

c- Davranışsal Belirtiler: Sabırsızlık, içe kapanma, karamsarlık/huysuzluk, gerileme, uyku bölünmeleri, kabuslar, iştahta değişim, aşırı uyanıklık hali, artmış irkilme tepkisi, kazaya eğilim, kolayca bir şeyleri kaybetme

ç- Spiritüel Belirtiler: Hayatın anlamını sorgulama, amaçların yitirilmesi, yaygın umutsuzluk, tanrıya öfke, dini inançları sorgulama, yüce gücün varlığına inançta kayıp, artmış şüphecilik

d- Kişisel İlişkilere Ait Belirtiler: İçe kapanma, yakınlık ve cinselliğe ilgide azalma, güvensizlik, diğerlerinden kendini izole etme, eş/ebeveyn olarak aşırı korumacılık, hoşgörü azalması/tahammülsüzlük, yalnızlık, kişilerarası bağlarda zayıflama/azalma

e- Fiziksel Belirtiler: Şok, terleme, hızlı solunum, kalp hızında artış, soluk alıp vermede güçlük, baş, mide, eklem ve kas ağrıları, baş dönmesi, desoryantasyon, tıbbi kaygılarda artış, bozulmuş bağışıklık sistemi, somatik şikayetler

f- İş Performansına Ait Belirtiler: Demoralizasyon, düşük motivasyon, görev almaktan kaçınma, ayrıntılar hakkında takıntılar, yineleyici düşünme, apati, olumsuzluk, görünüşe özenin azalması, tarafsızlık, düşük iş ve iletişim kalitesi, personel ile çatışma, işe devamsızlık, yorgunluk ve sinirlilik, meslektaşlarından uzak durma/çekilme

Diğer çalışmalar sonucunda da; düşük dayanıklılık, kilo değişimleri, yüksek/düşük tansiyon, uyku bozuklukları (aşırı uyuma/uyuyamama), göğüs ağrısı/sıkışması, palpasyon, dinlenememe (Aycok ve Boyle 2009, Showalter 2010, Beck 2011), tükenmişlik, enerji eksikliği, işten ayrılma/iş değiştirme isteği/niyeti, azalmış coşku, kendine/hastaya/işe duyarsızlaşma, iş yeterliliğinin azaldığını hissetme, dikkat eksikliği, algılama, hatırlama, yargılamada güçlükler, kaygı, negatif uyarılamada artış (Coetzee ve Kloppe 2010, Showalter 2010, Beck 2011); karar vermede güçlükler, içe bakışta yetersizlik, manevi duyarsızlaşma,

inanç ve değerlerde değişim (McHolm 2006), bazı hastalarla çalışmaktan kaçınma ya da onlarla aşırı çalışma, eğlenme ve mutlu olmada azalma, aile ve arkadaşlardan vazgeçme, keyifle yapılan şeylere, hastaya, aileye, arkadaşlara yönelik ilgi kaybı, başkalarının kritik/travmatik deneyimlerini istemsiz/tekrarlı düşünme/hayal etme, kariyere yönelik amaç ve eğlence hissinin azalması, işi kişisel hayatından ayırmada güçlük (Showalter 2010, Beck 2011), hastalar ve aile/arkadaşlar ile ilgilenmeme/azalmış empati, yardım etme kapasitesinin yitirilmesi, hastanın acısının paylaşılmaması (Coetzee ve Klopper 2010, Beck 2011), ilaç/madde kullanımı/kötüye kullanımı, diğerleri ile alay etme, diğerlerini beceriksiz hissettirme (McHolm 2006, Beck 2011) gibi belirtiler olduğu ortaya konmuştur.

Hastalarla yoğun ve sürekli birlikte olan hemşireler (bireysel farklılıklar olmakla birlikte) fiziksel ve ruhsal stres yaşamaktadır (Negash ve Sahin 2011). Merhamet yorgunluğunun fark edilip müdahale edilmemesi sonucunda kronik fiziksel, depresif ve stres ile bağlantılı birçok hastalığa neden olabileceği de belirtilmiştir (Figley 2002a).

2.2.1.1. Tükenmişlik (Burnout)

Maslach'a göre tükenmişlik "iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom"dur. Maslach ve Jackson tükenmişliği; duygusal tükenme, kişisel başarının azalması ve duyarsızlaşma olmak üzere üç boyutta tanımlamışlardır (Maslach ve Jackson 1981).

Duygusal tükenme; tükenmişliğin bireysel ve stres boyutunu belirtmekte ve bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı ifade etmektedir. Tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi, kendini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır.

Duyarsızlaşma; çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer nesne gibi davranması, küçültücü sözler sarf etmesi, umursamaz alaycı bir tutum sergilemesidir. Başkalarının hislerine, duygularına soğuk ve kayıtsız kalırlar. Duyarsızlaşma bir kaçış yolu olarak kullanılır. İnsanlarla olan ilişkiler, işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirilmektedir.

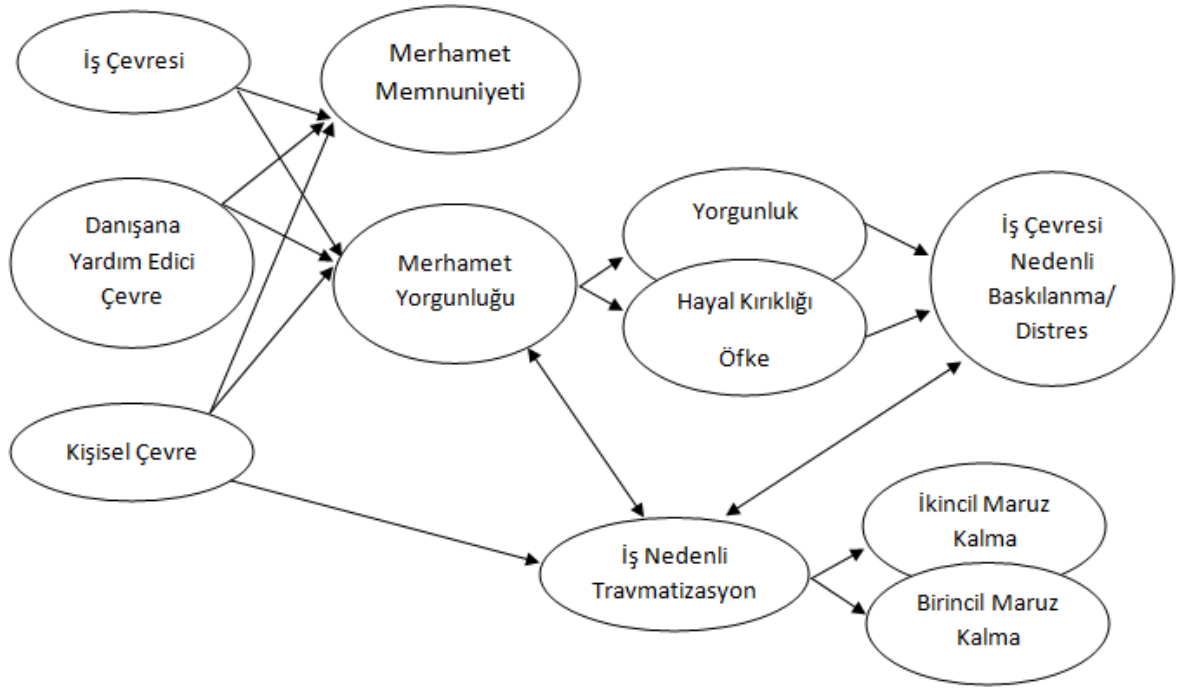
Kişisel başarının azalması; bireyin kendisi üzerindeki olumsuz değerlendirme eğilimi olarak ifade edilmektedir. Diğer insanlar hakkında geliştirilen olumsuz düşünceler sonucunda birey, kendisi hakkında da olumsuz düşünceler geliştirir. Suçluluk, sevilme hissi ve başarısızlık duyguları, kendine saygıyı azaltarak kişiyi depresyona sokabilmektedir (Yıldırım ve İçerli 2010).

2.2.1.2. İkincil Travma (Secondary Trauma)

Merhamet yorgunluğunun bir boyutu olan ikincil travma özellikle iş bağlantılı stresli olaylardan kaynaklanmaktadır. Acı çekenlerin stresine maruz kalmaktan ötürü gelişen stres ile kendini göstermektedir. Birincil travma; doğrudan tehlike altında kalındığında (asker olmak gibi) ve travmanın kendisine maruz kalındığında ortaya çıkan durumdur. Buna karşılık, yapılan işin bir sonucu olarak başkalarının travmatik olaylarına, acı verici deneyimlerine maruz kalma, onların deneyimlerini dinleme, ortak olma (onkoloji kliniği, acil servis, çocuk koruma servisi gibi) ikincil maruz kalma olarak değerlendirilmekte ve ortaya çıkan durum ikincil travma olarak adlandırılmaktadır (Şekil 2). Acı çekenlerle uzun süre beraber olmak ve uzun süreli bu acı çekmeye maruz kalma ile yardım edicilerde artmış duyarlılık vardır. Bu durum genellikle belirli bir olay ile hızlı başlamakta ve genel stres belirtileri (taşikardi vd) ile birlikte görülmektedir. Korku, uyumakta güçlük, üzüntülü olaya dair imgelerin aklınızda hep en üstte yer alması veya olayı hatırlatan durumlardan kaçınma belirtileri arasında sayılmaktadır (ProQOL and STS 2016).

2.2.2. Merhamet Memnuniyeti (İş doyum, Compassion Satisfaction)

Merhamet memnuniyeti, yardım etme davranışının olumlu sonucudur. Merhamet yorgunluğunun tam tersi durumdur. Merhamet yorgunluğu fazla ise merhamet memnuniyeti azalmaktadır. Merhamet memnuniyeti ve merhamet yorgunluğu travma yaşayan kişiler ile çalışan bir bireyin mevcut deneyimlerine odaklanmaktadır (Huggard ve Dixon 2011). Merhamet memnuniyetinin göstergesi; bakım verme sisteminde yardım edicinin yaptığı işten zevk alması ve iş yaşamından doyum sağlamasıdır. İşini iyi yapma yeteneğinden gelen bir memnuniyet vardır. Çalışanlar yeteneklerini kullanarak başkalarının iyi olmasına yardım ettiklerini, onların gelişimlerine katkı sağladıklarını bildikleri için yaşamda başarılı olurlar ve buna bağlı iş/yaşam memnuniyetleri artar (Şekil 2). Yapılan işin yani yardım ediciliğin ödülüdür. Bakım verme, sistemin işlerliği, iş arkadaşlarıyla olumlu çalışma, kendine olan inanç, alturizm ve psikolojik sağlamlık ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Stamm 2009).



Şekil 2: Merhamet yorgunluğu ve merhamet memnuniyeti kavramsal modeli (CS-CF Model)

2.3. Travma Sonrası Gelişim (Post-Traumatic Growth)

Travma sonrası gelişim (TSG), büyük ve önemli yaşam olayları, kriz veya travmatik olaylar sonucu kişinin bunlarla başa çıkma çabaları sonunda deneyimlenen, kişi tarafından bildirilen olumlu psikolojik değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Calhoun ve Tedeschi 1999, Tedeschi 1999, Tedeschi ve Calhoun 2004). Travmatik deneyimler kişilerde stres verici yaşantılardır. Kişilerin iyi oluşlarında, işlevselliklerinde, yaşamlarında, biyopsikososyal bütünlüklerinde değişim meydana getirebilen ve bir nevi kriz olarak adlandırabilecek olaylardır. Bu noktada travma sonrası gelişim bu tip olay ya da durumların pozitif sonucu olarak tanımlanabilmektedir (Tedeschi ve Calhoun 2004). Travmatik olay öncesindeki etkenlerin, olay sırasındaki etkenler ve olay sonrasındaki etkenlerle etkileşmesi, travmatik yaşantılar sonrasındaki tepkileri ortaya çıkarmaktadır. Bu tepkiler arasında bazı ruhsal hastalıklar, fiziksel şikayetler, madde kullanımı, intihar gibi olumsuz deneyimler ve olumlu deneyimler olarak kişinin travma sonrası gelişimidir (Freedy, Kilpatrick ve Resnick 1993).

Travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlere bakıldığında; genç olmak, yüksek eğitim, savaşıma gücü/becerisi (fiziksel ve/veya ruhsal), bilişsel özellikleri, etkin baş etme yetenekleri, acı çekme eşiği, sosyal destek, travmanın şiddeti, travmatik olayın özellikleri, kendilik değeri, güçlü olma, psikolojik sağlamlık, heyecan arayışı, kişinin olayı nasıl algıladığı,

bağlanma/bağlılık durumu, dünyaya ilişkin varsayımlar, özkontrol, yargılama, travma sonrası stres belirtileri, ruhsal bozukluk öyküsü, travmatik deneyimler, zorlu yaşam olayları, temel ihtiyaçların karşılanmaması, stres düzeyi, zorlu yaşam olayları, kaynakların kaybedilmesi, şans gibi faktörlerin olduğu görülmektedir (Freedy, Kilpatrick ve Resnick 1993, Dürü 2006, Dekel, Mandl ve Solomon 2011, Arı İnci ve Boztepe 2013). Calhoun ve Tedeschi (1998), travma öncesindeki bazı kişilik özelliklerinin de travma sonrası gelişime katkı sağladığını belirtmektedir. Buna göre; umutlu olma, iyimser bir bakış açısı, dışadönüklük, deneyimlere açık olma ve yaratıcılık gelişimi arttırmaktadır.

Yine travma sonrası gelişim için ruminasyondan bahsedilmektedir. Ruminasyon, travmatik olay sonrası, istemsiz ve yoğun olarak ortaya çıkan, yoğun duygusallık içeren, travmatik olay ve ilgili konulara, düşüncelere dalma, hatırlama/düşünme olarak tanımlanabilir. Ruminasyon hem stresle baş etmeye hem de travma sonrası gelişime yardımcı olmaktadır. Ruminasyon yoluyla kişi olaya ait tüm bilgiyi yeniden analiz ederek, yaşama ait yeni amaçlar ve görüşler belirleme fırsatı bulmaktadır ve yaşanan acının entelektüel ve varoluşsal boyutta yeni anlam kazanmasına katkı sağlamaktadır (Calhoun ve Tedeschi 1998). Böylelikle veriler yeniden işlenerek, yaratıcı çözümler üretebilecek, yeni deneyimlere açık ve dışadönük olan yeni bir bilişsel şema oluşmasına katkı sağlamakta; bu sayede kişinin yeni koşullara uyumunu ve gelişim sürecini desteklemektedir (Tedeschi ve Calhoun 1996).

Travma sonrası gelişimin, bireyin kendilik/benlik algısı, başkaları ile ilişkiler ve yaşam felsefesinde değişim olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır (Tedeschi ve Calhoun 2004). Kendilik/Benlik algısında değişim; kişisel güçlenme duygusu, otonomi, özgüvende artma, esneklik kazanma, travmatik durum sonrası ve sonrası fırsatları görebilme, değerlendirebilme ve yeni fırsatlar yaratabilme durumları ile bağlantılı boyuttur (Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi 2008). Başkaları ile ilişkiler; diğer insanlara ve çevreye karşı empati, merhamet, ilgi ve yakınlık kurma isteğinde/duygularında artış ve gelişim; benzer travmatik deneyimi olanlara karşı yardım etme istekliliği ve girişimlerinde artışı kapsayan boyuttur (Tedeschi ve Calhoun 2004, Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi 2008). Yaşam felsefesinde değişim; spiritüel/varoluşsal önemli kararlar alarak, olumlu değişim/gelişim göstererek, şükretme eğiliminin artmasını, inanç ve değerlerin güçlenmesini içeren boyuttur (Taku, Cann, Calhoun ve Tedeschi 2008).

Travma sonrası gelişim süreci; travmatik olayla etkin baş etme yoluyla stresi hafifletme, olayın etkilerini azaltmak için mücadele ile ilgilidir (Calhoun ve Tedeschi 1998). Travmatik

yaşam olayları, travma öncesi kişisel özellikleri (özellikle umut, yaratıcılık, pozitif olma, yeni deneyimlere açık olma), inançlar, amaçlar ve duygusal zorluklar ile baş etme yolları bireylerde değişimi hızlandırmaktadır. Şemalar ve davranış biçimleri zorlandığında veya yıkıldığında, ruminasyon yapılmakta ve kişiler travmatik yaşantıyı yeniden anlamlandırmaya çalışmaktadırlar. Sosyal desteğin yardımıyla, yeni şemalar şekillenmektedir. Distresin azalması ile, kişiler yeni amaçlar, inançlar ve davranış biçimleri oluşturmakta, uyum süreci daha da gelişmektedir. Ruminasyon yeni duruma uyum sürecinde istemli hale gelmekte ve varoluş amacı, yaşam hedefleri yeniden oluşturulmaktadır. Bu sayede kişiler, yeni ve daha güçlü bir benlik geliştirerek, travma sonrası gelişim sürecini tamamlamaktadır (Dürü 2014).

2.4. Psikoeğitim ve Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği

Psikoeğitim, çeşitli eğitim yöntemlerinin kullanılarak, ruh sağlığı etkilenmiş danışanlar için yaşam kalitesini arttırmayı, tedavi ve rehabilitasyonu sağlamayı, iş ve toplum yaşantısında uyum ve baş etmeyi güçlendirmeyi hedefleyen bir süreçtir. Ruh sağlığı eğitimi ve özgün deneyimler bu süreçte önemlidir. Durum tespiti, durumdan kaynaklı ortaya çıkan belirti, bulgu ve sorunların tanımlanması, duruma karşı davranışların ve tepkilerin belirlenmesi, stres ve baş etme yeteneklerinin geliştirilmesi psikoeğitim sürecini kapsamaktadır. Ruh sağlığını iyileştiren bilgi verilmesi, duruma karşı gösterilen duygusal tepkilerin tartışılması ve baş etme yeteneklerinin geliştirilmesi psikoeğitim sürecinin basamakları olarak özetlenebilir (Çam ve Engin 2014). Psikoeğitim gruplarının özellikleri; önleme stratejileri üzerine kuruludur; eğitseldir; gelişimseldir; bilişsel odaklıdır; beceri geliştirmeye yöneliktir; geniş gruplara uygulanabilir; herkes içindir veya gönüllü olan kişilere yöneliktir; kendini açmaya izin verilir fakat bu cesaretlendirilip desteklenmez; gizlilik ve güven üzerinde birincil olarak durulmaz; bazen bir oturumda olabilir; görev yönelimli olup görevi yerine getirme noktası vurgulanır (Güçray, Çekici ve Çolakkadıoğlu 2009).

Psikoeğitim grupları, eğitimsel içerikli olup beceri geliştirmeyi hedefleyen ve başarılması gereken amaçların yer aldığı bir grup çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Brown 2004). Bu gruplarda öncelik, genellikle bilgi vermedir; burada amaç, gruba katılanların eğitim içerisindeki bilgiyi öğrenerek uygulamaya başlamasıdır. Bunun için grup liderinin hazırlığı, yaptığı planlama ve grubu yönetmede aktif olması şarttır (Jacobs, Masson ve Harvill 2006). Psikoeğitim gruplarında gruba dayalı eğitim ve hedefler geliştirilerek kişilerin güçlenmesine yardım edilmektedir (DeLucia-Waack 2006). Psikoeğitim gruplarında kazandırılacak hedef davranışlar, açıktır ve önceden belirlenmiştir. Çoğunlukla bu gruplar beceri geliştirmeye,

bilişsel stillere ve amaca ulaşma stratejilerine odaklanmaktadır. Duygu, durum ve düşünce tarzlarını anlama ve fark etme, her konuda yeni beceriler öğrenme hedefler arasındadır. Psikoeğitim gruplarındaki üyeler ortak amaca sahiptir. Psikoeğitim gruplarında grup yapısı, belli bir süre içerisinde bir konuyu etkili bir biçimde sunmak ve beceri geliştirmeyi sağlamaktır. Psikoeğitim grupları 6-20 oturum olarak tasarlanabilir. Bazı durumlarda bir oturumdan oluşabilir. Oturum süresi grubun yaşı dikkate alınarak 30-60 dakika arasında değişmektedir (Güçray, Çekici ve Çolakadıoğlu 2009).

Psikoeğitim gruplarında yardım edici etmenler; bilişsel destek ve bilişsel anlayıştır. Bilişsel destek; dolaylı öğrenmeyi, yol göstericiliği ve kendini anlatmayı; bilişsel anlayış ise; kişilerarası öğrenmeyi, kendini anlamayı ve dolaylı öğrenmeyi vurgulamaktadır. Bu yardım alma sürecinde, yeni bilgi ve becerileri günlük hayatın bir parçası haline getirebilmek için uygulama yapılması gerekmektedir (DeLucia-Waack 2006). Bu yüzden grup yöneticisinin becerileri önemlidir. Grup lideri daha çok eğitici rolündedir. Bu nedenle grup liderleri oturumlardaki konulara yönelik bilgi sahibi olmalı ve katılımcıların uygulamalara katılmasına yardımcı olması gerekmektedir (Brown 2004).

Bu gibi eğitimlerde psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir alt dalı olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği önemli rol oynamaktadır. Bu dal hemşiresi genel hastanede yatarak veya ayaktan tedavisi sürdürülen bireylerin/ailelerinin fiziksel ve psikososyal bakımını, sağlık bakım ekibi ile işbirliği yaparak sürdürmektedir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin dolaylı ve doğrudan rolleri bulunmaktadır. Bu roller klinik, eğitim, araştırma ve yönetim olarak tanımlanmıştır (Ekinci ve Okanlı 2001, Kocaman 2005b). Eğitim rolü içerisinde hastalara/ailelerine ve hemşirelere eğitim programlarının hazırlanması bulunmaktadır. Bu eğitimler duyguları, düşünceleri, yanlış kavramları, hayalleri, engellemeleri ortaya çıkararak, istedik yapısal değişimlere yol açabilmektedir (Kocaman 2005b). Amaçlarından biri de hemşirelerin benlik saygılarını arttırmada, iş stresiyle başa çıkmalarında ve ekip içi çatışmaları çözümlemelerine katkı sağlamaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için doğrudan/dolaylı müdahale eder; eğitim programları hazırlar; danışmanlık verir; rol modeli olur (Kocaman 2005a). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre (2011); konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi, hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarına ek olarak; fiziksel yakınmaları olan bireyler, aileleri ve onlarla çalışanlara yönelik fiziksel ve psikolojik boyutu bütünleştirerek çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetler arasında özellikle; “genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi

hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olmak; sağlık elemanlarına destek olmak; destek grupları oluşturmak ve sürdürmek; hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlamak ve yürütmek” maddeleri hemşirelerin yaşadığı sorunlara yöneliktir. Yine “bakımın etkinliğini azaltan, sistemin işlemesine engel olan nedenleri ortaya çıkarmak, ortadan kaldırmak ya da değiştirmek için çaba göstermek; genel hastanedeki psikolojik eğitim ihtiyacını saptamak, planlamak, uygulamak ve değerlendirmek; hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözümlenmesinde yardımcı olmak; etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlamak” konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresine yüklenen görev ve sorumluluklar arasındadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ ADIMI

Onkoloji Hastasıyla Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerini Etkileyen Etmenler

3.1.1. Araştırmanın Tipi:

Onkoloji hemşirelerinde profesyonel yaşam kalitesinin göstergeleri olan merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, merhamet yorgunluğu ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen etmenleri belirlemek ve PYKÖ, TSGÖ ile alt ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Onkoloji Hemşireliği Derneği'ne kayıtlı ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma materyalleri için web adresi (www.gulayyilmaz.org) oluşturulmuş ve dernek aracılığı ile üyelere e-posta yoluyla iletilmiştir (01 Haziran 2013 – 31 Ocak 2014). Ayrıca Derneğe ait sosyal medya bağlantılarında (facebook ve twitter) ve Derneğin kendi web sayfasında (<http://www.onkohem.org.tr/>) çalışmanın duyurusu yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırma için; Onkoloji Hemşireliği Derneği'ne kayıtlı tüm hemşireler (300 hemşire) araştırmanın evreni kabul edilmiş olup, örneklem seçimine gidilmeyerek, örnekleme tümü alınmıştır. Dernek aracılığıyla üyelerin e-posta adreslerine, hemşire tanıtım formu ve ölçeklerin (Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği-PYKÖ ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği-TSGÖ) yer aldığı web adresinin linki (www.gulayyilmaz.org) ile bilgilendirilmiş onam formu gönderilerek web adresindeki çalışma materyalini doldurmaları istenmiştir. Araştırmacı adına açılan web adresindeki çalışma materyalini 182 hemşire doldurmuştur.

Örnekleme Alma Kriterleri:

Çalışmanın örnekleme alma kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

Onkoloji hemşiresi olmak

Çalışmaya gönüllü katılmak

Örneklemden Dışlama Kriterleri:

Çalışma için örneklemden dışlama kriteri bulunmamaktadır.

3.1.4. Çalışma Materyali:

Bu web tabanlı anket çalışmasında hemşire tanıtım formu, PYKÖ ve TSGÖ kullanılmış olup, veriler Haziran 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında katılımcılardan ilgili veriler alınmıştır.

3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri:

3.1.5.1. Bağımlı Değişkenler: PYKÖ'nin alt ölçekleri olan Tükenmişlik, Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Yorgunluğu ölçek puanları ile TSGÖ ve alt boyutları olan Başkaları İle İlişkiler, Yaşam Felsefesinde Değişim, Benlik Algısında Değişim ortalama puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.1.5.2. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği isteyerek seçme durumu, onkoloji hastası ile çalışmayı isteme durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.1.6. Veri Toplama Araçları:

Araştırmacı tarafından oluşturulan Hemşire Tanıtım Formu, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti düzeylerini belirlemek için “**PYKÖ**” ve travma sonrası gelişim düzeylerini belirlemek için “**TSGÖ**” kullanılmıştır.

3.1.6.1. Hemşire Tanıtım Formu, araştırmacı tarafından oluşturulmuş hemşireye ait sosyodemografik özellikleri ve etkileyen etmenleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği isteyerek seçme durumu, onkoloji hastası ile çalışmayı isteme durumu) içeren formdur.

3.1.6.2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Professional Quality of Life Scale-IV, PYKÖ), Stamm (2005) tarafından hazırlanan, merhamet memnuniyeti (compassion satisfaction), merhamet yorgunluğu (compassion fatigue) ve tükenmişlik (burnout) belirtilerini saptamak için geliştirilen, Yeşil, Ergün, Amasyalı, Er ve ark tarafından 2010 yılında Türkçe'ye uyarlanan ölçek merhamet yorgunluğunu değerlendirmek için kullanılmıştır. Ölçek, otuz madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır.

Merhamet memnuniyeti (iş doyumu, compassion satisfaction) alt ölçeklerden ilkidir ve çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Ölçekteki 3,

6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir (Min 0-Max 50). Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir.

İkinci alt ölçek olan tükenmişlik (burnout), umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir (Min 0-Max 25). Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Üçüncü alt ölçek olan merhamet yorgunluğu (eşduyum yorgunluğu, compassion fatigue), stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir (Min 0-Max 50). Bu alt ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi “Hiçbir zaman” (0) ile “Çok sık” (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmaktadır (Stamm 2005).

Sonuçlara göre, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunun artması ile birlikte psikopatoloji düzeyleri de artmaktadır. Merhamet memnuniyetinin artmasıyla birlikte psikopatoloji ve tükenmişlik düzeyi azalmaktadır (Yeşil, Ergün, Amasyalı, Er ve ark 2010).

3.1.6.3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory, TSGÖ), travmatik yaşantılar sonrası bireylerde görülebilecek olumlu gelişimi değerlendirmek üzere Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiştir. Dirik ve Karancı'nın (2006) Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirliğini yaptığı ölçek, 6'lı likert tipinde (0 = Olaya bağlı olarak bu değişikliği hiç yaşamadım; 5 = Olaya bağlı olarak bu değişimi büyük ölçüde yaşadım), 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ranjı 0-105'tir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir gelişim yaşadığını göstermektedir. Ölçeğin özgün formu 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında form 3 boyuta indirilmiştir. Bu üç boyut; Başkaları İle İlişkiler (6, 8, 9, 15, 16, 20, 21. madde), Yaşam Felsefesinde Değişim (3, 7, 11, 14, 17. madde) ve Benlik Algısında Değişim (1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18, 19. madde) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1: PYKÖ ve TSGÖ ölçek ve alt ölçek güvenilirlikleri

Ölçekler ve Alt Ölçekler	α^*	Standardize α^*	Madde Sayısı	α^{**}	α^{***}
PYKÖ					
Merhamet memnuniyeti	,91	,91	10	,87	,81
Tükenmişlik	,66	,66	10	,72	,62
Merhamet yorgunluğu	,82	,82	10	,80	,83
Toplam	,73	,72	30		,84
TSGÖ					
Başkaları ile ilişkiler	,70	,75	7	,86	,77
Yaşam felsefesinde değişim	,78	,78	5	,87	,78
Benlik algısında değişim	,82	,83	9	,88	,88
Toplam	,89	,90	21	,71	,92

* Bu çalışmanın sonuçları

** Stamm (2005) PYKÖ ve Tedeschi ve Calhoun (1996) TSGÖ sonuçları

*** Yeşil ve ark (2010) PYKÖ ve Dirik ve Karancı'nın (2006) TSGÖ geçerlik güvenirlik sonuçları

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

3.7.1. Birinci Adım Araştırma Planı ve Takvimi

	2013			2014		2015	2016		
AYLAR	1-3	4-6	7-12	1	2-12	1-12	1-4	5-9	10
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	
Tez önerisi hazırlama	X								
Tez öneri sınavı	(29.03.2013)								
Onkoloji Hemşireliği Derneği izni	(25.03.2013)								
DEÜ Başhekimlik izni	(07.03.2013)								
Etik kurul izni	(28.03.2013)								
Öndeğerlendirme, web sayfası oluşturulması		X							
Veri toplama			X	X					
Verilerin değerlendirilmesi					X				
Rapor hazırlama				X	X	X			
Tez bitirme sınavı									X

Araştırma Ocak 2013'te literatür tarama ile başlamıştır; Mart 2013'te etik kurul ve dernek izinleri alındıktan sonra, verilerini toplamak için web tabanlı anket kullanılmıştır. Bu amaçla veri toplama formlarının (Hemşire Tanıtım Formu, PYKÖ ve TSGÖ) yer aldığı web sayfası oluşturulmuştur (www.gulayyilmaz.org).

Veri toplama araçlarının bulunduğu web adresinin linki (www.gulayyilmaz.org), 01 Haziran 2013 – 31 Ocak 2014 tarihleri arasında, hem derneğin kendi sayfası

(<http://www.onkohem.org.tr/>), hem derneğin sosyal medya ağlarında (Facebook - <https://www.facebook.com/onkohem> ve Twitter - <https://twitter.com/onkohem>) yayımlanmış hem de dernek aracılığıyla derneğe kayıtlı hemşirelerin e-posta adreslerine gönderilmiş ve çalışma süresi boyunca aylık hatırlatma duyuruları yapılmıştır. Bu yolla 182 onkoloji hemşiresine ulaşılmıştır.

İlgili adres yoluyla doldurulan anketlere ulaşmak için, “www.surveey.com” adresinden Premium hesap açılarak, internet üzerinden doldurulan anketlerin bilgisayar ortamında kaydı ve raporlanması sağlanmıştır. Dublikasyonu engellemek için cookie ve IP adres engeli konulmuştur. Çalışma materyalinde boş soru bırakılmaması için, uyarı ve diğer sayfaya geçememe ayarları yapılmıştır. Materyalin doldurulması kişilerin okuma hızına bağlı olarak 5-10 dakika sürmektedir.

3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler, bilgisayar ortamında, SPSS 21 istatistik programında, hemşire tanıtım formundaki parametreler ile ölçek ve alt ölçekler arası ilişki, PYKÖ ve TSGÖ için; parametrik yöntemlerden yararlanılmıştır (Sürekli değişkenler, 30 örneklemden sonra normal dağılımdan sapmalara karşı dayanıklı hale gelmektedir ve istatistiki analizlerde parametrik yöntemler kullanılmaktadır. Normal dağılımı değerlendirmek için Kolmogorov Simirnov analizi yapılabilmektedir (Ankaralı, Cangür ve Sungur 2015). Ölçekler ve alt ölçeklerin toplam puanları bağımlı değişken olarak kabul edildiğinden, ölçekler ile ölçeklerin alt boyutlarını bağımsız değişkenlerin etkileyip etkilemediğini belirlemek için One Way ANOVA ve Independent-Samples t test kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p \leq 0,05$ olarak değerlendirmeye alınmıştır. Anlamlı fark saptanan ve ikiden fazla grubu olan değişkenlerde farklılığı yaratan grubun belirlenmesi için, ileri analiz yöntemi olan Post Hoc Multiple Comparisons (Post Hoc Çoklu Karşılaştırma) Tukey testi uygulanmıştır. Ölçek ile alt ölçekleri arasında ise Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

Pearson korelasyon katsayısı (r) ve değerler arasındaki ilişkinin yorumlanması; r: 0,00-0,25 çok zayıf; r: 0,26-0,49 zayıf; r: 0,50-0,69 orta; r: 0,70-0,89 güçlü; r: 0,90-1,00 çok güçlü olarak yapılmıştır. Ayrıca korelasyon katsayısı (r) -1 ve +1 arasında değerler almaktadır. Buna göre; r = -1 ise, tam negatif doğrusal bir ilişki vardır; r = +1 ise, tam pozitif doğrusal bir ilişki vardır; r = 0 ise, iki değişken arasında ilişki yoktur şeklinde değerlendirilmektedir (Ankaralı, Cangür ve Sungur 2015). Diğer değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırma web tabanlı anket yoluyla katılımcılara ulaştırılmaya çalışılmıştır. İnternet kullanımının yaygın olmasına rağmen, kullanım alanındaki farklılıklardan kaynaklı istenen katılımcı sayısına ulaşılmakta güçlük çekilmiştir. Ayrıca profesyonel yaşam kalitesi ile travma sonrası gelişimi birlikte inceleyen araştırma olmadığı için sonuçlar karşılaştırılamamıştır.

3.1.10. Etik Kurul Onayı

Çalışma materyallerinin onkolojide çalışan hemşirelere ulaştırılabilmesi için, Onkoloji Hemşireliği Derneği Yönetim Kurulu'ndan 25.03.2013 tarih ve Sayı: 3 ile yazılı izin (EK 10) ve “Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından 28.03.2011 tarih ve Karar No: 2013/11-11 ile etik izin alınmıştır (EK 12). Ayrıca ilgili ölçeklerin araştırmada kullanılabilmesi için, ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

4.1. BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin %36,8'i 25-32 yaş aralığında; %90,7'si kadın; %50'si evli; %56,6'sının çocuğu var; çocuğu olanların %75,7'si 1-3 çocuğa sahip; %69,8'i lisans mezunu; %57,7'si onkolojiye yönelik eğitim almamış; %50,5'i 7 yıldan fazla hemşirelik yapıyor; %33'ünün onkolojide çalışma süresi 13-36 ay; %63,2'i haftada 45 saatin altında çalışıyor; %38,9'u hiç nöbet tutmadan çalışmakta olduğu; %60,5'inin hemşireliği isteyerek seçtiği; %70'inin onkoloji hastası ile çalışmayı istediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

		Sayı (n:182)	%
Yaş	24 ve altı	42	23,1
	25 - 32	67	36,8
	33 - 39	52	28,6
	40 ve üzeri	21	11,5
Cinsiyet	Kadın	165	90,7
	Erkek	17	9,3
Medeni durum	Evli	91	50,0
	Bekar	91	50,0
Çocuk sahibi olma	Var	103	56,6
	Yok	79	43,4
Çocuk sayısı (n:103)	Yok	23	22,3
	1 - 3	78	75,7
	4 ve üzeri	2	1,9
Eğitim düzeyi	Lise	31	17,0
	Lisans	127	69,8
	Yüksek lisans	24	13,2
Onkolojiye yönelik eğitim alma	Evet	77	42,3
	Hayır	105	57,7
Meslekte çalışma süresi	3 yıl ve altı	55	30,2
	4 - 6 yıl	35	19,2
	7 yıl ve üzeri	92	50,5
Onkolojide çalışma süresi (n:157)	12 ay ve altı	41	22,5
	13 - 36 ay	60	33,0
	37 ay - 60 ay	21	11,5
	61 ay ve üzeri	35	19,2
Haftalık çalışma süresi	45 saat ve altı	115	63,2
	46 saat ve üstü	67	36,8
Aylık nöbet sayısı	Hiç	69	37,9
	1 - 4 nöbet	56	30,8
	5 ve üzeri nöbet	57	31,3
Hemşireliği isteyerek seçme	Evet	112	61,5
	Hayır	70	38,5

Onkoloji hastası ile çalışmayı isteme	Evet	131	72,0
	Hayır	51	28,0

Tablo 3’te çalışmaya katılan ve onkolojiye yönelik eğitim aldığını belirten hemşirelerin aldığı eğitim konuları verilmiştir. Bu konulara bakıldığında; hemşirelerin onkoloji hemşireliği kursu veya sertifika programına katıldıkları (34 hemşire), ardından onkolojiye yönelik ilaçların tedavi ve bakımı (30 hemşire) (bunlar içerisinde kemoterapiler, neoplastikler, bu ilaçların zararlı etkilerinden korunma, bu ilaç ve tedavilerin hazırlığı, uygulanması ve endikasyonları, kontrendikasyonları, komplikasyonları ve semptom yönetimi yer almaktadır); yine hemşirelerden 12’si kanser türlerine yönelik eğitim aldığını; 7’si onkoloji çalışanları ve hastaları için eğitici eğitimi aldığını ve bu eğitimi verdiğini; 6’sı palyatif bakım programına katıldığını; 4’ü psiko-onkoloji alanında bir kursa katıldığını; 3’ü kemik iliği transplantasyonu hemşireliği kursuna gittiğini; 5 hemşirede onkolojiye yönelik diğer alanlarda eğitim aldığını belirtmiştir.

Tablo 3: Hemşirelerin onkolojiye yönelik aldığı eğitimler

EĞİTİM KONUSU	Sayı (n:77) *
Onkoloji hemşireliği kursu/sertifika programı	34
İlaçlar: Tedavi ve Bakım (neoplastik, kemoterapi, korunma/hazırlama/uygulama, endikasyonlar, kontrendikasyonlar, komplikasyonlar, semptom yönetimi)	30
Kanserler (jinekoloji, meme, çocuk hematoloji)	16
Onkolojide eğitici eğitimi (sağlık çalışanı/hasta)	7
Palyatif bakım	6
Psiko-onkoloji	4
Kemik iliği transplantasyonu hemşireliği	3
Diğer **	5

* n katlanmıştır.

** Hizmet içi ve onkoloji kongrelerindeki eğitimler, kan transfüzyonu, radyoterapi

Ölçekler ve alt ölçekler arasındaki korelasyonu değerlendirmek üzere Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonunda; Tablo 4’te görüldüğü üzere; PYKÖ alt ölçeklerinden merhamet memnuniyeti ile tükenmişlik arasında negatif yönlü, orta düzeyde bir korelasyon vardır ($r=-0,60$ $p\leq 0,01$). Merhamet memnuniyeti ile merhamet yorgunluğu puanları arasında korelasyon saptanmamıştır. Tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon vardır ($r=0,50$ $p\leq 0,001$).

Tablo 4: PYKÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki (n=182)

	M	SD	(1) Merhamet Memnuniyeti	(2) Tükenmişlik	(3) Merhamet Yorgunluğu
(1) Merhamet Memnuniyeti	36,67	8,72	1	-,60**	-,02
				,00	,78
(2) Tükenmişlik	18,95	6,55		1	,50**
					,00
(3) Merhamet Yorgunluğu	18,90	8,07			1

** Pearson korelasyon (r) $p \leq 0,05$ değerlendirilmiştir.

TSGÖ alt boyutlarından başkaları ile ilişkiler ve yaşam felsefesinde değişim arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ($r=0,62$ $p \leq 0,001$); benlik algısında değişim ile pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,61$ $p \leq 0,001$) ve toplam puan ile yine pozitif yönde güçlü ($r=0,86$ $p \leq 0,001$) bir korelasyon vardır. Yaşam felsefesinde değişim ile benlik algısında değişim arasında pozitif yönlü, güçlü ($r=0,72$ $p \leq 0,001$); toplam puan ile yine pozitif yönlü güçlü ($r=0,86$ $p \leq 0,001$) korelasyon saptanmıştır. Benlik algısında değişim ile toplam arasında pozitif yönlü ve güçlü bir korelasyon ($r=0,89$ $p \leq 0,001$) olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5: TSGÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki (n=182)

	M	SD	(1) Başkaları İle İlişkiler	(2) Yaşam Felsefesinde Değişim	(3) Benlik Algısında Değişim	(4) Toplam
(1) Başkaları İle İlişkiler	20,70	7,02	1	,62**	,61**	,86**
				,00	,00	,00
(2) Yaşam Felsefesinde Değişim	14,69	4,81		1	,72**	,86**
					,00	,00
(3) Benlik Algısında Değişim	31,00	7,19			1	,89**
						,00
(4) Toplam	66,40	16,71				1

** Pearson korelasyon (r) $p \leq 0,05$ değerlendirilmiştir.

Tablo 6'da görüldüğü üzere; PYKÖ alt ölçekleri ile TSGÖ toplam puanı arasındaki ilişki Pearson korelasyon ile değerlendirilmiştir. Buna göre; TSGÖ toplam puanı ile PYKÖ merhamet memnuniyeti arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,64$ $p \leq 0,001$); PYKÖ tükenmişlik ile negatif yönlü zayıf korelasyon ($r=-0,47$ $p \leq 0,001$) saptanmıştır; PYKÖ merhamet yorgunluğu ile korelasyon saptanmamıştır ($r=0,12$ $p > 0,05$).

Tablo 6: PYKÖ alt ölçekleri ve TSGÖ toplam puanı arasındaki ilişki (n=182)

	PYKÖ		
	Merhamet Memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu
TSGÖ Toplam	,64**	-,47**	,12
	,00	,00	,08

** Pearson korelasyon (r) $p \leq 0,05$ değerlendirilmiştir.

Değişkenlere göre hemşirelerin PYKÖ ve TSGÖ puanları arasında fark olup olmadığı One-Way ANOVA ve Independent Sample t-test analizi ile incelenmiş; anlamlı bir fark saptanan değişkenler için ileri analiz Post Hoc Çoklu Karşılaştırma Tukey testi yapılmış; sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

PYKÖ Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Anlamlı Bir Fark Saptanan Değişkenler İçin Yapılan İleri Analiz Post Hoc Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçları

PYKÖ Merhamet Memnuniyeti puanı ile (Tablo 7);

Yaş ($p=0,01$ $F=3,51$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde bu farklılığın 25-32 yaş ile 40 ve üzeri yaş arasında ortaya çıktığı ($p=0,01$); 40 ve üzeri yaş grupta yüksek ($MD=6,28$) ve diğer yaş grupları arasındaki farkın birbirine benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Aylık nöbet sayısı ($p=0,00$ $F=7,89$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ($p=0,00$); hiç nöbet tutmayanlarda daha yüksek ($MD=5,97$) ve diğer aylık nöbet sayısı gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Haftalık çalışma süresi ($p=0,04$ $t=1,98$); onkolojiye yönelik eğitim almış olma ($p=0,01$ $t=2,44$); hemşireliği isteyerek seçme ($p=0,00$ $t=3,58$) ve onkoloji hastaları ile çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=6,71$) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

PYKÖ Tükenmişlik puanı ile (Tablo 7);

Aylık nöbet sayısı ($p=0,01$ $F=4,44$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ($p=0,01$) ve 5 ve üzeri nöbet tutanlarda daha yüksek ($MD=3,39$); tüm boyutlarda diğer aylık nöbet sayısı gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Haftalık çalışma süresi ($p=0,03$ $t=-2,11$); onkolojiye yönelik eğitim almış olma ($p=0,02$ $t=-2,22$); onkoloji hastaları ile çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=-4,66$) durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

PYKÖ Merhamet Yorgunluğu puanı ile (Tablo 7);

Onkoloji hastalarıyla çalışma süresi ($p=0,00$ $F=5,91$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İleri analiz sonucunda bu farklılığın 12 ay ve altı çalışanlar ile 13-36 ay çalışanlar arasında ($p=0,00$) ortaya çıktığı, 13-36 ay çalışanlarda daha yüksek olduğu ($MD=5,46$) saptanmıştır. Yine farklılığın 13-36 ay çalışanlar ile 61 ve üzeri ay çalışanlar arasında ($p=0,00$) ve 61 ay ve üzeri ay çalışanlarda daha düşük ($MD=-5,97$); diğer onkoloji kliniğinde çalışma süresi gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi değişkenlerinin PYKÖ alt ölçekleri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

TSGÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi ve Anlamlı Bir Fark Saptanan Değişkenler İçin Yapılan İleri Analiz Post Hoc Çoklu Karşılaştırma Tukey Testi Sonuçları

TSGÖ Başkaları İle İlişkiler puanı ile (Tablo 7);

Yaş ($p=0,01$ $F=3,87$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizde bu farklılığın 25-32 yaş arası ile 40 ve üzeri yaş arasında ortaya çıktığı ($p=0,04$), 25-32 yaş grubunda daha düşük ($MD=-4,47$) ve diğer yaş gruplarının birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Çocuk sayısı ($p=0,02$ $F=4,04$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farklılığın hiç çocuğu olmayanlar ile 1-3 arası çocuğu olanlar arasında ortaya çıktığı ($p=0,03$) ve 1-3 arası çocuğu olanlarda daha yüksek olduğu ($MD=4,03$); diğer çocuk sayısı gruplarının birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Meslekte çalışma süresi ($p=0,05$ $F=3,04$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farklılığın meslekte 3 yıl ve altı çalışanlar ile 7 yıl ve üzeri çalışanlar arasında ortaya çıktığı ($p=0,04$); 7 yıl ve üzeri çalışanlarda daha yüksek olduğu ($MD=2,81$) saptanmıştır. Diğer meslekte çalışma süresi gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aylık nöbet sayısı ($p=0,00$ $F=5,47$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ortaya çıktığı ($p=0,00$), hiç nöbet tutmayanlarda daha yüksek ($MD=4,03$) ve diğer aylık nöbet sayısı gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Onkolojiye yönelik eğitim alma ($p=0,01$ $t=2,48$); hemşireliği isteyerek seçme ($p=0,00$ $t=3,39$); onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=5,57$) durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

TSGÖ Yaşam Felsefesinde Değişim puanı ile (Tablo 7);

Yaş ($p=0,04$ $F=2,69$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde yaşa göre anlamlı bir fark saptamakla birlikte ($p=0,04$), tüm yaş gruplarının birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Aylık nöbet sayısı ($p=0,03$ $F=3,56$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ($p=0,02$) ortaya çıktığı ve hiç nöbet tutmayanlarda daha yüksek ($MD=2,25$) olduğu belirlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi ($p=0,02$ $t=2,22$); onkolojiye yönelik eğitim alma ($p=0,00$ $t=3,13$); onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=5,49$) durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

TSGÖ Benlik Algısında Değişim puanı ile (Tablo 7);

Yaş ($p=0,04$ $F=2,69$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde bu farklılığın 25-32 yaş arası ile 40 ve üzeri yaş arasında ortaya çıktığı ($p=0,04$) ve 40 yaş ve üzeri grupta daha yüksek olduğu ($MD=4,69$); diğer yaş gruplarının birbirine benzer olduğu görülmüştür.

Eğitim düzeyi ($p=0,01$ $F=4,07$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde bu farklılığın lise ve yüksek lisans grupları arasında ortaya çıktığı ($p=0,01$); yüksek lisans grubunda daha düşük olduğu ($MD=-5,47$) ve diğer eğitim düzeyi gruplarının birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aylık nöbet sayısı ($p=0,02$ $F=3,85$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ($p=0,03$) ve hiç nöbet tutmayanlarda daha yüksek olduğu ($MD=3,17$) bulunmuştur. Diğer aylık nöbet sayısı gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Haftalık çalışma süresi ($p=0,00$ $t=2,64$); onkolojiye yönelik eğitim alma ($p=0,01$ $t=2,58$); onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=3,82$) durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

TSGÖ Toplam puanı ile (Tablo 7);

Yaş ($p=0,01$ $F=3,88$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonucunda bu farklılığın 25-32 yaş arası ile 40 ve üzeri yaş ($p=0,02$) arasında ortaya çıktığı ve 40 yaş ve üzeri grupta daha yüksek olduğu ($MD=11,9$); diğer yaş gruplarının birbirine benzer olduğu bulunmuştur.

Çocuk sayısı ($p=0,03$ $F=3,40$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonucunda bu farklılığın hiç çocuğu olmayanlar ile 1-3 arası çocuğu olanlar arasında ortaya çıktığı ($p=0,04$) ve 1-3 arası çocuğu olanlarda daha yüksek olduğu ($MD=9,78$); diğer çocuk sayısı gruplarının birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aylık nöbet sayısı ($p=0,00$ $F=5,28$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonucu, bu farklılığın hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar arasında ($p=0,00$) ortaya çıktığı ve hiç nöbet tutmayanlarda daha yüksek ($MD=9,46$) olduğu belirlenmiştir. Diğer aylık nöbet sayısı gruplarının benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Haftalık çalışma süresi ($p=0,01$ $t=2,41$); onkolojiye yönelik eğitim alma ($p=0,00$ $t=3,07$); hemşireliği isteyerek seçme ($p=0,01$ $t=2,44$); onkoloji hastası ile çalışmayı isteme ($p=0,00$ $t=5,65$) durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, onkolojide çalışma süresi değişkenlerinin TSGÖ alt boyut puanları ile istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Demografik verilerin PYKÖ, TSGÖ ve alt ölçek puanlarını etkileme durumu

DEĞİŞKENLER	PYKÖ			TSGÖ			
	Merhamet Memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Başkaları İle İlişkiler	Yaşam Felsefesinde Değişim	Benlik Algısında Değişim	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaş							
(a) 24 ve altı	36,45 ± 8,30	18,66 ± 7,13	17,52 ± 8,75	19,38 ± 5,97	14,52 ± 4,21	30,97 ± 6,11	64,88 ± 13,31
(b) 25-32 arası	34,47 ± 9,17	19,88 ± 6,26	18,80 ± 7,24	19,28 ± 7,82	13,59 ± 4,63	29,40 ± 7,56	62,28 ± 17,17
(c) 33-39 arası	38,01 ± 8,71	19,19 ± 6,54	20,36 ± 8,76	22,36 ± 6,55	15,57 ± 5,18	31,82 ± 7,48	69,76 ± 17,45
(d) 40 ve üzeri	40,76 ± 6,11	15,95 ± 5,74	18,38 ± 7,34	23,76 ± 5,89	16,38 ± 4,95	34,09 ± 6,32	74,23 ± 16,11
p	0,01*	0,11	0,39	0,01*	0,04*	0,04*	0,01*
F	3,51*	1,99	1,00	3,87*	2,69*	2,69*	3,88*
	d>b>ac			b<d>ac	d>b>ac	d>b>ac	d>b>ac
Cinsiyet							
Kadın	37,06 ± 8,32	18,81 ± 6,51	19,21 ± 7,92	20,62 ± 6,96	14,81 ± 4,63	31,20 ± 7,14	66,64 ± 16,80
Erkek	32,82 ± 11,58	20,23 ± 7,00	15,88 ± 9,15	21,47 ± 7,81	13,52 ± 6,36	29,05 ± 7,65	64,05 ± 16,13
p	0,06	0,39	0,10	0,63	0,29	0,24	0,54
t	1,92	-0,84	1,62	-0,47	1,05	1,16	0,60
Medeni Durum							
Evli	36,68 ± 8,77	19,23 ± 6,81	19,86 ± 7,75	21,16 ± 7,23	15,20 ± 5,02	31,67 ± 7,38	68,04 ± 18,12
Bekar	36,65 ± 8,72	18,67 ± 6,31	17,94 ± 8,31	20,24 ± 6,82	14,18 ± 4,55	30,32 ± 6,98	64,75 ± 15,10
p	0,98	0,56	0,10	0,37	0,15	0,21	0,18
t	0,01	0,57	1,61	0,88	1,43	1,25	1,32
Çocuk Sahibi Olma							
Var	36,83 ± 8,73	18,81 ± 6,73	19,50 ± 8,18	21,06 ± 6,99	15,11 ± 4,84	31,45 ± 7,00	67,64 ± 17,27
Yok	36,45 ± 8,77	19,12 ± 6,34	18,12 ± 7,91	20,22 ± 7,09	14,15 ± 4,74	30,40 ± 7,44	64,78 ± 15,92
p	0,77	0,75	0,25	0,42	0,18	0,33	0,25
t	0,29	-0,31	1,14	0,79	1,34	0,97	1,14

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 7: Demografik verilerin PYKÖ, TSGÖ ve alt ölçek puanlarını etkileme durumu (Devam)

DEĞİŞKENLER	PYKÖ			TSGÖ			
	Merhamet Memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Başkaları İle İlişkiler	Yaşam Felsefesinde Değişim	Benlik Algısında Değişim	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çocuk Sayısı							
(a) Yok	34,73 ± 9,18	18,69 ± 7,19	16,34 ± 7,89	17,82 ± 7,34	13,08 ± 4,62	28,95 ± 6,46	59,86 ± 16,39
(b) 1-3	37,32 ± 8,63	19,01 ± 6,64	20,39 ± 8,03	21,85 ± 6,67	15,65 ± 4,82	32,14 ± 7,10	69,65 ± 17,13
(c) 4 ve üzeri	42,00 ± 1,41	12,50 ± 3,53	21,00 ± 14,14	27,50 ± 0,70	17,50 ± 0,70	33,50 ± 0,70	78,50 ± 2,12
p	0,32	0,40	0,11	0,02*	0,06	0,14	0,03*
F	1,13	0,91	2,26	4,04*	2,84	1,96	3,40*
				b>a>c			b>a>c
Eğitim Düzeyi							
(a) Lise	37,25 ± 8,03	18,29 ± 7,81	19,96 ± 9,45	21,12 ± 6,17	15,19 ± 3,77	33,22 ± 4,83	69,54 ± 11,70
(b) Lisans	36,74 ± 9,11	19,15 ± 6,50	19,07 ± 8,05	20,93 ± 7,48	14,82 ± 5,15	31,07 ± 7,54	66,83 ± 17,89
(c) Yüksek Lisans	35,50 ± 7,59	18,70 ± 5,12	16,66 ± 5,85	18,91 ± 5,33	13,37 ± 3,98	27,75 ± 6,89	60,04 ± 14,46
p	0,74	0,79	0,29	0,40	0,32	0,01*	0,09
F	0,28	0,23	1,21	0,90	1,11	4,07*	2,36
						c<a>b	
Meslekte Çalışma Süresi							
(a) 3 yıl ve altı	35,69 ± 8,64	18,32 ± 6,39	17,14 ± 7,87	19,10 ± 7,33	13,92 ± 4,93	30,72 ± 6,98	63,76 ± 16,77
(b) 4-6 yıl	34,68 ± 9,04	20,77 ± 6,11	20,42 ± 7,92	20,00 ± 7,47	14,42 ± 4,22	29,08 ± 7,15	63,51 ± 16,01
(c) 7 yıl ve üzeri	38,01 ± 8,52	18,63 ± 6,75	19,38 ± 8,15	21,92 ± 6,49	15,26 ± 4,91	31,89 ± 7,25	69,07 ± 16,68
p	0,09	0,18	0,12	0,05*	0,25	0,13	0,09
F	2,37	1,72	2,11	3,04*	1,39	2,00	2,42
				c>a>b			

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 7: Demografik verilerin PYKÖ, TSGÖ ve alt ölçek puanlarını etkileme durumu (Devam)

DEĞİŞKENLER	PYKÖ			TSGÖ			
	Merhamet Memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Başkaları İle İlişkiler	Yaşam Felsefesinde Değişim	Benlik Algısında Değişim	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Onkolojide Çalışma Süresi							
(a) 12 ay ve altı	37,82 ± 8,43	17,12 ± 6,93	17,17 ± 8,23	20,26 ± 7,84	15,07 ± 5,48	31,92 ± 8,26	67,26 ± 19,89
(b) 13 – 36 ay	37,61 ± 7,92	20,75 ± 5,59	22,63 ± 8,61	21,55 ± 6,33	15,36 ± 4,29	31,06 ± 6,00	67,98 ± 14,77
(c) 37 ay – 60 ay	36,28 ± 9,65	18,52 ± 7,54	18,09 ± 6,57	21,90 ± 7,33	15,14 ± 4,78	30,09 ± 6,46	67,14 ± 15,18
(d) 61 ay ve üzeri	36,28 ± 8,88	18,88 ± 6,82	16,65 ± 7,20	20,91 ± 6,65	13,40 ± 4,80	31,54 ± 7,24	65,85 ± 15,52
p	0,79	0,06	0,00*	0,76	0,26	0,78	0,94
F	0,33	2,61	5,91*	0,38	1,34	0,35	0,12
			b>ad>c				
Aylık Nöbet Sayısı							
(a) Hiç	39,28 ± 8,94	17,55 ± 6,61	19,34 ± 8,33	22,65 ± 7,18	15,78 ± 4,59	32,01 ± 7,20	70,44 ± 16,32
(b) 1 – 4 nöbet	36,85 ± 7,39	18,64 ± 6,40	18,17 ± 7,86	20,42 ± 6,53	14,55 ± 4,57	31,94 ± 6,93	66,92 ± 16,18
(c) 5 ve üzeri nöbet	33,31 ± 8,68	20,94 ± 6,24	19,08 ± 8,07	18,61 ± 6,77	13,52 ± 5,07	28,84 ± 7,09	60,98 ± 16,50
p	0,00*	0,01*	0,71	0,00*	0,03*	0,02*	0,00*
F	7,89*	4,44*	0,34	5,47*	3,56*	3,85*	5,28*
	a>cb	c>ab		a>cb	a>cb	a>cb	a>cb
Haftalık Çalışma Süresi							
45 saat ve altı	37,64 ± 8,08	18,17 ± 6,45	18,64 ± 7,74	21,29 ± 6,66	15,29 ± 4,45	32,06 ± 6,55	68,65 ± 15,59
46 saat ve üstü	35,00 ± 9,56	20,28 ± 6,56	19,35 ± 8,66	19,68 ± 7,55	13,67 ± 5,25	29,17 ± 7,90	62,53 ± 17,95
p	0,04*	0,03*	0,56	0,13	0,02*	0,00*	0,01*
t	1,98*	-2,11*	-0,57	1,49	2,22*	2,64*	2,41*

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 7: Demografik verilerin PYKÖ, TSGÖ ve alt ölçek puanlarını etkileme durumu (Devam)

DEĞİŞKENLER	PYKÖ			TSGÖ			
	Merhamet Memnuniyeti	Tükenmişlik	Merhamet Yorgunluğu	Başkaları İle İlişkiler	Yaşam Felsefesinde Değişim	Benlik Algısında Değişim	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Onkolojiye Yönelik Eğitim Alma							
Evet	38,49 ± 9,05	17,70 ± 6,76	18,54 ± 7,56	22,19 ± 6,30	15,97 ± 4,40	32,58 ± 6,73	70,75 ± 15,32
Hayır	35,33 ± 8,26	19,86 ± 6,27	19,17 ± 8,45	19,60 ± 7,35	13,76 ± 4,90	29,83 ± 7,33	63,20 ± 17,04
p	0,01*	0,02*	0,60	0,01*	0,00*	0,01*	0,00*
t	2,44*	-2,22*	-0,51	2,48*	3,13*	2,58*	3,07*
Hemşireliği İsteyerek Seçme							
Evet	38,44 ± 8,21	18,27 ± 6,47	19,40 ± 8,24	22,06 ± 6,45	14,97 ± 4,75	31,73 ± 6,98	68,76 ± 15,34
Hayır	33,82 ± 8,82	20,02 ± 6,58	18,11 ± 7,79	18,52 ± 7,39	14,25 ± 4,90	29,82 ± 7,42	62,61 ± 18,19
p	0,00*	0,07	0,29	0,00*	0,33	0,08	0,01*
t	3,58*	-1,76	1,04	3,39*	0,97	1,74	2,44*
Onkoloji Hastası İle Çalışmayı İsteme							
Evet	39,09 ± 7,53	17,61 ± 6,28	18,63 ± 8,25	22,38 ± 6,37	15,83 ± 4,36	32,22 ± 6,84	70,44 ± 14,98
Hayır	30,43 ± 8,53	22,39 ± 6,01	19,60 ± 7,65	16,39 ± 6,83	11,78 ± 4,70	27,84 ± 7,17	56,01 ± 16,58
p	0,00*	0,00*	0,46	0,00*	0,00*	0,00*	0,00*
t	6,71*	-4,66*	-0,73	5,57*	5,49*	3,82*	5,65*

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

5.1. TARTIŞMA

Profesyonel yaşam kalitesinin göstergesi olan merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Merhamet memnuniyeti artarken tükenmişliğin azaldığı, merhamet yorgunluğu artarken tükenmişlikte arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerle ilgili bir sistematik değerlendirmede (Beck 2011), hemşirelerde (Meyer, Li, Klaristenfeld ve Gold 2015, Neville ve Cole 2013), hemşireler arasında en çok onkoloji hemşirelerinde (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel ve ark 2010), pediatri hemşirelerinde (Berger, Polivka, Smoot ve Owens 2015), psikiyatri hemşirelerinde (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis ve ark 2015), toplum ruh sağlığı merkezi çalışanlarında (Rossi, Cetrano, Pertile, Rabbi ve ark 2012), çocuk koruma memurlarında (Conrad ve Kellar-Guenther 2006) profesyonel yaşam kalitesi için benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu araştırmanın sonucu da literatürü desteklemektedir.

TSGÖ toplam puanı ile PYKÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde merhamet memnuniyeti arttıkça TSGÖ toplam puanının arttığı; tükenmişlik puanlarının düştüğü belirlenmiş; merhamet yorgunluğu ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu iki ölçeğin birlikte kullanıldığı bir çalışmaya literatürde rastlanmadığından ötürü çalışmanın sonuçları, farklı ölçüm araçları ile travma sonrası gelişimin incelendiği başka çalışma sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Bensimon (2012) travma deneyimi ve travma geçmişinin varlığı ile travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim arasında ilişki bulmuştur. Taku (2014) hekimler ile yaptığı çalışmada, kişilik olarak dayanıklılık özellikleri yüksek olanlarda ve aile desteği alanlarda tükenmişlik seviyesinin düşük, travma sonrası gelişimin yüksek, travma sonrası gelişimi yüksek olanların tükenmişliklerinin düşük olduğunu saptamıştır. Măirean (2016) 135 hemşire ile yaptığı çalışmada, travma sonrası gelişim ile sosyal destek alma arasında pozitif korelasyon; ikincil travmatik stres ile negatif korelasyon olduğunu saptamıştır. Klinik içi olumlu etkileşimlerin olması ve ailevi-sosyal destek ile çalışanlarda olumlu bakış açısı kazanma, yalnız olmadığını hissetme, benzer deneyimleri paylaşma, sevilme, anlaşılma, kendini ifade edebilme gibi durumların destekleneceği, bunun da travma sonrası gelişim için fırsat olabileceğini düşündürmektedir. Yine iş doyumunu ve tükenmişlik ile ilgili çalışmalarda görüldüğü üzere (Seren İntepeler, Güneş, Bengü, Yılmazmış ve ark 2014, Circenis ve Millere 2011, Young Derr, Cicchillo ve Bressler 2011) çalışma şartlarının düzeltilmesi, çalışanlara tükenmişlik ile ilgili bilgilendirme yapılması ve başatme eğitimlerinin verilmesi ayrıca tükenmişliğe yol açan etkenlerin azaltılması ile hemşirelerin

yaptıkları işten memnun olmaları, doyum sağlamaları olasıdır. Bu çalışmanın sonuçlarında da literatür ile benzerlik olup; onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin genç, mesleği isteyerek seçmeleri ve onkoloji kliniğinde çalışmaya istekli olmaları klinikteki olumsuzluklara rağmen gelişime açık olduklarını düşündürmektedir.

Onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin PYKÖ alt ölçek (merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti) puanları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği isteyerek seçme durumu, onkoloji kliniğinde çalışmayı isteme durumu değişkenleri açısından incelenmiştir.

Merhamet memnuniyeti puanını yaş; tutulan aylık nöbet sayısı; haftalık çalışma süresi; onkolojiye yönelik eğitim almış olmak; hemşireliği isteyerek seçmek ve onkoloji hastaları ile çalışmayı isteme durumunun etkilediği belirlenmiştir. Buna göre 40 yaş ve üzerinde olanlar, nöbet tutmayanlar, haftalık 45 saatin altında çalışanlar, onkoloji eğitimi alanlar, mesleği isteyerek seçenler ve onkoloji hastalarıyla isteyerek çalışanlarda merhamet memnuniyetinin fazla olduğu söylenebilir. Merhamet memnuniyetinin yüksek olması hemşirelerin yaptığı işten zevk aldığını ve iş yaşamından doyum sağladığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer olarak Hegney, Craigie, Hemsworth, Osseiran-Moisson ve ark (2014) çalışmasında, yaş, çalışma yılı ve çalışma saati ile merhamet memnuniyeti arasında ilişki saptanmıştır. Sacco, Ciurzynski, Harvey ve Ingersoll (2015) yaptığı çalışmada yaşın (50 yaş ve üzeridekilerde merhamet memnuniyeti yüksek), cinsiyetin, eğitim düzeyinin (eğitim düzeyi yüksek olanlarda merhamet memnuniyeti yüksek), hemşirelik yönetiminde değişim olmasının, hasta sirkülasyonunun, karma klinikte çalışmanın ve sağlık sistemindeki büyük değişimlerin merhamet memnuniyeti düzeyini düşürdüğü ve merhamet yorgunluğunu etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kim, Han, Kwak ve Kim (2015) yaşın, medeni durumun, dini inancın, hemşire olarak bulunduğu pozisyonun, eğitim düzeyinin, hemşire olarak çalışma yılının profesyonel yaşam kalitesini arttırdığını saptamıştır. Acil hemşireleri ile yapılan bir çalışmada ileri yaşta olmanın merhamet memnuniyetini arttığı, genç olmanın tükenmişliği arttırdığı ve yöneticilerden destek almanın tükenmişliği azalttığı belirlenmiştir (Hunsaker, Chen, Maughan ve Heaston 2015). Hemşireler ile yapılan başka bir çalışmada yaşın, eğitim durumunun, haftalık çalışma süresinin, mesleği isteyerek seçmenin, yöneticilerin adil davranmasının, klinikte ve meslekte

çalışma süresinin iş yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur (Çatak ve Bahçecik 2015). Potter, Deshields, Divanbeigi, Berger ve ark (2010)'nın çalışmasında, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu sıklığı yüksek çıkmış; merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu ile çalışma ortamı, meslekte çalışma süresi, onkoloji deneyimi, eğitim düzeyi ve yaş arasındaki ilişkiye bakılmıştır; çalışmada merhamet memnuniyetinin çalışma ortamı ile anlamlı; meslekte çalışma yılı, onkoloji deneyimi, eğitim düzeyi ve yaş ile anlamsız bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu veriler PYKÖ ve alt boyutları ile yaş arasındaki ilişki açısından bu çalışmanın sonuçları ile çelişmektedir; diğer değişkenler açısından ise bu çalışma ile uyumludur. Yoder (2010)'in araştırmasında merhamet memnuniyeti ile merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik ile negatif bir ilişki; merhamet memnuniyeti/merhamet yorgunluğu ile çalışma saati (8 saat ile 12 saat çalışanlar) ve çalışma yılı (10 yıldan az ile 10-19 yıl arası çalışanlar) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür ile uyumludur. Giarelli, Denigris, Fisher, Maley ve ark (2016) onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %55'i klinikte ve hastalarla birlikte olmanın hayatta olduğunu hissettirdiğini ve bunun bir ödül olduğunu belirtmiştir. Bu durum hemşirelerin onkoloji hastaları ile çalışma isteğini arttırmakta ve merhamet memnuniyeti gelişimini desteklemektedir. Yaş ile birlikte deneyim kazanılması, kliniğe ve hasta profiline uyum sağlanması, gereksinimlerin daha kolay tanımlanabilmesi ve çözümlenebilmesi, sorun çözme becerilerinin artması, yaş ile birlikte tutulan nöbet sayısının azalması, alınan eğitimlerin uygulamaya aktarılması, klinik içinde ve meslekte kıdem sahibi olma ya da otorite olarak kabul edilme gibi duygusal ve mesleki becerilerin takdir görmeye başlaması, daha profesyonel davranma gibi etkenler hemşirelerin yaptıkları işten daha doyum sağladıklarını, hastaları ile doyumlu ve etkin vakit geçirdiklerini, kendilerine vakit ayırabildiklerini bunlardan ötürü de hemşirelerde merhamet memnuniyetinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin aylık nöbet sayısı; haftalık çalışma süresi; onkolojiye yönelik eğitim almış olma, onkoloji hastaları ile çalışmayı istemenin tükenmişlik puanını etkilediği görülmüştür. Ayrıca onkoloji hastalarıyla çalışma süresinin merhamet yorgunluğu puanını etkilediği bulunmuştur. Toh, Ang ve Devi (2012) onkoloji-hematoloji kliniklerinde mesleğe yeni başlamanın, mesleki deneyimin, eğitimin ve magnet olmayan hastanelerde çalışmanın tükenmişliği, duygusal tükenmeyi ve işten ayrılma niyetini etkilediğini saptamıştır. Shang, Friese, Wu ve Aiken (2012) dahili-cerrahi hemşirelerine göre onkoloji hemşirelerinin çalışma

ortamından daha memnun olduklarını, klinik içi uygulamalarda daha iyi bakım sonuçları elde ettiklerini belirlemişlerdir. Bu durum hemşirelerin onkoloji hastasıyla çalışmaktan memnun olduklarını göstermektedir. Hasta ile çalışma isteğinin tükenmişliği azaltacağını düşündürmektedir. Tuna ve Baykal (2014) onkoloji hemşirelerinde çalışma şartlarının ağırlığından duygusal tükenmenin yüksek olduğunu ve hemşirelerin klinik değiştirmek istediklerini bildirmiştir. Günüşen ve Üstün'ün (2010) çalışmasında mesleği isteyerek seçmenin tükenmişliği azalttığı belirtilmiştir. Bu durum yapılan işten duyulan memnuniyeti ve verilen hizmetten doyum alındığını düşündürmektedir. Travma hemşireleri ile yapılan bir çalışmada kişilik ve çevre özelliklerinin, destek almanın, meditasyon yapmanın, ekip içi ilişkisinin, bulunduğu klinikte çalışma süresinin, hastaya doğrudan bakım verirken geçirilen zamanın, shift saatlerinin tükenmişliği ve merhamet yorgunluğunu etkilediği saptanmıştır (Hinderer, VonRueden, Friedmann, McQuillan ve ark 2014). Yoğun bakım ünitelerinde PYKÖ'nün değerlendirildiği bir sistematik çalışma da yaş, çalışma deneyimleri, çalışma yılı, klinikte çalışma süresi, kullanılan baş etme sistemleri, ekip ilişkileri, alınan eğitimler, çalışılan shift, haftalık çalışma saatleri, hastanın durumu tükenmişlik ve merhamet yorgunluğunu etkilediği bulunmuştur (MC van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker ve ark 2015). Travmatik deneyimlerin yoğun olduğu kliniklerde durumu kritik olan hastalar ile çalışmanın ve onlarla geçirilen sürenin tükenmişliği ve merhamet yorgunluğunu arttırdığı, destek ve olumlu baş etme yöntemlerinin hemşirelerde merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği azalttığı söylenebilir. Aycock ve Boyle (2009), ONS aracılığıyla 103 onkoloji hemşiresi ile yaptığı araştırmada tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu belirtilerinin yüksek olduğunu ve merhamet yorgunluğunun mesleksel kaynaklar, eğitim programları, kişiye özel dinlenme ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Beck (2011) yaptığı sistematik değerlendirmede genç olmanın, eğitim almamanın ve zayıf desteğin merhamet yorgunluğuna neden olduğunu bulmuştur. Fetter (2012) onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerde klinik içi yardımlaşma ve sosyal desteğin çalışma yaşantısında önemli olduğunu ve destek gören hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin ayrıca işten ayrılma niyetinin azaldığını belirtmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler literatür ile uyumludur. Onkolojiye yönelik eğitim almayanlarda, onkoloji hastasıyla çalışmayı istemeyenlerde, aylık nöbet sayısı beş ve üzeri olanlar ile haftalık çalışma süresi 45 saatin üzerinde olanlarda tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu gelişme riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi değişkenlerinin PYKÖ alt ölçekleri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Benzer olarak onkoloji çalışanları ile yapılan çalışmalarda cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, çocuk sayısı, çalışma süresinin tükenmişlik düzeyini etkilemediği bulunmuştur (Karabulut Gül, Gül, Oruç, Gedik ve ark 2012, Cihan 2011). Bu çalışma sonuçları literatür ile uyumludur. Sağlık çalışanları ve ile yapılan bir çalışmada cinsiyetin merhamet yorgunluğunu etkilemediği saptanmıştır (Khan, Khan ve Malik 2015). Pediatri hemşireleri ile yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve iki çalışma PYKÖ alt ölçek sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Branch ve Klinkenberg 2015). Yu, Jiang ve Shen (2016) çalışılan hastane tipinin, hemşire olarak çalışma yılının, pasif başetme kullanımının merhamet yorgunluğunu arttırdığını; onkoloji hemşiresi olarak çalışma yılının, hemşire olarak çalışma yılının, pasif başetme kullanımının tükenmişliği etkilediğini; başkalarından destek almanın ve destek vermeyi önemsemenin, empati becerilerini uygun kullanmanın, iletişimde açık ve olumlu kişilik özelliklerine sahip olmanın merhamet memnuniyetini arttırdığını saptamıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile yapılan çalışmanın sonuçları cinsiyet dışında birbirini desteklememektedir. Drury, Craigie, Francis, Aoun ve ark (2014) hemşirelerde sosyal desteğin, çevre ile ilişkilerin, olumlu yaşam tarzının, liderliğin, psikolojik iyiliğin merhamet yorgunluğunu etkilediğini saptamıştır. Başka bir çalışmada, hemşirelerde sosyal ve ailevi desteğin tükenmişliği ve merhamet yorgunluğunu azalttığı belirlenmiştir (Ariapooran 2014). Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik kendini işten alıkoyamama, etkisiz baş etme ve yetersiz sosyal destek ile bağlantılıdır. Çalışmaya katılanların çoğunun kadın, evli, çocuk sahibi olması ve eğitim düzeylerinin yüksek olması; sosyal destek almalarına, iş dışında uğraşacak bir aktivite/aile yaşantısına ve kendi özel yaşamlarına zaman ayırmalarına katkı sağlıyor olabilir. Bu durumun koruyucu bir etki sağladığı düşünülmektedir. Meslekte uzun süre geçirmenin, eğitim seviyesinin yüksek olmasının, onkolojide eğitim almanın, işini bilinçli yapmanın merhamet memnuniyetini artırdığı ve bunun da merhamet yorgunluğunu ve tükenmeyi azalttığı söylenebilir.

Onkoloji hastalarıyla çalışan hemşirelerin TSGÖ alt boyut (başkaları ile ilişki, yaşam felsefesinde değişim, benlik algısında değişim) puanları yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, onkolojiye yönelik eğitim alma durumu, meslekte çalışma süresi, onkoloji kliniğinde çalışma süresi, haftalık çalışma saati, aylık nöbet sayısı, hemşireliği

isteyerek seçme durumu, onkoloji kliniğinde çalışmayı isteme durumu değişkenleri açısından değerlendirilmiştir.

Ülkemizde travma sonrası gelişimin daha çok doğal afetler gibi travmalara maruz kalan kişiler (Karancı ve Acartürk 2005), arama-kurtarma çalışanları (Yılmaz 2006), kronik hastalığı olanlar ve bakım verenleri (Elçi 2004, Özlü, Yıldız ve Aker 2010, Çolakoğlu 2013), kanser hastaları (Şengün İnan ve Üstün 2014) ile çalışıldığı görülmektedir. Ülkemizde hemşireler ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bu çalışma hemşireler ile yapılan ilk çalışma olma niteliğindedir.

Başkaları ile ilişkiler puanını yaşın; sahip olunan çocuk sayısının; meslekte çalışma süresinin; aylık nöbet sayısının; onkolojiye yönelik eğitim almanın; hemşireliği isteyerek seçmenin ve onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme durumunun etkilediği görülmektedir. Yaşam felsefesinde değişim puanının yine yaştan, aylık nöbet sayısından, haftalık çalışma süresinden, onkolojiye yönelik eğitim alma ve onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Benlik algısında değişim puanının ise eğitim düzeyi, aylık nöbet sayısı, haftalık çalışma süresi, onkolojiye yönelik eğitim alma ve onkoloji hastasıyla çalışmayı isteme durumundan etkilendiği bulunmuştur. TSGÖ toplam puanını yaşın, çocuk sayısının, aylık nöbet sayısının, haftalık çalışma süresinin, onkolojiye yönelik eğitim alma, hemşireliği isteyerek seçme ve onkoloji hastası ile çalışmayı isteme durumunun etkilediği saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, onkolojide çalışma süresi değişkenlerinin TSGÖ alt boyut puanları ile istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Travma sonrası gelişim ile ilgili bir sistematik derlemede; konuyla ilgili yapılan çalışmaların daha çok kalitatif yöntemle yapıldığı; yapılan görüşmelerde empatik becerilerin, pozitif bakış açısının, yapılan işe değer vermenin ve memnun olmanın, profesyonel değerlere sahip olmanın, ekip içi uyumun, eğitim ve teorik bilgi faktörünün, kişilik özelliklerinin (özellikle dayanıklılık), destek almanın, hobilerin, düzenli yaşam alışkanlıklarının, travma geçmişinin ve hayata dair olumlu deneyimlere sahip olmanın ön plana çıktığı görülmüştür (Manning-Jones, Terte ve Stephens 2015). Zerach ve Shalev'in (2015) psikiyatri ve toplum/halk sağlığı hemşireleri ile yaptığı çalışmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, gelir ve eğitim düzeyi ile travma sonrası gelişim, ikincil travma ve travma sonrası stres bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır; ancak travma sonrası gelişim için inançlı olduğunu belirten hemşirelerde travma sonrası gelişim düzeyi yüksek, psikiyatri hemşirelerinde diğer gruba göre travma sonrası gelişim düzeyi düşük, başkaları ile ilişkiler, benlik algısında değişim alt

boyutlarında farklılık ve diğer gruba göre psikiyatri hemşirelerinde travma etkisi yüksek bulunmuştur. Bu iki çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Yine travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası gelişim çalışmalarının değerlendirildiği bir metaanalizde; yaşın ve travma tipinin etkili olduğu; doğal afet ve savaş yaşantısı olanlarda (sağlık çalışanları, bakım verenler, hastalar, cinsel tacize uğrayanlara göre), 17 yaş altı kişilerde travma sonrası gelişim ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki anlamlılık daha yüksek bulunmuştur (Shakespeare-Finch ve Lurie-Beck 2014). Çalışmanın sonuçları değerlendirilen grubun ve verilerin farklılığı nedeniyle tam olarak karşılaştırılamasa da etkileşime geçilen grubun yaşadığı travmanın etkisi, yoğunluk ve büyüklüğüne göre; hizmet verilen grubun yaşına, hastalığı/durumuna göre; hizmet veren grubun inancına, bilişsel yapısına, empatiyi doğru kullanmasına, aldığı eğitime, hastayla geçirdiği süreye göre travma sonrası gelişim düzeyi değişebilmektedir. Onkoloji hemşirelerinin bunlarla iç içe olduğu görülmektedir ve hastalarıyla etkileşimlerinin sonucunda benliklerinde, başkaları ile ilişkilerinde ve yaşam felsefelerinde olumlu değişim geçirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, travmatik olay sonrasında, olumlu bir bakış açısı geliştirenlerde, analiz yapanlarda, sosyal destek alanlarda, destek aldığı bir çevreye sahip olanlarda travma sonrası gelişimin daha fazla olduğu; kişilerin anlam yükleme, kendini güçlendirme ve problem çözme gibi beceriler edinmeye çalıştıkları, bunun da bilişsel yapıyı daha olumlu etkilediği bulunmuştur (Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan 2000, Cryder, Kilmer, Tedeschi ve Calhoun 2006). Yaş ve eğitim arttıkça başkalarıyla olan ilişkilerde daha bilgili ve deneyim sahibi olduğu; çocuk sahibi olmanın ebeveynliği, yardım edicilik gibi duyguları geliştirdiği; az veya hiç nöbet tutmamanın kendine ve diğerlerine daha fazla zaman ayırma, boş vakit ve hobileri yerine getirmek için fırsat taşıdığı; mesleğe ve hastalarla ilgili olumlu algıların yine yardım ediciliğe, baş etme davranışları geliştirilmesine ve olumlu bilişsel anlam yüklenmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yapılan literatür değerlendirmesinde; onkoloji hemşirelerinde diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik, merhamet yorgunluğu geliştiği belirlenmiştir (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel ve ark 2010). Hemşireler arasında en çok yoğun bakım (Bakker, Le Blanc ve Schaufeli 2005); psikiyatri (Jenkins ve Elliott 2004); pediatri (Charlescraft, Tartaglia, Dodd-McCue ve Barker 2010, Maytum, Bielski-Heinman ve Garwick 2004); onkoloji alanında çalışanların (Potter, Deshields, Divanbeigi, Berger ve ark 2010, Ekedahl ve Wengström 2007) iş bağlantılı streslerden kaynaklanan olumsuz sonuçlara

maruz kaldığı bildirilmiştir. Çalışmamızda onkolojiye yönelik eğitim alma ile merhamet memnuniyeti, tükenmişlik, başkaları ile ilişkiler, yaşam felsefesinde değişim, benlik algısında değişim, TSGÖ toplam puanı ile anlamlılık bulunmuştur. Travmatik deneyimler bireylerde negatif algı ve bilişsel değişimlere neden olmaktadır. Hayal kırıklığı, beklentilerin gerçekleşmemesi, çaresizlik, umutsuzluk gibi durumlar gelişmekte ve bunlardan ötürü kişiler kendilerini yetersiz hissetmekte, olayları değiştiremedikleri için kendilerini suçlamakta veya daha fazlasını yapabilmek için hastaları ile daha fazla zaman geçirmeye başlamaktadır (Figley 1995, Calhoun ve Tedechi 1999, Stamm 2009). Bu durum tükenmişlik, merhamet memnuniyeti, travma sonrası gelişim ile bağlantılıdır. Mulders, Vingerhoets ve Breed (2008), kemoterapi alan kanser hastaları ile çocukları ve eşleri arasındaki etkileşimi ve ilişkiyi gördükçe hemşirelerin bu ilişkiden oldukça etkilendiklerini saptamışlardır. Yine Kakai (2013) onkoloji ile bilgilendirme yapılan sağlık çalışanları ile yaptığı derinlemesine görüşmede başkalarına yönelik görüşlerin/bakış açısının değiştiğini, duygusal destek verme/alma gereksiniminin arttığını, kişilik ve yaşam hedeflerine yönelik değişimler geçirildiğini belirlemiştir. Onkoloji kliniklerinde travmatik deneyimler ile (ölüm, acı çekme vb) sık karşılaşıldığı bilinmekle birlikte ve bu deneyimlerin hemşirelerin yaşama bakış açılarında olumlu yönde değişiklik yarattığı, aldıkları ya da katıldıkları eğitim faaliyetlerinin bu deneyimlerin etkisini azalttığı düşünülmektedir. Onkoloji kliniğinde çalışmanın zorluklarına rağmen, hemşirelerin daha profesyonel, aktif çalışacaklarını ve merhamet memnuniyeti ile travma sonrası büyümeye açık olduklarını düşündürmektedir. Ancak hemşirelerin yaş aralığının genç olması tükenme açısından risk taşımaktadır.

Örnekleme alınan hemşirelerin “Onkoloji Hemşireliği Derneği”ne üye olmalarının profesyonel yaşam kalitelerini olumlu etkilediği söylenebilir. Çünkü Onkoloji Hemşireliği Derneği, kurulduğu günden beri hemşirelerin eğitimine özel önem vermekte; hem bilgilendirici hem de psikososyal yönlerinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır.

6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Onkoloji hemşirelerinin PYKÖ ve TSGÖ düzeyleri ile bunları etkileyen etmenlerin değerlendirildiği, Onkoloji Hemşireliği Derneği'ne üye 182 katılımcı ile yapılan bu tanımlayıcı çalışmaya yönelik sonuçlar aşağıdaki gibidir:

6.1.1. Sonuçlar

- Onkolojide çalışan hemşirelerin çoğunluğu genç (25-32 yaş aralığında), kadın, yarısı evli, yarısı çocuk sahibi, çocuk sahibi olanların çoğunluğu 1-3 arası çocuk sahibi, yarısından fazlası lisans mezunu, yaklaşık yarısı onkolojiye yönelik eğitim almamıştır.
- Hemşirelerin yarısı 7 yıldan fazla hemşirelik yapmakta, yarısından çok azı onkolojide 13-36 ay arasında çalışmakta, yarısından fazlası nöbet tutmadan çalışmakta, yarısından fazlası hemşireliği isteyerek seçen ve çoğunluğu onkoloji hastasıyla çalışmayı istemektedir.
- PYKÖ alt ölçeklerinden merhamet memnuniyeti ile tükenmişlik arasında negatif yönlü, orta düzeyde bir korelasyon; tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon saptanmış olup, merhamet memnuniyeti ile merhamet yorgunluğu puanları arasında korelasyon saptanmamıştır.
- TSGÖ alt boyutlarından başkaları ile ilişkiler ve yaşam felsefesinde değişim arasında pozitif yönlü, orta düzeyde; benlik algısında değişim ile pozitif yönde, orta düzeyde ve toplam puan ile yine pozitif yönde güçlü bir korelasyon bulunmuştur. Yaşam felsefesinde değişim ile benlik algısında değişim ve toplam puan arasında pozitif yönlü, güçlü korelasyon saptanmıştır. Benlik algısında değişim ile toplam arasında pozitif yönlü ve güçlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur.
- PYKÖ alt ölçekleri ile TSGÖ toplam puanı arasındaki ilişkide; TSGÖ toplam puanı ile PYKÖ merhamet memnuniyeti arasında pozitif yönde orta düzeyde; PYKÖ tükenmişlik ile negatif yönlü zayıf korelasyon saptanmıştır; PYKÖ merhamet yorgunluğu ile korelasyon saptanmamıştır.
- Değişkenlere göre hemşirelerin PYKÖ puanları arasında fark değerlendirmesinde;
 - Merhamet Memnuniyeti alt ölçeğini; yaşın; tutulan aylık nöbet sayısının; haftalık çalışma süresinin; onkolojiye yönelik eğitim almış olmanın; hemşireliği isteyerek seçmenin ve onkoloji hastaları ile çalışmayı isteme durumunun etkilediği belirlenmiştir.

- Tükenmişlik alt ölçeğini; aylık nöbet sayısının; haftalık çalışma süresinin; onkolojiye yönelik eğitim almış olmanın; onkoloji hastaları ile çalışmayı istemenin etkilediği bulunmuştur.
- Merhamet Yorgunluğu alt ölçeğini; onkoloji hastalarıyla çalışma süresinin etkilediği saptanmıştır.
- PYKÖ ve alt ölçeklerini, cinsiyetin, medeni durumun, çocuk sahibi olmanın, çocuk sayısının, eğitim düzeyinin, meslekte çalışma süresinin etkilemediği bulunmuştur.
- Değişkenlere göre hemşirelerin TSGÖ puanları arasında fark değerlendirmesinde;
 - Başkaları İle İlişkiler alt boyutunu, yaşın; sahip olunan çocuk sayısının; aylık nöbet sayısının; onkolojiye yönelik eğitim almanın; meslekte çalışma süresinin; hemşireliği isteyerek seçmenin; onkoloji hastasıyla çalışmayı istemenin etkilediği saptanmıştır.
 - Yaşam Felsefesinde Değişim alt boyutunu, yaşın; aylık nöbet sayısının; haftalık çalışma süresinin; onkolojiye yönelik eğitim almanın; onkoloji hastasıyla çalışmayı istemenin etkilediği bulunmuştur.
 - Benlik Algısında Değişim alt boyutunu, eğitim düzeyinin; aylık nöbet sayısının; haftalık çalışma süresinin; onkolojiye yönelik eğitim almanın; onkoloji hastasıyla çalışmayı istemenin etkilediği bulunmuştur.
 - TSGÖ Toplam puanını, yaşın; çocuk sayısının; aylık nöbet sayısının; haftalık çalışma süresinin; onkolojiye yönelik eğitim almanın; hemşireliği isteyerek seçmenin; onkoloji hastası ile çalışmayı istemenin etkilediği belirlenmiştir.
 - TSGÖ ve alt boyutlarını; cinsiyetin, medeni durumun, çocuk sahibi olmanın, onkolojide çalışma süresinin etkilemediği saptanmıştır.
- Yapılan ileri analizde PYKÖ ve TSGÖ ile alt ölçek ve boyutları için anlamlılık belirlenen gruplarda farklılığın;
 - Yaş: TSGÖ Yaşam Felsefesinde Değişim alt boyutunda tüm grupların birbirine benzer, diğerleri için farkın 25-32 yaş ile 40 ve üzeri yaş;
 - Çocuk Sayısı: TSGÖ Başkaları İle İlişkiler ve TSGÖ Toplam puanı için, hiç çocuğu olmayanlar ile 1-3 arası çocuğu olanlar;
 - Eğitim Düzeyi: TSGÖ Benlik Algısında Değişim için; lise ve yüksek lisans;

- Onkolojide Çalışma Süresi: PYKÖ Merhamet Yorgunluğu için 12 ay ve altı çalışanlar ile 13-36 ay çalışanlar arasında ve 13-36 ay çalışanlar ile 61 ve üzeri ay çalışanlar;
- Aylık Nöbet Sayısı: PYKÖ Merhamet Memnuniyeti, Tükenmişlik; TSGÖ Başkaları İle İlişkiler, TSGÖ Yaşam Felsefesinde Değişim, TSGÖ Benlik Algısında Değişim ve TSGÖ Toplam puan için hiç nöbet tutmayanlar ile 5 ve üzeri nöbet tutanlar;
- Meslekte Çalışma Süresi: TSGÖ Başkaları İle İlişkiler için meslekte 3 yıl ve altı çalışanlar ile 7 yıl ve üzeri çalışanlar arasında olduğu bulunmuştur.

6.1.2. Öneriler:

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda sunulan öneriler aşağıdaki gibidir:

- Çalışmaya katılanların genç, kadın, evli, bir ve birden fazla çocuk sahibi olması, haftalık çalışma süresinin, aylık nöbet sayısının PYKÖ ve TSGÖ ile bağlantılı olmasından ötürü bu kişilerin kurum ve yöneticiler tarafından çalışma saatlerinin ve izinlerinin sosyal ve aile yaşantısına olanak sağlayacak şekilde düzenlenmesi, çalışan memnuniyetini arttırmak için çalışanların isteklerinin öncelikli tutulması; politikaların, çalışan sayısının hemşire/hasta/klinik oranını dikkate alacak şekilde planlanması; yardımcı personel sayısının artırılması; hemşirelik rol ve sorumlulukları dışındaki işlerin yaptırılmaması; hemşirelik dışı işlerde hemşirelerin çalıştırılmaması;
- Çalışmaya katılanların yarıya yakınının onkolojiye yönelik eğitim almaması, kliniğin özelleşmiş bir alan olması, PYKÖ ve TSGÖ'nün alınan eğitim ile ilişkili olması nedeniyle, bu klinikte çalışan hemşirelere klinik içi ve/veya hastane içi ruhsal, fiziksel, sosyal ve alana özgü (hastalık, bakım, tedavi, profesyonellik, değerler, iletişim, ölüm, empati, baş etme, güçlendirme vb) eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi, rotasyon ile kongre-seminer gibi hastane dışı faaliyetlere katılımın sağlanması;
- Onkoloji hastaları ile çalışmayı istemenin ve onkoloji kliniğinde çalışma süresinin, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve TSGÖ'yü etkilemesi ayrıca yaş ve eğitim düzeyi ile bağlantılı olmasından ötürü; çalışanların çalışmak istedikleri kliniklere yönelik isteklerinin sorulması, bu isteklerin dikkate alınması, hemşirelerin aldıkları

eğitimler doğrultusunda çalışmak istedikleri ve/veya eğitimlerine uygun kliniklerde istihdam edilmeleri, yıl-kıdem-eğitim dikkate alınarak rotasyon yapılması ve yönetim kadrolarında yer verilmesi, onkolojiye yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması;

- Bunların dışında hemşirelik ile ilgili rol ve sorumlulukların ekip ile paylaşılması, ekip içi etkileşimin artırılması, iş-görev paylaşımının yapılması, hastanelerde kullanılan hasta takip sistemlerinin hemşirenin iş yükünü arttırmayacak şekilde düzenlenmesi, hemşirelere dinlenme saatlerinin sağlanması, kurum yöneticilerinin merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti ile ilgili bilgi sahibi olmaları ve çalışanların haklarını bu doğrultuda gözeterek kurum faaliyetlerini planlamaları ve sürdürmeleri;
- Araştırmacılar için, PYK ve TSG ile ilgili örnekleme daha geniş olan, hemşireleri etkileyen faktörleri, bu faktörlerin hemşireler üzerindeki etkilerini, daha ayrıntılı inceleyen ve değerlendiren, modele dayalı, kalitatif ve kanitatif araştırmaların yapılması, konuyla ilgili her türlü önleyici, koruyucu, güçlendirici, baş etmeyi arttırıcı eğitim ve farkındalık programları düzenlenmesi önerilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.2. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ ADIMI

Onkoloji Hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Memnuniyeti, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi

3.2.1. Araştırmanın Tipi:

Araştırmacı ve danışmanlar tarafından geliştirilen ve uygulanan psikoeğitim programının merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti ve travma sonrası gelişim düzeyine etkisini değerlendirmek üzere, tek grup pre-test, post-test modelinde yarı deneysel olarak tasarlanmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırmanın bu adımı Mart 2013 tarihinde literatür tarama ile başlamış olup; etik kurul onayı 28.03.2013 tarihinde alındıktan sonra, bir üniversite hastanesinin onkoloji hastalarına bakım veren kliniklerinde Mart 2016'da veri toplanmaya başlamış ve uygulama Nisan 2016'da tamamlanarak; 14 Ekim 2016 tarihinde sonlandırılmıştır.

Psikoeğitim uygulaması, bir Üniversite Hastanesi'nde onkoloji hastaları ile çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere (onkoloji ve hematoloji hastanesi, gündüz tedavi merkezi, pediatri onkoloji-hematoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniği, dahiliye kliniği, kulak-burun-boğaz kliniği, özel kat) yapılmıştır. Uygulama, ilgili üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde doğuma hazırlık sınıfı olarak kullanılan, içerisinde yer minderleri, egzersiz matı, projektör, yazı tahtası, sandalye ve klima bulunan bir sınıf kullanılarak; 07 Mart ve 25 Mart 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Üniversite Hastanesi'nin onkoloji kliniklerinde çalışan hemşireler ile onkoloji hastasına bakım ve tedavi hizmetleri sunan diğer kliniklerde çalışan tüm hemşireler (N:176) araştırmanın evrenini (onkoloji ve hematoloji hastanesi, gündüz tedavi merkezi, pediatri onkoloji-hematoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniği, dahiliye kliniği, genel cerrahi kliniği, kulak-burun-boğaz kliniği, enfeksiyon kliniği, üroloji kliniği, özel kat, nöroşirürji kliniği, çocuk hastalıkları kliniği, kadın hastalıkları kliniği, yetişkin ve pediatri onkoloji-hematoloji polikliniği); ilgili kliniklerden çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler (onkoloji ve hematoloji hastanesi, gündüz tedavi merkezi, pediatri onkoloji-hematoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniği, dahiliye kliniği, kulak-burun-boğaz kliniği, özel kat) (n:43) araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Çalışma öncesinde yapılan güç analizinde örneklem sayısı en az 50 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin yoğun çalışma saatleri ve nöbet sayılarının fazlalığı nedeniyle 43 hemşire çalışmaya katılabilmektedir. Çalışma bitiminde, G-POWER analiz programında yapılan Post-Hoc güç analizinde 0.5 etki büyüklüğüne göre 0.942, 0.8 etki büyüklüğünde 0.999 güç bulunmuştur.

Örnekleme Alma Kriterleri:

Çalışmaya katılım için istenen kriterler;

- Hastanesi onkoloji hastasına bakım ve tedavi hizmetleri sağlayan kliniklerde çalışan hemşire olmak
- Gönüllü katılmak olarak belirlenmiştir.

Örneklemden Dışlama Kriterleri:

Katılımcıların çalışmaya alınmama ya da çalışmadan çıkarılma kriterleri;

- Gebelik ve/veya doğum izni
- Psikoeğitim programına düzenli katılmamak olarak belirlenmiştir.

3.2.4. Çalışma Materyali:

Bu çalışma yarı deneysel pre-test ve post-test ölçek uygulaması şeklindedir. Mart-Nisan 2016 tarihleri arasında veriler katılımcılardan elde edilmiştir.

3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri:

3.2.5.1. Bağımlı Değişkenler:

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; PYKÖ'nin alt ölçek puanları (Tükenmişlik, Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Yorgunluğu) ile TSGÖ toplam ve alt boyut (Başkaları İle İlişkiler, Yaşam Felsefesinde Değişim, Benlik Algısında Değişim) ortalama puanlarıdır.

3.2.5.2. Bağımsız Değişkenler:

Araştırmanın bağımsız değişkeni psikoeğitim programıdır.

3.2.6. Veri Toplama Araçları:

Bu yarı-deneysel çalışmada; psikoeğitim öncesinde (pre-test) Hemşire Tanıtım Formu, “PYKÖ” ve “TSGÖ”; psikoeğitim müdahalesi sonrası (post-test) gelişimin değerlendirilmesi amacıyla tanıtım formu hariç iki ölçek tekrar kullanılmıştır. PYKÖ ve TSGÖ ile ilgili ayrıntılı bilgi sayfa 24-25’te verilmiştir.

3.2.6.1. Hemşire Tanıtım Formu, araştırmacı tarafından oluşturulan hemşireye ait tanıtıcı özellikler ve çalışma yaşantısı ile ilgili olduğu düşünülen etmenleri saptayan bireysel bilgi formudur.

3.2.6.2. Psikoeğitim: Merhamet yorgunluğu ve tükenmişliğin azaltılması, merhamet memnuniyeti ve iş doyumunun artırılması, işe bağlı olumsuz deneyimlerin travma sonrası gelişime dönüşmesi ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından psikoeğitim programı hazırlanmıştır.

Bu program iki ayrı yarım gün, her biri üç saatlik oturum ve iki danışmanlık izlemi olarak tasarlanmıştır. Programın oluşturulmasında ve uygulanmasında, grup terapisi (Suszek, Holas, Wyrzykowski, Lorentzen ve ark 2015), varoluşçu terapi (Ramsey-Wade 2015), hümanistik yaklaşım (Jo ve An 2015), pozitif psikoloji (Eryılmaz 2013), ortam terapisi (Vatne ve Hoem 2007), bilişsel terapi (Gumport, Williams ve Harvey 2015, Longmore ve Worrell 2007), müzik terapi (Shuman, Kennedy, DeWitt ve Edelblut 2016, www.tumata.com), renk ve art terapi (Reim Ifrach ve Miller 2016, Withrow 2004), farkındalık terapisi (Erden 2015, Harris 2013), sorun çözme terapisi (Nezu, Nezu ve Colosimo 2015, Peterson, Barrett, Hester, Robledo ve ark 2013), kendini tanıma ve iletişim tekniklerinden (Branch 2015) yararlanılmıştır.

Oturum içerikleri ve her bir konunun hedefleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Oturum:

Birinci oturumun yürütülmesinde; soru-cevap, power-point sunusu, terapötik boşluk doldurma, video, demonstrasyon, egzersiz ve müzik terapi teknikleri kullanılmıştır.

a- Merhamet Yorgunluğu: Tanımı, Nedenleri, Belirtileri, Etkileri

Hedefler:

Merhamet yorgunluğunun nedenlerini fark edecek

Merhamet yorgunluğunun belirtilerini sayabilecek

Merhamet yorgunluğunun etkilerini ifade edebilecek

b- Stres ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişki: Farkındalık ve Problem Çözme

a. Hemşire olmak

b. Onkoloji hastası ile çalışmak

Hedefler:

Stres nedenlerini ve etkilerini fark edecek

Hemşire olarak yaşadığı sorunları tanımlayabilecek

Yaşanılan sorunların kaynağını fark edebilecek

Yaşanılan sorunların kendi üzerindeki etkisini fark edebilecek

Yaşanılan sorunlara yönelik kullandığı etkili ve etkisiz baş etme/çözüm yöntemlerini ifade edebilecek

c- Gevşeme ve Baş Etme Yöntemleri (Uygulamalı)

- a. Nefes egzersizi
- b. Baksı dansı

Hedefler:

Baş etmenin gerekliliğini ifade edebilecek

Baş etme yöntemlerinin yararlarını ifade edebilecek

Her bir baş etme yöntemini uygulayarak, kendindeki etkilerini fark edecek

İş ve özel yaşamında kendine uygun baş etme yöntemine karar verecek ve uygulayacak

2. Oturum

İkinci oturumun yürütülmesinde; soru-cevap, power-point sunusu, video, terapötik öykü, egzersiz, demonstrasyon, masaj, art terapi ve boyama teknikleri kullanılmıştır.

a- Zor Sorular/Hastalara Yaklaşım

- a. Ölüm ve ölmek üzere olan hasta
- b. Yaşadığım duygular
- c. Empati

Hedefler:

Ölümü algılama biçimini fark edecek

Öleceğini düşünen, ölmek üzere olan hastalara karşı duygu, düşünce, yanıtlarını ve davranışlarını ifade edebilecek

Ölüm durumunda yaşadığı duygu, düşünce, yanıtlarını ve davranışlarını fark edecek

Empati durumunu tanımlayabilecek

Empati becerisinin yararlarını ifade edebilecek

Empati becerisini kullanma düzeyini değerlendirebilecek

Ölmek üzere olan ya da öleceğini düşünen hastalara karşı empati düzeyini değerlendirebilecek

Ölümü algılama biçimi, hastalara karşı duygu, düşünce, yanıtları, davranışları ile empati düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirebilecek

b- Gevşeme ve Baş Etme Yöntemleri (Uygulamalı)

- a. Nefes egzersizi

- b. Kendi kendine masaj ile yüz, boyun ve omuz gevşetme
- c. Mandala boyama: Mutluluk Sanatı

Hedefler:

Baş etmenin gerekliliğini ifade edebilecek

Baş etme yöntemlerinin yararlarını ifade edebilecek

Her bir baş etme yöntemini uygulayarak, kendindeki etkilerini fark edecek

İş ve özel yaşamında kendine uygun baş etme yöntemine karar verecek ve uygulayacak

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi:

3.7.2. İkinci Adım Araştırma Planı ve Takvimi

	2013			2014		2015	2016		
AYLAR	1-3	4-6	7-12	1	2-12	1-12	1-4	5-9	10
Literatür Tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	
Tez Önerisi Hazırlama	X								
Tez Öneri Sınavı	(29.03.2013)								
Onkoloji Hemşireliği Derneği İzni	(25.03.2013)								
DEÜ Başhekimlik İzni	(07.03.2013)								
Etik Kurul İzni	(28.03.2013)								
Öndeğerlendirme, web sayfası oluşturulması		X							
Veri Toplama			X	X			X		
Psikoeğitim Uygulaması							X		
Verilerin Değerlendirilmesi					X			X	
Rapor Hazırlama				X	X	X			
Tez Bitirme Sınavı									X

Deneyssel olarak yapılan bu çalışmaya Ocak 2013'ten itibaren literatür taraması yapılarak başlanmıştır. İlgili izinler alındıktan sonra, psikoeğitim uygulaması için Şubat 2016'dan itibaren süreç başlatılmıştır. 14 Ekim 2016'da tez savunma sınavı ile sonlandırılmıştır.

Psikoeğitim uygulaması, hastanede hemşire çalışma listelerinin aylık yapılması, hemşirelik hizmetleri koordinatörlüğüne yeni listenin ay sonunda bildirilmesi ve izin dönemi olmaması nedeniyle çalışma başlangıcı Mart 2016 olarak belirlendi. İlgili kliniklerde çalışan hemşirelere duyuruların ulaşması için program içeriğini, amacını, yerini ve zamanını bildiren broşür bastırıldı.

Onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin belirlenmesi amacıyla, 18 Şubat 2016 tarihinde Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü ile görüşüldü. Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü tarafından, onkoloji ve hematoloji hastanesi (18 hemşire), gündüz tedavi merkezi (11 hemşire), pediatri onkoloji-hematoloji kliniği (8 hemşire), göğüs hastalıkları kliniği (9 hemşire), dahiliye 1-2 klinikleri (26 hemşire), genel cerrahi kliniği (30 hemşire), kulak-burun-boğaz kliniği (7 hemşire), enfeksiyon kliniği (6 hemşire), üroloji kliniği (8 hemşire), özel kat (23 hemşire), nöroşirürji kliniği (13 hemşire), çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği (20 hemşire), kadın-doğum kliniği (12 hemşire), pediatri onkoloji-hematoloji polikliniği (2 hemşire) bölümlerinde onkoloji hastasının bakım ve tedavi hizmeti aldığı bildirildi.

Oturum planı ilgili hemşirelerin Mart 2016 çalışma saatleri dikkate alınarak, klinik sorumlu hemşireleri ve klinik hemşireleri ile beraber oluşturuldu.

Hemşirelerin psikoeğitime katılabilmesi için, 1. Oturum 07-11 Mart 2016 tarihleri arasında her gün ve 09:30-12:30 saatleri arasında; 2. Oturum 14-18 Mart 2016 tarihleri arasında her gün ve 09:30-12:30 saatleri arasında planlandı.

19 Şubat 2016 tarihinde, klinik sorumlularının olduğu toplantıda çalışmanın ön duyurusu yapıldı.

22-23-24 Şubat 2016 tarihlerinde ilgili kliniklerin sorumlu hemşireleri ile çalışmanın tanıtımı için görüşüldü, broşürler bırakıldı ve çalışmanın ilk duyurusu yapıldı.

25-26-29 Şubat 2016 tarihlerinde klinik hemşirelerine yönelik ikinci duyuru yapıldı.

2-3-4 Mart 2016 tarihlerinde çalışmaya katılmak isteyen hemşirelerin listesi alındı.

5-6 Mart 2016 tarihlerinde psikoeğitim uygulamasında kullanılacak sınıf için, ilgili üniversitenin hemşirelik fakültesi dekanlığı ile görüşme yapıldı. Gerekli izinler alındıktan sonra sınıfın düzenlemesi yapıldı. Katılımcı sayısına göre yer minderleri, matlar düzenlendi. Rahatlatıcı bir ortam için, çiçekler, tütsü ve kokulu mumlar hazırlandı.

Hemşirelerin motivasyonunu arttırmak için bir program logosu, katılım çantası, katılım belgesi ve broşür hazırlandı. Ayrıca psikoeğitim materyallerini içeren bir CD ve kitapçık bastırıldı. Tütsü, iki adet mandala örneği, kalem ve not defteri hediye olarak verildi. Psikoeğitim süresi boyunca katılımcılar için çay-kahve molası verildi. Bu molada melisa çayı, papatya çayı, yeşil çay, siyah çay, kahve, su ve yiyecek ikram edildi.

Her bir oturum sonunda yazılı geri bildirim alındı. Post-test uygulaması için tarih belirlendi. Katılımcıların görüşleri değerlendirildi. Danışmanlık izlemleri için gruba

hatırlatma yapıldı. Çalışma için hazırlanan çanta, eğitim kitapçığı, hediyeler ve katılım belgesi katılımcılara verildi. Grup etkileşimi sonlandırıldı.

Danışmanlık izlemleri için akıllı telefon uygulaması yoluyla kurulan gruplara araştırmacı tarafından günlük mesajlar ve motivasyon fotoğrafları gönderildi. Ayrıca bu sürede klinikler ziyaret edilerek, hemşirelere bireysel danışmanlık verildi. Grup üyelerinin etkileşimi artırıldı. 8 hemşireye, hastalarına yansıyan sorunlarına yönelik; 6 hemşireye aile ve çocuklarını etkileyen iş kaynaklı sorunlarına yönelik; 6 hemşireye gelecek planları ve hedeflerine yönelik; 2 hemşireye uzamış yas nedeniyle yaşadıkları sorunlara yönelik bireysel danışmanlık verildi. Haberleşme grubuna post-test uygulamasının 11-15 Nisan 2016 tarihleri arasında olacağı bildirildi. Post-test uygulamasında katılımcıların soru ve sorunlarına yönelik danışmanlık verildi.

Telafi Oturumu

Oturumlara gelemeyen veya yeni katılmak isteyen hemşireler için 21-25 Mart 2016 tarihleri arasında her gün öğleden önce 1. Oturum, öğleden sonra 2. Oturum olacak şekilde planlama yapıldı (Tablo 8). 2. Oturuma çeşitli nedenlerle, özellikle 2. Oturuma gelemeyen katılımcıların oturumları tamamlandı (yeni katılan 3 hemşire, 2. Oturuma gelemeyen 6 hemşire, toplam 9 hemşire). 1. ve 2. Oturum süreci aynen gerçekleştirildi.

Tablo 8: Oturum tarihlerine göre katılımcı sayıları

Oturum Tarihleri	Katılımcı Sayısı (n:43)
1. Oturum	
07 Mart 2016	11 hemşire
08 Mart 2016	9 hemşire
09 Mart 2016	6 hemşire
10 Mart 2016	8 hemşire
11 Mart 2016	8 hemşire
2. Oturum	
14 Mart 2016	5 hemşire
15 Mart 2016	7 hemşire
16 Mart 2016	10 hemşire
17 Mart 2016	8 hemşire
18 Mart 2016	4 hemşire
Telafi Oturumu	
21 Mart 2016	-
22 Mart 2016	2 hemşire
23 Mart 2016	2 hemşire
24 Mart 2016	2 hemşire
25 Mart 2016	3 hemşire

3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 21 programında değerlendirilmiştir. Tek grup pre-test, post-test modelinde yarı deneysel olan çalışmada, hazırlanan psikoeğitimin araştırmaya katılanlarda değişim ve fark meydana getirme düzeyini test etmeye yönelik “Eşleştirilmiş Gruplarda t-Test (Paired-Samples t-Test)” analiz yöntemi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p \leq 0,05$ olarak değerlendirmeye alınmıştır. Tanıtıcı özellikler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Hemşirelerin çalışma saatlerinin yoğunluğu, hemşire sayısının azlığı nedeniyle, oturumlara katılımda sorunlar yaşanmıştır.

3.2.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi’nden 07.03.2013 tarih ve Sayı: B.08.6.YÖK.2DE.H.00.0.05.00.155 ile uygulama izni alınmıştır (EK 11). Ayrıca “Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu” tarafından 28.03.2011 tarih ve Karar No: 2013/11-11 ile etik kurul onayı verilmiştir (EK 12). Araştırma uygulaması öncesinde katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

4.2. BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $35,4 \pm 6,8$ (Min 25, Max 48) olarak bulunmuştur. Tablo 9’da görüldüğü üzere hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında %97,7’si kadın; %67,4’ü evli; %62,8’i çocuk sahibi; %62,8’i 1-3 çocuk sahibi; %86’sı lisans, %14’ü yüksek lisans eğitimi almış; %81,4’ü onkolojiye yönelik eğitim almamıştır. Hemşirelerin %74,4’ü 7 yıldan fazla hemşirelik yapmakta; %51,2’si 7 yıldır aynı klinikte görev yapmakta; %55,8’i haftalık 45 saatin altında çalışmakta; %53,4’ü aylık 5 ve üzeri sayıda nöbet tutmakta; %67,4’ü hemşireliği isteyerek seçmiş; %51,2’si onkoloji hastasıyla çalışmayı istemektedir.

Tablo 9: Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

		Sayı (n:43)	%
Cinsiyet	Kadın	42	97,7
	Erkek	1	2,3
Medeni durum	Evli	14	32,6
	Bekar	29	67,4
Çocuk sahibi olma	Evet	27	62,8
	Hayır	16	37,2
Çocuk sayısı	Hiç	16	37,2
	1 - 3	27	62,8
Eğitim düzeyi	Lisans	37	86,0
	Yüksek lisans	6	14,0
Onkolojiye yönelik eğitim alma	Evet	8	18,6
	Hayır	35	81,4
Meslekte çalışma süresi	3 yıl ve altı	5	11,6
	4 - 6 yıl	6	14,0
	7 yıl ve üzeri	32	74,4
Bulunduğu klinikte çalışma süresi	3 yıl ve altı	13	30,2
	4 - 6 yıl	8	18,6
	7 yıl ve üzeri	22	51,2
Haftalık çalışma süresi	45 saat ve altı	24	55,8
	46 saat ve üstü	19	44,2
Aylık nöbet sayısı	Hiç	18	41,9
	1 - 4 nöbet	2	4,7
	5 ve üzeri nöbet	23	53,5
Hemşireliği isteyerek seçme	Evet	29	67,4
	Hayır	14	32,6
Onkoloji hastası ile çalışmayı isteme	Evet	22	51,2
	Hayır	21	48,8

Hemşirelerin çalıştığı klinikler değerlendirildiğinde; %20,9'u onkoloji-hemotoloji hastanesi yatan hasta kliniğinde; %20,9'u gündüz tedavi merkezine bağlı ayaktan takip ve kemoterapi ünitesinde; %58,2'si onkoloji hastalarının bakım ve tedavi aldığı dahili kliniklerde çalışmaktadır (Tablo 10).

Tablo 10: Hemşirelerin çalıştığı kliniklerin dağılımı

ÇALIŞTIĞI KLİNİK	Sayı (n:43)	%
Onkoloji Yatan Hasta Kliniği	9	20,9
Onkoloji Ayaktan Takip/Kemoterapi Ünitesi	9	20,9
Dahili Klinikler	25	58,2

Tablo 11'de görüldüğü üzere; 8 hemşire onkolojiye yönelik eğitim aldığını belirtmiştir. 5 hemşire kemoterapi, kanser tipleri ve tedavi; 2 hemşire kanser tipleri ve tedavi; 1 hemşire kemoterapi hemşireliği eğitimi aldığını bildirmiştir.

Tablo 11: Hemşirelerin aldıkları eğitim konuları

EĞİTİM KONUSU	Sayı (n:8)
Kemoterapi, Kanser tipleri ve tedavi	5
Kanser tipleri ve tedavi	2
Kemoterapi hemşireliği	1

Pre-test ve Post-test Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

Tek grup pre-test, post-test modelinde yarı deneysel olarak planlanan bu çalışmada; psikoeğitim uygulamasının onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin PYKÖ, TSGÖ ve her iki ölçeğin alt ölçek/alt boyutlarından aldıkları puanlar “eşleştirilmiş gruplarda t-test (paired samples t-test)” analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin psikoeğitim öncesi ve sonrası PYKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan değerlendirmelerini gösteren Tablo 12'de; ilk alt ölçek olan merhamet yorgunluğu puanları incelendiğinde; hemşirelerin psikoeğitim öncesine göre, psikoeğitim sonrası hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt ölçeği puanları daha düşüktür ($t=21,14$). Hemşirelerin psikoeğitim öncesi ve sonrası merhamet yorgunluğu alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$ $p\leq 0,01$). Tükenmişlik alt ölçeğinden alınan pre-test ve post-test puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin psikoeğitim sonrası tükenmişlik puanı düşüktür ($t=24,26$). Buna göre hemşirelerin pre-test ve post-test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,00$ $p\leq 0,01$).

Üçüncü alt ölçek olan merhamet memnuniyeti incelendiğinde; hemşirelerin post-test puan ortalamaları daha yüksektir ($t=-17,48$). Hemşirelerin pre-test ve post-test uygulaması arasındaki puan ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$ $p\leq 0,01$).

Tablo 12: Hemşirelerin PYKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi

PYKÖ	PRE-TEST	POST-TEST	t	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Merhamet Yorgunluğu	24,95 $\pm$ 6,38	12,00 $\pm$ 4,54	21,14	0,00*
Tükenmişlik	27,32 $\pm$ 3,14	12,97 $\pm$ 4,06	24,26	0,00*
Merhamet Memnuniyeti	32,67 $\pm$ 7,07	41,93 $\pm$ 5,00	-17,48	0,00*

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

Hemşirelerin psikoeğitim öncesi ve sonrası TSGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirmesini gösteren Tablo 13 incelendiğinde; hemşirelerin başkaları ile ilişkiler alt boyutundan psikoeğitim sonrası aldıkları puan ortalamaları psikoeğitim öncesine göre yüksektir ($t=-18,49$) ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,00$ $p\leq 0,01$). Yaşam felsefesinde değişim alt boyutu incelendiğinde hemşirelerin post-test puan ortalamaları yüksektir ($t=-15,57$). Buna göre psikoeğitim uygulaması öncesine göre uygulama sonrası alınan puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$ $p\leq 0,01$). Başkaları ile ilişkiler alt boyutu değerlendirildiğinde; hemşirelerin bu boyuttan aldığı post-test puanlar yüksektir ($t=-18,44$). Hemşirelerin psikoeğitim öncesine göre, uygulama sonrası aldığı puanlar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,00$ $p\leq 0,01$). Travma sonrası gelişim ölçeğinden alınan toplam puanda post-test puanları yüksektir ($t=-22,45$). Buna göre hemşirelerin pre-test ve post-test uygulaması arasındaki puan ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$ $p\leq 0,01$).

Tablo 13: Hemşirelerin TSGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların değerlendirilmesi

TSGÖ	PRE-TEST	POST-TEST	t	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Başkaları İle İlişkiler	21,41 $\pm$ 4,65	29,81 $\pm$ 2,83	-18,49	0,00*
Yaşam Felsefesinde Değişim	15,11 $\pm$ 3,57	20,88 $\pm$ 2,33	-15,57	0,00*
Benlik Algısında Değişim	31,81 $\pm$ 4,54	40,18 $\pm$ 2,79	-18,44	0,00*
Toplam	68,34 $\pm$ 9,70	90,88 $\pm$ 5,94	-22,45	0,00*

* p değeri ($p \leq 0,05$) düzeyinde anlamlıdır.

5.2. TARTIŞMA

Bu çalışmada uygulanan psikoeğitim programının profesyonel yaşam kalitesinin göstergeleri olan merhamet memnuniyeti, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Psikoeğitim öncesine göre, psikoeğitim sonrası hemşirelerin merhamet yorgunluğu alt ölçeğinden aldıkları puanda düşüş olduğu saptanmıştır. Merhamet yorgunluğu alt ölçek puanının yüksek olması merhamet yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğunun göstergesidir. Buna göre çalışmanın “**H₁**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında merhamet yorgunluğu alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre düşüktür.” hipotezi kabul edilmiştir.

Psikoeğitim sonrası değerlendirmede hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamalarında düşüş olduğu görülmüştür. Tükenmişlik alt ölçeğinden alınan puanın yüksek olması tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu verilere göre çalışmanın “**H₂**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında tükenmişlik alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre düşüktür.” hipotezi doğrulanmıştır.

Merhamet memnuniyeti alt ölçek post-test puanı pre-test öncesine göre yüksektir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan merhamet memnuniyetinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu puan artışı psikoeğitimin hemşirelerin merhamet memnuniyeti düzeylerinde artış meydana getirdiğini göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın “**H₃**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında merhamet memnuniyeti alt ölçeğinden aldıkları puan, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan eğitimsel çalışmalar değerlendirildiğinde onkoloji yatan hasta kliniği hemşirelerinde psikolojik dayanıklılık (Potter, Deshields, Berger, Clarke ve ark 2013); acil hemşirelerinde öz-bakım ve dayanıklılık (Flarity, Gentry ve Mesnikoff 2013); palyatif bakım çalışanlarında farkındalık temelli iletişim becerileri (Gerhart, O’Mahony, Abrams, Grosse ve ark 2016); palyatif bakım çalışanlarının spiritüel bakımı, öz-bakım becerileri, ölüm algıları ve ölüm eğitimi (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual ve ark 2015); hemşirelerde ölümle baş etme, kendini psikolojik hazırlama eğitimi, kanser hastasına yönelik psikolojik bakım (Yu, Jiang ve Shen (2016); kayıp yaşayan kişiler ve profesyonellerde (sosyal çalışmacılar) farkındalık (Thieleman ve Cacciatore 2014); onkoloji hemşirelerinde yas ve yaşam sonu bakım, merhamet yorgunluğu (nedeni, belirtisi, etkisi vb), holistik öz-bakım ve spiritüel öz bakım (Houck 2014); onkoloji hastalarında tükenmişliği azaltmaya yönelik yaşam sonu bakım ve yas

ile ilgili psikolojik bakım (Traeger, Park, Sporn, Repper-DeLisi ve ark 2013); hekimlerde transaksyonel modele dayalı iletişim programı (Fernando ve Consedine 2014) merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyeti üzerine etkili ve ilişkili konular olduğu görülmüştür. Bunların dışında çocuk yardım servisi çalışanları (Hiles Howard, Parris, Hall, Call ve ark 2015); intörnler (Merriman 2015); sosyal çalışmacı intörnler (Decker, Brown, Ong ve Stiney-Ziskind 2015); pediatrik kritik bakım hemşireleri (Charlescraft, Tartaglia, Dodd-McCue ve Barker 2010) ile yapılan merhamet yorgunluğunu azaltmaya yönelik eğitimsel çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmada da ele alınan konular arasında farkındalık, merhamet yorgunluğu belirtileri, iletişim gibi konular ele alınarak hemşirelerin güçlenmesi için çalışılmıştır. Değerlendirmelerde pre-test ve post-test değişimlere bakıldığında sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu psikoeğitim programının merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeylerini azaltmada yararlı olduğu söylenebilir.

Reim Ifrach ve Miller (2016) sosyal art terapi oturumlarında yürütülen boyama çalışmalarının cinsel ve fiziksel şiddet gören kişilerle çalışan kadınlardaki merhamet yorgunluğu düzeyini ve iş kaynaklı stresi azalttığını saptamıştır. Hilliard (2006) yarı deneysel çalışmasında ekip yapılandırması (ekip ruhu) ve müzik terapinin hospis çalışanlarının merhamet memnuniyeti puanlarını arttırdığını ve merhamet yorgunluğu puanlarını azalttığını belirlemiştir. Hemşirelerden alınan geri bildirimlerde memnuniyet ifadelerinin fazla olduğu görülmüştür. Bu psikoeğitim programı içerisindeki baksi dansı, masaj ve boyamanın hemşirelerin fiziksel rahatlamalarına katkı sağladığı söylenebilir. Bu doğrultuda sonuçlar literatür ile uyumludur.

Ruotsalainen, Verbeek, Mariné ve Serra'nın (2015) yaptığı sistematik değerlendirmede sağlık çalışanlarında bireysel becerilerin, kurumsal faktörlerin, düşük sosyal desteğin strese neden olduğunu; bu yüzden çalışanlarda distres, psikosomatik belirtiler, tükenmişlik, hizmet verme ve yaşam kalitesinde düşüş görüldüğü; bunları azaltmak için ise fiziksel relaksasyonun (masaj, izin alma vb), zihinsel relaksasyonun (meditasyon vb), kurumsal düzeyde çalışma şartlarının iyileştirilmesinin, yönetimsel destek sağlanmasının, bakımda değişim yapılmasının, iletişim becerilerinin artırılmasının ve çalışma şartlarının değiştirilmesinin/düzenlenmesinin oldukça etkili olduğu bulunmuştur. Melvin (2015) hospis ve palyatif bakım hemşireleri ile yaptığı değerlendirme çalışmasında, tükenmişlik, erken fark edilmesi için merhamet yorgunluğu belirtilerinin hemşirelere öğretilmesi; hemşirelerin dayanıklılık, bireysel farkındalık, öz-bakım becerileri, atılganlık, spiritüel yaklaşım, hayır diyebilme ve iletişim,

destek alma-verme becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini saptamıştır. Ayrıca hemşireler kendilerine bunlara yönelik koruyucu ve önleyici stratejilerin öğretilmesini önermişlerdir. Psikoeğitim içerisinde ele alınan konuların ve elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada hemşireler benzer önerilerde bulunmuşlardır. Hemşireler yapılan psikoeğitimin sürekliliğini, devamını isteyerek, kendilerini daha iyi hissettiklerini; mesleklerini severek yaptıklarını ancak yönetsel sorunlardan kaynaklı bazen değersiz, tükenmiş ve yorgun olduklarını bildirmişlerdir. Bu noktada bireysel değişimlerin yanında kurumsal düzenlemelerin hemşirelerin merhamet yorgunluğu, tükenmişlik düzeyleri üzerine etkili olduğunu düşündürmektedir.

Travmatik deneyimler kişilerin mesleki ve özel hayatlarına dair anlam bulmada olumlu etki gösterebilir. Hemşirelere uygulanan psikoeğitimin hemşirelerdeki travma sonrası gelişim düzeyi üzerine etkisi incelenmiştir.

TSGÖ'nün toplam ve alt boyutlarından alınan yüksek puan travma sonrası gelişim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Başkaları ile ilişkiler alt boyutunda, hemşirelerin psikoeğitim sonrası aldıkları puan ortalamaları psikoeğitim öncesine göre artış göstermiştir. Bu çalışma için belirlenen “**H₄**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin başkaları ile ilişkiler alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Yaşam felsefesinde değişim alt boyutu incelendiğinde hemşirelerin post-test puan ortalamalarında artış olmuştur. Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda “**H₅**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin yaşam felsefesinde değişim alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.” hipotezi doğrulanmıştır.

Benlik algısında değişim alt boyutu değerlendirildiğinde; hemşirelerin bu boyuttan aldıkları post-test puanlarda yükselme saptanmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmanın “**H₆**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinin benlik algısında değişim alt boyut puanı, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.” hipotezi doğrulanmıştır.

TSGÖ toplam puanında psikoeğitim sonrası yapılan değerlendirmede alınan puanlarda bir artış belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre çalışmanın “**H₇**: Onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin psikoeğitim sonrasında travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları toplam puan, psikoeğitim öncesine göre yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.

Onkoloji hemşirelerinde psikoeğitim ile travma sonrası gelişimi değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Dolayısı ile çalışmanın sonuçları farklı çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Bu açıdan bu çalışma ilk olma özelliği taşımaktadır. Palyatif bakım verenlere verilen farkındalık temelli iletişim eğitiminin değerlendirildiği çalışmada, travma sonrası bozukluk belirtilerinde azalma olduğu görölmüştür (O'Mahony, Gerhart, Grosse, Abrams ve ark 2016). Itzhaki, Peles-Bortz, Kostistky, Barnoy ve ark (2015) ruh sağlığı hemşirelerine yönelik sözel ve fiziksel saldırının yaşam kalitesini, dayanıklılığı, iş stresini, travma sonrası gelişimi etkilediğini saptamış ve hemşirelere danışmanlık verilmesini önermiştir. Çeşitli gruplarda travma sonrası gelişimin değerlendirildiği çalışmalarda dayanıklılık ve sosyal desteğin (Yu, Peng, Chen, Long ve ark 2015); travma deneyiminin ve bunların ifade edilmesinin (Shakespeare-Finch, Martinek, Tedeschi ve Calhoun 2013); post travmatik bozukluğun (Ssenyonga, Owens ve Olema 2013); travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu, bu çalışmalarda dayanıklılığın travma sonrası gelişimde önemli bir faktör olduğu bulunmuştur. Tallman, Lohnberg, Yamada, Halfdanarson ve ark (2014), kanser hastalarında yaptıkları izlem çalışmasında diğer gruplara göre daha fazla gelişim olduğunu bulmuştur. Kullanılan ve/veya öğrenilen etkin başetme yöntemlerinin; yeni tanı almış kanser hastalarında (Tomich ve Helgeson 2012); dua etmeyi bir baş etme yöntemi olarak kullananlarda (Harris, Erbes, Engdahl, Olson ve ark 2010); sel baskını sonrasında (Aslam ve Kamal 2015) travma sonrası gelişimin yüksek olduğu saptanmıştır.

Garland, Carlson, Cook, Lansdell ve ark (2007) yaptıkları farkındalık temelli stresle baş etme ve iyileştirici sanat programı sonucunda kanser hastalarında tüm stres belirtileri, öfke, anksiyete ve duygulanım bozukluklarında azalma, spiritüelite ve travma sonrası gelişim düzeyinde artış olduğu saptanmıştır. Bunların yanında sel baskını sonrası birbirini destekleyen eşlerde (Canevello, Michels ve Hilaire 2016); destek alan terminal dönem kanser hastalarında (Tang, Lin, Chen, Chang ve ark 2015, Mehrabi, Hajian, Simbar, Houshyari ve ark 2015); deprem yaşayanlarda (Taku, Cann, Tedeschi ve Calhoun 2015); savaş sonrasında (Mahdi, Prihadi ve Hashim 2014); bombalı saldırı deneyimi olanlarda (Blix, Hansen, Birkeland, Nissen ve ark 2013); boşanmış kişilerde (Keskin 2013); kadınlarda (Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi ve ark 2010); kanser hastalarında (Pat-Horenczyk, Perry, Hamama-Raz, Ziy ve ark. 2015, Ahlawat, Nair ve Devi 2015, Tanrıverdi, Savaş ve Can 2012, Burke ve Sebasto 2012); onbir eylöl saldırısı sonrası klinisyenlerde (Bauwens ve Tosone 2010) benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Travma etkisi sonucunda kişilerin yaşama bakış açıları değişebilmektedir. Farkındalık, zor hastaya yaklaşım (iletişim, ölüm, empati) ve bireysel baş etme becerilerini kapsayan bu psikoeğitim programı ile hemşirelerdeki olumsuz deneyimlerden kaynaklı bilişsel ve iletişimsel hataların değiştiği ve kendilerinde gelişim olduğu söylenebilir. Hemşirelerden alınan geri bildirimlerde de davranışsal ve bilişsel değişimler olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda hemşireler ile yapılmış çalışmaya rastlanmamış olsa da, diğer gruplarla yapılmış eğitimsel çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.



6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesinde onkoloji hastasıyla çalışan 43 hemşire ile yürütülen psikoeğitim programının TSGÖ ve PYKÖ puanları üzerine etkisinin değerlendirildiği, tek grup pretest-posttest modelinde yarı deneysel olan çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

6.2.1. Sonuçlar

Hemşirelerin;

- PYKÖ Merhamet Yorgunluğu alt ölçek puanı psikoeğitim öncesine göre azalmıştır.
- PYKÖ Tükenmişlik alt ölçek puanı psikoeğitim öncesine göre azalmıştır.
- PYKÖ Merhamet Memnuniyeti alt ölçek puanı psikoeğitim öncesine göre artmıştır.
- TSGÖ Başkaları İle İlişkiler alt boyut puanı psikoeğitim öncesine göre artmıştır.
- TSGÖ Yaşam Felsefesinde Değişim alt boyut puanı psikoeğitim öncesine göre artmıştır.
- TSGÖ Benlik Algısında Değişim alt boyut puanı psikoeğitim öncesine göre artmıştır.
- TSGÖ Toplam puanı psikoeğitim öncesine göre artmıştır.

6.2.2. Öneriler

Yarı deneysel olarak yapılan bu psikoeğitimsel çalışmanın sonuçları doğrultusunda sunulan öneriler aşağıdaki gibidir:

- PYKÖ ve TSGÖ alt ölçek/boyut puanlarında psikoeğitim sonrası değişim olmasından ötürü;
 - Hemşireler için benzer programların yürütüldüğü psikoeğitim birimlerinin oluşturulması ve izlem çalışmalarının yapılması;
 - Hemşirelerin oryantasyon ve hizmet içi konuları içerisinde profesyonel yaşam kalitesi, travma sonrası gelişim, ilgili faktörler ve baş etmenin ele alınması; baş etme faaliyetlerinin sürekli yapılması;
 - Konuyla ilgili bilgilendirici broşür, afiş vb materyallerin hazırlanması ve kişilerin bilgilendirilmesi;
 - Psikoeğitim programının sürekli olması;
- Araştırmacılar için, PYK ve TSG ile ilgili her türlü önleyici, koruyucu, güçlendirici, baş etmeyi arttırıcı eğitim ve farkındalık programları düzenlenmesi ve etkinliğinin ölçülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Ahlawat P, Nair R, Devi ARK. Explore the relationship between post traumatic growth, ways of coping and anxiety among cancer patients at selected hospital of Haryana. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 2015; 4(1): 44-7.

Akpınar AT, Taş Y. Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011; 11(4): 161-5.

Ankaralı H, Cangür Ş, Sungur MA. Folmülsüz biyoistatistik. İstanbul, Pınarbaş Matbaacılık Ltd. Şti, 2015.

Atilla Gök G. Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2015; 20(2): 299-313.

Arı İnci F, Boztepe H. Travma sonrası gelişme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi?. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 2013; 4(2): 80-4.

Ariapooran S. Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2014; 19(3): 279-84.

Aslam N, Kamal A. Coping strategies as a predictors of psychological distress and post traumatic growth among flood affected individuals. Alcohol Drug Depend, 2015; 3(1): 1-5.

Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2009; 13(2): 183-91.

Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. Journal of Advanced Nursing, 2005; 51(3): 276-87.

Baksı Dansı. www.tumata.com. Erişim Tarihi: 03 Ocak 2016.

Bauwens J, Tosone C. Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. Journal of Loss and Trauma, 2010; 15: 498-517.

Baykal Ü, Seren Ş, Sökmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. European Journal of Oncology Nursing, 2009; 13: 368-75.

Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. Archives of Psychiatric Nursing, 2011; 25(1): 1-10.

Bensimon M. Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 2012; 52: 782-7.

Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2015; 30: e11-e17.

Blix I, Hansen MB, Birkeland MS, Nissen A ve ark. Posttraumatic growth, posttraumatic stress and psychological adjustment in the aftermath of the 2011 Oslo bombing attack. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2013; 11: 160.

Bordignon M, Monteiro MI, Mai S, Martins MFSV ve ark. Oncology nursing professionals' job satisfaction and dissatisfaction in Brazil and Portugal. *Texto Contexto Enferm*, 2015; 24(4): 925-33.

Boyle D. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011; 16(1): Manuscript 2.

Branch WT. Teaching professional and humanistic values: Suggestion for a practical and theoretical model. *Patient Education and Counseling*, 2015; 98: 162-7.

Branch C, Klinkenberg D. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *MCN*, 2015; 40(3): 160-6.

Brown NW. Psychoeducational groups process and practice. New York: Brunner-Routledge, 2004.

Burke SM, Sabisto CM. Fostering growth in the survivorship experience: Investigating breast cancer survivors' lived experiences scaling Mt. Kilimanjaro from a posttraumatic growth perspective. *The Qualitative Report*, 2012; 17: 1-19.

Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 2000; 13(3): 521-7.

Calhoun JG, Tedeschi RG. Facilitating Posttraumatic growth: A clinician's guide. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc. 1999.

Calhoun LG, Tedeschi RG. Posttraumatic growth: Future directions. Ed. R. G. Tedeschi, C. L. Park ve L. G. Calhoun. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1998.

Campbell L. Utilizing compassion fatigue education in hurricanes Ivan and Katrina. Clin Soc Work J, 2007; 35: 165-71.

Can G. Onkoloji hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015.

Canevello A, Michels V, Hilaire N. Supporting close others' growth after trauma: The role of responsiveness in romantic partners' mutual posttraumatic growth. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2016; 8(3): 334-42.

Charlescraft AS, Tartaglia A, Dodd-McCue D, Barker SB. When caring hurts... A pilot study supporting compassion-fatigued pediatric critical care nurses. e-Journal of the Association of Professional Chaplains, 2010; 26(2): 16-25.

Cheng F, Meng A, Jin T. Correlation between burnout and professional value in Chinese oncology nurses: A questionnaire Survey. International Journal of Nursing Sciences, 2015; 2: 153-7.

Cidón EU, Martín FC, Villaizán MH, López Lara F. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2012; 25(2): 106-17.

Cihan YB. Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Yeni Tıp Dergisi, 2011; 28: 17-22.

Circenis K, Millere I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2011; 30: 2042-6.

CF-CS Model. Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction Model. http://www.proqol.org/Full_CS-CF_Model.html. Erişim Tarihi: 12 Nisan 2016.

Conrad D, Kellar-Guenther Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. Child Abuse & Neglect, 2006; 30: 1071-80.

Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. Nurs Health Sci, 2010; 12(2): 235-43.

CPG, Princess Margaret Cancer Center, Oncology Nursing Practice. <http://www.cano-acio.org>. Erişim Tarihi: 03 Ocak 2016.

Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. American Journal of Orthopsychiatry, 2006; 76(1): 65-9.

Cummings GG, Olson K, Hayduk L, Bakker D ve ark. The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 2008; 16: 508-18.

Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015.

Çam O, Gümüş AB. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(3): 52-60.

Çatak T, Bahçecik N. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *MÜSBED*, 2015; 5(2): 85-95.

Çolakoğlu T. Kalp krizi geçirmiş bireylerde travma sonrası gelişim ile öz duyarlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013.

Davis S, Lind BK, Sorensen C. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 2013; 40(4): 303.

Decker JT, Brown JDC, Ong J, Stiney-Ziskind CA. Mindfulness, compassion fatigue, and compassion satisfaction among social work interns. *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 2015; 42(1): 28-42.

Dekel S, Mandl C, Solomon Z. Shared and unique predictors of post-traumatic growth and distress. *J Clin Psychol*, 2011; 67: 241-52.

DeLucia-Waack JL. Leading psychoeducational groups for children and adolescents. United Kingdom: Sage Publications, 2006.

Derin N, Demirel ET. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığı zayıflatıcı etkilerinin Malatya Merkez'de görev yapan hemşireler üzerinde incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2012; 17(2): 509-30.

Dirik G, Karancı AN. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J Clin Psychol Med Settings*, 2008; 15: 193-203.

Drury V, Craigie M, Francis K, Aoun S ve ark. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 2014; 22: 519-31.

Duygulu S, Korkmaz F. Hemşirelerin örgüte bağlılığı, iş doyumları ve işten ayrılma nedenleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(2): 9-20.

Dürü Ç. Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara, 2006.

Dürü Ç. Travma sonrası büyüme. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2014; 3(6): 117-43.

Ekedahl M, Wengström Y. Nurses in cancer care- Stress when encountering existential issues. European Journal of Oncology Nursing, 2007; 11: 228-37.

Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 4(2): 75-80.

Elçi Ö. Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2004.

Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y. Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. European Journal of Oncology Nursing, 2011; 15: 358-63.

Erden S. Awareness: The effect of group counseling on awareness and acceptance of self and others. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2015; 174: 1465-73.

Ergin D, Şen Celasin N, Akış Ş, Altan Ö ve ark. Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 11(4): 49-64.

Eryılmaz A. Using of positive psychology on psychological counseling and guidance context on character strength and preventive services. The Journal of Happiness & Well-Being, 2013; 1(1): 1-20.

Farrell C, Molassiotis A, Beaver K, Heaven C. Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. European Journal of Oncology Nursing, 2011; 15: 160-6.

Fernando AT, Consedine NS. Beyond compassion fatigue: The transactional model of physician compassion. J Pain Symptom Manage, 2014; 48: 289-98.

Fetter KL. We grieve too: One inpatient oncology unit's interventions for recognizing and combating compassion fatigue. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2012; 16(6): 559-61.

Fındık ÜY, Erol Ö, Süt N, Motör D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2011; 27(3): 55-65.

Figley CR. Compassion fatigue as a secondary traumatic stress disorder: An overview. Edt: Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder. New York, Brunner/Mazel, 1995; 1-17.

Figley CR. Treating compassion fatigue. NY: Brunner-Routledge, New York, 2002a.

Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. Journal of Clinical Psychology, 2002b; 58: 1433-41.

Flarity K, Gentry JE, Mesnikoff N. The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. Advanced Emergency Nursing Journal, 2013; 35(3): 247-58.

Freedly JR, Kilpatrick DG, Resnick HS. Natural disasters and mental health: Theory, assessment, and intervention. Ed. R. Allen. Handbook of post-disaster interventions (Special issue). Journal of Social Behaviour and Personality, 1993; 8: 49-103.

Garland SN, Carlson LE, Cook S, Lansdell L ve ark. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. Support Care Cancer, 2007; DOI:10.1007/s00520-007-0280-5.

Gerhart J, O'Mahony S, Abrams I, Grosse J ve ark. A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals. Journal of Contextual Behavioral Science, 2016; 5: 89-96.

Giarelli E, Denigris J, Fisher K, Maley MK ve ark. Perceived quality of work life and risk for compassion fatigue among oncology nurses: A mixed-methods study. ONF, 2016; 43(3): E121-E131.

Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Palliative Care Communication in Oncology Nursing, 2012; 17(2): 163-7.

Gomes SFS, Santos MMMCC, Carolino ETMA. Psycho-social risks at work: Stress and coping strategies in oncology nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013; 21(6): 1282-9.

Gumport NB, Williams JJ, Harvey AG. Learning cognitive behavior therapy. J.Behav.Ther.& Exp.Psychiat., 2015; 48: 164-9.

Güçray SS, Çekici F, Çolakkadıoğlu O. Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 5(1): 134-53.

Günüşen N, Üstün B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(4): 48-58.

Günüşen N, Üstün B. Türkiye’de İkinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. DEUHYO ED, 2010; 3(1): 40-51.

Harris W. Mindfulness-based existential therapy: Connecting mindfulness and existential therapy. Journal of Creativity in Mental Health, 2013; 8: 349-62.

Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, Olson RH ve ark. Coping functions of prayer and posttraumatic growth. The International Journal for the Psychology of Religion, 2010; 20: 26-38.

Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R ve ark. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. Journal of Nursing Management, 2014; 22: 506-18.

Hemşirelik Yönetmeliği. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/yonetmelik.aspx>. Erişim Tarihi: 14 Mart 2016.

Hiles Howard AR, Parris S, Hall JS, Call CD ve ark. An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers. Children and Youth Services Review, 2015; 57: 141-8.

Hilliard RE. The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. The Arts in Psychotherapy, 2006; 33: 395-401.

Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA ve ark. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. Journal of Trauma Nursing, 2014; 21(4): 160-9.

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA ve ark. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. J Emerg Nurs, 2010; 36: 420-7.

Houck D. Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2014; 18(4): 454-8.

Huggard P, Dixon R. Tired of caring: The impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2011; 3: 105-11.

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 2015; 47(2): 186-94.

Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostitsky H, Barnoy D ve ark. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2015; 24: 403-12.

Jacobs EE, Masson LR, Harvill RL. *Group counseling strategies skills*. USA: Thomson, 2006.

Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 48(6): 622-31.

Joinson C. Coping with compassion fatigue: Burned out and burned up-has caring for others made you too tired to care for yourself?. *Nursing*, 1992; 4: 116-21.

Jo KH, An GJ. Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian*, 2015; 22: 91-7.

Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 2011; 4(1): 12-8.

Kakai H. A community of healing: Psychosocial functions of integrative medicine perceived by oncology patients/survivors, healthcare professionals, and CAM providers. *EXPLORE*, 2013; 9: 365-71.

Kaneko M, Shuhei R, Koyama M, Kakehi R. Perspectives and challenges in the psychological care of cancer patients and in stress management for oncology nurses: An online survey among Japanese nurses. *Int Arch Nurs Health Care*, 2016; 2: 1-4.

Karabulut Gül Ş, Gül HL, Oruç AF, Gedik D ve ark. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *J Kartal TR*, 2012; 23(1): 11-7.

Karadağ Arlı Ş, Gürkan A. Nöro-onkoloji hemşiresinin rolleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 3(3): 959-66.

Karancı AN, Acartürk C. Post-traumatic growth among Marmara Earthquake survivor involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*, 2005; 11(4): 307-23.

Kaya N, Kaya H, Erdoğan Ayık S, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010; 7(1): 401-19.

Keskin GS. Travmatik bir yaşantı olarak boşanma: Aile içi şiddet, travmatik stres ve sosyal desteğin travma sonrası büyüme ile ilişkisi. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2013.

Khan AA, Khan MA, Malik NJ. Compassion fatigue amongst health care providers. *Pak Armed Forces Med J*, 2015; 65(2): 286-89.

Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J. Professional quality of life and clinical competencies among Korean Nurses. *Asian Nursing Research*, 2015; 9: 200-6.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005a; 9(1): 49-54.

Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005b; 8(3): 107-18.

Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M, Ksiazek J. Bournout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011; 15: 347-50.

Legg MJ. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2011; 28(3): 61-7.

Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: A nurse's primer. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011; 16(1): Manuscript 3.

Longmore RJ, Worrell M. Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical Psychology Review*, 2007; 27: 173-87.

Luquette J. Stress, compassion fatigue, and burnout: Effective self-care techniques for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 2007; 34(2): 490.

Luz KR, Vargas MAO, Schmidtt PH, Barlem ELD ve ark. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015; 23(6): 1187-94.

Mahdi HK, Prihadi K, Hashim S. Posttraumatic growth and resilience after a prolonged war: A study in Baghdad, Iraq. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*, 2014; 3(3): 197-204.

Măirean C. The relationship between secondary traumatic stress and personal posttraumatic growth: Personality factors as moderators. *Journal of Adult Development*, 2016; 23(2): 120-8.

Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G ve ark. Prevalence of secondary traumatic stres among psychiatric nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*, 2015; 29(5): 333-8.

Manning-Jones S, de Terte I, Stephens C. Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*, 2015; 5(2): 125-39.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981; 2: 99-113.

Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 2004; 18(4): 171-9.

McHolm F. Risk for compassion fatigue. *Journal of Christian nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 2006; 23(4): 12-9.

MC van Mol M, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J ve ark. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*, 2015; 10(8): 1-22.

Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Houshyari M ve ark. Post-traumatic growth: A qualitative analysis of experiences regarding positive psychological changes among Iranian women with breast cancer. *Electronic Physician*, 2015; 7(5): 1239-46.

Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2015; 17(1): 66-72.

Merriman J. Enhancing counselor supervision through compassion fatigue education. *Journal of Counseling & Development*, 2015; 93: 370-8.

Meyer PML, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 2015; 30(1): 174-83.

Mulders M, Vingerhoets A, Breed W. The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*, 2008; 12: 97-102.

Nakaguchi T, Okuyama T, Uchida M, Ito Y ve ark. Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol*, 2013; 1-8.

Negash S, Sahin S. Compassion fatigue in marriage and family therapy: Implications for therapists and clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2011; 37(1): 1-13.

Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *JONA*, 2013; 43(6): 348-54.

Nezu CM, Nezu AM, Colosimo MM. Case formulation and the therapeutic alliance in contemporary problem-solving therapy (PST). *J.Clin.Psychol.*, 2015; 71: 428-38.

Oflaz F, Arslan F, Uzun S, Üstünsöz A. A survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients. *Psychological Reports*, 2010; 106: 119-30.

Okumuş H, Çiçek Ö, Aluş Tokat M. Jinekolojik onkoloji hemşireliğinde güncel durum. *KASHED*, 2015; 2(2): 1-12.

Olgun N, Şimşek H. Kemoterapi hazırlayan ve uygulayan hemşirelerin güvenlik önlemlerini kullanma durumları ve önlem almalarını etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010; 13-23.

O'Mahony S, Gerhart JI, Grosse J, Abrams I ve ark. Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: Prevalence and vulnerability. *Palliative Medicine*, 2016; 30(2): 189-92.

Oncology Nursing Society. *Oncology Nurse Practitioner Competencies*. 2007; 8-14.

Oncology Nursing Society. *Oncology Clinical Nurse Specialist Competencies*. 2008; 5-14.

Oncology Nursing Society. *Oncology Clinical Trials Nurse Competencies*. 2010; 5-14.

Onkoloji Hemşireliği Derneği. <http://www.onkohem.org.tr>. Erişim tarihi: 14 Mart 2016.

Özlü, A, Yıldız, M, Aker, T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010; 11: 89-94.

Pat-Horenczyk R, Perry S, Hamama-Raz Y, Ziv Y ve ark. Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 2015; 28: 214-22.

Pehlivan T, Küçük L. Skills of oncology nurses in diagnosing the psychosocial needs of the patients. *International Journal of Caring Sciences*, 2016; 9(1): 284-95.

Peterson DR, Barrett JD, Hester KS, Robledo IC ve ark. Teaching people to manage constraints: Effects on creative problem-solving. *Creativity Research Journal*, 2013; 25(3): 335-47.

ProQOL and STS. Professional Quality of Life and Secondary Traumatic Stress. http://www.proqol.org/Secondary_Trauma.html. Erişim Tarihi: 08 Mart 2016.

Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M ve ark. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 2013; 40(2): 180-7.

Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J ve ark. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2010; 14(5): E56-E62.

Ramsey-Wade CE. Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis*, 2015; 26(2): 256-69.

Reim Ifrach E, Miller A. Social action art therapy as an intervention for compassion fatigue. *The Arts in Psychotherapy*, 2016; 50: 34-9.

Romeo-Ratliff A. An investigation into the prevalence of and relationships among compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and selftranscendence in oncology nurses. Seton Hall University, Phd Thesis. 2014.

Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L ve ark. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 2012; 200: 933-8.

Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015; 4: Art. No: CD002892.

Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 2011; 16(1): Manuscript 1.

Sabo BM. Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?. *International Journal of Nursing Practice*, 2006; 12: 136-42.

Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 2015; 35(4): 32-44.

Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A ve ark. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2015; 50(2): 200-7.

Seren İntepeler Ş, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve kurumsal bağlılıklarındaki değişim. *DEUHYO ED*, 2014; 7(1): 2-6.

Shakespeare-Finch J, Martinek E, Tedeschi RG, Calhoun LG. A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 2013; 18: 572-91.

Shakespeare-Finch J, Lurie-Beck J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2014; 28: 223-9.

Shang J, Friese CR, Wu E, Aiken LH. Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer Nursing*, 2012; 1-7.

Showalter SE. Compassion Fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 2010; 27(4): 239-42.

Shuman J, Kennedy H, DeWitt P, Edelblut A. Group music therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital setting. *The Arts in Psychotherapy*, 2016; 49: 50-6.

Ssenyonga J, Owens V, Olema DK. Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2013; 82: 144-8.

Stamm BH. Helping the helpers: Compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. 2009. www.ProQOL.org. Erişim Tarihi: 14 Mart 2016.

Stamm BH. The ProQOL Manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales. A Collaborative Publication with Sidran Press. 2005.

Statistical Package for the Social Sciences: SPSS 21.0. IBM Corporation. USA. 2012.

Suszek H, Holas P, Wyrzykowski T, Lorentzen S ve ark. Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: Study protocol for a randomized controlled trial. TRIALS, 2015; 16: 319.

Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: Psikoeğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2011; 27(3): 66-74.

Şengün İnan F, Üstün B. Breast cancer and posttraumatic growth. J Breast Health, 2014; 10: 75-8.

Şenturan L, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(2): 33-45.

Taku K. Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. Personality and Individual Differences, 2014; 59: 120-3.

Taku K, Cann A, Tedeschi RG, Calhoun LG. Core beliefs shaken by an earthquake correlate with posttraumatic growth. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2015; 7(6): 563-9.

Taku K, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. J Trauma Stress 2008; 21: 158-64.

Tallman BA, Lohnberg J, Yamada TH, Halfdanarson TR ve ark. Anticipating posttraumatic growth from cancer: Patients' and collaterals' experiences. Journal of Psychosocial Oncology, 2014; 32(3): 342-58.

Tang ST, Lin KC, Chen JS, Chang WC ve ark. Threatened with death but growing: Changes in and determinants of posttraumatic growth over the dying process for Taiwanese terminally ill cancer patients. Psycho-Oncology, 2015; 24: 147-54.

Tanrıverdi D, Savaş E, Can C. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. Asian Pacific J Cancer Prev, 2012; 13(9): 4311-4.

T.C. Yükseköğretim Kurulu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insangücü durum raporu (Kurumların öğrenci ve akademik personel, fiziki mekân ve kapasite, cihaz ve donanım durumu). YÖK Yayın No: 2010/1, Uyum Ajans, Ankara, 2010.

Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic growth inventory: Measuring the Positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996; 9(3): 455-71.

Tedeschi RG. Violence transformed posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 1999; 4: 319-41.

Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004; 15: 1-18.

The European Oncology Nursing Society. The status of cancer nursing: A European perspective. The European Oncology Nursing Society, Centre for Tumour Prevention and Detection, St. Gallen, Switzerland, 2001.

Thielemann K, Cacciatori J. Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work*, 2014; 59(1): 34-41.

Traeger L, Park ER, Sporn N, Repper-DeLisi J ve ark. Development and evaluation of targeted psychological skills training for oncology nurses in managing stressful patient and family encounters. *Oncology Nursing Forum*, 2013; 40(4): E327-E334.

Toh SG, Ang E, Devi MK. Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2012; 10: 126-41.

Tomich PL, Helgeson VS. Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 2012; 25: 567-73.

Tuna R, Baykal Ü. Onkoloji hemşirelerinde iş stresi ve etkileyen faktörler. *F.N.Hem.Derg.*, 2013; 21(2): 92-100.

Tuna R, Baykal Ü. The relationship between job stress and burnout levels of oncology nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2014; 1(1): 33-9.

Tunçel Yİ, Kaya M, Kuru RN, Menteş S. Onkoloji hastanesi yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin tükenmişlik sendromu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2014; 12: 57-62.

Ünlü H, Karadağ A, Taşkın L, Terzioğlu F. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin yerine getirdikleri rol ve işlevleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010; 1: 13-28.

Wentzel D, Brysiewicz P. The Consequence of caring too much: Compassion fatigue and the trauma nurse. *Journal of Emergency Nursing: JEN*, 2014; 40(1): 95-7.

Withrow LR. The use of color in art therapy. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 2004; 43: 33-40.

World Health Organization. Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> Erişim Tarihi: 10 Nisan 2015.

Vatne S, Hoem E. Acknowledging communication: A milieu therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 2008; 61(6): 690-8.

Vishnevsky T, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG ve ark. Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 2010; 34: 110-20.

Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F ve ark. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2010; 47: 111-7.

Yıldırım MH, İçerli L. Tükenmişlik sendromu: Maslach ve Kopenhag tükenmişlik ölçeklerinin karşılaştırılmalı analizi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2010; 2(1): 123-31.

Yılmaz B. Arama-kurtarma çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme ile ilişkili değişkenler. Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara, 2006.

Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 2010; 23: 191-7.

Young JL, Derr MR, Cicchillo VJ, Bressler S. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Crit Care Nurs Q*, 2011; 34(3): 227-34.

Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2016; 57: 28-38.

Yu Y, Peng L, Chen L, Long L ve ark. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 2014; 215: 401-5.

Yükseköğretim Kurumu. İstatistikler. www.yok.gov.tr. Erişim tarihi: 14 Mart 2016.

Zerach G, Shalev TBI. The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015; 29: 135-42.

8. EKLER

EK 1. Hemşire Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği AD doktora programı kapsamında yürütülen tez çalışmasıdır. Onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin çalışma durumlarını, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, merhamet memnuniyeti ve travma sonrası gelişim düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Katkınız için teşekkür ederim.

Gülay YILMAZ

- 1- Yaşınız:
☐ 20 ve altı ☐ 21-25 ☐ 26-30 ☐ 31 ve üzeri
- 2- Cinsiyetiniz:
☐ Kadın ☐ Erkek
- 3- Medeni durumunuz:
☐ Bekar ☐ Evli
- 4- **(Evli iseniz)** Çocuk sayısı:
☐ Yok ☐ 1-3 ☐ 4 ve üzeri
- 5- Eğitim düzeyiniz:
☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
- 6- Onkolojiye yönelik eğitim aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 7- **(Evet ise)** Eğitim aldığınız konular nelerdir? Yazınız.
- 8- Çalıştığınız klinik:

☐ Onkoloji Hastanesi	☐ KBB Kliniği
☐ Gündüz Tedavi Merkezi	☐ Üroloji Kliniği
☐ Pediatri Hematoloji-Onkoloji Kliniği	☐ Özel Kat
☐ Çocuk Hematoloji-Onkoloji Polikliniği	☐ Kadın ve Doğum Kliniği
☐ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği	☐ Nöroşirürji Kliniği
☐ Enfeksiyon Kliniği	☐ Dâhiliye Kliniği
☐ Göğüs Hastalıkları Kliniği	☐ Diğer (Yazınız)
- 9- Meslekte çalışma süreniz:
☐ 3 yıl ve altı ☐ 4-6 yıl ☐ 7 yıl ve üzeri
- 10- Bulunduğunuz klinikte çalışma süreniz:
- 11- Haftalık çalışma saatiniz:
- 12- Aylık ortalama nöbet sayınız:
☐ Hiç ☐ 1-4 nöbet ☐ 5 ve üzeri
- 13- Hemşireliği isteyerek mi seçtiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
- 14- Onkoloji hastaları ile çalışmayı istiyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır

EK 2. Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği

Değerli Katılımcı,

Yaptığımız mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan teması geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı, aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan birini seçerek yanıtlayınız. Katkınız için teşekkür ederim.

Gülşay YILMAZ

(0): Hiçbir zaman (5): Çok sık	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazı zamanlar	Sıkça	Sık Sık	Çok Sık
1. Kendimi mutlu hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürküyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İşimi seviyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bana güç veren inançlarım var.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Bilmediğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. İşim beni tatmin ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. İşimde yaptıklarımla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Çok hassas bir insanım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 3. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Değerli Katılımcı,

Çalışma yaşamınızda önemli yer tutan travmatik/stresli olaylar, hayatınızda ve düşüncelerinizde değişimler yaratabilmektedir. Bu travmatik/stresli olayların, yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana getirdiği değişimleri, aşağıda verilen ifadeler doğrultusunda, 0 ve 5 arasında değerlendiriniz. Katkınız için teşekkür ederim.

Gülây YILMAZ

(0): Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım.	Hiç	Çok Az	Biraz	Orta	Oldukça Fazla	Çok Fazla
(5): Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım.						
1. Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Yeni ilgi alanları keşfettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Kendime olan güvenim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Zor anlarda insanlara güvenebileceğimi artık daha iyi biliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yaşamım için yeni bir yön belirledim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Başkalarına daha fazla yakınlık hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Duygularımı ifade etmekte artık daha fazla istekliyim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi artık daha iyi biliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hayatımla ilgili daha iyi şeyler yapabilirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Artık olayları olduğu şekliyle daha kolay kabul edebiliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Başka zaman karşılaşamayacağım yeni fırsatlar doğdu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Artık başkalarına karşı daha şefkatliyim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. İlişkilerim için artık daha çok çaba harcıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için artık daha fazla çaba harcıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Daha inanç sahibi biri oldum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Zannettiğimden daha güçlü olduğumu keşfettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İnsanların ne kadar harika olduklarıyla ilgili çok şey öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Başkalarına ihtiyaç duyabileceğimi artık daha iyi kabulleniyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 4. Oturum Sonrası Değerlendirme Formu

Değerli Katılımcı,

Bu form birlikte yürüttüğümüz oturumların; size yararlılığını, önerilerinizi, beklentilerinizi değerlendirmek ve ileriki çalışmalarda oturumları iyileştirmek açısından önemlidir. Bu çalışma ve oturumlarla ilgili görüş, öneri, beklenti ve izlenimlerinizi yazmanızı rica ederim. Teşekkür ederim.

Gülay YILMAZ

Bugün benim için en öğretici ve/veya en etkileyici olan.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... idi.

Oturum ve konular ile ilgili eklemek istediğiniz varsa lütfen yazınız.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EK 5. Terapötik Boşluk Doldurma

Değerli Katılımcı,

Aşağıda verilen boşluklara, kendinizi ve çalışma yaşamınızı düşünerek; sizi, durumunuzu, yaşadıklarınızı en iyi ifade eden ve sizin için en uygun ifadeleri yazınız. Teşekkür ederim.

Kendimi..... bir hemşire olarak tanımlayabilirim.
Kliniğe gittiğimde aklıma en çok geliyor.
Klinikte olmadığım zaman en çok düşündüğüm şey(ler) oluyor.
Çalışma yaşamım içerisinde bana en güç gelen durum(lar) oluyor.
Çalışma yaşamım içerisinde bu durumu(ları) sıklıkta yaşıyorum.
Çalışma yaşamım içerisinde bu(nlar) ile karşılaştığımda kendimi hissediyorum.
Çalışma yaşamım içerisinde bu(nlar) ile karşılaştığımda en çok yaşadığım duygu(lar) ..oluyor.
Ayrıca kendimde bazı değişimler olduğunu fark ediyorum.
Duygusal olarak; Fiziksel olarak; İşe yönelik olarak
Bu değişimlerin üstesinden gelmek için yapıyorum.
İşime yönelik sorunların ve canımı sıkan şeylerin üstesinden gelmek için..... yapıyorum.
Bu yaptıklarım zamanlarda ve düzeyde işe yarıyor.
Onkoloji hastası ile çalışmak benim için anlamına geliyor.
Onkoloji hastası benim için anlamına geliyor.
Onkoloji hastası ile birlikteyken kendimi hissediyorum.
Elimde olsa değiştirirdim.
Hemşire olarak en güçlü yanımla
Hemşire olarak en zayıf yanımla
İnsan olarak en güçlü yanımla
İnsan olarak en zayıf yanımla

EK 6. Terapötik Öyküler

ÖYKÜ 1: ÖLÜM KAPINIZI ÇALARSA

Bir sabah şiddetli baş ağrısı ile uyandınız. Aradan birkaç gün geçti ancak ağrınız artarak devam etti, doktora gitmeye karar verdiniz. Yapılan tetkikler sonucunda metastaz yapmış ileri evre kanser tanısı konuldu. Yaşam sürenizin iyi bir bakım ile en fazla bir yıl olduğunu söylediler.

Soru: Aldığınız tanı ve size söylenenler hakkında ne hissedersiniz?

Cevap:

Soru: Durumunuza yönelik zihninizden geçen öncelikli duygular hangileridir?

Cevap:

Soru: Öleceğinizi bilmek nasıl bir duygu, yazınız.

Cevap:

Soru: Aldığınız tanı ve size söylenenlere tepkiniz ne olur?

Cevap:

Soru: Hayatınız için nasıl bir planlama yaparsınız?

Cevap:

ÖYKÜ 2: ÖLÜM YOLUNDAKİ HASTA

Kanser nedeniyle uzun süredir bakım verdiğiniz ve yakından tanıdığınız bir hasta terminal döneme girdi. Hastanın yakınları ve hasta durumuna dair sorular sormaya başladı. Hasta ağlama nöbetleri, öfkeli tavırlar sergilemekte ve sürekli ağrıdan yakınmaktadır. “Ölmek istemiyorum, bana yardım edin, daha yapacaklarım var” gibi ifadeler kullanmaktadır. Bir gün size “Hemşire Hanım gerçekten ölecek miyim? Hiç şansım yok mu?” şeklinde bir soru sordu. Başka bir gün “Ne zaman öleceğim? Ölmek nasıl bir şey? Ölürken ne olacak? Çok ağrım olacak mı, yoksa bir şey hissetmeyecek miyim? Ölürsem beni hatırlayacak mısınız?” gibi sorular yöneltmeye başladı. Terminal dönemdeki bu hasta arrest oldu ve müdahale etmeye başladınız.

Soru: Terminal döneme giren bu hastaya karşı ne hissedersiniz?

Cevap:

Soru: Hastanın ölümle ilgili sorularına nasıl tepki verirsiniz?

Cevap:

Soru: Hastanın ölümle ilgili soruları karşısında ne hissedersiniz?

Cevap:

Soru: Bu hastaya müdahale etmeye yönelik tepkiniz ne olur?

Cevap:

Soru: Bu hastaya müdahale ederken ne hissedersiniz?

Cevap:

Soru: Hastanızla vedalaşma hakkında ne düşünüyorsunuz?

Cevap:

Soru: Eğer fırsatınız olsa hastanıza ne yapmak istersiniz?

Cevap:

Soru: Eğer fırsatınız olsa hastanıza ne söylemek istersiniz?

Cevap:

EK 7. Oturum Uygulaması

1. Oturum

Oturum 09:30'da başlatıldı. Grup üyeleri ile tanışıldı ve araştırmacı kendini gruba tanıttı. Gruba çalışmanın amacı ve yapılacaklar anlatıldı. Giriş kısmı yaklaşık 10 dakika sürdü. Grup üyelerinin çoğunlukla birbirini tanıyor olması grup etkileşimi açısından oldukça verimliydi ve güven ilişkisinin kurulması açısından önemliydi. Grup tanışmasından sonra katılımcılara yaka kartı, imza listesi, bilgilendirilmiş onam formu, pre-test için hemşire tanıtım formu, PYKÖ ve TSGÖ dağıtıldı. Kuş ve su sesi içeren doğa sesi eşliğinde formların doldurulması beklendi. Bunların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

1. Konu: Merhamet Yorgunluğu: Tanım, Nedenleri, Belirtileri, Etkileri

Katılımcılara merhamet yorgunluğu yaşayan bir hemşirenin öyküsünün yazılı olduğu bir form dağıtıldı. Bu hemşirenin öyküsü power point sunusu şeklinde hemşirelere gösterildi. Merhamet yorgunluğunun belirtileri, nedenleri ve etkileri bu öykü üzerinden anlatıldı; hemşirelerdeki durum soru-cevap ve geri bildirim yoluyla tartışıldı.

2. Konu: Stres ve Merhamet Yorgunluğu Arasındaki İlişki: Farkındalık Ve Problem Çözme

- a. Hemşire olmak
- b. Onkoloji hastası ile çalışmak

Bu başlık için boşluk doldurma yoluyla terapötik öykü yazdırma kullanıldı. Rahatlatıcı müzik eşliğinde bu formun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Hemşire olmanın ve onkoloji hastasıyla çalışmanın anlamı, yaşanan sorunların ve duyguların tanımlanması, bu sorunlar karşısında neler yapıldığı değerlendirildi. Geri bildirimler ile grubun etkileşimi sağlandı. Belirlenen sorunlar ve stresörler karşısında uygun ve güçlü yanlar desteklendi, zayıf yönlere yönelik farkındalık geliştirildi ve grup tartışması ile çözümler üretildi. Bu tartışma yaklaşık 45 dk-1 saat sürdü.

Oturumun teorik ve tartışma kısmının akabinde 15 dakikalık bir ara verildi.

3. Konu: Gevşeme ve Baş Etme Yöntemleri (Uygulamalı)

- a. Nefes egzersizi
- b. Arşetipikal Hareketler: Baksı dansı

Bu başlıkta nefes egzersizi uygulaması rahatlatıcı bir müzik eşliğinde önce gösterildi ve sonra grup ile birlikte uygulandı. Baksı dansı için önce bir video gösterildi, daha sonra hareketler tanıtıldı, en son müzik eşliğinde uygulama yapıldı. Bu uygulama 30 dakika sürdü.

Oturum bitiminde yazılı olarak geri bildirim alındı. 2. Oturuma katılım günleri hatırlatıldı. Danışmanlık izlemleri için akıllı telefonlarda bulunan bir uygulama üzerinden (whatsapp) haberleşme sağlanacağına grup ile birlikte karar verildi. Her grup sonrası, araştırmacı tarafından bir haberleşme grubu oluşturuldu. Bu grup üzerinden veya özel mesajlaşma yoluyla katılımcıların danışmanlık alabileceği vurgulandı.

2. Oturum:

Oturum başlangıcında geçen oturumun ve geçen zamanın değerlendirilmesi yapıldı. Hemşireler aldıkları kararları, farkındalıklarını ve hedefleri araştırmacıya ilettiler, bunlara yönelik katılımcılara geri bildirim verildi.

1. Konu: Zor Sorular/Hastalara Yaklaşım

- a. Ölüm, ölmek üzere olan hasta ve buna tanık olma
- b. Yaşadığım duygular
- c. Empati

Empati, ölüm ve ölmek üzere olan hasta ile ilgili iki ayrı kısa örnek vaka öyküsü katılımcılara verildi. Öykülere yönelik açık uçlu soruları yazılı olarak cevaplamaları istendi. Rahatlatıcı müzik eşliğinde yaklaşık 15 dakika formlar dolduruldu. Bu durumlar karşısında hemşirelerin neler yaptığı ve neler yapması gerektiği, yaşadığı duygular tartışıldı. Empati ile ilgili bir video gösterildi, hemşirelerin duygusal yüküne neden olan hatalı empati ile karışan tutumlar tartışıldı. Ölüm ve ölmek üzere olan hastalara karşı duyguların ifadesi sağlandı, sorulan sorulara verilen yanıtlar ve tepkiler değerlendirildi, uygun olanlar desteklendi, hatalı tutum ve ifadeler belirlendi, uygun tutum ve ifadeler anlatıldı, gelen sorular cevaplandı. Yaşamın anlamına dair hemşirelerin hedefler geliştirmesine yol gösterildi. Bu kısım yaklaşık 45 dakika – 1 saat sürdü.

Oturum teorik ve tartışma kısmının akabinde 15 dakikalık bir ara verildi.

2. Konu: Gevşeme ve Baş Etme Yöntemleri (Uygulamalı)

- a. Nefes egzersizi
- b. Kendi kendine yüz, boyun ve omuz gevşetme
- c. Mandala boyama: Mutluluk Sanatı (Boyama)

Bu başlıkta önceki oturumda yaptırılan müzik eşliğinde nefes egzersizi uygulandı. Öncelikle gevşeme egzersizleri için video gösterildi. Yine rahatlatıcı bir müzik eşliğinde, stres birikim bölgelerine yönelik masaj noktaları ve yöntemleri araştırmacı tarafından katılımcılara birebir gösterildi ve uygulandı, daha sonra katılımcıların uygulamayı kendi kendilerine

yapması sağlandı. Gevşeme egzersizlerinin ardından iç dünyaya yönelik farkındalık egzersizi olarak meditasyon müziği açıldı, katılımcılara mandala örnekleri verildi ve kendilerine göre bir örnek seçmeleri ve kendilerine verilen 20 farklı renkteki kalemle diledikleri gibi boyamaları istendi. Seçilen model, boyama tipi ve tarzı, kullanılan renkler üzerinden katılımcılara kısa yorumlar yapıldı ve iç dünyalarına yönelik farkındalık geliştirildi. Gevşeme egzersizi ve farkındalık egzersizi yaklaşık 45 dakika sürdü.

Oturum sonunda yine yazılı geri bildirim alındı. Post-test uygulaması için tarih belirlendi. Katılımcıların görüşleri değerlendirildi. Danışmanlık izlemleri için gruba hatırlatma yapıldı. Çalışma için hazırlanan çanta, eğitim kitapçığı, hediyeler ve katılım belgesi katılımcılara verildi. Grup etkileşimi sonlandırıldı.



EK 8. Psikoeğitim Kitapçığı

MERHAMET YORGUNLUĞU YAŞAYAN HEMŞİRE (ÖYKÜ)

26 yaşımdayım. B Üniversitesi Sağlık YO'ndan mezun oldum. Okulu 23 yaşında bitirdim. KPSS ataması ile mezun olunca K Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne atandım. Başhemşirelik tarafından, istemediğim halde, onkoloji kliniğinde hemşire açığı olması nedeniyle yetişkin onkoloji kliniğine verildim. 2 yıldır aynı onkoloji kliniğinde çalışmaktayım. Mesleğe ilk başladığımda, okulu yeni bitirdiğim için bir yandan hastane ve onkoloji kliniğinin işleyişini öğrenmeye, bir yandan da okulda edindiğim bilgileri hastalar ve ailelerine yardım etmek için kullanmaya çabalıyordum. İlk birkaç aylık çalışma dönemim içerisinde “ölüm ve ölmek üzere olan hastalarla sık karşılaşma, distres yaşayan hasta ve aileleri, palyatif bakım ve terminal dönemdeki hastaların acılarını görmek oldukça yıpratıcıydı; kendimi bakım ve bilgi verme konularında yetersiz hissediyordum. Bunlarla birlikte, destekleyici olmayan yönetici-süpervizörlerin yaklaşımı, ekip-diğer çalışanlarla çatışmalar, eksikliğini hissettiğim iletişim becerileri, hasta bakımında az sayıda hemşire olması, fazla ve düzensiz iş saatleri, yetersiz kaynak ve malzeme, zaman azlığı ve yoğun/yüklü bakım prosedürleri, onkolojiye yönelik özel bilgi beceri gerekliliği, çok yönlü/karmaşık tedaviler, semptom yönetimi, komplikasyonlar” gibi durumları fazlaca yaşıyorum. Kendimi henüz hazır hissetmediğim halde, gece nöbetine verilip bu durumlarla tek başıma baş etmeye başlamıştım.

Hasta ve hasta yakınlarına daha çok yardım etmek istiyorum. Eğer klinikte olmazsam hastalara yardım edilmeyeceği, hastaların bakım ve tedavisinin eksik kalacağı hissine kapılıyorum. İzin günlerimde kliniği arayıp hastalarla ilgili bilgi alıyorum ve onlarla ilgili endişeleniyorum. Sosyal yaşamımda hastane, hastalar vb konular daha ağır geliyor; konuşmalarında onlardan fazlaca bahsettiğimi fark ediyorum. İş ve sosyal yaşam dengemi kaybetmeye, nasıl ve ne tür bir hemşire olduğumu sorgulamaya başladım. Nöbet sırasında ya da nöbet sonrasında hastalarım için ne kadar uğraşsam da önünde sonunda öldüklerini ve bu yüzden boşa çalıştığımı düşünüyorum. Hastalarımı ve onların durumlarını, çektikleri acıyı kendim yaşıyorum. Bu yüzden etkin, tarafsız, önyargısız bakım verme becerimi yitirmeye başladım.

Kendimde fiziksel, duygusal; yaptığım işe yönelik değişimler yaşadığımı fark ediyorum. Bir hemşire olarak başarısız olduğumu düşünmeye başladım. İşten ayrılıp kendime başka bir iş aramayı/kurmayı hayal ediyorum. Ancak yine de hastalarımı bırakmaya çekiniyorum. Klinikten çıktıktan sonra “bunu da yapsaydım, acaba nasıl, ağrısı geçti mi, öldü mü” gibi düşüncelere dalıyorum. Bu yüzden diğer işlere yoğunlaşmakta güçlük çekiyorum. Hayattan keyif alamıyorum. Olayların olumsuz tarafına yoğunlaşıp, “ya ben ya ailem kanser olursa” gibi fikirlere kapılıyorum. Sinirlilik, yorgunluk, hayal kırıklığı, öfke, umutsuzluk, alınganlık, mükemmeliyetçilik, ölen hastaların ardından hayatta kalma suçluluğu, uyku bölünmeleri, iştahta değişim, iş ve hastalarıyla ilgili kâbuslar, karamsarlık, içe kapanma, hayatın anlamını sorgulama gibi olumsuz değişimler başladı. Olumsuz düşünce ve stresörlerle başa çıkmak için alkol almaya ve sigara kullanmaya başladım. Bir sağlık çalışanı olmama ve elimden geleni yaptığımı bilmeme rağmen dini inançlarımı bazen sorguluyorum.

MERHAMET YORGUNLUĞU

Merhamet yorgunluğu kavramı, Bakımverici/bakım sağlayıcı mesleklerdeki insanların duyarlılığına bağlı gelişen “tükenmişliğin özel bir formu” olarak tanımlanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğuna benzer belirtileri olan bu durumu daha açık ifade etmiştir. Çalışanların travmatik deneyimleri olan hastalara karşıt-aktarım (countertransference) ve empati yaparak onlara yardım etme isteğinde bulunduklarını eklemiştir. Duygusal acı içindeki bireylere “bakım vermenin bedeli” ve “bireysel veya toplu travmaya maruz kalan danışanlar ile aşırı meşgul olma ve onlar için yoğun endişe duyma durumu” olarak tanımlamıştır. Merhamet yorgunluğunda “Empati ve Maruz kalma” iki temel kavramdır. Kişiler, yardım edici olarak, “travmatik deneyimleri sonucunda acı çeken, umutsuz, çaresiz ve travmatize olmuş bireylerde ortaya çıkan duygusal belirtileri ve/veya etkileri” benzer şekilde kendilerinde hissetmeye başlamaktadır. Yaptıkları iş nedeniyle bakım verenler ve yardım ediciler; hem kalplerini hem de zihinlerini travmatize olmuş bireylere açmak zorundadır. Yardım edicileri etkileyen de travmatik olayın kendisi değil bu aşırı empatik ve terapötik yaklaşımlarıdır. Merhamet yorgunluğu travmatik olay yaşayan veya ağrı, acı çeken kişilere yardım etmenin negatif duygusal etkisidir.

Hemşirelik yardım etme, merhamet ve evrensel değerleri barındıran bir meslektir. Bu nedenle kişilerarası iletişim becerileri ve empatik yaklaşım hemşirelik rollerinin temel yapılarındandır. Hemşirelerin bu aşırı empatik eğilim ve yaklaşımları, merhamet stresine neden olmakta; bu stres ile etkin baş edilemediği, fark edilmediği ya da göz ardı edildiğinde merhamet yorgunluğu ile sonuçlanabilmektedir.

Onkolojide hemşire olmak stresli bir deneyimdir ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşireler iş bağlantılı stresörlere maruz kalmaktadırlar. Hemşireler, onkoloji kliniğinde çalışmanın “çok ağır, oldukça stresli” olduğunu belirtmektedir. Hasta ve ailesi ile çalışmanın sonucunda duygusal travmaya maruz kalmakta ve distres yaşamaktadır. Bu distres onkoloji hemşirelerinin iş doyumunu azaltmakta, tükenmişliğini arttırmakta ve merhamet yorgunluğuna neden olmaktadır.

Merhamet Yorgunluğu Belirtileri:

Bilişsel: Düşük konsantrasyon, Zayıf yoğunlaşma, algılama ve yargılama, Düşük benlik saygısı, Apati, Rijidite ve Aşırı duyarlılık, Desoryantasyon, Mükemmeliyetçilik, Travma ile aşırı ilgilenme, Başkasına ya da kendine zarar verme düşüncesi, Kariyere yönelik amaç ve eğlence hissinin azalması, amaçsızlık, Hafıza sorunları, Negatif uyarılmada artış, Başkalarının kritik deneyimlerini istemsiz düşünme/hayal etme, İş kişisel hayatından ayırmada güçlük.

Duygusal: Güçsüzlük, Suçluluk, Öfke ve Sinirlilik, Hayatta kalma suçluluğu, İç kapanma, Uyuşukluk/hissizlik, Korku, Çaresizlik, Üzüntü, Depresyon, Duygulanımda ve ruh halinde değişim, Enerjide azalma, Artan hassasiyet ve alınganlık, Umutsuzluk, İş yeterliliğinin azaldığını hissetme.

Davranışsal: Sabırsızlık, İç kapanma, Karamsar/huysuz, Gerileme, Uyku bölünmeleri, Kabuslar, İştahta değişim, Aşırı uyanıklık, Yükselmiş irkilme tepkisi, Kazaya eğilim, Kolayca bir şeyleri kaybetme, Madde kullanımı/kötüye kullanımı, Kendine yönelik yıkıcı ve/veya etkisiz davranışlar.

Spiritüel: Hayatın anlamını sorgulama, Amaçların yitirilmesi, Yaygın umutsuzluk, Tanrıya öfke, Dini inançları sorgulama, Yüce gücün varlığına inançta kayıp, Yüksek düzeyde şüphecilik.

Kişisel İlişkiler: İçer kapanma, Yakınlık ve cinselliğe ilgide azalma, Güvensizlik, Diğerlerinden kendini izole etme, Eş/ebeveyn olarak aşırı korumacılık, Hoşgörü azalması/tahammülsüzlük, Yalnızlık, Kişilerarası bağlarda zayıflama/azalma.

Fiziksel: Şok, Terleme, Hızlı solunum, Kardiyak semptomlar; taşikardi, göğüs ağrısı/sıkışması, palpasyon, Soluk alıp-vermede güçlük, Baş, eklem ve kas ağrıları, Baş dönmesi, Tıbbi kaygılarda artış, Bozulmuş bağışıklık sistemi, Diğer somatik şikayetler, Diyare, konstipasyon ve mide krampları, Uyku sorunları; uykusuzluk, aşırı uyuma, Yorgunluk ve dinlenememe.

İş Performansı ve İş Bağlantılı Belirtiler: Düşük moral/istek, Düşük motivasyon, Görev almaktan kaçınma, Ayrıntılar hakkında takıntılar, Yineleyici düşünme, Apati, Olumsuzluk, Görünüşe özenin azalması, Tarafsızlık, Düşük iş ve iletişim kalitesi, Personel ile çatışma, Devamsızlık, Yorgunluk ve sinirlilik, Meslektaşlarından uzak durma/çekilme, Bazı hastalarla çalışmaktan kaçınma ya da onlarla aşırı çalışma, Hasta ve ailesine karşı azalmış empati, Hasta geçirilen günlerde artış, Eğlenme ve mutlu olmada azalma.

Merhamet yorgunluğunun çalışma şartları, bireysel baş etme, sınır koyma, iletişim becerileri, eğitim ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Araştırmacıların hem fikir olduğu nokta merhamet yorgunluğunun tükenmişliğin bir türü olduğu; travmatik deneyimler sonucunda ortaya çıktığı; profesyonel sınırların kurulamamasından kaynaklandığı; empatik becerilerin etkin kullanılamaması halinde arttığı yönündedir. Her ne kadar literatürde merhamet yorgunluğu, ikincil travmatik stres, dolaylı travma gibi kavramlar birbirinin yerine kullanılsa da; merhamet yorgunluğu duygusal yükün ağır olduğu çalışma ortamlarında empatik becerilerini sınırlandıramayan, profesyonel sınırlarını koruyamayan ve baş etme becerileri yetersiz olan yardım edicilerde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Tüm yorgunluğa ve duygusal yüke rağmen, yardım etme isteğinden vazgeçememenin olumsuz sonucudur ve yardım etme amacıyla iş yaşantısından kopamama halidir. Bu açıdan travmatize olmuş kritik hastaların olduğu birimlerde çalışanlar risk altındadır.

FARKINDALIK

Farkındalık kelimesi teorik bir yapıyı (farkındalık), farkındalığı geliştiren bir deneyim (meditasyon gibi) ya da psikolojik bir süreci (bilinç sahibi ve dikkatli olmak) ifade etmek için kullanılabilir. Farkındalığın basit bir tanımı “anbean ayırımsama” iken, literatürde geçen tanımlamalardan bazıları şunlardır; “bilinci şu anın gerçekliğine karşı ayakta tutmak”, “dışımızda ve içimizde olanlara dair algımızda peş peşe oluşan anlarda berrak ve azimli bir bilinçlilik haki”, “dikkat ile ilişkili kontrol”, “bütün dikkati anbean olan tecrübeye yöneltebilmek”; ve daha Batı psikolojisine yakın bir perspektiften bakarsak, “yeni kategorilerin yaratımına, yeni bilgiye açıklığa ve birden daha fazla perspektife ait bir bilinçlilik sahibi olmak adına verilen bir enerji harcama mı? En nihayetinde farkındalık kelimelerle kavranamaz çünkü o sözsüz ve kavranması güç bir tecrübedir.”

Tarih boyunca insanoğlu üzüntü ve kaygıların nedenlerini ve bunları dindirmenin yollarını aramıştır. Er ya da geç tüm insanlar benzer soruları soruyorlar: “Neden kendimi daha iyi hissetmiyorum?”, “Kendimi daha iyi hissetmek için ne yapabilirim?”. Geçmişte veya gelecekte yaşamak, yaşadığımız anı ıskalamak, birçoğumuzun yaptığı bir hatadır. Güzel bir manzara karşısında otururken mutlu oluruz. Ama bu manzaraya bakarken, ertesi gün olacakları veya geçen hafta olanları düşünersek mutluluk kaybolur. Bazen düşüncelerimiz ve duygularımızın esiri oluruz. Düşünceler biz istemesek bile zihnimizde dolanır. Artık biz düşüncelerimiz olmuşuzdur. Onlar bizi yönetmeye başlar.

Bazen çevremizde ve içimizde olup biteni değil, kafamızda yarattığımız yargılarımızla hareket ederiz. Her şeyi analiz ederiz, yorumlamaya çalışırız. Gözümüzle değil, beynimizle bakarız. Bu yoğun anlamlandırma çabası, aslında olan biteni hissetmememize yol açar.

Yukarıda sayılanların hepsi, **farkında olmamanın** bir göstergesidir.

Farkındalık; yargısız bir şekilde şimdiki ana odaklanabilmek amacıyla, dikkatinizi toplayabilmektir. En temel haliyle, farkındalık şimdiki deneyimlerimizle onları kabul ederek ve yargılamadan direkt temas kurma ile ilgilidir.

Farkındalık, uyarıcıların değerlendirilmediği, sınıflandırılmadığı ve analiz edilmediği, kendine özgü açık ve alıcı bir bilinç formudur. Farkındalıkta anlık yaşantılara yaklaşım açıklık, kabullenme, yansızlık gibi niteliklere sahiptir. Deneyime yönelme söz konusudur. Deneyime yönelme tamamen yargısızdır.

Farkındalık şimdiki deneyimin bilincinde olma ve onu kabul etme anlamına gelir. Farkındalık “Şu anda ne yaşıyorum” sorusunu yanıtlamak için, kendi düşüncelerini, duygularını ve bedenini gözlemlenmesi yoluyla elde edilen zihinsel bir durum olarak tarif edilebilir. Farkındalıkta dikkat yargısız bir şekilde kendine odaklanmaktadır. Düşünce, duygu ve bedensel duyular yargılanmadan ve anlık yaşantının olağan ve geçici parçaları olarak izlenmektedir. Farkındalıkta, düşünce ve duygular, reddedilmemekte, yargılanmamakta, bastırılmaya ya da onlardan kaçınılmaya çalışılmamaktadır. Olumlu ya da olumsuz bütün anlık yaşantılar kabullenilmekte ve serbest bırakılmaktadır. Böylece endişe, üzüntü, kaygı, öfke gibi olumsuz yaşantılara karşı tolerans kapasitesi de artmaktadır.

1. Farkındalık zihnimiz geçmişe ya da geleceğe yolculuklar yaptığında, şimdi ve buradaki yaşantımıza dönmeyi hatırlamaktır. Zihnimizin gözü ile geçmişi ya da geleceği seyrediyorsak bu gerçek gözlerimizle gördüklerimizi fark etme şansını yitirdiğimiz anlamına gelir. Böylece şimdiki deneyimlerimiz elimizden kaçıp gider ve o anda var olmayan yaşantılara ait üzüntüler, endişeler ve korkularla karşı karşıya geliriz. Farkındalık, zihnimizin böyle gezintiler yaptığını fark ettiğimizde, şimdiki yaşantımızı tekrar yakalamamıza yardım edecek bir araçtır. Yapmanız gereken zihninizin her gezintiye çıktığında dikkatinizi tekrar “şimdi ve burada”ya yöneltmektir.

2. Farkındalık, şu andaki düşüncelerinizi, duygularınızı, bedeninizde duyumsadıklarınızı yargılamadan gözlemlemektir. Yargısız olma deneyimlerimizi iyi, kötü, berbat, muhteşem gibi sıfatlarla değerlendirmemektir.

3. Farkındalık, düşünce ve duygularımızla olan bağlarımızı gevşetmektir. Kaygılarımız, endişelerimiz, üzüntülerimiz ve korkularımıza karşı yapabileceğimiz en iyi şey onları serbest bırakmaktır. Onlarla uğraşmaktan vazgeçip, onları serbest bıraktığımız zaman, bu duyguların

üzerimizdeki olumsuz etkileri de ortadan kalkmaya başlayacaktır. Düşüncelerimizi ve duygularımız kontrol etmeye çalışmak denizdeki dalgaları engellemeye çalışmak gibidir, bunu yapmamız olası değildir. Onları kendi seyrine bırakabildiğimize, en sonunda kıyıya vurarak ortadan kaybolduklarını görebiliriz.

Farkındalık öğrenilebilen bir beceridir. Farkındalık etrafımızdaki olanlara ve günlük olaylara, geçmişte edindiğimiz deneyimlerimiz, düşünce ve inançlarımızın yaşantımızı bulanıklaştırmadan bakabilme yetisidir. Farkındalık, terapide kendi duygu ve düşüncelerine karşı içgörü kazanmayı, dikkatin negatif ve takıntılı şekilde kendine odaklandığı düşünme biçimlerinden uzaklaşmayı sağlayan bir beceri olarak değerlendirilmektedir.

Farkındalık Becerileri; Şimdiye odaklanma, kabullenme, yargısızlık, mesafe koyma, içsel gözlem gibi becerilerin kullanılması yoluyla sağlanabilmektedir. Farkındalık, bir doğru felsefesidir. Sadece budizmde var olan bir felsefe değildir. Farkındalık ile ilgili tüm temel kitaplarda Mevlana ve onun anlayışına da yer verilmektedir. Farkındalık daha varoluşçu ve humanistik bir yöntemdir.

“Hayatın amacı, kendine varmaktır. Oysa herkese yaklaşıp, her yere varır, bir tek kendinden uzak kalır insan. Her yeri, her şeyi keşfeder ama kendinde kısıpırtısız duran okyanuslardan haberi bile olmaz...” Mevlana

“Bu anı, en doruktaki an haline getir. Burada-Şimdi bakmaya hazırsan, her şey olması gerektiği gibidir...” Osho

“Geçmişinden kurtulmaya ihtiyacın var; çünkü yarın, ancak o zaman mümkün olabilir. Yeninin varlığını göstermesi için eskinin ölmesi gerekir...” Osho

“Aramayı bırak, sadece Dur ve Gör...” Osho

“Gerçek soru, ölümden sonra yaşamın var olup olmadığı değil, ölümden önce senin hayatta olup olmadığıdır...” Osho

“Marifet egoyu silmek değil bilmektir...” Hacı Bektaşî Veli

“Eğer güneşi gözden kaçırdım diye gözyaşı dökersen, yıldızları da gözden kaçırsın...” Rabindranath Tagore

“Görüşün netleşmesi ancak kalbinin içine baktığın zaman mümkündür. Dışarı bakan rüya görür, içeri bakan uyanır...” Carl Jung

“Herkes öfkelenir. Bu çok kolay. Ama doğru şeye, doğru miktarda, doğru zamanda, doğru amaçla ve doğru biçimde öfkelenmek zordur...” Aristoteles

“Neye sahip olduğumuz değil, neyin keyfine varabildiğimizdir mutluluğu yaratan...” Charles Spurgeon

“Geçmiş ve gelecek yoktur, yalnızca sonsuz bir ŞİMDİ vardır...” Abraham Cowley

“Mutlu olmak istiyorsanız, iradeniz dışındaki şeyler yüzünden kaygılanmayı bırakın...” Epistatus

“Dalgaları durduramazsınız, ama sörf yapmayı öğrenebilirsiniz...” Jonn Kabat-Zinn

“Biz bu zamana ve yere misafiriz. Geçip gidiyoruz. Amacımız, gözlemek, öğrenmek, büyümek, sevmek ve sonra eve geri dönmek...” Aborjin Atasözü

“Gerçek eğitim, nasıl düşünüleceğini öğrenmektir...” Krishnamurti

“Hayata anlam veren ölümdür...” Scott Peck

“Her kap içinde olanı sızdırır...” Atasözü

PROBLEM ÇÖZME

Her insan yaşamı boyunca farklı problem durumları ile karşı karşıya gelebilmekte ve bunlarla baş edebilmek için çeşitli çözüm yolları aramaktadır. Bu problemler:

- Aile, arkadaş gibi ortamlarda yaşanan özel yaşamla ilgili problemler olabileceği gibi,
- Yöneticilerle, iş arkadaşları ya da hizmet verilen kişilerle yaşanabilecek mesleki problemler de olabilmekte;
- Hatta bazen bireyin ne alacağına, nereye gideceğine karar verememesi gibi günlük yaşam problemlerini dahi içerebilmektedir.

Problem Nedir?

Bireyi fiziksel ya da düşünsel yönden rahatsız eden, kararsızlık ve birden çok çözüm yolu olasılığı görülen her durumdur. Bingham'a göre problem, bir kimsenin istenen bir hedefe ulaşmak için topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engeldir ve her tür problemin üç temel özelliği vardır. Bunlar:

- Bireyin belirlediği bir amaç,
- Amaca giden yolda bireyin karşısına çıkan bir engel,
- Bireyi amacına ulaşmaya iten içsel bir gerginliktir.

Problem Çözme Nedir?

Problem durumu ile başa çıkabilmek için etkili alternatif çözümler oluşturmayı bu alternatif çözümler arasından en etkili olanını ön plana çıkarmayı içeren davranışsal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Çaba sarf etme, Hedef, Bilgiyi kullanma, Orjinallik, Yaratıcılık ya da hayal gücü.

Problemlerin Nedenleri

Kişiler arasında yaşanan sorunların nedenleri üç grupta incelenebilir:

1. **Kaynakların Kıtlığı:** Para, mal, zaman, pozisyon sayısı, sahip olunan bilgi miktarı gibi kaynakların kıtlığı sorun yaşanmasına neden olabilmektedir.
2. **Karşılanmayan Psikolojik Gereksinimler:** Birey yaşamı süresince güç elde etme, ait olma, özgür olma ve eğlenme ihtiyacı duymakta; bu ihtiyaçlarının engellenmesi sorun yaşanmasına neden olabilmektedir.
3. **Değerler, Öncelikler ve İlkelerde Farklılıklar:** Bireylerin değerleri, öncelikleri ve ilkeleri farklı olabilmektedir. Değer farklılıklarından kaynaklanan sorunlar, çözümü en zor olan sorunlardır.

Problem Çözme Becerisini Etkileyen Değişkenler

Problem çözme, kapsamlı ve çok yönlü bir süreçtir.

- **Bireyin;** İhtiyaç, Amaç, Değer, İnanç, Beceri, Alışkanlıkları, Tutumları, Yaratıcı düşüncesi, Zekâsı, Duyguları, İradesi, Eyleme geçmesi gibi unsurlar....
- **Geçmiş Yaşantı ve Deneyimler:** Kişi geçmişte benzer problem karşısında kullandığı çözüm yöntemiyle başarıya ulaşmışsa aynı yöntemi kullanmaya devam edecek, başarısız olmuşsa farklı bir çözüm yöntemi geliştirmeyi deneyecektir.
- **Kişisel Özellikler:** Kendine güven, azim, kişisel girişim, yaratıcılık, kendini kabul etme, sorumluluk duygusu, fikir tarafsızlığı, korkuları yenme yeteneği gibi özelliklerin, kişinin problem çözme verimliliğini doğrudan etkileyerek, problemlerle yüz yüze gelmede içsel bir kuvvet ve esneklik kazandırmaktadır.

- **Duygu ve Düşünceler:** Kişiler sorunu çözmeden önce; kaygı, üzüntü, öfke ya da engellenme duygularını hissederken sorunu çözdükten sonra; mutluluk, rahatlama gibi duygular hissederek. Kişinin özellikle sorunlar karşısında yaşadığı yoğun öfke durumu kişiyi olumsuz yönde etkileyerek, problemin çözümünden uzaklaştırır.

Problem Çözme Süreci

Problem çözme süreci 8 basamakta incelenmektedir:

1. Problemi Tanımlama
2. Veri Toplama
3. Verilerin Analizi
4. Çözüm Geliştirme
5. Sonuçları Gözden Geçirme
6. Karar Verme
7. Kararı Uygulama
8. Çözümü Değerlendirme.

1. Problemi Tanımlama:

Problem çözme sürecinin en önemli aşaması problemi tanımlamaktır. Problemin tanımında amaç probleme neden olan asıl nedeni tanımlamaktır. Problemin nasıl tanımlandığı, problemin nasıl çözüleceğini ve gerekli değişimlerin neler olduğunu belirler. Bu aşamada önemli olan bir diğer nokta da, problemi tanımlarken kısa ve uzun vadeli uygulamaları da düşündürmektir. Böylece en iyi çözüm stratejisi seçilerek uygulanabilir. Sadece bir yaklaşım üzerinde yoğunlaşmak problem çözmenin etkisini sınırlar ve daha farklı problemlerin ortaya çıkmasına sebep olabilir

2. Veri Toplama:

Problemin tanımı, çözümün oluşumu ve işleyişi, çözümün etkisinin kontrolü için veri toplanmalıdır. Bir problemi tanımak için problemin boyutuna, sınırına, nedenine ve aciliyetine göre veri toplamak gerekmektedir. Veri toplarken nedene inmek için sabırla çalışmak gerekir. Problem çözme konu ile ilgili gerçek bilgileri toplama ile başlar. Dikkatli, sistematik, tam ve doğru bir araştırma hedeflerin başarılmasını kolaylaştırır. Veri toplarken konu ile ilgili geçerli, doğru ve ayrıntılı verileri uygun, doğru, ilgili kişilerden almak ve bunları yazmak önemlidir.

3. Verilerin Analizi:

Elde edilen tüm veriler bir araya getirilir, değerlendirilir, eleştirilir, analiz edilir. Toplanan verilerde tarafsızlığı elde etmek oldukça güçtür. Bu aşama önemlidir bu nedenle de;

Veriler analiz edilirken kategorilere ayrılmalıdırlar. Veriler güvenilirliklerine göre sınıflandırılmalıdır. Veriler en önemli, önemli, en az önemli şeklinde sınıflandırılmalıdır. Veriler zaman dizisine göre sınıflandırılmalıdır. Veriler neden-sonuç ilişkisine göre sınıflandırılmalıdır. Açık ve net olan veriler dahil olmak üzere elde edilen tüm veriler kritik ederek yazılmalıdır.

4. Çözüm Geliştirme:

Bu aşama seçeneklerin oluşturulması, problemin çözülebilmesi için olası tepkilerin bir liste halinde oluşturulmasını içermektedir. Çözüm üretilirken sınır koyulmamalı, anlamsız ve uygulanamaz gibi görünse de seçenekler/fikirler dikkate alınmalı ve mutlaka tümü

yazılmalıdır. Alternatif çözümler geliştirerek birçok çözüm içinden en iyi olanları alıp iyunin de iyisini elde etmek mümkündür. Alternatif çözümleri araştırırken problemi eleştirmeyen bir yol izlemek de önemlidir.

5. Sonuçları Gözden Geçirme:

Üretilen seçeneklere ilişkin avantajlar ve dezavantajlar iki farklı liste halinde yazılarak değerlendirilebilir. Tercih edilen seçenek uygulandığında kazançların ve kayıpların neler olabileceği belirlenir ve yazılır. Bir problem için en iyi çözümü belirlerken kısa ve uzun vadede her problemin çözümünün sonuçlarını dikkate almak da önemlidir. Bunu yaparken; Problemin ortaya çıktığı süreyi, Kullanılacak çözümlerin daha önceden uygulanıp uygulanmadığını, Sonucun ne olduğunu, Uygulanmak istenen her çözümün maliyetini de dikkate almak gerekmektedir.

6. Karar Verme:

Bu aşama eyleme yönelik olarak oluşturulan seçeneklerden birini seçme süreci olarak tanımlanabilir. Karar vermede “*acele etme*” prematür çözümlere neden olurken diğer taraftan da “*sadece birkaç alternatifin*” değerlendirilmesi iyi karar verilmesini engeller. Karar verirken kriter kullanmak faydalı olabilir. Örneğin, verilen kararın maksimum yeterlilik ve etkiyi sağlayıp sağlamayacağı veya verilen kararın uygulanabilir nitelikte olup olmadığı kritik edilebilir.

7. Kararı Uygulama:

Seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması, kararlaştırılan eylemlerin gerçekleştirilmesi evresidir. Problemin ve problemi çözmek için seçilen eylemin niteliğine uygun olarak bir uygulama planı hazırlamak gerekmektedir. Bir karar ne kadar genel ya da soyut ise, o kadar zor uygulanabilir. Somut ya da özele inebilen kararlar, daha açık ve belirgin kararlardır. Kararın alanı ne kadar geniş ise, kararın uygulanmasını izleme o kadar zorlaşır.

8. Çözümü Değerlendirme:

Değerlendirme, problem çözmenin son aşamasında, seçilen seçenek yerine getirildikten sonra olur ve gerçek sonucu değerlendirmek için düzenlenmiştir. Amaç, problemin ne oranda çözüldüğünün değerlendirilmesi, çözüm istenen değerde değilse başka çözüm seçeneğinin seçilmesidir. Değerlendirme ne kadar sağlam güvenilir olursa bu aşama o kadar başarılı olur.

STRES VE STRESLE BAŞETME

Stres Nedir?

Stres (Zorlanma), bireyin dış çevresi ve içsel yaşamından kaynaklanan etkenlerin organizmada yarattığı değişiklik ve tepkilerin tümüdür; karşılaşılan yeni durumlarda insanın ruhsal, bedensel sınırlarının zorlanmasıdır. Bireyin tüm dengesini tehdit eden herhangi bir fizyolojik ya da psikolojik gerginlik durumu da “stres” olarak kabul edilir. 2’ye ayrılır:

A - Pozitif Stres:

Yaşandıkça bireye canlılık, neşe ve kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlar ve yaşantılardır. Bu duruma “eustres” de denir. Evlenmeye karar vermek, işe girmek, tatile gitmek gibi durumlar bireye zevk verir ve hoş olan duygular yaşatır.

B - Negatif Stres

Bireyin kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketen stresli durumlar negatif bir etki oluşturlar. Bu tür yaşantılar “distres” olarak da tanımlanmaktadır. İşten atılma, iş ortamındaki yıkıcı tartışmalar, boşanma, bir yakınının kaybetme, sınav vb. yaşantılar bireye hoş olmayan duygular yaşatırlar.

Stresör Nedir?

Bireye stres yaşatan her etken stresör olarak adlandırılır. Hem içsel hem dışsal stres etkenleri vardır. İçsel stresörler kişinin kendisi ile ilgilidir. Dışsal stresörler de kişinin çevresi ve diğer insanlarla ilgi stresörlerdir.

a) Kişinin Kendisiyle İlgili Stresörler

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| ❖ Mükemmeliyetçilik | ❖ Kişilik yapısı |
| ❖ Aşagılık ve yetersizlik duygusu | ❖ Aşırı sorumluluk alma |
| ❖ Rekabet gereksinimi | ❖ Bilgi eksikliği hissetme |
| ❖ Geç kalma | ❖ “hayır” diyememe |
| ❖ Başkalarından geri kalmama duygusu | ❖ Etki altında kalma |
| ❖ Ebeveynliğin gerektirdikleri | ❖ Gerçekdışı beklentiler |
| ❖ Güvensizlik | ❖ Başarısızlık korkusu |
| ❖ Zamanla yarışma durumunda kalma | ❖ Parasal borçlanma |
| | ❖ Hırs, ihtiras |
| | ❖ Bilinmeyen korkusu |

b.1) Diğer İnsanlarla İlgili Stresörler

- | | |
|---|---|
| ➤ Bireyin gereksinimlerinin farkında olmayan insanlar | ➤ Kabullenmeme |
| ➤ Sempatik olmayan insanlar | ➤ Diğer insanlardan uzaklaşmış olma |
| ➤ Ailedeki herhangi bir kriz | ➤ Başkalarının problemlerinin çözümünü üstlenme |
| ➤ Başkaları tarafından sevilmememe | ➤ Eşin ve çocukların istekleri |

b.2) Çevreyle İlgili Stresörler

- | | |
|------------------------------------|---|
| • Garantisi - güvenliği olmayan iş | • Hastalık |
| • Seyahat etme | • Ağrı, |
| • Korkular | • Ölüm |
| • Araba park yeri arama | • Kayıplar ve kazançlar |
| • Polis kordonu altında olma | • Hastaneler-işyerleri |
| • Hava taşıtlarının gürültüsü | • Sınava girme |
| • Kalabalık ortamlar | • Trafik sıkışıklığı, |
| • Otomobil kullanma | • Kaza yapma |
| • Yeni iş-ev-yerleşim yeri | • Şiddet-terör, savaş |
| • Boşanma-evlilik | • Suistimal edilmiş çocuk, yetişkin ile çalışma |
| • Çocuk doğurma | • Yorucu ve ağır işler vb. |
| • Emeklilik-menapoz | |

Hemşire, hasta ve aileyle çalışırken, hasta olmanın ve hastane ortamında bulunmanın getirdiği tüm değişikliklerin hasta için bir stresör olduğunu ve buna bağlı olarak hastanın ve ailenin her an stresle yüz yüze olduğunu bilmelidir. Ayrıca bunların hemşire için de bir stresör olduğunun farkında olmalıdır.

Stres Durumuna Adaptasyon (Uyum)

Uyum, bireyin strese karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir. Uyum süreci aktif bir süreçtir.

Başarılı Bir Uyum İçin Gerekenler:

1. Uygun iletişim yeteneği
2. Bireyler arasında karşılıklı iletişim
3. Uyum için yeterli kaynak
4. Stresörlerle ilgili geçmişte yaşanmış deneyimler

Uyum Tepkisini Etkileyen Özellikler:

1. **Fiziksel Gelişimsel Boyut:** Vücudun dayanıklılığını belirler.
2. **Emosyonel Boyut:** Kullanılan savunma mekanizmalarının özelliğini ifade eder.
3. **Entelektüel Boyut:** Bireyin diğer insanları ve dünyayı algılayışı, problem çözme yeteneğini ve iletişim özelliğini ifade eder.
4. **Sosyal Boyut:** Sosyal grupların desteğiyle strese uyumu gösterir.
5. **Manevi Boyut:** İnançlar, değerler, yaşam felsefesi ve yaşamın anlamı ile ilgili özelliklerdir.

Bireyin Strese Tepkisi

Her bireyin stresöre tepkisi stresörün özelliğine ve o bireyin stresöre verdiği anlama bağlıdır. Stresi bir tehdit yerine bir mücadele olarak algılayan insanlar yaşamlarının her alanında stresi kontrol edebilirler.

Stresöre Ait Özellikler:

- Stresörün şiddeti/yoğunluğu
- Stresörün etkilediği alan
- Stresörün süresi
- Var olan stresörlerin yapısı ve sayısı

Bireye Ait Özellikler:

- Gelişimsel dönem özellikleri
- Kalıtımla geçen özellikler
- Kişilik yapısı
- İletişim biçimi
- Sosyo-ekonomik düzey vb.

Birey Strese Nasıl Tepki Verir?

Strese uyum sürecinde “Savaş ya da Kaç” ilkesi geçerlidir. Bireyin tepkisi psikofizyolojiktir.

Strese Verilen Fizyolojik Tepkiler:

1. Lokal adaptasyon sendromu (LAS)
2. Genel adaptasyon sendromu (GAS)

1. Lokal Adaptasyon Sendromu (LAS)

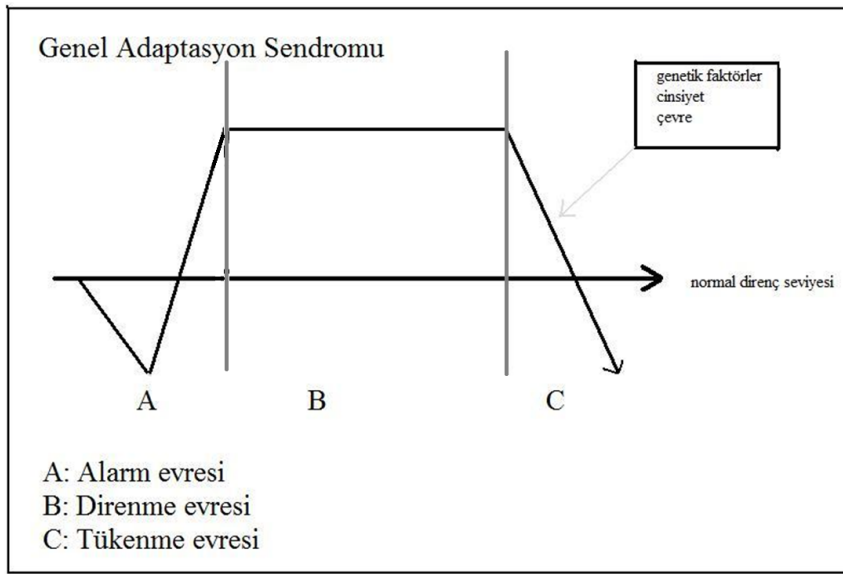
Bu uyum lokalize olup, düzenleyici, kısa süreli ve tüm vücudu kapsamayan bir tepkidir. Ör: Kan pıhtılaşması, yara iyileşmesi, gözün ışığa uyumu, sıcağa değince elin aniden çekilmesi (refleksler) vb.

2. Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)

Strese karşı tüm vücudu korur. Fizyolojik tepkileri içerir. Otonom sinir sistemi ve endokrin sistem etkilenir. “Nöroendokrin tepki”de denilmektedir.

Bu tepki türünün 3 aşaması vardır.

1. Alarm Evresi
2. Direnç Evresi
3. Tükenme Evresi



Stres üzerine yapılan deneysel çalışmalar sonucunda; sıçanlara zararlı bir etkenin akut olarak uygulanması sonucu "genel adaptasyon sendromu" olarak adlandırılan bir tablo ortaya çıktığı bulgulanmıştır. Bu sendrom da gözlenen semptomların, zararlı etkenin yapısından bağımsız olarak ortaya çıktığı iddia edilmiştir.

ALARM EVRESİ: Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden “savaş ya da kaç tepkisi” gösterir. Savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Bu durum kalp atışlarının hızlanması, tansiyonun yükselmesi, solunumun hızlanması ve ani adrenalin salgılanması biçiminde gelişir. Savaş ya da kaç tepkisinin ortaya çıktığı aşama, “alarm evresi” olarak adlandırılır. Streste alarm aşamasında, stresi yaratan kaynaklar ve bunların yoğunluğu arttığı ölçüde stres eğrisi hızla normal direnç düzeyinin üzerine çıkarak normal davranıştan sapmanın ilk işaretleri verilmeye başlanır.

Alarm Evresindeki Hormonal Değişimler:

1. Hipotalamus
2. Posterior Pitüiter Bez

ADH

Su tutulumu ARTAR

İdrar atılımı AZALIR

3. Anterior Pitüiter Bez

ACTH

Kortizol (Adrenal Korteks)

Glukonegenesis

Yağ, protein yıkımı

Aldesteron (Adrenal Medulla)

Na-Su geri Emilimi

İdrar atılımı

K atılımı

ARTAR

4. Sempatik Sinir Sistemi ve Adrenal Medulla

Epinefrin

Kalp atımı

Oksijen alımı

Kan şekeri

Mental uyanıklık

ARTAR

Norepinefrin

İskelet kaslarının kan akımı

Arterial kan basıncı

ARTAR

Sempatik Sinir Sistemi etkisiyle;

- Pupiller genişler
- Tükürük salgısı baskılanır
- Kalp atımı artar
- Bronşlar genişler
- Peristaltizm ve sekresyon baskılanır
- Adrenalin ve noradrenalin salgılanır
- Glikojenin glikoza dönüşümü uyarılır
- Mesane kasılması baskılanır.

DİRENME (UYUM) EVRESİ: Alarm evresini, “uyum ya da direnme evresi” izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Stabilizasyon gerçekleşir. Hormonal düzey normale döner. Stresörlere adaptasyon gelişir. Stresle başa çıkıldığında Parasempatik Sinir Sistemi etkin olmaya başlar. Gerçekleşirse “İYİLEŞME” olur. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır.

Parasempatik Sinir Sistemi etkisiyle;

- Pupiller küçülür
- Tükürük salgısı artar
- Kalp atımı yavaşlar
- Bronşlar daralır
- Peristaltizm ve sekresyon uyarılır
- Safra salgısı uyarılır
- Mesane kasılır.

TÜKENME EVRESİ: Eğer stres verici durumlar ya da stresi harekete geçiren olaylar azaltılamamışsa ya da ortadan kaldırılamamışsa, direnç evresini bireyin tükenme evresi izler. Alarm evresindeki fizyolojik değişimler devam eder ve stres bulguları yeniden ortaya çıkar. Enerji düzeyi azalır. Fizyolojik adaptasyon azalır. Eğer devam ederse ölüm meydana gelebilir.

Strese Psikolojik Tepkinin Oluşumu

Bilinç ve bilinç dışı tarafından başatme mekanizmalarının devreye girmesiyle gerçekleşir.

1. Direkt eylemler

- Tehlikeye hazır oluş
- Öfke
- Kaçınma

2. Geçici (palyatif) eylemler

- Semptoma yönelik (alkol, sigara vb.)
- Ego savunmaları (yer değiştirme, inkar, bastırma, yansıtma, fantezi vb.)

Stresin Belirtileri

Stresle ilgili belirtiler, fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört grupta toplanabilir.

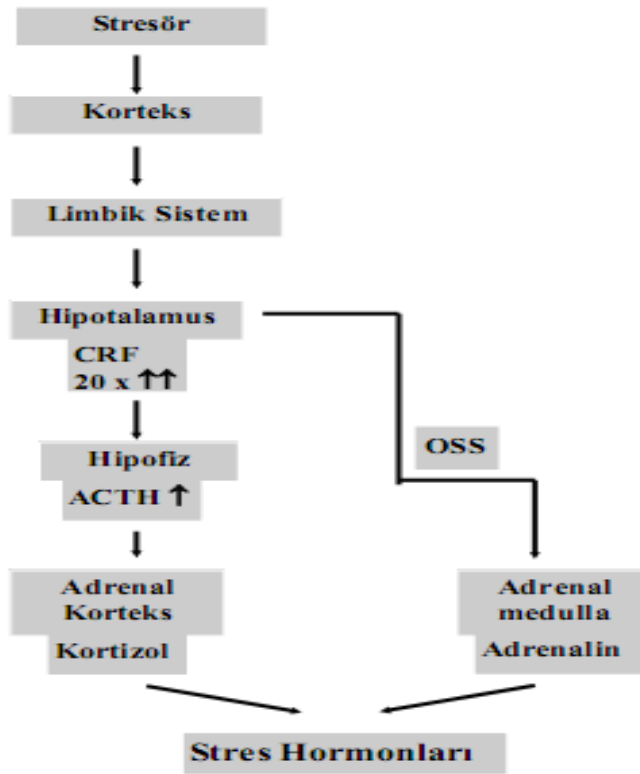
1. Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, düzensiz uyku, sırt ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, konstipasyon, diyare ve kolit, döküntü, kas ağrıları, hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon veya kalp krizi, aşırı terleme, iştahta değişiklik, yorgunluk veya enerji kaybı, kazalarda artış.

2. Duygusal Belirtiler: Kaygı veya endişe, depresyon veya çabuk ağlama, ruhsal durumun hızlı ve sürekli değişmesi, asabilik, gerginlik, özgüven azalması veya güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet veya kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık duygusal olarak tükendiğini hissetme.

3. Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyon, karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir fikir veya düşünceyle meşgul olma, mizah anlayışı kaybı, düşük verimlilik, İş kalitesinde düşüş, hatalarda artış, muhakemede zayıflama.

4. Sosyal Belirtiler: İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara gitmemek veya çok kısa zaman kala iptal etmek, İnsanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, birçok kişiye birden küs olmak, konuşmamak.

Stresin Fizyopatolojisi



Stres Hormonlarının Salgı Mekanizmaları ve Fizyolojik Etkileri

Hipotalamustan salgılanan kortikotropin serbestleştirici faktör (CRF), hipofiz ön lobundan ACTH salgılatır. Sürekli olarak az miktarda salgılanan ACTH'nın stressör etkisi ile salınımı yaklaşık 20 kat artar ve bu hormonun etkisi ile böbreküstü bezi korteksinden kortizol salınımında artış olur.

Kortizolun Genel Etkileri

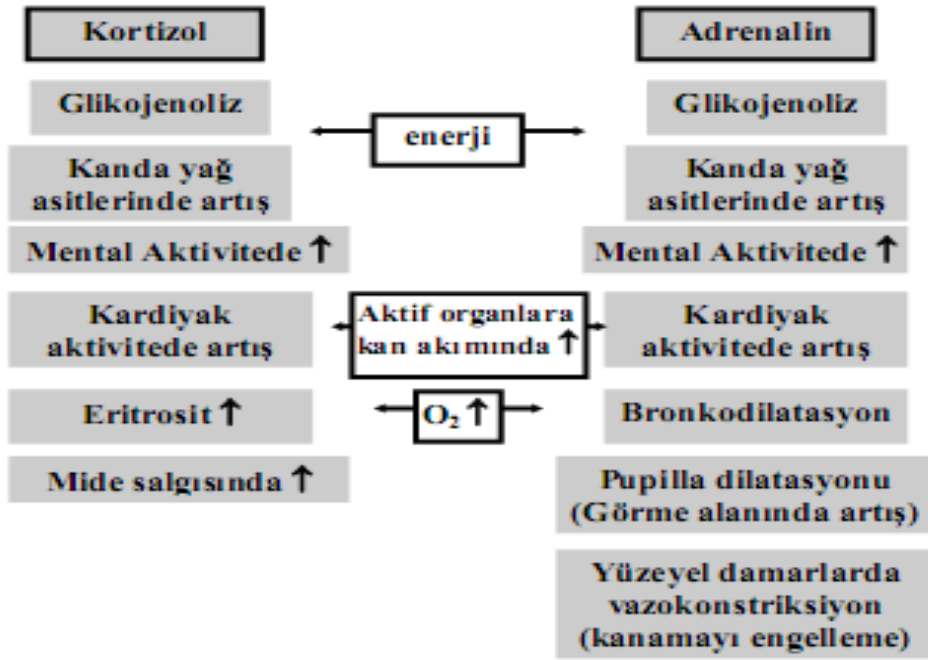
- 1- Endokrin sistem: Glikojenoliz artar.
- 2- Karaciğer dışında protein yapımını azaltır, yıkımını artırır. Karaciğere ise aminoasitlerin girişini kolaylaştırır. Karaciğere giren bu aminoasitler glikoneogenez ve protein yapımında kullanılır.
- 3- Yağ depolarından yağ asitlerini mobilize eder.
- 4- Yüksek dozlarda, lökosit diapedezini azaltarak iltihabı bloke eder.
- 5- Eosinofil, lenfosit sayısını azaltırken eritrosit sayısını artırır. Lenfoid dokuda atrofiye neden olup, immunoglobulin miktarını azaltır.
- 6- Histamin miktarını azaltır, allerjik iltihaplar bloke olur.
- 7- Kardiovasküler sistem: Kan basıncını artırır. Bu etkisini damarların adrenaline duyarlılığını ve karaciğerde angiotensin yapımını artırarak gösterir.
- 8- Gastrointestinal sistem: Hipersekresyon, hiperasidite oluşur.
- 9- Mental aktiviteyi artırır.

Böbrek Üstü Medullası: Stres etmeni ile uyarılan otonom sempatik sistem, böbrek üstü bezi medullasından adrenalin salgılanmasını artırır.

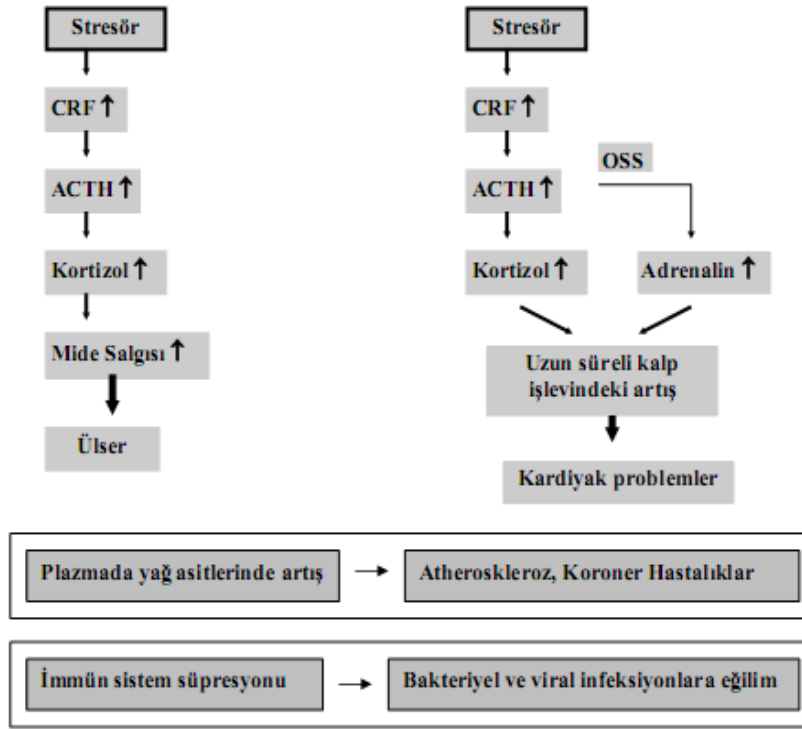
Adrenalinin Genel Etkileri

- 1- Kardiovasküler sisteme etkileri: Kalp kasının kasılma gücü, kasılma ve iletim hızları adrenalinle artar.
- 2- Bronkodilatasyona neden olur.
- 3- Böbrekler; vasokonstriksiyona bağlı olarak glomerüler filtrat azalır ve renin-angiotensin sistemi aktive olur, Aldosteron arttığından vücutta tuz ve su tutulur.
- 4- Glikojenolizi hızlandırır.
- 5- Yağ dokularından yağ asitlerini mobilize eder.
- 6- Beden ısısı artar.
- 7- Solunum derinliği ve hızı artar.
- 8- Pupiller dilatasyon olur.
- 9- Mental aktivite artar
- 10- Yüzeyel deri damarlarında vazokonstriksiyona yol açar.

Kortizol Ve Adrenalinin Fizyolojik Etkileri



Birey yaşam süreci içinde pek çok kez genel adaptasyon sendromunun ilk iki dönemine girebilir. Eğer stres etmeni çok güçlü ise ya da çok uzun bir süreyi kapsamışsa diğer bir deyişle beden direnç döneminde stres etmeni ile başa çıkamaz ise organizma direnç döneminden tükenme dönemine girer. Organizmada direnç dönemini sonlandırıp tükenme dönemini başlatan, stres hormonlarının organizma üstündeki uzamış etkileridir.



Stresle Başa Çıkma Yolları

Stresle Başa Çıkma ETKİLİ OLMAYAN Yöntemler

Madde Bağımlılığı: Birey stres veren durumla karşılaştığında sigara ya da alkole otomatik olarak yönelebilir.

Aşırı Yemek Yeme: Başlangıçta rahatlatıcı olmakla birlikte, bu tür bir davranış kendi başına ya da alınan kilolar nedeniyle ek bir stres kaynağı haline gelebilmektedir.

KontROLSÜZ Alışveriş: Kendisine değer vermek, yenilik yapabilmek amacıyla başlanan alışveriş, kontrol edilemez boyuta gelirse, borçlanma nedeniyle birey bir süre sonra istek ve ihtiyaçlarını ertelemek durumuna gelerek daha yoğun stres yaşayabilir.

İçe Kapanma: Bazı bireyler strese tepki olarak, geri çekilip içe kapanabilir. Pasifleşerek sorunlarıyla yüzleşmekten kaçınabilir.

Aşırı Tepki Gösterme: Küçük hayal kırıklıklarından ya da değişikliklerden olumsuz etkilenerek yoğun bir şekilde kaygı hissetme, öfke nöbetleri, kırıncı olma gibi davranışlar oluşabilir. Bu davranışın alışkanlık haline gelmesi bireyi yalnızlaştırarak strese daha yatkın hale getirebilir.

Biriktirme: Birey, stres karşısında hiç tepki göstermeyip, yaşanan sıkıntıyı içine atabilir. Bu birikimler dayanılamayacak duruma geldiğinde hiç tepki vermeyeceği olaylara karşı çok şiddetli tepki verebilir. Birikim kapasiteyi zorladığından, birey daha stresli hale gelebilir.

Stresle Başa Çıkma ETKİLİ Yöntemler

Bireyler yaşadıkları strese karşı farklı başa çıkma tarzları kullanırlar. Aktif stratejileri içeren birinci tip başa çıkma var olan sorunu çözmeye dönük stratejiler geliştirilirken, duygusal odaklı başa çıkma stresin etkilerini azaltma ya da değiştirme amaçlanır.

Zaman Yönetimi: Zaman yönetimi konusunda kararlılık sergileyen kişiler zamanı ve hayatlarını daha başarılı bir biçimde yönetebilirler. Zamanı yönetebilmek için kişinin kapasitesine ve kişilik özelliklerine uygun gerçekçi bir program yapabilmek gerekir. Zorunlu etkinliklerin yanında, düzenli uyku, molalar, eğlenme, dinlenme, sosyal etkinlikler ve olası değişiklikler karşısında alternatif olabilecek etkinlikler de programda yer almalıdır.

Problem Çözme Teknikleri Kullanma: Doğru probleme odaklanarak çözüm yollarını oluşturmak kişiyi güçlendiren bir yöntemdir.

Aşırı Genellemelerden Kaçınma: Tek bir olaydan hareketle, bütüne yönelik olumsuz düşünceler geliştirilmemelidir. Sınavım kötü geçti, ben bu sene sınıfı geçemeyeceğim gibi. Oysa bu sınavım kötü geçti ama diğer sınavlara daha iyi hazırlanabilirim tarzı düşünce daha yapıcıdır. Kişinin kendi kendine yaptığı bu tarz olumsuz düşünceler zaman geçtikçe otomatikleşir ve olumlu bir içerikle kolaylıkla yer değiştirmez.

Kişiler Arası İlişkileri Geliştirme: Stresli durumlar insanlarla ilişkilerden kaynaklanabiliyor olsa da, bu kişilerle tartışabilmek, çözüm için bir anahtar olabilir. Tartışmalar sırasında “sen” dilini kullanmadan “ben”li cümlelerle sorumluluğu üzerine almak iletişimi ve ilişkiyi güçlendirebilir. “Sen beni anlamak istemiyorsun” yerine “kendimi yeterince anlatamadığımı düşünüyorum” daha yapıcı olacaktır.

Sosyal Etkinlikleri Geliştirme: Rutinler dışında farklı bir etkinliği denemek, yeni bir şeyler öğrenmeye çalışmak, zihni dinlendirmeye yardımcı olabilir.

Fiziksel Aktivite: Doğru egzersiz birçok amaca birden hizmet edebilir. Kas gücünü artırabilir, kilo vermeye ve almamaya yardımcı olabilir, kalbin beden dokularına kolaylıkla oksijen almasını kolaylaştırarak bedenin genel fizyolojik koşullarını iyileştirebilir. Egzersiz, bedenin stresle oluşan hormonlardan arınmasına yardımcı olur.

Dengeli Beslenme: Çay, kahve, çikolata, kakao, kolalı içecekler kendiliklerinden strese yol açan besinlerdendir. Bu besinler, stres tepkisini başlatan kimyasal maddeler içerirler. Uyanıklık ve hareketliliği artırır. Dolayısıyla bu besinlerin yerine ıhlamur, adaçayı gibi bitki çayları, meyve tüketilebilir. Beslenme alışkanlıklarını düzenleyerek, enerji düzeyi, strese karşı gösterilen tepkiler ve genel sağlık üzerinde bireyin kontrolü artırılabilir.

Zihinde Canlandırma: Bireyin kendisini rahatlatan bir durumu ya da ortamı hayal etmesi stresin yarattığı olumsuz duygu ve düşüncelerden uzaklaşmasına, stresle başa çıkmada alternatif yollar bulmasına yardımcı olabilir.

Gevşeme Egzersizleri: Bireyin kaslarında oluşabilecek gerginliği, gerginlik oluşmadan fark edip kendi kendine gevşetebilmesidir. Gevşeme egzersizini uygulayan birey, gergin ortamlar öncesi uygulamayı yaparak ya da gün içerisinde gevşeme molaları vererek bedeni üzerinde kontrolü sağlayabilir.

1. Solunum egzersizleri

1. Egzersize başlamadan önce; Ayakta ya da oturarak rahat bir pozisyon alınır. Sağ el midenin hemen altına, sol el göğsün üzerine konur. Gözler kapatılır. Akciğerlerdeki hava boşaltılır.
2. Mide kullanılarak burundan derin, yavaş ve sessiz bir nefes alınır.
3. Solunan hava 2-4 sn akciğerlerde tutulduktan sonra ağızdan ısıklık çalar şekilde boşaltılır.

4. Yeni bir nefes almadan 2 sn beklenir.
5. Bu şekilde 2-3 kez nefes aldıktan sonra ara verilir.
6. 4-5 kez normal nefes alınır ve sonra uygulamaya devam edilir.

EMPATİ (EŞDUYUM)

Tanımı

Empati, kişinin bir iletişim esnasında, kendisini karşısındakinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakarak duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlamaya çalışması ve duyarlı bir yaklaşım içinde olmasıdır. Diğer bir deyişle, empati başka bir kişinin iç dünyasında düşünebilme, hissedebilme, duygu ve düşüncelerine karşılık verebilme olarak da düşünülebilir. Empati, duygusal olarak kendimizi başkalarının yerine koyabilme kapasitesi olduğu için öncelikle kendi duygularımızı tanıma gereği vardır. İnsanlar kendilerine benzer insanlarla empati kurmada daha istekli ve başarılı olmaktadır. Özellikle, daha fazla birlikte olan, kültür ve yaşam koşulları benzer kişilerin empati kurabilme isteği ve olasılığı daha fazladır. “Empati” ile “duyarlılık” önemli ölçüde birbiriyle ilişkilidir. Duyarlı insanların başkalarının duygularını fark etme ve onlar gibi hissetme olasılığının fazla olduğu bilinmektedir.

Empatinin Avantajları ve Dezavantajları

İletişim becerilerinin içinde empati kurabilme önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü insanoğlu duygularının fark edilme ihtiyacını çok derin olarak hissetmektedir. Empatinin yokluğunda insanların sizin ihtiyaç, duygu ve hislerinizi göz önüne alma ihtimali azalmaktadır. Empati kurmanın kişiye kazandırdığı bazı avantajları şöyle sıralayabiliriz.

- Empati, bilişsel, ahlaki gelişim ve psikolojik sağlık için önemli bir beceridir.
- Empati, insanlar arasındaki ilişki ve açıklığı ifade etmektedir.
- Empati, ilişkilerin, iletişimin artmasına ve çatışmaların çözüme kavuşmasına yardımcı olur.
- Empati ile ev ve iş hayatında başarılı olma şansı artmaktadır.
- Empati kişinin farklı olan ya da başka kültürden gelen insanlarla iyi geçinilmesini sağlar.

Empati kurmanın avantajları olduğu kadar zorlukları da vardır. Empati, zihinsel, duygusal ve ruhsal bir disiplindir ve sabır gerektirmektedir. Bazı insanlar, “empati beni yoruyor”, “başka kişiler için empati kurarsam, ailem için bir şey kalmayacak”, “yeterince eğitilmiş değilim” gibi sebeplerle empati kurmaktan kaçınmaktadırlar.

“Empati” Öğretilebilir ve Öğrenilebilir mi?

Önceleri empati doğuştan bir yetenek olarak görülmekte iken, günümüz yazar ve eğitimcileri empatik iletişimi öğretilebilir ve öğrenilebilir bir beceri olarak görmektedirler. Bazı yazarlar, çoğu insanın empatiyi bir karakter özelliği olarak düşündüğünü, gerçekte ise empatinin okullarda öğretilebilecek ve öğretilmesi gereken bir sosyal beceri olduğunu belirtmektedir. Bazıları ise eş ikizlerin empatik tepkilerde eş ikiz olmayanlara göre daha fazla benzer empatik tepkiler gösterdiklerini belirterek empatinin genetik ile ilgili olduğunu öne sürmektedir.

Empatinin Aşamalı Olarak Sınıflandırılması

Empatik tepki sıralamaları, çeşitli durumlar karşısında verilebilecek empatik tepkilerin, en kalitesizden en kaliteliye doğru basamaklar şeklinde sıralanmasıyla oluşturulur. Aşamalı

empati sınıflandırmasına göre üç temel empati basamağı (onlar basamağı, ben basamağı ve sen basamağı olmak üzere) vardır.

Aşamalı Empati Sınıflaması:

Sen basamağı	Senin sorunların karşısında sen ne düşünüyor ve ne hissediyorsun
Ben basamağı	Senin sorunların karşısında ben ne düşünüyor ve ne hissediyorum
Onlar basamağı	Senin sorunların karşısında onlar (toplum) ne düşünüyor ve ne hissediyor.

Onlar basamağı: Bu basamakta tepki veren bir kişi, karşıdaki kişinin kendisine anlattığı sorun üzerinde düşünmez, sorun sahibinin duygu ve düşüncelerine dikkat etmez. Bu soruna ilişkin olarak kendi duygu ve düşüncelerinden söz etmez. Sorunu dinleyen kişi sorun sahibine öyle bir geribildirim verir ki, bu geri bildirim o ortamda bulunmayan üçüncü şahısların (toplumun) görüşlerini dile getirmektedir. Bu basamakta tepki veren kişi bir takım genellemeler yapar, atasözleri kullanır. Örneğin, parasını israf ettiği için yakınan bir kişiye “ayağını yorganına göre uzat” der. Bu sözlerde iki tarafın da duygu ve düşünceleri yer almamakta toplumun o konuya ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Ben basamağı: Bu basamakta empatik tepki veren kişi, benmerkezcidir. Kendisine sorununu anlatan kişinin duygu ve düşüncelerine eğilmek yerine, sorun sahibini eleştirir, ona akıl verir. Bazen de kişiyi kendi sorunuyla baş başa bırakıp kendinden söz etmeye başlar. Örneğin ben basamağına uygun empatik tepki veren bir kişi, dinlediği sorun karşısında “üzüldüm, aynı sorun bende de var” der ve böylece sorun sahibini sorunuyla yüz yüze bırakıp kendi sorunlarını anlatmaya başlar. Ben basamağında empatik tepki veren kişi, karşıdaki insanı bir ölçüde rahatlatılabilir. Bu yüzden ben basamağındaki tepkiler onlar basamağındaki tepkilerden daha kaliteli sayılabilir. Ancak ben basamağında empatik tepki veren kişiler, bilişsel ve duygusal açıdan karşılarındaki kişinin rolünü alamadıkları için, yeterli düzeyde empati kurmuş sayılmazlar.

Sen basamağı: Bu basamakta empatik tepki veren bir kişi, kendisine sorununu ileten kişinin rolüne girer, olaylara o kişinin bakış açısıyla bakar. Yani kendisine iletilen sorun karşısında, toplumun ya da kendisinin düşüncelerini dile getirmez, doğrudan doğruya karşıdaki kişinin duyguları ve düşünceleri üzerine odaklanarak, o kişinin ne düşündüğünü ve hissettiğini anlamaya çalışır. Örneğin bu basamakta kişi sorun yaşayan bireye “son günlerde yaşadıkların seni çok yıprattı; oldukça üzgün, uykusuz ve yorgun görünüyorsun” der. Bu üç temel empati basamağını kapsayacak şekilde on altı empati basamağı oluşturulmuştur. Bu basamaklar sırasıyla en kalitesiz empatik basamaktan en kaliteli empati basamağına kadar uzanmaktadır. Bu basamaklar ise aşağıda şöyle sınıflandırılmıştır:

1. Senin Problemin Karşısında Başkaları Ne düşünür, Ne Hisseder: Bu basamakta empati kurmaya çalışan kişi, bir takım genellemeler yapar, felsefi görüşlere atasözlerine başvurabilir, dinlediği soruna ilişkin olarak genelde toplumun neler hissedebileceğini dile getirir. Sorununu anlatan kişiyi genelde toplumun değer yargıları açısından eleştirir. Bu ise kurulacak bir iletişimde diğer insana hiçbir faydası bulunmayan bir yöntemdir.

2. Eleştiri Getirme: Dinleyen kişi sorununu anlatan kişiyi kendi görüşleri açısından eleştirir, yargılar. Bu ise kendini diğer insana açan kişide bir kırgınlık ve darılmaya yol açabilir. Karşısındaki insan bu şekilde cevap veren kişi kurulan ilişkide olumlu adım atmış sayılmaz.

3. Akıl Verme Çabası: Karşıdakine akıl verir. Ona ne yapması gerektiğini söyler. Kendisine akıl verildiğini hisseden kişi diğer insandan aşağı imiş gibi kendisini algılar. Bu durumda kişi hayal kırıklığına uğrayabilir ve ilişkinin gelişmesi söz konusu olamaz.

4. Teşhis Koyma: Kendisine anlatılan sorunu, ya da sorununu anlatan kişiye teşhis koyar “bu durumun sebebi toplumsal baskılar ya da sen bunu kendine fazla dert ediyorsun” der.

5. Kişinin Aynı Sorunu Kendisinin De Yaşadığını İfade Etmesi: Kendisine anlatılan sorunun benzerinin kendisinde de bulunduğunu söyler. “Aynı dert benim de başımda” der ve kendi derdini anlatmaya başlar.

6. Kişinin Kendi Duygularını İfade Etmesi: Dinlediği sorun karşısında kendi duygularını sözle ya da davranışla ifade eder; örneğin “üzüldüm” ya da “sevindim” der.

7. Desteklemek: Karşısındaki kişinin sözlerini tekrarlamadan, onu anladığını, onu desteklediğini belirtir.

8. Soruna Eğilebilmek: Kendisine anlatılan soruna eğilir, sorunu irdeler, soruna ilişkin sorular sorar.

9. Tekrar Etme: Kendisine iletilen mesajı (sorunu), gerektiğinde mesaj sahibinin kullandığı bazı kelimelere de yer vererek özetler. Yani dinlediği mesajı kaynağına yansıtmış olur. Bu arada dinlediği kişinin yüzeysel duygularını da yakalayarak yansıttığı bu mesaja ekler.

10. Derin Duyguları Anlayabilmek: Bu basamakta empati kuran kişi, kendisini empati kurduğu kişinin yerine koyarak, onun açıkça ifade ettiği ya da etmediği tüm duygularını ona eşlik eden düşüncelerini fark eder ve bu durumu ona ifade eder.

Yukarıdaki basamaklardan, 1. basamak onlar basamağına aittir. Yani diğer insan ile kurulan iletişimde toplum ne düşünür ve hisseder kaygısı ağır basmakta ve diğer insana o şekilde yaklaşılmaktadır. 2.3.4.5.6. basamaklar ben basamağına aittir. Bu şekilde diğer insan ile iletişim kuran kişi diğer insanı anlamak yerine kendi düşüncelerini diğer insana aktarmaya çalışır. Bir şekilde kendisini ifade etmiş olur. 7.8.9.10. basamaklar ise sen basamağına aittir. Bu düzeyde diğer insana karşı geliştirilen iletişimde temel amaç diğer insanı anlamaya çalışmak yatar. Bu şekilde iletişimin tarafları arasında bir yakınlık gelişmesi söz konusu olmaktadır. Empati ile ilgili kuramsal açıklamalardan da anlaşılacağı üzere gerçek anlamda empati yalnızca son dört basamakta yani sen basamağına ilişkin olarak ortaya çıkmaktadır. Son dört basamaktan önceki basamakları asıl empati kurmaya giden basamaklar olarak düşünülebilir. Bununla birlikte empatik davranışın sadece 10. basamakta kurulabileceği söylenilebilir.

Empatik İletişim

Bireyler arası ilişkilerde gönderilen iletilerin duygusal yönü ve içeriği ile algılanması ve anlaşılması empatik iletişimin ön şartı olarak kabul edilir. Karşıdakinin içerisinde bulunduğu şartlar dikkate alınmadan gönderilen mesajlar muhatapta beklenen etkiyi göstermez ve gerekli

feed-backde alınmaz, dolayısı ile de sorunun çözümü noktasında mesafe kat edilemez. Empatik iletişim ile kişi içsel bir bakış açısı kazanır. Aldığı mesajı önce kendi içerisinde objektif bir değerlendirmeye tabi tutar ve vereceği cevap karşısındakine çare olacak şekilde kodlanır. İçselleştirmeyi: “İletişim durumlarında karşısındakinin gösterdiği sosyal dış dünyayı görürüz; oysa o yüzün ardında başka bir öznel iç dünya vardır ve mesajın gerçek anlamı bu iç dünyada oluşur.” Olarak tanımlamaktadır.

Kendi içsel ve dışsal dünyamızı kavradığımız ölçüde başka dünyaları da kavrayabileceğimize dair duygular, kişiye empati yeteneği kazandırır. Bu yetenek iletişim ile birleşir ve işbirliği halinde yürürse kişiler dünyalarını birbirlerine açar ve adil, iyi niyetli bir zeminde buluşarak sorunlarına çözüm bulmanın temelini atarlar. Empatinin üç temel öğeden oluştuğu bu öğelerin birbirini tamamlayacak şekilde kullanılmasının empatinin kalitesini artıracığı bilinmektedir. Dökmen bu üç öğeyi:

1) “Empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Her insanda bir algısal yaşantı vardır, bu yaşantı özeldir. Yani her insan dünyaya, kendine özgü bir bakış tarzıyla bakar. Eğer bir insanı anlamak istiyorsak, dünyaya aynı bakış açısıyla bakmalı, olayları onun gibi algılamalı ve onun gibi yaşamalıyız.” diyerek ALGI ya;

2) “Empati kurmuş olmak için karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru anlamak gerekir. Yani empati kuran kişi, bazı araştırmacıların ileri sürmüş olduğu empatinin iki bileşeni olan duyuşsal ve bilişsel bileşenleri hissetmeli ve anlamalıdır.” diyerek DUYGU ve BİLGİ’ye;

3) “Empati kuran kişinin zihninde oluşturduğu empatik anlayışı karşısındakine ifade etmelidir.” diyerek İLETİŞİM boyutuna vurgu yapmaktadır. Empatinin bireyin iç dünyasındaki karşılığı olan algı, bilgi ve duygu bir bütünlük içerisinde empatik beceriyi beslerler, bu üç unsuru birbirinden ayırarak herhangi birine yaslamaya çalışmak empatiyi tam anlayamamaktır.

Empati ve Hemşirelik İlişkisi

Hemşirelik bir yardım mesleğidir. Yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçta sorunları ile daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır.

Hemşirenin hastasını tarafsız şekilde anlayabilmesinde empatik beceri ve eğiliminin etkili olduğu kabul edilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar hemşirelerin hastalarla etkileşimleri, empati kurabilme ve yardım edebilme becerilerinin hastalar tarafından olumlu ve yeterli bulunmadığını ve bu durumun sağlık bakımında engel oluşturduğunu göstermektedir. Oysaki etkili iletişim kuran hemşirelerden bakım alan hasta ve yakınlarının duygusal olarak kendilerini iyi hissettikleri, etkisiz iletişim kuran hemşirelerden bakım alanların ise belirsizlik, memnuniyetsizlik, endişe ve hayal kırıklığı yaşadıkları belirtilmektedir. Hemşire hasta ilişkisinde değerli olan empatik iletişim becerisinin hemşirelik eğitimi süresince etkili eğitim yöntemleri ve uygulamalarla kazandırılabilceği, geliştirilebileceği yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır.

Empatik tepki verirken; sözlerimizi destekleyen sözsüz davranışlarımız da karşımızdaki kişiyi anladığımızı iletir. Örneğin “Çok sıkıntılı bir hafta sonu geçirmişsiniz” derken, ilgi ile gözlerine bakmak gerekiyorsa eline veya omzuna dokunmak, bireyin anlaşıldığını hissetmesini sağlar.

Empati yardım edici ilişkinin en temel bileşenlerindendir. Empatik anlayış olmadan kişilerin duygusal dünyalarına girmenin mümkün olamayacağı ve gerçek anlamda bir yardım yapılamayacağını belirtilmektedir. Empati, bir kişinin kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması ve o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu iletmesi sürecidir. Ancak çalışmalar hemşirelerin hastalarla etkileşimleri, hastalara yaklaşımları ve bakım verme etkinliklerinin hastalar tarafından olumlu ve yeterli bulunmadığını göstermektedir.

Empatinin Karıştırıldığı Kavramlar

Empati ve Sempati Arasındaki Fark

Empati (Eşduyum) ile sık olarak karıştırılan sempati (sympathia) kelimesindeki “sym” ya da “syn” öneki, “ile, ile birlikte ya da birlikte” anlamına gelir. “Empati (Eşduyum)”nın “ile hissetmek” biçiminde kullanılması empati (eşduyum) ile sempatinin karıştırılmasına yol açar. Empati (Eşduyum) bazen hastaya karşı gösterilen “sıcak, kabullenici ve sempatik tepkiler” anlamında hatalı bir şekilde kullanılmaktadır.

Bir insana sempati duymak demek, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak, onunla birlikte acı çekeriz ya da seviniriz. Empati kurduğumuzda ise karşımızdakinin duygu ve düşüncelerini anlamak esastır. Kendimizi sempati duyduğumuz kişinin yerine koymamız ve anlamamız şart değildir; sempatide “yandaş” olmak esastır. Empati kurduğumuzda ise karşımızdaki kişiyle aynı duyguları ve görüşleri paylaşmamız gerekmez; sadece onun duygularını ve düşüncelerini anlamaya çalışırız. Bir insanı “anlamak” başka şeydir, ona “hak vermek” başka şeydir. Empatide anlamak, sempati de ise anlamış olalım ya da olmayalım, karşımızdakine hak vermek söz konusudur.

Empati yardıma yönelik bir davranış, sempati daha çok mizaçla alakalıdır. Bazı insanlar karakteristik özellik olarak sempatiktir. Duyguyu hemen paylaşır ve o duygunun içinden kolayca çıkamaz. Çok yapıldığı takdirde yararı olmayan ve yorucu bir haldir.

Empati ve Özdeşim Arasındaki Fark

Özdeşim, bir kişinin birçok yönleri ile bir başka kişiye benzemesi yoluyla gerçekleşen, otomatik, bilinç dışı işleyen zihinsel bir süreçtir. Olgunlaşma (maturation) ve zihinsel gelişimle de yakından ilişkilidir. Bir kişinin uyumsal ya da savunmacı tepki biçimi, genellikle sevilen, beğenilen ya da korkulan bir kişi ile özdeşimine bağlanır.

Özdeşim aracılığı ile bir kişi, özdeşim yaptığı kişiden arzuladığı gereksinimleri konusunda doyurucu şekilde yardım alabilir. Özdeşim sonucunda sevilen bir kişiden ayrılmak, daha katlanılabilir hale gelebilir. Özdeşimde klinisyenin yalnızca hastanın duygusal durumunu anlamakla kalmayıp bunu hissetmeye devam etmesi temel farklılıklardan biridir. Oysa empatide böyle bir süreklilik söz konusu değildir. Empati yapılabilmesi için, hissettikleri açısından terapistin ne hasta ne de kendi tarafında sürekli kalmaması, esnek ve gereksinimlere uygun biçimde yer değiştirebilmesi önemlidir. Empatinin vazgeçilemez

yönlerinden birisi terapistin kendisini hastanın yerine koyabilme yetisidir. Bu temel unsur olmadan, hasta ve terapist arasındaki etkileşim empatiye dayalı olmayacaktır. Empatinin sağlanabilmesi için de, hastada özdeşime dayalı kişiler arası sürecin anlaşılması gerekir.

Doğru Empati Nasıl Kurulur

Bir insanın karşısındaki bir kişiyle empati kurabilmesi için gerekli olan öğeleri şöyle sıralayabiliriz.

a) Empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Eğer bir insanı anlamak istiyorsak dünyaya onun bakış tarzıyla bakmalı, olayları onun gibi algılamaya ve yaşamaya çalışmalıyız. Bunu gerçekleştirmek için de empati kurmak istediğimiz kişinin rolüne girmeli, onun yerine geçerek adeta olaylara onun gözlüklerinin gerisinden bakmalıyız.

Karşımızdaki kişinin rolüne girerek empati kurduğumuzda, o kişinin rolünde kısa bir süre kalmalı, daha sonra bu rolden çıkarak kendi yerimize geçebilmeliyiz. Aksi halde empati kurmuş sayılmayız. Karşımızdaki ile özdeşim kurmak (ona benzemek) ya da sempati kurmak farklı şeylerdir.

b) Empati kurmuş sayılmamız için karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru anlamamız gereklidir. Karşımızdakinin yalnızca düşüncelerini ya da yalnızca duygularını anlamamız yeterli değildir. Çünkü karşımızdakinin rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlamamız, bilişsel nitelikli bir etkinlik (bilişsel rol alma/bilişsel perspektif alma), karşımızdakinin hissettiklerinin aynısını hissetmemiz ise, duygusal nitelikli bir etkinliktir (duygusal rol alma/duygusal perspektif alma). Bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı sayılabilir.

c) Empati tanımındaki son öge, empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın, karşıdaki kişiye iletilmesi davranışdır. Karşımızdaki kişilerin duygularını tam olarak anlasak bile, eğer anladığımızı ona ifade etmezsek empati kurma sürecini tamamlamış sayılmayız.

Araştırmacılar, insanların zihinlerinde kurdukları empatiyle, karşılarındaki kişiye ilettikleri empati arasında farklılıklar bulunduğunu belirtmektedir. Bu farkın özellikle çocuklarda daha belirgin olması söz konusudur. Çocuklar, karşılarındaki kişilerin duygularını ve düşüncelerini doğru anlasalar bile, bu durumu iletmekte başarılı olmayabilirler. Biz yetişkinlerde zaman zaman, karşımızdakinin düşüncelerini ve duygularını doğru anlasak bile, uygun empatik tepki vermekte, yani içimizdekini ifade de güçlük çekeriz. Örneğin üzüntülü olan bir insanın sıkıntısını kendi içimizde hissedebiliriz fakat bu durumu ona ifade etmeye geldiğinde ise hiçbir şey yokmuş gibi gülümseyerek “takma kafanı” diyebiliriz. Eğer böyle yaparsak yüzümüzdeki ifadeyle ve söylediğimiz sözle içimizdeki duygular arasında çelişki var demektir. Böyle yaptığımızda doğru empati kurmuş fakat bunu karşıdakine yeterince iletmemiş oluruz.

Karşımızdaki insanlara empatik tepki vermenin başlıca iki yolu vardır: Yüzümüzü-bedenimizi kullanarak onu anladığımızı ifade etmek ve sözlü olarak onu anladığımızı ifade etmek. Empatik tepki vermenin en etkili yolu ikisini birlikte kullanmaktadır.

YÜZ VE BOYUN MASAJI

- 1- Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları, her iki kulağın üst hizasında olacak şekilde şakaklara yerleştirilir. Düz bir çizgi üzerindeymiş gibi kulak hizasından klavikulaya kadar hafif bası yaparak parmaklar indirilerek masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 2- Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları alnın orta kısmında simetrik olarak birleştirilir. Önce alna sonra şakaklara daha sonra boynun yan kısımlarına ve klavikulaya kadar hafif bası yaparak masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 3- Göz masajı için, orta parmak ile her iki gözün dış konkavından iç konkavına önce kaş hizası boyunca şakaklara kadar gözün üst kısmına; sonra gözün iç konkavından başlayarak dış konkava doğru elmacık kemiğinin üzerine en son şakaklara kadar gözün alt kısmına hafif bası ile masaj yapılır. Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları şakaklardan birleştirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 4- Ağız masajı için, her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları simetrik olarak çenede birleştirilir. Hafif bası yaparak dudaklar etrafında aşağıdan yukarı doğru masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 5- Burun masajı için, her iki elin orta parmağı burnun alt kısmı ile yanakların birleştiği boşluğa yerleştirilir. 3 kez bu boşluğa masaj yapılır. Daha sonra burnun üst kısmına doğru parmaklar ilerletilir. Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları kullanılarak burnun yanlarına hafif bası ile masaj yapılır. Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları şakaklardan birleştirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Bu hareket 4 kez tekrarlanır.
- 6- Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları simetrik olarak çenede birleştirilir. Ağızın yanlarından itibaren yanaklar üzerinde gözlerin altına kadar parmaklar hafif bası ile yukarı doğru kaydırılır. Elmacık kemiği üzerinde 3 saniye bası yapılır. Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları şakaklardan birleştirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 7- Sağ el parmakları ile sağ çene desteklenir. Sol el parmakları ile sol çeneden başlayarak burnun üst kısmına doğru, sol yanağa hafif bası ile masaj yapılır. Parmaklar gözaltında elmacık kemiği boyunca kaydırılarak şakağa getirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır. Aynı hareket diğer yanak için tekrarlanır.
- 8- Her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları yatay olarak burnun her iki yanında yanaklarda birleştirilir. Hafif bası ile şakaklara kadar gerdirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 9- Çene masajı için, her iki elin bileğe yakın avuç kısmı çene altında birleştirilir. Hafif bası ile ağızın her iki yanından yanak hizasına kadar gerdirilir. 3 saniye bası yapılır. Eller kaldırılmadan yanaklar üzerinden şakaklara kadar gerdirilir ve klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 10- Her iki elin bileğe yakın avuç kısmı çene altında birleştirilir. Basının kuvvetli olabilmesi için baş hafifçe öne eğilir. Elin bu kısmı ile mandibuladan kulak hizasına kadar bası yaparak gerdirilir. Baş kaldırılır. Parmaklar ile kulak hizasından klavikulaya kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.
- 11- Sağ elin bileğe yakın kısmı çenenin tam altına ve başparmak mandibula hizasına yerleştirilir. Başparmak ve avuç ile mandibula boyunca çene altından kulak arkasına

kadar bası ile masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır. Aynı hareket diğer taraf için tekrarlanır.

12- Yüz kasları için her iki elin başparmakları simetrik olarak çene altında, elin üst kısmı da burun köküne doğru, elin görüntüsü üçgen olacak şekilde yüz üzerinde birleştirilir. Elin üst kısmı, burun hizasından kulaklar ve şakaklara doğru, yanaklar üzerinden bası yapıp gerdirilerek masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.

13- Alın masajı için, sağ elin işaret-orta ve yüzük parmakları alın üzerine yerleştirilir. Parmaklar, alın boyunca aşağı-yukarı bası yapıp hareket ettirilerek masaj yapılır. Daha sonra her iki elin işaret-orta ve yüzük parmakları simetrik olacak şekilde alna yerleştirilir. Her iki elin parmakları yardımıyla alnın tam ortasına bası yapılır ve alından şakaklara kadar gerdirmeye ve klavikula kadar masaj yapılır. Hareket 3 kez tekrarlanır.

OMUZ VE BOYUN MASAJI

Öncelikle omuzdaki bası noktalarını hissetmek gerekmektedir. Omuz ve boyun birbiri ile açı yaptığı bölgede, strese gerilmiş ve katılaşmış omuz kaslarının rahatlamasına katkı sağlayan iki adet bası noktası bulunmaktadır. Rahat bir pozisyon alın, sırtınızı dikleştirin. Derin nefes alın ve verin.

1. Sağ omuzdaki bası noktaları için, sol elin işaret-orta ve yüzük parmakları ile trapez kasını bulun ve kasın alt ve üst noktalarındaki boşlukları hissetmeye çalışın.
2. Önce trapez kasının üst noktasına işaret-orta ve yüzük parmaklarınızı yerleştirin. Derin ve yavaş nefes alın. Parmaklarınızla bu nokta üzerine 10 saniye sıkıca bastırın.
3. Sonra trapez kasının alt noktasına işaret-orta ve yüzük parmaklarınızı yerleştirin. Derin ve yavaş nefes alın. Parmaklarınızla bu nokta üzerine 10 saniye sıkıca bastırın.
4. Daha sonra trapez kasının alt ve üst noktalarına aynı anda işaret-orta ve yüzük parmaklarınızı yerleştirin. Derin ve yavaş nefes alın. Parmaklarınızla bu nokta üzerine 20 saniye sıkıca bastırın.
5. Aynı işlemi sol omzunuza sağ eliniz ile tekrarlayın.

Öncelikle boyundaki bası noktalarını hissetmek gerekmektedir. Bu noktalardan biri boyunun arka kısmında, tiroid dengesini sağlayan, boyun-omuz ağrılarını, uykusuzluğu ve stresi azaltan, cennet sütunu noktası B 10 olarak adlandırılan, C2 hizasında sağda ve solda bulunan noktalardır. Rahat bir pozisyon alın, sırtınızı dikleştirin. Derin nefes alın ve verin.

1. Sağ taraftaki bası noktası için sol elin işaret-orta ve yüzük parmakları ile C2 hizasını yani ense saçlı hizasındaki kas boşluğunu hissetmeye çalışın.
2. İşaret-orta ve yüzük parmaklarınızı bu nokta üzerine yerleştirin. Derin ve yavaş nefes alın. Parmaklarınızla bu nokta üzerine 20 saniye sıkıca bastırın. Masaj yapın.
3. Aynı işlemi sol taraftaki bası noktası için sağ eliniz ile tekrarlayın.
4. Son olarak sağ elinizle sağdaki, sol elinizle soldaki bası noktalarına aynı anda bası yapın.

Boyundaki bir diğer bası noktası bilinç kapısı noktaları GB 20 olarak adlandırılan, kafatası kemiği kenarının altında, sağda ve solda bulunan noktalardır. Rahat bir pozisyon alın, sırtınızı dikleştirin. Derin nefes alın ve verin.

1. Başparmaklarınız ile kafatası kemiğinizi ve kemiğin kenarı ile kas arasındaki boşluğu hissetmeye çalışın.
2. Başparmaklarınızı aynı tarafta bulunan (sol başparmak-sol nokta) bası noktaları üzerine yerleştirin. Diğer parmaklarınız ile başınızdan destek alabilirsiniz. Derin ve yavaş nefes alın. Parmaklarınızla bu nokta üzerine 20 saniye sıkıca bastırın.

ARŞETİPİKAL HAREKETLER

Aktif tedavideki hareketlerin amacı, bedeni, ruhsal ve fiziksel yönden geliştirmek ve korumaktır. Bu tedavi “Anadolu Yogası” olarak da bilinir. Aktif tedavideki hareketlere pentatonik müzik eşlik etmektedir. Yurt dışında büyük ilgi gören bu tedavide kullanılan hareketler, atalarımız tarafından sağlıklı bir hayat sürebilmek için topluca ya da bireysel olarak uygulanırdı. Bağışıklık sistemini güçlendiren ve bu sayede birçok hastalığın oluşmasını önleyen hareketlerin, günlük hayata uyarlanması yararları, modern tıbbın birçok kolunun ilgi odağı olmuştur.

Bu uygulamada ana düşünce; unutulmuş duyguları yeniden uyarmak ve yeni duygular üreterek kişinin içinde bulunduğu hâli değiştirmek ve sağlıklı yaşama şartlarına adaptasyonunu sağlamaktır. Bu amaçla, uygun hareketlerle, tabiatta bozulmadan, devam eden uyuma ve dengeye ulaşma faaliyeti olarak tarif edilebilecek olan seans; pentatonik ve yarı pentatonik ve otantik olarak yaşayan Türk musikisi repertuarı ile tabii, otantik enstrümanların icra beraberliğinde yürütülmektedir. Otistik, nevrotik, pasif, korkak, çekingen, sıkıntılı kişiler ile spastik, özürlü kişilerde hem duyguların değişmesi şeklinde, hem de egzersiz vasıtası ile hareket kabiliyetinin gelişmesi yönünde olumlu terapi etkileri bu seans ile sağlanabilmektedir. Kol, omuz ve baş hareketleri ile hazırlık ve terapi sağlar. Orta Asya melodileri ile imaj görerek tedavinin kolaylaşmasını sağlar. Pasif müzikterapi çalışmasıdır.

BAKSI DANSI

Eski Türklerde “baksı” adı verilen koruyucu hekimlerin, tedavi sırasında transa geçmek ve bilgi almak için kullandıkları dansa “Baksı Dansı” denilmektedir. Baksı dansı, kılkopuz ve dombra çalgıları eşliğinde yapılan bir dandır. Stres, depresyon, halsizlik, kas spazmları, kireçlenme ve romatizma gibi rahatsızlıklar için son derece faydalı ve etkili bir tedavi yöntemidir. Tedaviyi başarıya ulaştıran etkenler, kan dolaşımını artması, beyine oksijen taşıyan kanalların rahatlaması, stres ve depresyonun omuzlara bindirdiği yüklerin dağılması ve doğayı taklit ederek insanın sağlığını yeniden kazanmasıdır.

Seansın Uygulanması:

1. El, göz ve kalp arasında denge sağlamak ve elleri tanımak (Beyindeki nöronların en çoğu eller ile dile ayrılmıştır).
2. Kolların dıştan içe daire çizmesi şeklinde olup; tarifi, dış tesir ve uyarılardan uzaklaşıp, bize bahsedilen gerçek değerlere ve kendi özümüze yönelmektir. Sağlık için, birlik ve bütünlük duygularına ulaşmak için iç konsantrasyon.
3. Kolların dıştan içe geniş kavis çizerek, yere paralel hareketi. Kavuşma, yol ve mesafe kat etme, ulaşma, yüzmeye, uçuşa, koşma gibi tabii hareketlerle rezonans çalışması.

4. Stres ve fizik-enerji blok merkezleri olarak bilinen omuzları ve sırt, göğüs kas ve kemiklerini çalıştıran bir hareket. Eller belde sabit tutularak iki omuzun da öne arkaya ve sağa-sola hareketi esas alınır.
5. Eller belde olmak üzere başın öne-arkaya ve yanlara hareketidir. Özellikle ense ve boyun kasları ile beyne giden sinir ve damarlar için geliştirici ve yol açıcı egzersiz olarak tarif edilir.
6. Hareket seans boyunca öğrenilen hareketlerin tabiat hareketlerindeki uyum ve denge düşünülerek-zorlama olmadan-içe doğacak ve derinden hissedilecek şekilde icraatı. (kuş uçuşu, at koşusu, su akışı, rüzgâr esişi v.b. gibi). Bu seans sonunda ayağa kalkılır ve bütün vücut hareket eder, yavaş yavaş ağırlaşarak seans biter.

EK 9. Onam Formu

Onkoloji hastalarıyla çalışmak streslidir. Klinikte çalışan hemşireler olarak karşılaştığınız ölüm, acı çekme olgularının sıklığı, hastalık sürecinde hasta ve aileleri ile kurulan iletişim süreci, kurumsal öğeler hemşirelerin duygusal olarak etkilenmesine, distrese, tükenmeye ve iş doyumunda azalmaya hatta işten ayrılmaya bile neden olmaktadır. Hemşirelerin klinikte etkin çalışmaları etkilenmekte ve olumsuz olgularla sık karşılaşma sonucu duyarsızlaşma gelişebilmektedir. Bu çalışma ile, travmatik/stresli deneyimlerin etkilerinin travma sonrası gelişmeye dönüştürülmesi; onkoloji hastasıyla çalışan hemşirelerin yaşadıkları ve etkili olduğu düşünülen faktörlerin değerlendirilmesi ve psikoeğitimsel müdahale ile hemşirelerin güçlenmesi, karşılaştıkları travmatik/stresli olaylarla etkin baş edebilmesi hedeflenmektedir.

Bu araştırmaya onkoloji hastasıyla çalışan hemşireler alınacaktır. Psikoeğitim programının uygulanması için sizinle grup toplantıları yapılacaktır. Grup toplantıları 2 oturum olmak üzere yaklaşık yarım gün sürecektir. Onkolojide hemşire olmanın güçlükleri, ölümcül hastayla çalışmanın zorlukları, hasta sorularına yanıt verebilme, empati, farkındalık, problem çözme ve baş etmeye yönelik içerik olacaktır. Psikoeğitim müdahalesinin amacı, sizleri klinikte yaşadığınız stresli deneyimler ve sonuçları ile ilgili farkındalık geliştirmek, baş etme becerilerini güçlendirmek, sizi desteklemek ve duygusal olarak güçlendirmektir. Bu araştırmanın sonuçlarını ölçmek için, araştırmanın başında ve sonunda “profesyonel yaşam kalitesi ölçeği ve travma sonrası gelişme ölçeği” doldurulacaktır. Bu ölçeklerin doldurulması ortalama 10 – 15 dk. sürecektir. Çalışmaya katılmak herhangi bir maddi yük getirmeyecektir. Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu dahi olmayacaktır. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun etik kurul komitesine açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Hemşirenin beyanı; “**GÜLAY YILMAZ**” tarafından “**Onkoloji hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu, iş doyumunu, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine psikoeğitimin etkisi**” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi ile verdiğim bilgiler ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım “**0541...**” telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Hemşirenin Adı Soyadı, Doğum tarihi, Adres/Tel, İmza

Tanık Adı Soyadı, Doğum tarihi, Adres/Tel, İmza

Uygulayıcı Adı Soyadı, Adres/Tel, İmza

Görüşme tarihi ve saati:

EK 10. Onkoloji Hemşireliği Derneği İzni



ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ
Talatpaşa Bulvarı 113/35
Hamamönü/Ankara
Tel: +90-312-3054292
Fax: +90-312-3092912
www.onkohem.org.tr
e-mail: onkohem1989@yahoo.com

Tarih: 25 Mart 2013

Sayı: 3

İlgili Makam'a;

Kurumunuz elemanlarından sayın Prof. Dr. Betsi Üstün'ün yapacağı araştırma için derneğimiz Web sitesini kullanarak üyelerimize ulaşmasına Yönetim Kurulu kararıyla izin verilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

Onkoloji Hemşireliği Derneği
Yönetim Kurulu Adına,
Dernek Başkanı
Sevinç KUTLUTÜRKAN

EK 11. Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : B.08.6.YÖK.2DE.H.00.0.05.00 -155

07.1.032013

Konu :

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

13.03.2013 • 002729

İLGİ:05.03.2013 tarihli 393 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Fakülteniz Sağlık bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında danışmanlığını Prof.D.rBesti Üstün'ün yaptığı Gülay Yılmaz'ın "Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi" isimli doktora tezini Hastanemizde yapabilmesi uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim

EK 12. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ		
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR		
FAKS	0 232 412 22 43		
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr		

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	963 -GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN D.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	ARAŞTIRMAYA KATILAN	TEK MERKEZLİ	ÇOK MERKEZLİ ☐
Doç.Dr. Gül YERLİ	Hemşirelik ve	Hemşirelik ve Hemşirelik	Kadın 5 ☐ H ☒
Uzm.Dr. Ahmet C. BİLİR	Hemşirelik	Etiler Tıp Fakültesi ve	Etiler 5 ☐ H ☒
Hemşirelik	Engel ve	Engel ve	Engel 5 ☐ H ☒

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/11-11	Tarih: 28.03.2013
	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN'ün sorumlusu olduğu "Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoğitimin Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☒ H ☐	Katılmadı
Prof.Dr.Kemal Kürşad GENÇ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr. Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐ H ☒	

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN sorumlu araştırmacı olduğu için, çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

EK 13. Özgeçmiş**ADI SOYADI:** Gülay YILMAZ

TC Kimlik No / Pasaport No:	49093074062
Doğum Yılı:	1982
Yazışma Adresi:	Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu – Yozgat
Telefon:	(0354) 242 10 34
Faks:	-
e-posta:	gulay.yilmaz22@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Doktora	2012- Devam ediyor
TR	Mersin Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelik	Yüksek Lisans	2007
TR	Erciyes Üniversitesi	Nevşehir Sağlık YO	Hemşirelik	Lisans	2003

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Bozok Üniversitesi	TC	Yozgat	Sağlık YO/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD	Öğretim Görevlisi	2011-
Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	TC	Mersin	*Kardiyoloji-Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği/Yoğun Bakım Ünitesi *Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği *Cerrahi Kliniği	Uzman Hemşire	2007-2011
Mersin Üniversitesi	TC	Mersin	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık YO/ Hemşirelik AD	Araştırma Görevlisi	2005-2007

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
Psikiyatri hemşireliği, koruyucu ruh sağlığı, yoğun bakım hemşireliği

DİĞER AKADEMİK FAALİYETLER

Son Bir Yılda Uluslararası İndekslere Kayıtlı Makale/Derleme İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			-
Son Bir Yılda Projeler İçin Yapılan Danışmanlık Sayısı			-
Yayınlarla Alınan Toplam Atıf Sayısı			-
Danışmanlık Yapılan Öğrenci Sayısı		Tamamlanan	Devam Eden
	Yüksek Lisans	-	
	Doktora	-	
	Uzmanlık	-	
Diğer Faaliyetler (Eser/görev/faaliyet/ sorumluluk/olay/üyelik vb.)	Projeler: “Anksiyete ile Başetme Eğitiminin Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi”. Mersin Üniversitesi, 2007. BAP-SYO HB (ST) – Araştırmacı. Yürütülen Görevler: Bozok Üniversitesi Sağlık YO Müdür Yardımcılığı. 2015-2016 Bozok Üniversitesi Sağlık YO Yönetim Kurulu Üyeliği. 2015-2016 Bozok Üniversitesi, Sağlık YO İşveren Vekili. 2015-.... Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitü Kurul Üyeliği. 2014-.... Bozok Üniversitesi Sağlık YO Eğitim Komisyonu Üyeliği. 2011-.... Bozok Üniversitesi Sağlık YO Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Anabilim Dalı Başkanlığı.2011-.... Verilen Konferanslar: * Yılmaz G.; “Hemşirelerde Tükenmişlik ve Başa Çıkma Stratejileri”. Bozok Üniversitesi Bozok Hemşirelik Gelişim Günleri Sempozyumu. 03-04 Aralık 2015, Yozgat. * Yılmaz G.; “Özel Eğitimde Ergenlik ve Cinsel Eğitim”. Yozgat Uğur Bektaş Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi, 24 Nisan 2015, Yozgat. * Yılmaz G.; “İletişimin Gücü ve Sağlığa Yansıması”. Sağlık Haftası Etkinlikleri, Bozok Üniversitesi. 7-13 Nisan 2012, Yozgat. * Yılmaz G.; “İletişim”. Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü Hizmet İçi Eğitim Programı (Destek Personeli), MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi. 21 Şubat 2009, Mersin. * Yılmaz G.; “Hasta - Hasta Yakını - Hemşire İletişimi”. Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü Hizmet İçi Eğitim Programı (Hemşire), MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi. 18 Şubat 2009, Mersin. * Yılmaz G.; “Liyezon Hemşireliği”. Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü Hizmet İçi Eğitim Programı, MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi. 27 Kasım 2008, Mersin.		

	* Yılmaz G.; “2007 yılı Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) Teması: Olumlu Uygulama Çevreleri: Kaliteli Çalışma Ortamları = Kaliteli Hasta Bakımı (Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care)”. 12 Mayıs Dünya Hemşireler ve 5 Mayıs Dünya Ebeler Günü – Mayıs 2007, Mersin. * Yılmaz G.; “Atılganlık (Assertiveness)”. 12 Mayıs Dünya Hemşireler ve 5 Mayıs Dünya Ebeler Günü – Mayıs 2005, Mersin. Kongre ve Sempozyumlar: * “Hemşirelik Süreci Sempozyumu”. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 12-13 Mayıs 2016, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “Öğrenci Hemşirelerde Profesyonelleşme Süreci Sempozyumu”. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 30-31 Mart 2016, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “Bozok Üniversitesi Bozok Hemşirelik Gelişim Günleri Sempozyomu”. 03-04 Aralık 2015, Yozgat. (Konferans, Katılım, Düzenleme Kurulu). * “15. Ulusal Hemşirelik Kongresi”. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 10-12 Eylül 2015, Erzurum. (Katılım) * “Türkiye Üniversiteleri Sağlık Bilimleri Enstitüleri XXVII. Kongresi”. 8-9 Mayıs 2015, Manisa. (Katılım) * “3. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Hemşirelikte Kariyer Planlama Sempozyumu”. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 06-08 Mart 2015, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “Geriatride Güncel Hemşirelik Yaklaşımları Sempozyumu”. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 17-19 Nisan 2014, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “Quality Indicators of Nursing PhD Education”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 28-30 Kasım 2012, İzmir. (Katılım) * “14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi”. 4-7 Ekim 2011, Trabzon. (Sözel Bildiri) * “I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi”. 22-24 Eylül 2011, İstanbul. (Poster Bildiri) * “V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi”. 24-28 Eylül 2009, Antalya. (Katılım) * “I. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri”. GATA. 27 - 28 Nisan 2007, Ankara. (Katılım) * “Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulaması: Çocuklarda Acı ve Üzüntünün Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Sempozyumu (Evidence Based Nursing Practice: A Nursing Symposium on Preventing Pain and Distress in Children)”. (Amerikan Hastanesi & Koç Üniversitesi & Texas Children’s Hospital), Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi. 22 - 23 Eylül 2005, İstanbul. (Katılım)
--	--

	Kurslar (Katılımcı-İzlemci): * “Bilimsel Makale Yazma Eğitimi”. Bozok Üniversitesi Rektörlüğü, 20 Kasım 2015, Yozgat. (Katılım) * “Kişisel Gelişimde Önemli Kavramlar ve Beceriler”. 3. Ulusal Bireysel Gelişim Günleri Hemşirelikte Kariyer Planlama Sempozyumu. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 06-08 Mart 2015, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “ELNEC-Sağlık Çalışanları İçin Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Kursu”. Onkoloji Hemşireliği Derneği-Başkent Üniversitesi, 11-13 Haziran 2014, Ankara. (Katılım) * “İş Sağlığı ve Güvenliği”. Bozok Üniversitesi Rektörlüğü, 24-25 Nisan 2014, Yozgat. (Katılım) * “Geriatric Hemşireliği Kursu”. Bozok Üniversitesi Sağlık YO, 18-19 Nisan 2014, Yozgat. (Katılım-Düzenleme Komitesi) * “Proje: Düşünceden Eyleme”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 26-27 Kasım 2012, İzmir. (Katılım) * “İletişimde Güçlenme: Kendimizle Tanışmak”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 27 Eylül 2012, İzmir. (Katılım) * “Psikodrama Yöntemiyle Sorun Çözme Çalışma Grubu”. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 22-24 Eylül 2011, İstanbul. (Katılım) * “Bilişsel-Davranışçı Terapi Grubu Çalışma Grubu”. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 22-24 Eylül 2011, İstanbul. (Katılım) * “Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu”. MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi. 1 Şubat 2010 – 26 Mart 2010, Mersin. (Katılım) * “Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Hemşirelik Kursu”. V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi. 26 Eylül 2009, Antalya. (Katılım) * “Palyatif Hasta Bakımı ve Zor Hastaya Yaklaşım”. MEÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi. 15 Mayıs 2009, Mersin. (Katılım) * “Kanseri Önleme Projesi – Kendi Kendine Meme Muayenesi”. Mersin İl Sağlık Müdürlüğü. 22 Aralık 2005, Mersin. (Katılım) * “2004-2005 Bahar Yarıyılı Mezuniyet Sonrası Biyoistatistik Eğitimi”. MEÜ Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD. 31 Ocak – 4 Şubat 2005, Mersin. (Katılım)
--	--

ÖDÜLLER

	Ödülün Adı	Alındığı Kuruluş	Yılı
□	-	-	

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

-

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

1- Türkleş, S., Karataş, B., **Yılmaz, G.**; “Effect of Coping with Anxiety Education on Women’s Anxiety Level”. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 2011:13(3), s:20-27.

Hakemli Konferans/Sempozyumların Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Yılmaz G.; Ünal G, Boztemir A, Karabulut S ve ark. “Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi”. Öğrenci Hemşirelerde Profesyonelleşme Süreci Sempozyumu Bildiri Kitabı, 30-31 Mart 2016, Yozgat. (Sözel Bildiri)

Yılmaz G., Üstün B.; “Onkolojide Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler”. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı 1-3 Eylül 2014, Ankara. (Sözel Bildiri)

Yılmaz G., Üstün B.; “Merhamet (Eşduyumu) Yorgunluğu: Kavram Analizi”. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı 1-3 Eylül 2014, Ankara. (Poster Bildiri)

Yılmaz G.; “Yaşlılık ve Varoluş”. Geriatriye Güncel Hemşirelik Yaklaşımları Sempozyumu. 17-19 Nisan 2014, Yozgat. (Poster Bildiri)

Yılmaz G.; “Hasta Yakınıyla Etkileşim Süreci: Olgu Sunumu”. 2. Uluslararası 6. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı CDsi. p:286-287. 4-7 Ekim 2012, Erzurum (Poster Bildiri – P74)

Yılmaz G.; “Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Koruyucu Ruh Sağlığına Yönelik Hizmetleri ve Kadınlarda Sık Görülen Ruhsal Bozuklukları Tanıma Düzeyleri”. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet CDsi. 4-7 Ekim 2011, Trabzon. (Sözel Bildiri – S053)

Türkleş S., Karataş B., **Yılmaz G.**; “Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınların Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi”. XI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı. p:242-243. 5-8 Eylül 2007, Ankara (Poster Bildiri – P46).

Türkleş S., Karataş B., **Yılmaz G.**; “Anksiyete ile Başetme Eğitiminin Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi”. II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri (Uluslararası Katılımlı) Bildiri Kitabı. p:164-165, 28-30 Nisan 2008, İstanbul (Poster Bildiri – P81).

Serdaroğlu N., Tokgöz A., Bakla C., Acembekiroğlu E., **Yılmaz G.**, Karataş B.; “Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinde Öfke Duygusu ve İlişkili Faktörler”. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiri Özet Kitabı. p:292. 26-29 Haziran 2007, İstanbul (Poster Bildiri – P349).

EK 14. Tezden Yapılmış Yayınlar

Yılmaz G., Üstün B., Günüşen N. “Onkoloji Hastasıyla Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Travma Sonrası Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi”. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 6-9 Kasım 2016, Manisa. (Poster Bildiri, Kabul)
Yılmaz G., Üstün B.; “Onkolojide Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenler”. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı 1-3 Eylül 2014, Ankara. (Sözel Bildiri)
Yılmaz G., Üstün B.; “Merhamet (Eşduyum) Yorgunluğu: Kavram Analizi”. 3. Uluslararası 7. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı 1-3 Eylül 2014, Ankara. (Poster Bildiri)

