



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE İŞ STRESİ, İŞ AİLE ÇATIŞMASI VE DEPRESİF
BELİRTİLER: PSİKOLOJİK SERMAYENİN ROLÜ**

Gülümser KALEBOYNU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ

GAZİANTEP

2024



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE İŞ STRESİ, İŞ AİLE ÇATIŞMASI VE DEPRESİF
BELİRTİLER: PSİKOLOJİK SERMAYENİN ROLÜ**

Gülümser KALEBOYNU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ

GAZİANTEP

2024

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

**HEMŞİRELERDE İŞ STRESİ, İŞ AİLE ÇATIŞMASI VE DEPRESİF
BELİRTİLER: PSİKOLOJİK SERMAYENİN ROLÜ**

Gülümser KALEBOYNU

Tez savunma tarihi: 20.12.2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Davut Sinan KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez alışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Safiye Özgüç

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Prof.Dr.Derya TANRIVERDİ

Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ

Dr. Öğr. Üyesi Tuba GEÇDİ

İmzası

.....

.....

.....

BEYAN

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

20.12.2024

Gülümser KALEBOYNU

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada bana danışmanlık yapan ve değerli katkılar sunan bilgi ve tecrübeleriyle beni her zaman yönlendiren, sabırla sorularımı yanıtlayan, Sayın Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ'e, benden bilgi ve desteğini esirgemeyen her yönüyle örnek aldığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, bu zorlu süreçte bana eşlik eden ve her zaman gülen yüzleriyle beni destekleyen sabırla nöbetlerimi düzenleyen nöroloji servisi sorumlusu Derya YILMAZ ve tüm ekip arkadaşlarıma, her daim beni destekleyen eşim Ercan KALEBOYNU' na ve umut, mutluluk ve motivasyon kaynağım kızlarım Ada ve Doğa'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülümser KALEBOYNU
Gaziantep/2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Araştırmanın Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2.GENEL BİGİLER.....	6
2.1. Stres	6
2.1.1. Stres Kavramı	6
2.1.2. Stres Fizyolojisi	6
2.1.3. Stres Belirtileri.....	7
a. Fiziksel belirtiler	8
b. Psikolojik belirtileri	8
c. Davranışsal belirtileri.....	8
2.1.4. İş Stresi	8
2.1.5. Hemşirelikte Strese Neden Olan Faktörler.....	8
2.1.6. Hemşirelerde Stresin Sonuçları	9
2.2. İş Aile Çatışması.....	10
2.2.1. İş-Aile Çatışması Kavramı	10
2.2.2. İş-Aile Çatışması Teorileri	10
2.2.2.1. Kimlik Teorisi.....	10
2.2.2.2. İş-Aile Sınır Teorisi	10
2.2.2.3. Yayılma kuramı	11
2.2.2.4. Telafi Kuramı.....	11
2.2.3. İş-Aile Çatışması Türleri	12
2.2.3.1. Zamana Dayalı Çatışma.....	12

2.2.3.2. Gerginliğe Dayalı Çatışma.....	12
2.2.3.3. Davranışa Dayalı Çatışma	13
2.2.4. İş-Aile Çatışmasına Neden Olan Faktörler.....	13
2.2.4.1. Kişisel Faktörler.....	13
2.2.4.2. Örgütsel Faktörler	14
2.2.4.3. Ailevi Faktörler	14
2.2.5. İş Aile Çatışmasının Sonuçları	15
2.2.5.1. İşle İlgili Sonuçlar.....	15
2.2.5.2. Aile İle İlgili Sonuçlar	15
2.2.5.3. Alana Özgü Olmayan Sonuçlar	16
2.3. Depresyon.....	16
2.3.1. Depresyonun Tanımı	16
2.3.2. Depresyonun Tarihçesi	17
2.3.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	17
2.3.4. Depresyonun Etiyolojisi	17
2.3.4.1. Genetik Faktörler	18
2.3.4.2. Biyokimyasal Faktörler.....	18
2.3.4.3. Nöroendokrin Etkiler	19
2.3.4.4. Psikososyal Etmenler	19
2.3.5. Depresif Belirtiler	21
2.3.6. Hemşirelerde Depresif Belirtilere Neden Olan Faktörler.....	21
2.3.7. Hemşirelerde Depresif Belirtilerin Sonuçları.....	22
2.4. Örgütsel Psikolojik Sermaye Kavramı.....	22
2.4.1. Örgütsel Psikolojik Sermayenin Bileşenleri.....	23
2.4.1.1. Umut	23
2.4.1.2. İyimserlik	24
2.4.1.3. Öz-Yeterlilik	24
2.4.1.4. Dayanıklılık	25
2.4.2. Hemşirelerde Örgütsel Psikolojik Sermaye.....	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
5.1. Hemşirelerin İş Stresi, İş Aile Çatışması, Depresif Belirti ve Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Tartışılması	41
5.2. Hemşirelerin İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirti ile Psikolojik Sermaye Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	44
5.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Stresi, İş Aile Çatışması, Depresif Belirtiler ve Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Tartışılması	46
6. KAYNAKLAR.....	51
7. EKLER	72
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	72
Ek 2. Genel İş Stresi Ölçeği.....	73
Ek 3. İş-Aile Çatışması Ölçeği	74
Ek 4. Beck Depresyon Envanteri.....	75
Ek 5. Psikolojik Sermaye Ölçeği.....	77
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	78
Ek 7. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	82
Ek 8. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı.....	84
Ek 9. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Araştırma İzin Yazısı.....	85
8. ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2. Hemşirelerin ÖPSÖ, GİSÖ, İAÇÖ ve BDE Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.3. Hemşirelerin GİSÖ, İAÇÖ, AİÇÖ, BDE ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	35
Tablo 4.4. Hemşirelerde ÖPSÖ'nin GİSÖ, İAÇÖ ve BDE'ni Yordama Gücünün Belirlenmesi	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin GİSÖ, İAÇÖ, AİÇÖ, BDÖ ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışılan Birimden Memnun Olma Durumuna Göre GİSÖ, İAÇÖ, AİÇÖ, BDE ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.7. Katılımcıların Medeni Durum, Şu An Görev Yaptığı Birim ve Bir Bütün Olarak Hayatından Memnun Olma Durumuna Göre GİSÖ, İAÇÖ, AİÇÖ, BDE ve ÖPSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39

KISALTMALAR LİSTESİ

GAS:	Genel Adaptasyon Sendromu
HPA:	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Eksen
SAM:	Sempatik-Adreno-Medüller Eksen
CRH:	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
MDB:	Majör Depresyon Bozukluğu
HPT:	Hipotalamus-Hipofiz-Tiroid Eksen
HPG:	Hipotalamik-Hipofiz-Gonadal Eksen
GİSÖ:	Genel İş Stresi Ölçeği,
İAÇÖ:	İş-Aile Çatışması Ölçeği
AİÇÖ:	Aile İş Çatışması Ölçeği
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
ÖPSÖ:	Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

ÖZET

HEMŞİRELERDE İŞ STRESİ, İŞ AİLE ÇATIŞMASI VE DEPRESİF BELİRTİLER: PSİKOLOJİK SERMAYENİN ROLÜ

Gülümser KALEBOYNU
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Safiye ÖZGÜÇ
Aralık 2024, Sayfa 96

Bu araştırmada, hemşirelerde örgütsel psikolojik sermayenin iş stresi, iş aile çatışması ve depresif belirtiler üzerindeki rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desende yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Gaziantep'te Şehitkamil Devlet hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 307 hemşire araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Veriler sözlü ve yazılı anam alindikdan sonra "Kişisel Bilgi Formu, Genel İş Stresi Ölçeği, İş-Aile çatışması Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği," kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcıların İş Stres Ölçeği ortalamaları 23.59 ± 8.32 , İş-Aile Çatışması Ölçeği ortalaması 17.14 ± 4.94 , Aile-İş Çatışması Ölçeği ortalaması 12.24 ± 4.88 , Beck Depresyon Envanteri ortalaması 11.48 ± 8.73 ve Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği ortalaması 107.28 ± 18.61 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin iş stresinin, iş-aile çatışma düzeylerinin yüksek, aile-iş çatışması düzeylerinin orta, depresif belirti düzeylerinin düşük, örgütsel psikolojik sermaye düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada örgütsel psikolojik sermaye ile genel iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirtiler arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda, psikolojik sermaye değişkeninin hemşirelerin iş stresindeki değişikliğin %9'unu, iş-aile çatışmasındaki değişikliğin %5'ini, aile-iş çatışmasındaki değişikliğin %9.5'ini, depresif belirti düzeyindeki değişikliğin %14.3'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Örgütsel psikolojik sermayenin, hemşirelerin iş performansı ve genel refah durumları üzerindeki olumlu etkileri göz önüne alınarak hemşirelerin bu yapıya yönelik farkındalıklarının arttırılması, psikolojik sermayenin ölçülebilir ve geliştirilebilir bir yapıya sahip olması bağlamında hemşirelerin iş yaşamındaki stres düzeylerini azaltmaya ve iş-aile çatışmalarını etkin bir şekilde yönetme becerilerini geliştirmeye yönelik planlamalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik sermaye, İş Stresi, İş-Aile Çatışması, Depresif Belirtiler, Hemşirelik

ABSTRACT

JOB STRESS, WORK-FAMILY CONFLICT AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN NURSES: THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL CAPITAL

Gülümser KALEBOYNU

Master's Thesis,

Nursing Department

Master Program of Psychiatric Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Safiye ÖZGÜÇ

December 2024, Page 96

In this study, it was aimed to examine the role of organizational psychological capital on work stress, work-family conflict and depressive symptoms in nurses. The study was conducted in a descriptive and correlational design. The population of the study consists of nurses working in Şehitkamil State Hospital, 25 Aralık State Hospital and Gaziantep University Şahinbey Research and Practice Hospital. The sample consisted of 307 nurses who agreed to participate in the study. The data were obtained by using "Personal Information Form, General Job Stress Scale, Work-Family Conflict Scale, Beck Depression Inventory and Organizational Psychological Capital Scale" after obtaining verbal and written consent. The mean scores of the participants were 23.59 ± 8.32 on the Job Stress Scale, 17.14 ± 4.94 on the Work-Family Conflict Scale, 12.24 ± 4.88 on the Family-Work Conflict Scale, 11.48 ± 8.73 on the Beck Depression Inventory and 107.28 ± 18.61 on the Organizational Psychological Capital Scale. As a result of the study, it was observed that nurses had high levels of work stress, high levels of work-family conflict, moderate levels of family-work conflict, low levels of depressive symptoms, and high levels of organizational psychological capital. In the study, it was found that there was a significant negative relationship between organizational psychological capital and general job stress, work-family conflict, family-work conflict and depressive symptoms. In addition, as a result of the linear regression analysis, it was determined that the psychological capital variable explained 9% of the change in nurses' job stress, 5% of the change in work-family conflict, 9.5% of the change in family-work conflict, and 14.3% of the change in depressive symptom level. Considering the positive effects of organizational psychological capital on nurses' work performance and general well-being, plans should be made to increase nurses' awareness of this structure, to reduce nurses' stress levels in their work life and to improve their ability to effectively manage work-family conflicts in the context of psychological capital having a structure that can be measured and developed

Keywords: Psychological capital, job stress, work-family conflict, depressive symptoms, nursing

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Önemi

İnsan vücudu sürekli değişen dış koşullar karşısında içsel bir istikrar sürdürme çabasıdır. Homeostazis adı verilen bu denge durumunun tehdit edilmesi sonucunda stres ortaya çıkmaktadır (1). Kişinin homeostazisini bozan etkenler stres etkenleri olarak değerlendirilmiştir (2). Selye, orta dereceli stres etkenlerini kişinin motivasyonunu arttırarak olumlu sonuçlar üretmesini sağlayan bir faktör olarak belirtmiş ve ‘eustress’ olarak adlandırmıştır. Stresin baş etme kaynaklarını aşarak, kişinin belirli denge noktasından uzaklaşmasına ve tükenmiş, yorgun, bitkin hissetmesine neden olacak seviyelere ulaşmasını ise “distress” olarak tanımlamıştır (3, 4).

İşle ilgili stres, insanların bilgi ve yetenekleriyle eşleşmeyen ve başa çıkma yeteneklerini zorlayan iş talepleri ve baskıları ile karşılaştıklarında gösterebilecekleri tepkidir (5). İşe bağlı gerginliğin süresi ve görülme sıklığı, kişinin baş edebilme kapasitesini aştığında sorunlar ortaya çıkmaya başlamaktadır. Bireylerin günlük zamanının büyük bir kısmının içinde geçtiği iş ortamları stresin oluşmasında büyük oranda etkiye sahiptir. İş stresi kişinin iş süreci, işe bağlı olan haller ve iş yerinde bulunan çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkileri sonucunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik dengenin bozulması şeklinde ifade edilmektedir (6). Hemşirelik, karmaşık iş talepleri ve ihtiyaçları ile ilişkili olduğu için stresli bir iş olarak bilinir (7). Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlar, sağlık sisteminin örgüt yapısı, uygun olmayan çalışma ortamı, vardiyalı çalışma sistemi, ölümler, doğumlar, kritik ameliyatlara, acil vakaların yanında hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (8). Bazen iş ortamında yaşanan olaylar, aile hayatına ve ilişkilerine yansiyabilir. Her iki durumun ortaya çıkması bireyin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu zorluklar bir çatışma duygusunu ortaya çıkarır. Yüksek iş-aile çatışması hemşirelerin fiziksel, zihinsel ve psikolojik sağlıklarını, mesleki yaşamlarını ve iş doyumlarını, performanslarını, işlerine bağlılıklarını etkiler, mesleki etkinliklerini azaltır ve iş streslerini artırır (9, 10). İş ve aile, yetişkin yaşamının iki önemli alanıdır. Ancak bu iki alanın rol beklentileri çoğunlukla uyumsuzdur ve bir alana katılım diğeri ne katılımı zorlaştırır. İş-aile çatışması hem işi engelleyen aile çatışmasını hem de aileyi engelleyen iş çatışmasını içeren iki yönlü bir çatışma biçimidir (11). İş rollerinin aile

sorumluluklarını yerine getirmesine engel olduğu durumlarda iş aile çatışması, aile rollerinin, işin gereklerini yerine getirilmesini engellediğinde ise aile-iş çatışması ortaya çıkmaktadır (12). Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada, iş stresi arttıkça iş-aile çatışması düzeyinin de arttığı belirtilmiştir (13). İş-aile çatışmasının depresyon için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ancak bunun depresyonla ilişkisini açıklayan mekanizmalar tam olarak anlaşılamamıştır. Yapılan bir çalışma sonucunda depresyonun, sağlık çalışanları arasında yaygın olduğu belirtilerek bu durum iş-aile çatışmasıyla ilişkilendirilmiştir (14). Ayrıca yaşanan kronik stres anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların gelişmesinde etkili olabilmektedir (15). Depresif belirtiler gibi ruhsal hastalıklar için koruyucu faktörlerden birinin psikolojik sermaye olduğu bildirilmiştir (16). Luthans ve Yousseff (2004) psikolojik sermayeyi; bireyin hedefine ulaşma yolunda yeteneğine inanması, olayları açıklarken pozitif bir yaklaşım benimseyerek, karşılaştığı problemler ve başarısızlıkları olumlu yöne çevirebilmek için çaba göstermesini ve kararlı olmasını sağlayan, ölçülebilir, geliştirilebilir ve performansı üzerinde etkili bir sermaye olarak tanımlanmaktadır (17). Psikolojik sermaye esneklik, öz yeterlilik, umut ve iyimserlik olmak üzere dört temel unsur içerir (18). Psikolojik sermaye kişinin pozitif psikolojik durumunu belirtmektedir. Üst seviyede bir faktör olan psikolojik sermaye, kişinin üstlendiği görevleri başarıyla yerine getirebilmesi için çaba göstermesi ve kendine güvenmesi ile nitelendirilen öz yeterlilik, içinde bulunulan zamanda ve geleceğe yönelik olumlu duygulara sahip olması ile nitelendirilen iyimserlik, hedeflerine ulaşmak için güçlü istek duyması ile nitelendirilen umut ve zor şartlar altında hedeflerini elde etmesi ve başarılı olması ile nitelendirilen dayanıklılık boyutlarının psikolojik sermayeyi en iyi şekilde temsil ettiği ve bu boyutlarının birleşerek önemli bir etki yarattıkları belirtilmiştir (19). Bireylerin psikolojik sermaye düzeylerinin yüksek olması, lider üye etkileşimini, işgören devir hızını, işten ayrılma niyetini, çalışan devamsızlığını, iş arama davranışlarını, iş tatminini, örgütsel bağlılığı, örgütsel vatandaşlık davranışını, çalışan performansını, iş performansını, işyerindeki sapkın davranışları, stres belirtilerini, etkinlik ve yoğun emek neticesinde meydana gelen yaratıcı performansı, nezaket dışı davranışları, öğrenilmiş çaresizlik, iş gücü üretkenliği, örgütsel sonuçları gibi oldukça önemli olan unsurları olumlu şekilde etkilemektedir (20, 21).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerde iş stresi, iş aile çatışması ve depresif belirtilerde psikolojik sermayenin rolünün incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Psikolojik sermaye hemşirelerin iş stresini etkiler mi?
- Psikolojik sermaye hemşirelerin iş-aile çatışmasını etkiler mi?
- Psikolojik sermaye hemşirelerin depresif belirtilerini etkiler mi?



2.GENEL BİGİLER

2.1. Stres

2.1.1. Stres Kavramı

Stres, geçmişten günümüze birçok çalışmaya konu olmuş fakat evrensel bir tanımı yapılamamıştır, eski Fransızcada bir yapıyı zorlamak ve baskı uygulamak yoluyla onun şeklini değiştirmek anlamına gelen estreceer fiilinden türetilmiştir (22). Stres terimi hakkındaki bugünkü anlayışımıza en yakın sözcüklerin kullanımı 16. ve 17. yy' lara kadar uzanmaktadır (23). Hans Selye stresi, bedenin kendisine yönelen herhengi bir talebe verdiği yanıt olarak tanımlamış ve stres etkenine maruz kalındığında vücudun bir davranış örüntüsü sergilediğini belirterek bu örüntüyü, Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) olarak adlandırmıştır (4, 24) 17.yüzyılın önde gelen fizikçi-biyologlarından Robert Hooke ise stresi elastiki bir nesneye uygulanan dış güç olarak tanımlamıştır (22,25). 19 yy tıbbında stres ve gerginlik sağlığın bozulmasının temel nedeni olarak görülmüştür. Walter Canon ise stresi soğuk, oksijen eksikliği, düşük kan şekeri vb. koşullar altında homeostazisin bozulması olarak değerlendirmiş ve bu yaklaşımıyla bir bakıma stresi ölçebileceğini ima etmiştir (25).

2.1.2. Stres Fizyolojisi

İnsan vücudu doğal olarak homeostazis adı verilen bir denge durumundadır. Bu optimal denge dışsal, içsel, gerçek veya algılanan güçler tarafından sürekli zorlanarak stres oluşturulur. Bu zorlayıcı güçler stresör olarak tanımlanır (26). Algılanan stresörler hemodinamik dengeyi bozabilmektedir. Organizma bozulan hemodinamiyi yeniden düzenleyebilmek için stres sistemini harekete geçirmektedir (27). İlk kez 1936' da Nature dergisinde yayınlanan bir yazıda stres tepkisinin üç aşamasından GAS'dan bahsedilmiştir (2). GAS alarm, direnç ve tükenme olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Alarm aşamasında; beyindeki stres hormonlarının salınımı tetiklenerek fizyolojik tepkiler ortaya çıkar. Bu aşama Canon'un savaş ya da kaç fenomeninin mümkün kılındığı sempatik desarjla örtüşür (24). Savaş ya da kaç tepkisi, hem sempatik sinir sisteminin hem de hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin koordineli aktivitesini içerir (3). Direnç aşamasında kişi stres ile baş edebilmekte ya da kaçınma davranışı sergilemektedir. Bu aşamada homeostazis tekrar sağlanmaz ise kişi tükenme aşamasına geçerek stresin zararlı etkilerine açık hale gelmektedir (24). Selye orta dereceli stresin kişiyi motive ettiğini,

olumlu sonuçlar üretmesini sağlayan ve onu harekete geçiren bir faktör olarak belirtmiş ve bur tür stresi “eustress” olarak adlandırmıştır. Stresin baş etme kaynaklarını aşarak, kişinin tükenmiş, yorgun, bitkin hisetmesine neden olacak seviyelere ulaşmasını ise “distress” olarak tanımlamıştır (4). Stres tepkisinde öne çıkan çıkan iki önemli mekanizma vardır. Birincisi sempatik-adreno-medüller (SAM) eksen, ikincisi ise hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenidir (28). SAM, sempatik sinir sistemi ile adrenal medulla arasındaki fizyolojik ilişkinin kurulmasında görevlidir. Hücresel tepkileri hızla aktive ederek, düz kaslar, kalp kası hücrelerinin kasılmasına neden olarak kalp atışını hızlandırır, kan basıncını yükseltir, oksijen kullanımını artırır. Glikojenoliz ile kandaki glikoz miktarını artırır. Artan uyarılmışlıkla odaklanmış dikkatte artış gözlemlenir. Artan enerji ile kişi savaş ya da kaç tepkisine hazır hale gelir (29). HPA eksen; organizmalarda merkezi sinir sistemini hormonal sistem arasında bağlantı kurulmasını sağlamaktadır. Strese duyarlı bu nöroendokrin sistem, organizmanın stres koşullarına adaptasyonuna büyük katkıda bulunmaktadır. Strese karşı hipotalamus kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salgılar (30). CRH, adrenal korteksten glukokortikoidlerin salınmasıyla sonuçlanan bir dizi olayı başlatır. İnsanlarda, ana glukokortikoid kortizoldur (31). Kortizol acil durumlarda organizmayı kaçmaya ya da savaşmaya hazırlar. Yaralanma durumunda yangısal tepkiyi erteler. Acil durumdan kurtulmak iyileşmeden daha önceliklidir. Bu bakımdan hayat kurtarıcı özelliği vardır. Ancak uzun süreli kortizol salınımının özellikle hipokampus olmak üzere beyin hücrelerine zararı vardır (32, 33). HPA eksenindeki işlev bozuklukları, hafızanın bozulmasıyla karakterizedir, zihinsel bozukluklarda da rol oynadığı kanıtlanmıştır. Glukokortikoidlerin hafıza konsolidasyonunu artırarak bilişsel süreçleri olumsuz etkilediği rapor edilmiştir (34).

2.1.3. Stres Belirtileri

Stres tepkileri kişiden kişiye farklılık gösterir. Kişinin stres etkenini yorumlama şekli, zamanlaması, stres faktörünün öngürülebilirliği, kontrol edilebilirliği, bireysel farklılıklar stres yanıtı üzerinde etkili olmasına rağmen ortak bir takım stres belirtileri bildirilmiştir. Bunlar; fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç grupta toplanmıştır (35).

a. Fiziksel belirtiler

Stres durumunda nabız yükselir, kan basıncı yükselir, solunum sayısı artar (36). baş ağrısı, soğuk ya da sıcak basması, sindirim sisteminde bozulmalar, ellerde titreme, gürültü ve sese karşı aşırı duyarlılık, uykusuzluk veya aşırı uyku, bitkinlik, boyunda, ensede, belde, sırtta ağrı, gerginlik, kasılma ve eklem ağrıları ve cinsel istekte azalma, gibi belirtiler görülmektedir (37).

b. Psikolojik belirtileri

Stres durumunda, çökkün duygu durum, üzüntü, suçluluk, pişmanlık, utanç, dikkati yavaşlatmada ve sürdürmede güçlük, tükenmişlik duygusu, aşırı kaygı, kolay kırılabilirlik, ruhsal durumun hızlı değişmesi, güvensizlik duygusu, kin ve düşmanlık duyguları gibi duygusal belirtiler görülebilmektedir (38).

c. Davranışsal belirtileri

Aşırı hareketlilik, hızlı konuşma veya kekeleme, tiklerde artma, öfke patlamaları, diğer insanlara karşı tahammülsüzlük, olaylara karşı orantısız tepkiler, aşırı risk alma davranışları, aşırı alkol veya sigara tüketimi gibi zararlı baş etme davranışları görülebilmektedir (39).

2.1.4. İş Stresi

Stres etkenleri, insanların hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri, çeşitli zorluklar, tehditler ve taleplerden oluşur (40). İş stresi, işin talep beklentilerinin çalışanın uyum sağlama yeteneğini ve sınırlı kaynaklarını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır (41). İşe bağlı stresin, kötü performans, düşük üretkenlik gibi kurumsal anlamda olumsuz sonuçlarının yanı sıra olumsuz sağlık sonuçları gibi bireysel anlamda da sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (42).

2.1.5. Hemşirelikte Strese Neden Olan Faktörler

Hemşireler hergün normal bir insanın karşılaşılabileceğinden çok daha fazla stres etkiyle karşı karşıya kalmaktadır (43). Hemşirelik mesleği, travma, trajedi, fiziksel kayıplar gibi kişiyi hassas yapan durumlarda onlara bakım vermeyi içermektedir. Bu gibi durumlar hemşirelerde yoğun stres duygularını kaçınılmaz hale getirmektedir (7). Yüksek stres seviyeleri hemşirelerin fiziksel ve zihinsel sağlıklarını bozabilir. Hemşirelerin,

iş yükünün ağır olması, acı çeken ve ölmek üzere olan hastalara bakım vermek, ölümü engelleyememek (44), uzun vardiyalar, personel yetersizliği, zaman baskısı, doktorlar ile yaşanan çatışmalar, destekleyici olmayan yönetim, kişilerarası sorunlar, hasta, devir teslim prosedürleri, ortak alan yokluğu, işte ilerleyememe ve hastaların ruh sağlığı, iş tatmin yetersizliği, ödül eksikliği, hasta yakınlarının duygusal ihtiyaçları ve beklentileri, şiddet içeren davranışları, rol belirsizliği, özel ekipman kullanımı, hafta sonu çalışmaya bağlı sosyal süreçlerle çatışma, gibi birçok faktör hemşirelerin uzun süre stres yaşamasına neden olmaktadır (45).

2.1.6. Hemşirelerde Stresin Sonuçları

Hasta ile sürekli etkileşim halinde olan hemşireler, artan talepler karşısında yoğun stres yaşayabilmekte ve buna bağlı olarak kişisel yaşam ve iş yaşamının yanısıra, kaliteli bakım süreçleri, şefkat ile empatik yaklaşımları olumsuz etkilenebilmektedir (46). Stres yönetimini iyi yapamayan hemşire çalışanlar, derin üzüntüden depresyona kadar uzanan ruhsal problemler yaşamakla birlikte, bir takım biyolojik hastalıklara da açık hale gelmektedir (47). Kronik stres deneyimleyen hemşireler; kardiyovasküler hastalıklar, insülin duyarsızlığı, kanser gibi yaşamı tehdit eden birçok hastalık riski ile karşılaşmaktadır (48). Stresin olumsuz sonuçları arasında iş doyumunda yetersizlik, bakım kalitesinin düşme (49), hata yapma riskinde artma, iş memnuniyetinde azalma, işe devamsızlıkta artma, artan tükenmişlik, işten ayrılma niyetinin artması, iş arkadaşları arasında çatışma, yetersizlik duygusu, uygulama hataları (50), yüksek kaygı, tükenmişlik duyguları (51), sigara, alkol alımı ve yasaklı madde kullanımına yatkınlığın arttığı bildirilmiştir (52). Düşük çalışma performansı, gerilim tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, bağışıklık sisteminin zayıflaması ile ilişkili olarak ortaya çıkan rahatsızlıklar, dikkat ve konsantrasyonda azalma, duyarsızlaşma, rapor alma sıklığında artışlar dikkati çekmektedir (53). İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan hastanelerde hizmetin sürekliliğinin sağlanması amacıyla vardiya ve nöbet sistemi uygulanmaktadır. Biyolojik ritimle ters düşen bu çalışma sistemi, uyku problemlerine sebep olmaktadır (54).

2.2. İŞ AİLE ÇATIŞMASI

2.2.1. İş-Aile Çatışması Kavramı

İş-aile çatışmasının tanımı resmi olarak 1980'lerde Greenhaus tarafından ortaya atılmıştır. Çatışma, iki veya daha fazla alan seçeneklerinden birinin tercih edilmesine bağlı olarak, diğer tarafın hedef ve beklentilerinin karşılanamaması sonucu ortaya çıkar (55). Çatışmadan söz edilebilmesi için taraflardan birinin rahatsız olaması esastır (56). Çatışma kaynaklarının çok çeşitli olması nedeniyle birçok farklı tanım yapılmıştır (57). İş ve aile yaşamı iç içe geçmiş, kişiye bir takım rol sorumlulukları yüklemiştir (58). Çoğu araştırmacı iş-aile çatışmasının kaynağını, kişinin sorumlu olduğu roller arasındaki çatışmaya dayandırmıştır (59, 60). Bu rol sorumluluklarının karşılanma beklentisi, kişinin sınırlı kaynaklarını aşabilmekte ve eş zamanlı olabilmektedir (61). İş ve aileden gelen eş zamanlı beklentiler, bir alana yoğunlaşmaya bağlı olarak diğer alana kişinin kaynaklarının azalması sonucu uyumsuzluk ve baskı ortaya çıkar (62). Yaşanan uyumsuzluk arttıkça iş-aile çatışmasında artarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. İş ve aile yaşam alanları arasındaki çatışma iki boyutludur. Çatışmanın ilk boyutu iş-aile, ikinci boyutunu ise aile-iş çatışması oluşturmaktadır (63).

2.2.2. İş-Aile Çatışması Teorileri

2.2.2.1. Kimlik Teorisi

Kimlik, kişiye özgü tüm özellikleri kapsayan, kendi gözünde ve başkalarının gözünde ne olduğuna dair bir kavramdır. Kişiler belli özelliklere sahip bir topluma doğarlar. Kişiler arası ilişkilerle toplumsal bağlamı geliştirdikten (64) sonra kimliklerini ve benlik duygularını büyük ölçüde sosyal çevreden alırlar (65). Kimlik teorisinde özellikle rol kavramına odaklanılmış ve rolle ilişkili beklentiler üzerine temellendirilmiştir. Kişilerin toplumsal rolleri ve kimlikleri (örn: ebeveyn, çocuk, hemşire) birden çok olabilmektedir. Çoklu roller ve kimlikler arasındaki karşılıklı ilişki kimlik rekabeti ve çatışmalara neden olabilmektedir (66).

2.2.2.2. İş-Aile Sınır Teorisi

Kariyerin doğası, teknolojik gelişmeler işin aileye müdahalesini kolaylaştırmaktadır. Çift gelirli aile sayısının ve tek ebeveynli aile sayılarının artması bireylerin iş-aile çatışmasını etkili bir şekilde yönetmelerini ihtiyaç haline getirmiştir (67). Bireysel tercih-

lere bağılı olarak iş-aile çatışmasının şiddeti azalmakta veya artış gösterebilmektedir (68). İnsanlar zihinsel ve fiziksel yapıları düzenlemek için onları ayrı ayrı kategorilere ayırma eğilimindedir. Sosyal rollerin zihinsel olarak sınıflandırılması, aynı sosyal yapıdaki bireylerin benzer sınıflandırma şemaları oluşturmalarına neden olur (69). Sınır teorisinin kökeni iş ve aile yaşam alanları arasında sınırlar olduğu düşüncesinden gelmektedir, bu teori daha önceki teorilerin boşluklarını doldurması bakımından oldukça önemlidir (70). Sınır teorisinin öne çıkan iki temel özelliği esneklik ve geçirgenliktir. İş ve aile alanlarını oluşturan sınırların aşılması durumunda rol geçişi ve sınır ihlallerinden bahsedilmektedir. Sınır ihlalleri hedeflerin önünde engel oluşturabildiği gibi (71), birden fazla rolü birleştirmek iş ve aile arasındaki zenginleşme süreçlerine yol açabilmektedir. İşle ilgili olumlu sonuçlarla ilişkili olan iş-aile zenginleşmesi iş tatminini olumlu etkilemektedir (72). Hemşirelik iş gücünün daha fazla kadın çalışandan oluşması, kadınların aileden gelen rol beklentilerinin fazla olmasına, onların sınır ihlallerine daha fazla maruz kalmasına neden olmaktadır. Kuruluşlarının aileyi destekleyici politikaları iş-aile çatışmasının yönetilebilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır (71).

2.2.2.3. Yayılma Kuramı

Yayılma teorisi her iki sistemin de diğeri üzerinde yayılma olacağını kabul eder. Yayılma olumlu veya olumsuz olabilmektedir. Olumlu yayılma bir alandaki tatmin ve başarının diğeri alandaki memnuniyet ve başarıyı etkilediğine atıf yapmaktadır. Olumsuz yayılma ise bir alandaki zorluk ve depresif belirtilerin diğeri alandada görülebileceğini ifade etmektedir (73). İş ve aile arasında sınır algılanmadığında, kişinin iş deneyimleri iş dışı alana uzayabilmektedir (74). Kişiyi yüklenen çoklu rollerin talepleri, hedeflere ulaşmak için gereken çaba, yaşanan zorluklara bağılı olarak olumsuz duygular ortaya çıkabilmektedir. Bu olumsuz duygular çoğu zaman işten eve veya evden işe yayılma gösterebilmektedir. İş ve aile sınır geçirgenliği kadınlarda erkeklerden daha fazla olarak bildirilmiştir. Aile sınırlarının daha geçirgen olması işten aileye daha fazla yayılma olmasına neden olmuştur (75).

2.2.2.4. Telafi Kuramı

Yaşam doğası gereği zorluk ve zıtlıklarla doludur. Telafi kuramı iş ve aile alanları arasında ters yönlü bir ilişkinin varlığını savunur. İş veya aile alanlarından birinde yaşanan eksiklik diğeri alandan telafi edilmeye çalışılır (76). Kişi bu telafiyi sağlamak adına, di-

ğer alanlardan daha ödüllendirici davranışlarda bulunarak denge kurmaya çalışır (74). Sözü edilen ödül kişinin memnuniyetini arttıracak, arzularını yerine getirebilecek deneyimlerdir. Örn: iş yerinde çok az özerkliğe sahip olan kişi, iş dışında özerklik arayabilir (77). İş odaklı telafi edici bireyler, iş deneyimlerini diğerlerine göre daha olumlu görmektedirler. İş odaklı olmayan bireyler işten uzaklaşma yoluyla telafiyi daha olumlu bulmaktadır (74). Telafi teorisi, yayılma teorisiyle en çok çelişen teoridir. İş ve aile arasında zıt bir ilişkinin varlığını vurgulayan telafi teorisi işteki olumsuz deneyimlerin iş dışı alanlarda telafi edileceğinin vurgusunu yapmaktadır. İş yaşantısında yeterli tatmini bulamayan kişi iş alanı dışındaki etkinliklere katılımını arttırabilmektedir (73).

2.2.3. İş-Aile Çatışması Türleri

Yapılan araştırmalarda İş-aile çatışmasının üç türünden bahsedilmiştir. Bunlar zamana dayalı çatışma, gerilime dayalı çatışma, davranışa dayalı çatışmadır (78).

2.2.3.1. Zamana Dayalı Çatışma

Bu tür çatışmalar zamanın kısıtlı olması esasına dayanmaktadır. Bir rolün gereklerinin yerine getirilmesi için kullanılan süre diğer rolün beklentilerinin gerçekleştirilmesinin önüne geçebilmektedir. Örneğin çalışan bir ebeveyn uzun saatler evdeki sorumluluklarını erteleyebilmektedir (79). Zaman temelli çatışma iki şekilde ortaya çıkabilir bunlarda birincisi kişi, bir alanın rol beklentilerini yerine getirirken diğer rolün beklentilerini fiziksel olarak karşılamak imkansız olabilmektedir. İkincisi ise bir rolün gereklerini yerine getirirken diğer rolün zihni meşgul etmesiyle ortaya çıkmaktadır (80). İş rollerine yüksek düzeydeki psikolojik katılım gösteren çalışanlar, işleriyle daha meşgul ve daha fazla zaman ayırabilmektedir. Aile rollerini aksatma pahasına kullanılan bu zaman iş-aile çatışması ile sonuçlanabilmektedir (81). Hemşirelerde iş-aile çatışmasının en önemli nedenlerinden birinin özel yaşamlarını vardiyalara göre düzenlemek zorunda kalmalarıdır (60). Düzensiz ve fazla mesai, geniş aile yapısı her iki eşin çalışıyor olması, çocuk sayısı ve çocukların yaşları zamana dayalı iş-aile çatışmasının şiddetinin artmasına katkıda bulunabilmektedir (82).

2.2.3.2. Gerginliğe Dayalı Çatışma

İş aile çatışmasının en önemli nedenlerinden biri de kişinin hissettiği gerilimlerdir. Birbirleriyle bağdaşmayan iki role uyum sağlama çabası gerilimin nedenidir (59). Bir rolü

yerine getirirken kişinin yaşadığı baskı diğer rolün gereklerini yerine getirmesine engel olabilir (83). Gün boyu çalışan kişinin işinden dolayı yaşadığı stresi aile bireylerine olumsuz davranışlar olarak yansıtması, aile içinde yaşanan olumsuzlukların iş yaşamına taşınması gerilim kaynaklı iş-aile çatışması olarak ifade edilmektedir (78).

2.2.3.3. Davranışa Dayalı Çatışma

Bir rolü yerine getirmek için gereken davranış kalıplarının, diğer rol ile uyum sağlayamadığı durumlarda ortaya çıkar. İş yerinde yönetici pozisyonunda çalışan bir kişinin, aile hayatında sıcak ve ılımlı bir tavır sergilemesi beklenmektedir, çalışanlara karşı sergilediği katı tutumu aile içine yansıtması davranış temelli çatışmaya örnek gösterilebilir. Aile içindeki anlayışlı ve hassas davranış kalıplarının iş yerindeki rekabetçi ortamda sergilenmesi çatışmanın diğer boyutunu ortaya çıkarmaktadır (83,78).

2.2.4. İş-Aile Çatışmasına Neden Olan Faktörler

2.2.4.1. Kişisel Faktörler

Kişinin olaylar karşındaki tutumunu belirleyen en temel faktör kişilik yapısıdır. Kişilik bireylerin düşünce yapıları, sergiledikleri davranışlar ve duygulanımlarının istikrarlı özelliklerini kapsayan, kişinin ortak nokta ve farklılıklarını belirleyen eğilimleridir (84). Kişilik yapısıyla iş-yaşam tatmini arasında güçlü ilişkiler olduğu bildirilmiştir (85). Dışa dönük kişilik yapısına sahip olan kişiler, enerjik coşkulu ve genellikle aktiflerdir, Uyumlu kişilik ise işbirlikçi, nazik ve anlayışlıdır. Vicdanlılık ise daha çok sorumluluk sahibi ve başarı odaklıdır. Deneyime açık kişilik yapısı ise hayal gücü geniş yaratıcılık özellikleri ön plandadır. Dışa dönük, uyumlu, yenilikçi, vicdanlı olma gibi olumlu kişilik özelliklerine sahip hemşirelerin daha yüksek yaşam tatmini ve daha az iş-aile çatışması yaşaması beklenmektedir (86). İş-aile çatışmasında cinsiyet önemli kişisel faktörlerden biridir. Kadın çalışanlar erkeklere göre daha fazla iş-aile çatışması bildirmişlerdir. Bunun en önemli nedeni geleneksel aile yapılarında ev işi, çocuk bakımı gibi konularda kadınların üzerinde daha fazla rol sorumluluğu yüklenmesidir (87). Bu tür yaklaşımlar kadınların deneyimlediği stresin boyutlarını arttırmaktadır (88). Yaş faktörü de iş- aile çatışmasında etkili bir faktördür. Daha genç yaşın daha yüksek iş-aile çatışma düzeyleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç, ileri yaşlarda artan yaşam tecrübesiyle, kişinin baş etme yeteneklerinin gelişmiş olması ile ilişkilendirilmiştir (89).

2.2.4.2. Örgütsel Faktörler

İyi bir çalışma ortamına sahip olmamak, hemşirelerin motivasyonlarının düşmesine ve tükenmişlik yaşamalarına neden olabilmektedir (90). İş yerindeki olumsuz etkileşimler, kişinin zihinsel ve ruhsal refahı üzerinde negatif etkiler uyandırır (91). Örgütler maliyetleri kısmak adına hemşirelerden daha fazla performans sergilemelerini beklenmekte ve bunun sonucu olarak hemşirelerin iş yükü artmakta ve zaman baskısı yaşamalarına neden olmaktadır. Daha az çalışanla işi yürütmeye çalışmaları, hemşire başına düşen hasta sayısının artmasına neden olarak iş-aile çatışmasının şiddetini arttırabilmektedir (92). Bir diğer önemli stres nedeni de ücret yetersizliğidir. Hemşireler ücret yetersizliğine bağlı olarak ekonomik stres altında olduklarını bildirmişlerdir (93). Ekip içindeki uyumsuzluk, olumsuz hekim-hemşire ilişkisi, personel yetersizliği, yetkin hemşire liderlerinin olmayışı, düzensiz çalışma saatleri, görev tanımlarının net olmaması, karar verme süreçlerine katılım sağlayamamaları özellikle aylık nöbet listelerinin kişinin ihtiyaçlarına bakılmaksızın düzenleniyor olması (36), aileyi destekleyen örgüt yapısının bulunmaması, özellikle vardiyalı çalışmaya bağlı aile süreçlerine katılımın yetersiz olması hemşirelerin yoğun çatışma duygusu yaşamalarına neden olmaktadır (5).

2.2.4.3. Ailevi Faktörler

İş ve aile arasında denge kurmak her zaman kolay olmamaktadır. Çalışanların aile ile ilgili yaşadıkları sorunlar, iş-aile çatışmasına katkıda bulunabilmektedir. Kişinin evli veya eşinden ayrılmış olma durumu, çocuk sayısı ve çocukların yaş grupları, her iki eşin çalışıyor olma durumları, aile yapısı (çekirdek aile, geniş aile, tek ebeveynli aile) iş-aile çatışmasını etkileyen faktörlerdir (94). En çok çatışma sebebi evde bakıma muhtac beş yaş ve daha küçük çocuk, yaşlı aile bireylerinin bulunması durumunda yaşamaktadır (81). Uzun saatler çalışmak zorunda kalan çalışanların, evdeki sorumluluklarının diğer aile bireyleri tarafından üstlenilmesi çatışmanın boyunu azaltacaktır. Bu tür aile yapısı, esnek aile modeli olarak tanımlanmıştır. Esneklikten yoksun, eş ve aile desteğinin yetersizliği çalışanların sınırlı kaynaklarını zorlayarak çatışmanın boyutunu arttırmaktadır (95). Hemşirelik mesleğinin doğasının stresli olması, çalışanların çoğunlukla kadınlardan oluşması, hemşirelik mesleğinde aile kaynaklı çatışmanın daha yoğun yaşanmasının nedenleri arasındadır (81).

2.2.5. İş Aile Çatışmasının Sonuçları

2.2.5.1. İşle İlgili Sonuçlar

Yapılan çalışmalarda yüksek iş-aile çatışması, duyarsızlaşma (36), bakımın kalitesinde düşme, işi bırakma niyetinin artması, işe devamsızlık (96), daha fazla tıbbi riskler, refahta azalma (97) gibi örgüt açısından olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir. Uzun çalışma sonrasında ihtiyaç duyulan iyileşme süresinin yetersizliği hemşirelerin sağlık sorunlarının artmasıyla ilişkili olarak kurum açısından iş gücü kaybıyla sonuçlanabilmektedir (98). İşini severek yapan, çalışma isteği güçlü hemşireler, baş edilmesi gereken günlük zorluklara daha aktif bir şekilde yanıt vererek daha az tükenmişlik bildirmektedir (93). Düzenli ve destekleyici çalışma şartları, yeterli sayıda personelin bulunması, olumlu çalışma ortamını teşvik etmek iş-aile çatışmasını azaltarak güvenli ve yüksek kaliteli hasta bakımının sağlanmasında büyük öneme sahiptir (99).

2.2.5.2. Aile İle İlgili Sonuçlar

İş-aile çatışması, aile içi yaşam memnuniyeti ile yakından ilişkidir. Kötü ruh haline sahip bireyler iş-aile arasında denge kurmakta güçlük çekebilmektedir (100). Vaktinin ve enerjisinin çoğunu iş yerinde harcayan bir çalışanın, aile kaynaklı rollerini yerine getirmede yetersizlik yaşayabilmektedir (101). İş ve aile arayüzünün geçirgenliğinden yola çıkarak, olumlu ve olumsuz etkilerin bir alanda diğerine yansımaları kaçınılmazdır (102). Özellikle olumsuz ruh hali, zamanı iyi yönetememe, haftalık çalışma saatlerinin uzun olması, çok sayıda çocuk sahibi olmak işverenlerin gerçekçi olmayan performans beklentileri (103), her iki eşin çalışıyor olması, iş-aile çatışmasının boyutunu arttırarak çalışanın psikolojik süreçlerini olumsuz etkilemekte ve çalışanların iş-aile dengesi sürdürmesine engel oluşturmaktadır (104, 105). Standart çalışma düzeni ile uyum olmayan çalışma saatleri (gece vardiyaları, hafta sonu çalışma), çalışanın ailesinin etkilenmesine yol açmaktadır. Ebeveynlerin vardiyalı çalışması, çocukların daha kötü duygusal ve gelişimsel sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (106).

2.2.5.3. Alana Özgü Olmayan Sonuçlar

İş-aile çatışmasına bağlı ortaya çıkan gerilim, sınırları aştığında, stres etkenleri iş ve aile dışı alanlara yayılarak kişinin yaşamını geniş ölçüde etkileyebilmektedir (13). İş-aile çatışmasından kaynaklı yaşanan baskı, hemşirelerin zihinsel sağlığının azalması, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamasına, yol açabilmektedir (9, 10). İş-aile çatışması depresyon, aşırı alkol kullanımı, sigara ve yasaklı madde kullanımı, kişinin öz imajının zelenmesi (14), baş ağrısı, sindirim sistemi rahatsızlıkları, hipertansiyon, düşük evlilik tatmini, düşük yaşam memnuniyeti ile ilişkilidir (107). Özellikle genç yaşlarda alkol kullanımının, iş-aile çatışmasına bağlı gerginliği azalttığına inanan kişiler arasında, alkol kötüye kullanımı sık olarak rastlanmaktadır (108). Kişinin iş ve ailesi arasında yaşanan çatışmanın boyutu yaşamının geneline yayılan memnuniyet boyutuyla yakından ilişkilidir (109).

2.3. DEPRESYON

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon kelimesi Latince "depressio" kelimesinden gelir ve batmak anlamını taşır. Kişinin çökkünlük durumuyla ilişkilendirilen bu durum da, kişi varlığının ağırlığı ile kendini batmış hisseder (110). İnsanların yaşamında, belli sınırlar çerçevesinde duygusal olarak iniş çıkışlar yaşaması normal olarak kabul edilmekle birlikte ortada bir neden yokken, yaşanan durumla orantısız duygusal tepkiler vermesi ve bu tepkileri yoğun ve uzun süreli olarak yaşanması duygu durum bozukluğunun varlığına işaret eder. Duygu durum bozukluklarının klinik görünümünü belirleyen sendromlardan biri de depresyondur. Genetik faktörler ve olumsuz yaşam olayları depresyon riskini arttırabilmektedir (111). Depresyon duygusal, fizyolojik, davranışsal ve bedensel olarak kişinin işlevselliğini bozan, kişilerarası ilişkilere yansımaları olan psikolojik bir acı durumu olarak tanımlanır (112). Depresyondaki kişi öngörülemez bir sonucu hassasiyetle tahmin ederek olumsuz bir duygu duruma yol açar. Depresyon ciddi morbidite, sakatlık, komorbiditeler ve mortalitelere neden olabilmektedir(113).

2.3.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresif durumları tanımlayan semptomların geçmişi çok eski zamanlara dayanmaktadır (114). Eber papirüsünde, Eski Ahid’de, antik çağlarda geçen öykülerde ve efsanelerde depresyon benzeri tabloların betimlendiği görülmektedir (115). MS 1. yüzyılda yaşayan Aretaeus, kara safranın, mide ve diyafragma doğru çıkmasıyla melankoli oluştuğunu ve bu durumun kişinin aşırı halsiz görünmesi, öfkeye yatkın olması, uyku bozukluları yaşamasıyla, suskunluk, anlamsız ağlamalar, ölüm arzusu gibi belirtilerle ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Aretaeus, melankolinin biyolojik temellere dayandığını savunmuştur (116). Milattan sonra 1000’li yıllarda İbn-i Sina, kişinin vücut sıvılarının normalden farklı oranlarda birleşmesine bağlı olarak depresif durumların ortaya çıktığını ifade etmiştir (117). Hipokrat, melankoliyi kara safranın artmasına bağlı, üzüntü ve kederin ortaya çıkması olarak tanımlamıştır. Ruhsal bozuklukların özel bilimsel yaklaşımla isimlendirilip sınıflandırılma çalışması Hipokrat ile başlamıştır (118). 1899 yılında. Emil Kraepelin manik depresif delilik ile dementia praecox arasındaki farka vurgu yapmıştır. Bu yaklaşımıyla depresyon alt sınıflara ayrılmaya başlamıştır (119).

2.3.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon dünyada ve ülkemizde yaygın görülen en önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünya nüfusunun %17-20’si kadar büyük bir kısmını etkileyen, geniş ve heterojen prognoza sahip bir hastalıktır ve dünya çapında engelliliğin dördüncü önde gelen nedenidir. Depresyon tüm yaşam evrelerinde yaygın görülmektedir. Yaşamları boyunca erkeklerin yaklaşık %8’ini, kadınların ise %15’ini etkilendiği görülmektedir (120). DSÖ 2023’de dünya çapında 280 milyondan fazla insanın depresyondan muzdarip olduğunu bildirmiştir. Bu sayı dünya nüfusunun yaklaşık %4,4’üne denk gelmektedir (121). Her beş kişiden biri yaşamalarının bir döneminde depresyon geçirebilmektedir. Kadınlarda erkeklerin iki katı daha fazla görülmektedir (122).Yapılan tahminlere göre depresyon 2030’ da hastalık yükünün en önde gelen nedenlerinden biri olacaktır (123). Yaşam boyu yaygınlık tahminleri %10-20’ye ulaşıyor ve giderek artış göstereceği öngörülmektedir (124).

2.3.4. Depresyonun Etiyolojisi

Majör Depresyon Bozukluğu (MDB), etyolojisi biyolojik veya çevresel yollarla tam olarak açıklanamamaktadır. Birden çok faktörün depresyon gelişiminde etkili olduğu

tespit edilmiştir. Biyolojik, çevresel, genetik faktörlerin kombinasyonu MDB'nu tetikleyebilmektedir (125). Lokalize beyin yaralanmaları, endokrin ve farmakolojik hareketlenmeler, genetik ve çevresel faktörler, kanser, kardiyovasküler hastalıklar depresyonla sonuçlanabilmektedir (126).

2.3.4.1. Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalar depresyonda genetik yatkınlığının önemli bir etken olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle ikiz ve evlat edinme çalışmalarında genetik ve çevresel faktörlerin psikolojik davranışları belirlemede temel iki etken olduğu vurgulanmıştır (127). Zıt monozigot ve dizigot ikiz çalışmaları %50'ye kadar genetik geçiş işaret etmiştir (120). Ailesinde MDB öyküsü bulunan kişilerde genetik geçiş oranı %31-42 olarak belirlenmiş ve bu kişilerin daha erken yaşta, daha ağır semptomlar gösterdikleri ve daha çok nüks oranlarının görüldüğü tespit edilmiştir (128).

2.3.4.2. Biyokimyasal Faktörler

Araştırmalar MDB hastalarının, sıklıkla duygu işlemede anormalliklere sahip olduğunu göstermiştir (129). Kişinin ruh halini, ödül ve zevk duygusunu düzenleyen transmisyon, beyin devrelerinde ve yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olabilmektedir (124). Biyolojik teoride, depresyon, nörofizyolojik ve nöroendokrin konsantrasyonlarındaki anormal değişikliklerle açıklanmıştır (130). Depresyonun patojenizini açıklayan birçok faktör bulunmakla birlikte özellikle nöradrenalin, serotonin ve dopamin en önemli nörotransmitterler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nörotransmitter seviyelerinin düşük olması depresyonu ortaya çıkarabilmektedir (131). Bir çeşit monoamin nörotransmitter olan nöradrenalinin, sempatik sinir sisteminde önemli görevleri vardır. Öncelikli işlevi dikkati, uyarılmayı, öğrenme ve hafıza süreçlerini, kalp atış hızını ve kan basıncını hassasiyetle düzenlemektir (132). Serotonin, kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen birçok etkisi vardır. Özellikle hafıza, öğrenme, termoregülasyon, iştah, cinsel yönelim, gibi biyoritimler üzerinde olumlu etkileri mevcuttur. Yetersizliği çökkün ve depresif ruh hali ile ilişkilidir (133). Depresyonlu hastaların postmortem incelemelerinde serotonerjik nöronların aktivitelerinde azalma olduğu tespit edilmiştir (111). Dopamin beyinde birçok fizyolojik olayda rol oynar, ödül değerlendirmesi ve motivasyon, motor kontrol davranış seçimi, dikkat ve bilişin bazı yönlerini ve davranışsal süreçlere katkıda bulunur (134). Depresyonlu hastaların beyin omurilik sıvısında dopamin metabolitlerinin azaldı-

ğı bildirilmiştir (111). Dopaminerjik aktivitenin azalması anhedoni ile ilişkilidir ve anhedoni depresyonun en temel özelliklerinden biridir (135).

2.3.4.3. Nöroendokrin Etkiler

Majör depresyonun patofizyolojisinde rol oynayan, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen, Hipotalamus-hipofiz-tiroid (HPT) eksen ve Hipotalamik-Hipofiz-Gonadal (HPG) eksen olmak üzere üç temel endokrin eksen olduğu bildirilmiştir (136).

HPA ekseni, stres tepkilerini kontrol eden, başta ruh hali olmak üzere sindirim bağımsızlık, cinsellik ve enerji düzenlemesinde görev alan önemli nöroendokrin bir sistemdir (65). Uzun süreli strese maruziyet HPA ekseninin adaptasyon süreçlerini etkileyerek, beyin fonksiyonlarında değişikliklere ve depresyon da dahil zihinsel bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (137).

HPT ekseni, tirotropin salgılayan hormonun (TRH) salgılanmasıyla başlayan ve tiroid hormonlarının salgılanmasıyla sonuçlanan hormon geri besleme yolunu ifade etmektedir (138). Hipotiroidi olan kişilerin depresyona yatkın olduğu bilinmektedir (139). Hipertiroidi disfori, anksiyete, irritabilite gibi nöropsikiyatrik semptomlarla ilişkilidir. Hipotiroidizmli hastalar sıklıkla depresyonun özelliklerini gösterirken, hipertiroidizm hem depresyon hem de anksiyeteyi içeren daha geniş bir nöropsikiyatrik semptom yelpaze siyle ortaya çıkar (140).

HPG eksenin hipofonksiyonun özellikle distimik bozuklukla yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Testesteron düzeyleri düşük, ileri yaşlı erkek hastaların, daha çok depresif belirti gösterdikleri belirtilmiştir (141). Kadınlarda yumurtalık hormonlarındaki dalgalanmalar depresif belirtilerin artması ile ilişkilendirilmiş ve kadınların üreme çağında erkeklerin iki katı depresyon yaşaması ve yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda daha fazla olmasının nedeni olduğu öne sürülmüştür (142). Kadınların gonadal steroid salgısının hızlı değiştiği dönemlerde depresif belirtilere karşı daha savunmasız oldukları tespit edilmiş ve depresyonun adet düzensizliklerine yol açarak erken menapoz bakımından risk oluşturduğu da gösterilmiştir (143).

2.3.4.4. Psikososyal Etmenler

Erken yaşam, yaşam boyunca bilişsel süreçlerin geliştiği kritik bir dönemdir. Bu dönemde stres deneyimleri ve travmaya maruziyet kişinin ilerleyen yaşamında depresyon

geliştirmesi bakımından risk oluşturur (144). Yapılan çalışmalar çocuklukta deneyimlenen olumsuz yaşantıların ebeveyn çocuk ilişkisinin depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarının başlamasında etkili olduğunu göstermiştir (145). Psikososyal hipotezler depresyonun kronik stresler, uygun sosyal desteğin bulunmayışı, kısacası yaşamın bileşenleri tarafından kaynaklandığını savunmaktadır (130).

Depresyonla ilişkili psikoanalitik görüş, Freud ve Abraham tarafından ortaya atılmıştır (146). Freud, depresyonu kişinin kendini suçlaması sonucu ortaya çıktığını belirtmiştir (147). Libidinal dürtülerin yer aldığı zihnin temel yapısı ile zihnin topografik yapısının çatışmalara yol açarak depresif belirtileri ortaya çıkardığını öne sürmüştür (148). Freud, insanın doğasının, cinsellik, yıkıcı içgüdüler, öldürme arzusu gibi ilkel dürtülere sahip olduğunu, birçok davranışımızı haz elde etmek ve hoşnutsuzluktan kaçınmak için düzenlediğimizi ve bu süreçlerin bilinçdışı tarafından yönetildiğini, bu tür davranışlara tolerans gösterilmediği durumlarda çatışmanın kaçınılmaz olduğunu ifade etmiştir (149). Psikoanalitik teori insanın ruhunda hiçbir şeyin tesadüfen olmadığını, tüm zihinsel ve fiziksel davranışların bilinç altında geçmiş yaşantılardan meydana geldiğini belirtir. Rastgele düşünceler, tanıdık bir kelimeyi veya fikri hatırlamak yanlış kelimeleri söylemek ya da yazmak, kendine zarar vermek ve rüyaların altında, bilinçdışı nedenlerin varlığından söz etmiştir (147). Freud yas terimini normal keder olarak değerlendirirken, melankoliyi patolojik yas olarak değerlendirmiştir. Yas tutan kişi zamanla kaybettiği nesnenin yokluğu ile yüzleşerek nesnenin yokluğunu kabul ederken, melankoli son derece acı verici bir reddedilme, dış dünyaya olan ilginin azalması, kişinin kendini suçlaması ve aşağılaması ile sonuçlanabilmektedir (148).

Bilişsel teorinin öncülerinden A.T.Beck, düşünmenin üç ana düzeyi olduğunu öne sürmüş ve depresyonun başlaması, sürmesi ve alevlenmesi üzerinde, bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hataların etkili olduğunu vurgulamıştır (150). Dozais ve Beck, kişinin geçmişteki deneyimlerinin yeni bilginin işlenmesini etkilediğini, özellikle erken çocukluk döneminde kişinin benlik şemasının geliştiğini savunmaktadır (151). Kognitif kuramın temelinde kişinin düşüncelerinin, duygularını etkilediği varsayımı yatmaktadır. Olumlu düşünceler olumlu duygulanımla ilişkilidir. Bu görüş psikanalitik görüşün bilinç dışı etkililiği yaklaşımı ile çatışmakta ve bu yönüyle bilişsel terapi, psikanaliz ile çelişebilmektedir. Bilişsel terapi, kişinin çarpık ve işlevsel olmayan şemalarını hedef alır (152). İşlevsellikten yoksun şemalara sahip olanların, olumsuz olaylarla karşılaşmaları durumunda yoğun depresif belirtiler gösterdikleri tespit edilmiştir (153).

2.3.5. Depresif Belirtiler

Depresyonun yaygın belirtilerinden biri psikomotor retardasyondur. Psikomotor retardasyonun varlığı kişinin depresyondan ağır etkilendiğini gösterir. Hareketler yavaşlamış, sorulan sorulara kısık sesle yavaş cevap verirler. Depresyondaki kişinin yüz çizgileri derinleşmiş, kaşlar çatık, ağız kenarları çökkündür ve üzüntülü ve donuk bir görünüme sahiptirler. Omuzlar düşük ve kambur durabilmektedir (154). Çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlığın hakim olduğu çökkün duygu durum mevcuttur ve kişinin günlük hayatında hüznün ve üzüntü duyguları hakimdir (155). Kişinin yaptığı hiçbir eylemden keyif alamaması ile karakterize olan anhedoni, aynı zamanda sosyal katılım ve motivasyonun da önünde engel oluşturmaktadır (156). Depresyondaki kişiler, reddilmeye karşı aşırı duyarlı olduklarından kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenmiştir (157). Mesleki işlevsellikte bozulmalar vardır. İntihar düşünceleri (158), kilo veya iştah değişiklikleri, uykusuzluk veya aşırı uyku, kronik yorgunluk, aşırı suçluluk veya değersizlik duyguları, pasiflik ve özgüven yetersizliği, ruminasyon, konsantrasyon güçlükleri, cinsel istekde azalma söz konusudur (110). Depresif hastaların hafızasında bozulma görülmemekle birlikte, motor hız ve dikkati yoğunlaştırmada güçlük yaşadıkları da görülmektedir (159).

2.3.6. Hemşirelerde Depresif Belirtilere Neden Olan Faktörler

Hemşirelik kendine has çalışma koşulları nedeniyle çalışanlar arasında depresyon görülme riskinin yüksek olduğu bir meslek grubudur (160). Depresyonla ilişkili birçok duygusal risk faktörü vardır. Düşük benlik kavramı, reddedilmeye karşı duyarlılık, nevroz, ruminasyon, olumsuz duygusallık (144), düşük duygusal netlik, yani kişinin kendi duygularını anlama ve tanımlamada yaşadığı sorunların genellikle depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir (161). Özellikle gece vardiyası, fazla mesai iş yerindeki şiddet davranışları depresif belirti yönünden riski arttırmaktadır (162). Yüksek işyeri talepleri ve mesleki stres, travmatik olayların ardından yoğun korku, dehşet, çaresizlik, duygusal sıkıntı, konsantrasyon sorunları yaşanabilmektedir.

Zaman yönetimi sorunları, yetersiz personel, hemşirelik dışı çok fazla iş yapmaları, yorgunluğa bağlı el-göz koordinasyonunun sağlanamaması iş kazalarına neden olmaktadır (163). Sürekli hasta bireylere bakım vermek, insan sağlığı ve yaşamı için alınan sorumluluğun ağır yükü, acı çeken hastalar, hasta ölümleri, çaresiz ve umutsuz hasta yakınları hemşirelerde duygusal baskının en önemli nedenlerindendir. Kötü iş organi-

zasyonları, çoklu görevler hemşirelerin fiziksel bakımdan yorgun düşmelerine neden olmaktadır. Uzun süre devam eden zihinsel ve fiziksel yük depresif ruh haline katkıda bulunmaktadır (115).

2.3.7. Hemşirelerde Depresif Belirtilerin Sonuçları

Depresif belirtiler insanların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkarabilir (164). Hemşireler, sağlık hizmetlerinin en temel taşlarından biridir ve bakımın kaliteli olmasında en büyük paya sahiptir. Depresif belirtilerin bilişsel performansı azalttığı tespit edilmiş ve bu durumun kişinin iş performansına doğrudan yansiyarak bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (165). Tükenmişlik ile depresif belirtiler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça depresif belirtilerin şiddetide artmaktadır (112). Artan tükenmişlik, hemşirelerin işe olan bağlılıklarını olumsuz yönde etkileyerek işten ayrılmalarına neden olabilmektedir. Hemşirelerdeki yüksek devir hızı dünya çapında önemli bir sorundur. Orta şiddette ve daha fazla depresif belirtiler varlığının işten ayrılma niyeti oranlarını yaklaşık 2,81-4,60 kat artırdığı bildirilmiştir (165). Hastanelerin 24 saat bakım vermesi, hemşirelerin gece vardiyasında çalışmasını zorunlu kılmaktadır. İnsanın biyoritmisiyle çatışan bu çalışma stili hemşireleri birçok yönden etkileyebilmektedir (166). Sirkadiyen ritimler, 24 saatlik bir döngü boyunca tekrarlanan ve aydınlık ve karanlık koşullara maruz kalmayla düzenlenen endojen ritimlerdir (167). Sirkadiyen bozulma çeşitli duygudurum bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Depresif hastaların en belirgin özelliklerinden biri olan bozulmuş uyku süreçleri olması bağlamında hemşirelerin gece vardiyasında çalışması depresif belirtilerinin şiddetini arttırmaktadır (166).

2.4. Örgütsel Psikolojik Sermaye Kavramı

Psikolojik sermayenin kökeni, kişinin güçlü yönlerine odaklanan pozitif psikolojiden gelmektedir. Pozitif psikolojinin geçmişi, kişinin çok sayıdaki karakter erdemlerini, mutluluğu ve daha iyi bir toplum fikirlerini tartışan eski filozof ve dini liderlerin düşüncelerine kadar uzanır (168). İkinci dünya savaşı, psikolojik yaklaşımlar bakımından dönüm noktası niteliğindedir. İkinci dünya savaşından önce psikolojinin ilgilendiği alanların üç ana misyonu vardı. Bunlar, ruhsal bakımdan sorunlu bireylerin tedavisi, tüm insanların üretkenliğini arttırarak yaşam tatminlerini yüksek hale getirmek ve olağan üstü yetenek sahibi bireylerin tespit edilerek yeteneklerini geliştirmek. Bu yaklaşımlardan anladığımız kadarıyla pozitif psikoloji ikinci dünya savaşından önce de ilgi görmek-

teydi (169). İkinci dünya savaşının etkileriyle toplumun yaklaşık %30'u psikopatoloji-den muzdarip hale gelmiştir. Bu sorunların acilen çözülmesi gerekmişti, sayısız çalışmalar yapılarak yaklaşık 50 yıl boyunca bir hastalık modeli dahilinde hasarlar onarılmaya çalışılmıştır. Dönemin en önemli gelişmesi, psikiyatrik bozukluklar sınıflandırılmış ve birçok tedavi yöntemi geliştirilmiş olmasıdır. Psikopatoloji yönünde harcanan yoğun çaba, toplumun %70'lik kısmının ihmal edilmesi ile sonuçlanmıştır. Hastalıkların bulunmayışı, kaygıyı, depresyonu, öfkeyi ortadan kaldırmak, mutlulukla sonuçlanmıyordu. Bu yaklaşım pozitif psikoloji akımını tekrar ihtiyaç haline getirmiştir (170). M. Seligman'ın 1998 de Amerikan Psikoloji Derneği Başkanı olarak görev yaptığı sırada, güçlü yönlerin ve erdemlerin kapsamlı bir şekilde incelenmesi gerekliliğini vurgulamasıyla pozitif psikolojiye olan ilgi hızla artarak bu alanda çok sayıda çalışma yapılmıştır (169, 168). Pozitif psikolojinin üst düzey bileşeni olan, psikolojik sermaye insan yaşamının olumlu yönlerine odaklanmıştır (123). İlk kez 2002 yılında Luthans tarafında ortaya atılmıştır (171) ve pozitif örgütsel davranış eğiliminden beslenmektedir (172). Bireyin pozitifliği olarak tanımlanan psikolojik sermaye, başarı için yeterli özgüvene sahip olmak, başarıya giden yolları yapılanlandırma, şimdi ve gelecekte başarılı olmaya atıfda bulunma ve başarı yolunda zorluklarla karşılaşıldığında ayakta kalabilme, psikolojik sermayenin üst düzey bileşenlerini oluşturmaktadır (173). Psikolojik sermaye mevcut şartlarda kim olduğumuzla değil geliştirilebilir psikolojik sermaye bileşenleri ile kime dönüştüğümüz ile ilgilenen insanın potansiyelini ortaya çıkaran bir yapıdır (17).

2.4.1. Örgütsel Psikolojik Sermayenin Bileşenleri

2.4.1.1. Umut

Umut kişilerin yaşam alanlarındaki hedefleriyle nasıl ilişki kurduğunun anlaşılması bakımından oldukça önemli bir kavramdır. Kişinin hayatta kalmak ve gelişmek için hedefler belirlemesi ve bu hedeflere uygun davranışlar sergilemesi gerekmektedir. Belirlenen hedeflerin gerçekleşmesi yönündeki algı kişiyi motive eder ve hedefe ulaşabilmek için yollar planlanır ve bu yolları kullanarak kişinin hedefe ulaşacağı yönündeki bilişsel algısı umut olarak tanımlanır (174). Kişinin eyleme geçmesi ve etkili umut edebilmesi için değişim ihtimalinin farkına varması ve söz konusu değişime giden yolların varlığını algılaması gerekmektedir. Bu farkındalığı algılamayan kişi içinde bulunduğu durumu değiştirmek adına harekete geçmeyecektir (175). Snyder umudu “ hedeflerimiz için sahip olduğumuz irade ve yol gücünün toplamı” olarak tanımlamış ve umudun üç zi-

hinsel bileşeninden bahsetmiştir ‘‘hedefler, irade gücü ve yol gücü’’. Kişi arzu ettiği deneyim ve sonuçları zihninde hayal ederek yüksek bir irade gücüyle etkili yollar arayışı içine girmektedir (176). Kişinin yakın ve uzak gelecekte belirlediği hedeflere ulaştığında umut düzeyi yükselerek listeye yeni hedefler eklenecektir (177). Umut düzeyi yüksek olan insanlar hedef odaklı olduklarından genellikle hedeflerine ulaşabilmek için daha fazla çaba sarf etmektedirler. Alternatif yollar formüle etmek adına yenilikçi stratejiler uygularlar. Dinamik çalışma ortamlarının zorluklarıyla baş etmede umut etkili kişisel bir kaynaktır (178).

2.4.1.2. İyimserlik

İyimserlik yapısı köklerini halk bilgeliliğinden almış olmanın yanı sıra onlarca yıldır süren teori ve araştırmalarla geliştirilip anlaşılmasına çalışılmıştır (179). Görev ve sonuçlar iyimserlikten etkilenirler. Gerçekçi iyimser bireyler zorluklarla karşılaştıklarında başarı beklerler (177). İnsanların geleceklerine yönelik olumlu beklenti düzeylerinin yüksek olması, ileriye dönük refah ile ilişkilidir. İyimser kişiler sağlığını korumak için proaktif adımlar atabilmekte, kötümserler ise sağlığa zararlı baş etme yöntemlerini kullanabilmektedir (180). İyimser bireylerin kötümser bireylere göre fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi uyum sağladıkları da bildirilmiştir (181). İyiyi öngörmekle, kötüyü öngörmek arasındaki fark davranışın altındaki temel nedenlerden biridir. Bu iki yapının sorun çözme biçimleri de birbirinden farklıdır (182). İyimserliğin, mutluluk ve yaşam doyumu pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir (180). Özellikle kontrol edilebilir durumlarda söz konusu olduğunda, iyimserlik zorluklarla başa çıkmada avantaj sağlamaktadır. İyimser bireyler olumlu yeniden yorumlama, sorun odaklı başa çıkma gibi yaklaşımlarla daha iyi sonuçlar üretebilmektedir. Kişinin tedavisi olmayan bir hastalık durumu, sevdiği birini kaybetmesi gibi kontrol edemeyeceği yaşam deneyimleri karşısında iyimser bireyler daha kolay kabullenmekte ve daha kısa sürede uyum sağlayabilmektedir (183). İyimserlik depreresif bozuklar için bir risk faktörü olan umutsuzlukla ters ilişkilidir (184).

2.4.1.3. Öz-Yeterlilik

Öz-yeterlilik, psikolog Albert Bandura tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Teorinin bir bileşenidir (185). Başarı sonuçlarını etkilemede önemli rol oynar (186). Engeller ve olumsuz deneyimler karşısında, kişinin başa çıkma davranışı başlatıp başlatamayacağını

ve bu başatme davranışını ne kadar ısrarla sürdürebileceğini öz-yeterlilik algısı belirlemektedir (185). Sahip oldukları becerilere güvenmeyen kişilerin, bu becerileri gerektiren görevlere girişme olasılıkları daha düşüktür. Bu durum kişinin, girişimlerini sınırlandırarak gelişmesinin önünde engel olabilmektedir. Öz-yeterlilik algısı düşük olan kişiler engeller ve zorluklarla karşılaştıklarında mücadele etmek yerine kolayca pes edebilmektedirler (187). Kişinin güçlü öz-yeterliliğe sahip olması sosyal ve profesyonel aktivitelerde başarılı olmasıyla ilişkilidir (188). Araştırmalar istikrarlı bir başarı için öz yeterlilikliğin önemini vurgulamıştır. Öz- yeterlilik düzeyi yüksek insanlar, başarısız sonuçlar karşısında daha az savunmacı tepki veririrler. Öz yeterliliği düşük insanlar olumsuz sonuçları genellikle kendi yetersizliklerinin kanıtı olarak görme eğilimindedir (189). Öz yeterliliğin dört temel kaynağı bulunmaktadır (185). Kişiler önceki deneyimlerinden bir işi ne kadar iyi yapabildiklerine dair bilgi edinirler (ustalık), bir işi başaracağı yönünde başka kişilerden ikna edici bilgiler alır. Kişinin fizyolojik reaksiyonları da işi başarıp başarmayacağı yönünde bilgi verir (örn: taşıkardi), modeller kişiye işin nasıl yapıldığını ve hangi yönergeleri uygulaması gerektiği yönünde bilgi verir ve bu faktörler kişinin öz-yeterlilik düzeyine katkıda bulunur (190). İnsanların eylemlerinin eninde sonunda arzu ettikleri sonuçlara ulaşacağını düşündüklerinde uzun süre motivasyonlarını yüksek tutatabilirler (191). Öz-yeterlilik, sağlıklı davranışların benimsenmesini, zararlı davranışlardan geri çekilmeyi ve zorluklarla karşılaşıldığında bile yapılan değişikliklerde ısrar etmeyi etkiler (192).

2.4.1.4. Dayanıklılık

Luthans, dayanıklılığı sıkıntı, çatışma ve başarısızlık gibi çeşitli zorluklar karşısında toparlanma veya uyum sağlama yeteneği olarak tanımlamıştır (178, 79). Dayanıklı insanlar zorluklar karşısında daha pozitif bir yaklaşım sergilemektedirler (123). Kişinin yaşamında karşılaştığı zorlayıcı ve tehdit içeren durumlar karşısında uyum sağlayabilmesi dayanıklılık kapasitesi ile ilişkilidir. Dayanıklılık, kişinin yüksek risk içeren durumlarda bile iyi sonuçlar üretebilme ihtimalini arttırır. Zorluklarla, etkili bir şekilde başa çıkarak, belirli bir denge noktasını korumayı ve hedefe yönelik çabayı sürdürmede etkilidir (193, 194). Dayanıklı insanlar, mevcut koşulları değiştirmesi gereken durumlar karşısında var olan yöntemlere alternatif yöntemler geliştirme konusunda da daha iyidirler. Bu bağlamda dayanıklılık yenilikçi yaklaşımla ilişkilidir (195). Dayanıklılık kapasitesi diğer psikolojik sermaye bileşenlerinde olduğu gibi geliştirilebilir yapıya sahiptir.

Zorluklardan, başarısızlıklardan, hatta görünüşte olumlu ama ezici değişikliklerden sonra toparlanma kapasitesidir. Dayanıklılık seviyesi yüksek olan bireyler aksilikler ve zorluklar karşında sadece kendilerine geri dönmekle kalmayıp daha yüksek performans seviyelerine ulaşabilmektedirler (17).

2.4.2. Hemşirelerde Örgütsel Psikolojik Sermaye

Günümüzün sürekli değişen ve gelişen dünyasında insan kaynaklarını yönetmek bir zorunluluk haline gelmiştir. Mevcut araştırmalar, psikolojik sermaye bileşenlerinin, bireysel performansı geliştirmede üst düzey bir yapı olduğunu ortaya koymuştur (196).

Hemşirelik mesleği çalışma koşulları özellikle vardiyalı çalışma ve fazla mesai, ücret yetersizliği, çalışmalarının takdir görmemesi, iş arkadaşları ile yaşanan çatışmalar, adil ve şeffaf yönetim anlayışının olmaması, terfi, yükselme olanaklarının çok kısıtlı olması, görev tanımlarının yetersiz olması, mesleğinin toplumda hak ettiği değeri görmemesi gibi birçok faktör hemşirelerin stres yaşamasına sebep olarak, zihinsel ve fiziksel sağlıklarını bozabilmektedir. Psikolojik sermaye insanların sağlığını ve performanslarını olumlu yönde etkileyerek yaşanan zorluklarla baş etmelerine katkı sağlamaktadır (197, 172). Psikolojik sermayesi daha yüksek olan bireyler, yaşamın ve işin baskılarıyla karşı karşıya kaldıklarında, olumlu psikolojik kaynakları harekete geçirebilir ve iyimser bir tutum, güçlü öz yeterlilik ve dayanıklılıkla baskının olumsuz etkisini hafifletebilirler (21). Yenilikçi hemşire yaklaşımları, hemşireliğin gelişimini desteklemenin yanı sıra bakımın kalitesinin artmasına yardımcı olarak hastanın prognozu üzerindede olumlu etkilidir. Sağlık hizmet sorunlarının yenilikçi bir yaklaşımla çözüme kavuşturulması ihtiyaç halini almıştır. Psikolojik sermaye düzeyi, yenilikçi tutum ile pozitif ilişkilidir (198). Psikolojik sermayenin, çalışanların işe uyum sağlama yeteneğini ve genel iş performansını geliştirebileceği gösterilmiştir (199). Uyum yeteneği yüksek olan çalışanların işe bağlılık düzeyi daha yüksektir (172, 20). Hemşirelik merhamet yorgunluğuna yol açabilecek son derece stresli bir meslektir. Psikolojik sermaye bileşenlerinin hemşirelerin stresli durumlar ile baş etme kapasitelerini geliştirme ve onları merhamet yorgunluğundan korumaya katkısı bulunmaktadır (200). Ayrıca umut ve iyimserlik düzeyleri yüksek olan hemşirelerin pozitif başa çıkma becerileri daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (201). Bireyin pozitif psikolojik gücü olan psikolojik sermaye mesleki stresin düzeylerini azaltarak stres etkenleri ile uykusuzluk arasındaki ilişkide aracılık etkilerine sahip olduğu gösterilmiştir (202). Psikolojik sermaye olumlu başa çıkma ile pozitif

ilişkilidir (203). Psikolojik sermaye sahibi olan hemşirelerin ve doğal olarak empati yaşamaktadırlar. Başkalarına hizmet etmekten ve onlara yardımcı olmaktan keyif alma eğilimleri vardır (204). Psikolojik sermaye düzeyi yüksek olan kişilerin daha az depresif belirti gösterme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (205).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, 15 Ekim 2023 – 30 Haziran 2024 tarihleri arasında Şhitkamil Devlet hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Gaziantep ili Şhitkamil Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında görev yapan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power 3.1.9.4 programından yararlanılmıştır. Daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş (206, 207) ve “Psikolojik sermaye ölçeği” beklenen güven aralıkları belirlenerek güven aralığının $\alpha=0.05$ iken, testin gücü $(1-\beta)$ 0.95, effect size $d_z= 0.3382664$ iken toplam 116 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini 307 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. Hastanede hemşire olarak çalışıyor olmak
3. Araştırmaya katılım için gönüllü olmak

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. İletişime engel bir bozukluğu olmak
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler hemşireler ile yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra yazılı ve sözlü onamlarının alınmasından sonra araştırmacı tara-

findan “Kişisel Bilgi Formu, Genel İş Stresi Ölçeği, İş-Aile Çatışması Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Sermaye Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup sosyodemografik özelliklere; (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, aylık geliri, aile tipi, çocuk durumu) yönelik sorular yer almaktadır. Toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

Genel İş Stresi Ölçeği (GİSÖ): Bruin (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Teleş (2020) tarafından yapılmıştır. Genel İş Stresi ölçeği tek boyutludur ve 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5’li Likert tipi şeklindedir. Ölçeğe verilen cevaplar “(1) Hiçbir zaman”, “(2) Nadiren”, “(3) Bazen”, “(4) Çoğunlukla”, “(5) Her Zaman” şeklindedir. Ölçeğin her sorusu 1 ile 5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan minimum puan 9 ve maksimum puan 45’dir. Alınan yüksek puanlar yüksek iş stresini, alınan düşük puanlar düşük iş stresini ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

İş-Aile Çatışması Ölçeği (İAÇÖ): Netemeyer, Boles ve McMurrian (1996) tarafından kişilerin ailesel ve işsel sorumlulukları arasında ne derece çatışma yaşadığını ölçmek için tasarlanan ölçeğin, 10 maddesi ve 2 farklı boyutu (iş-aile çatışması ve aile-iş çatışması) bulunmaktadır (208). İş kaynaklı rol baskılarının aile yaşamını etkilemesi sonucunda iş-aile çatışması, aile kaynaklı rol baskılarının iş yaşamını etkilemesi ile aile-iş çatışması ortaya çıkmaktadır (209).

Ölçeğin, Türkçe’ye uyarlaması Aycan ve Eskin (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçekten toplam puan alınmamakta ve puanlar alt faktörler üzerinden değerlendirilmektedir (210). 5’li Likert Skalası üzerinden 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilmesi istenmektedir. Ölçeğin ters puanlanan sorusu yoktur. Katılımcıların her alt boyuttan alabileceği en yüksek puan 25’tir ve kişinin aldığı puan arttıkça deneyimlediği iş-aile çatışmasının arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Ölçek, erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere, Beck tarafından (1961) geliştirilmiştir (211). Türkçe uyarlanması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. BDE 21 maddeden oluşmakta ve her bir maddesinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır.

Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür ve toplam puanın yüksek olması, depresyonun şiddetini göstermektedir. BDE'nin kesme noktasını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda, 17 ve üstündeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu, %90'nın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir (212). Bu çalışmada ise cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği (ÖPSÖ): Ölçek Luthans vd. (2007) tarafından geliştirilmiştir (213). Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Çetin & Basım (2012) tarafından yapılmıştır (214). 24 maddeden ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları umut, psikolojik dayanıklılık, özyeterlilik ve iyimserlik olarak bulunmuştur. Psikolojik Sermaye Ölçeği'nin iyimserlik alt boyut maddeleri 1, 9, 11, 14, 18, 19 psikolojik dayanıklılık alt boyut maddeleri 5, 7, 8, 10, 13, 22 umut alt boyut maddeleri 2, 6, 12, 17, 20, 24 ve öz yeterlilik maddeleri ise 3, 4, 15, 16, 21, 23 numaralı maddeler olarak bulunmuştur. Psikolojik sermaye ölçeğinin ters maddeleri ise 1, 8, 11 numaralı maddelerdir. Ölçek 6'lı Likert tipi şeklindedir. Ölçeğe verilen cevaplar “(1) Hiçbir zaman”, “(2) Nadiren”, “(3) Bazen”, “(4) Çoğunlukla”, “(5) Her Zaman” şeklindedir. Ölçekten alınan minimum puan 24 ve maksimum puan 144'tür. Alınan yüksek puanlar psikolojik sermaye düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows (Statistical Package For Social Sciences) bilgisayar programı ile analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde, frekans ve yüzde analizlerinden, ölçek ortalamalarının değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden yararlanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik yöntemler kullanılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek ortalamalarının karşılaştırmasında t- testi, varyans analizi (ANOVA), ölçekler arasındaki ilişkileri belirlemek için pearson korelasyon analizi ya-

pılmıştır. Ayrıca ölçek puanlarının yordama gücünü belirlemek için regresyon analizi yapılmıştır. $P<0.05$ anlamlılık seviyesi olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya başlamadan önce, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı onay alınmıştır. Şhitkamil Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi ve Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır. Veri toplama sırasında örnekleme oluşturan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek Gönüllü Olur Formu ile yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın belirli bir bölgede sınırlı olması ve örneklemin sadece üç merkezden elde edilmesi,

Araştırmanın belirli bir dönemde yapılması gibi sınırlılıklar nedeniyle tüm evrene genellenemez.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	221	72.0
Erkek	86	28.0
Yaş		
18-25	52	16.9
26-35	173	56.4
36-45	60	19.5
46-56	22	7.2
Medeni Durum		
Evli	202	65.8
Bekar	97	31.6
Diğer	8	2.6
Eğitim Durumu		
Meslek lisesi	25	8.1
Lisans	259	84.4
Lisansüstü	23	7.5
Çocuğunuz var mı ?		
Evet	183	59.6
Hayır	124	40.4
Aile tipiniz		
Çekirdek aile	280	91.2
Geleneksel geniş aile	211	6.8
Parçalanmış aile	6	2.0
Aylık gelir düzeyiniz		
Gelir giderden az	119	38.8
Gelir gidere eşit	150	48.9
Gelir giderden fazla	38	12.4
Hemşire olarak çalışma süreniz		
1 yıldan az	2	0.7
1-3 yıl	56	18.2
4-7 yıl	91	29.6
7-15 yıl	97	31.6
16 yıl ve üzeri	61	19.9
Şu anki göreviniz		
Servis hemşiresi	162	52.8
Yoğun bakım hemşiresi	76	24.8
Sorumlu hemşire	22	7.2
Acil hemşiresi	28	9.1
İdari birimler ve diğer	19	6.2
Çalıştığınız birimden memnun musunuz?		
Evet	270	87.9
Hayır	37	12.1

Tablo 4. 1. Devamı

Vardiyalı çalışıyor musunuz?		
Evet	228	74.3
Hayır	79	25.7
Çalışma süreniz haftalık 40 saati aşıyor mu?		
Evet	174	56.7
Hayır	133	43.3
Hayatınızı bir bütün olarak düşündüğünüzde yaşamınızdan memnun musunuz?		
Hiç memnun değilim	21	6.8
Memnun değilim	47	15.3
Kararsızım	83	27.0
Memnunum	144	46.9
Çok memnunum	12	3.9

Araştırmaya katılan 307 hemşirenin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %72'si (n=221) kadın, %28'i (n=86) erkek olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların %65.8'i evli (n=202), %31.6'sı (n=97), bekar ve %2.6'sı (n=8), diğer medeni durum kategorisindedir.

Hemşirelerin %59.6'sı (n=183) çocuk sahibi iken %40.4'ünün (n=124), çocuğu yoktur.

Hemşirelerin %91.2'si çekirdek aileye, %6.8'i (n=21), geleneksel aileye ve %2'si parçalanmış aileye sahiptir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %52.8'i (n=162) servis hemşiresi olarak, %24.8'i (n=76) yoğun bakım hemşiresi olarak, %7.2'si (n=22) sorumlu hemşire olarak, %9.1'i (n=28) acil hemşiresi olarak ve %6.2'si (n=19) idari ve diğer birimlerde görev yapmaktadır.

Hemşirelerin %87.9'u (n=270) görev yaptığı birimden memnun olduğunu, %12.1'i (n=37) memnun olmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %74.3'ü vardiyalı olarak çalışırken, %25.7'si (n=79) vardiyalı olarak çalışmamaktadır.

Hemşirelerin %56.7'sinin (n=174) haftalık çalışma saati 40 saatin üzerinde iken, %43.3'ünün (n=133) haftalık çalışma saatinin 40 saati aşmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin hayatlarını bir bütün olarak değerlendirdiklerinde % 6.8'i (n=21) hiç memnun olmadıklarını, 15.3'ü (n=47) memnun olmadıklarını, % 27'si (n=83) kararsız olduklarını, %46.9'u (n=144) memnun olduklarını ve % 3.9'u (n=12), çok memnun olduklarını bildirmişleridir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hemşirelerin ÖPSÖ, GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, İAÇÖ -Aile-iş Çatışması ve BDE Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve alt boyutları	Minimum	Maximum	Ölçekten Alınabilecek Min-Max	X±SS
GİSÖ	9.00	45.00	9-45	23.59±8.32
İAÇÖ-İş-Aile Çatışması	5.00	25.00	5-25	17.14±4.94
İAÇÖ -Aile-iş Çatışması	5.00	25.00	5-25	12.24±4.88
BDE	.00	55.00	0-63	11.48±8.73
ÖPSÖ	48.00	144.00	24-144	107.28±18.61
Dayanıklılık	11.00	36.00	6-36	27.16±5.20
Umut	10.00	36.00	6-36	27.098±5.24
Özyeterlilik	10.00	36.00	6-36	27.93±5.69
İyimserlik	13.00	36.00	6-36	25.08±4.64

GİSÖ: Genel İş Stresi Ölçeği, **İAÇÖ:** İş-Aile Çatışması Ölçeği; **İAÇÖ:** Aile-iş Çatışması Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri; **ÖPSÖ:** Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

Araştırmada kullanılan GİSÖ, İAÇÖ (İş-aile Çatışması), İAÇÖ (Aile-iş Çatışması), BDE ve ÖPSÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 2’de verilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin GİSÖ toplam puan ortalaması 23.59±8.32, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması puan ortalaması 17.14±4.94, İAÇÖ -Aile-iş Çatışması puan ortalaması 12.24±4.88, BDE puan ortalaması 11.48±8.73, ÖPSÖ’nün alt boyutlarında iyimserlik alt boyut puan ortalaması 25.08±4.64, dayanıklılık alt boyut puan ortalaması 27.16±5.20, umut alt boyut puan ortalaması 27.098±5.24, özyeterlilik alt boyut puan ortalaması 27.93±5.69 ve ÖPSÖ toplam puan ortalaması 10.28±18.61 dir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Hemşirelerin GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, AİÇÖ -Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=307)

ÖLÇEKLER	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.GİSÖ	1								
2.İAÇÖ İş-aile Çatışması	.606**	1							
3.İAÇÖ Aile-iş Çatışması	.410**	.381**	1						
4.BDE	.451**	.412**	.288**	1					
5.ÖPSÖ İyimserlik	-.395**	-.277**	-.282**	-.398**	1				
6.ÖPSÖ Dayanıklılık	-.299**	-.206**	-.264**	-.368**	.651**	1			
7.ÖPSÖ Umut	-.268**	-.194**	-.281**	-.332**	.683**	.805**	1		
8.ÖPSÖ Özyeterlilik	-.186**	-.138*	-.279**	-.270**	.594**	.780**	.865**	1	
9.ÖPSÖ Toplam	-.315**	-.224**	-.309**	-.378**	.806**	.907**	.942**	.916**	1

*P<0, 01 düzeyinde (iki yönlü) anlamlıdır. **p<0,05 düzeyinde (iki yönlü) anlamlıdır.

GİSÖ: Genel İş Stresi Ölçeği **İAÇÖ:** İş-aile Çatışması Ölçeği; **AİÇÖ:** Aile-İş Çatışması Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri **ÖPSÖ:** Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

Tablo 4’te tüm ölçeklerin boyut/alt boyutları arasındaki korelasyon analizleri gösterilmiştir.

Hemşirelerin ÖPSÖ toplam puanı ile GİSÖ toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($r=-.315$ $p<0.01$).

Hemşirelerin ÖPSÖ toplam puanı ile AİÇÖ-İş-Aile Çatışması toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-.224$ $p<0.01$).

Hemşirelerin ÖPSÖ toplam puanı ile İAÇÖ-Aile-İş Çatışması ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($r=-.309$ $p<0.01$).

Hemşirelerin ÖPSÖ toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-.378$ $p<0.01$).

Hemşirelerin GİSÖ toplam puanı ile İAÇÖ-İş-Aile Çatışması toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.606$ $p<0.01$).

Hemşirelerin GİSÖ toplam puanı ile AİÇÖ-Aile-İş Çatışması toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.410$ $p<0.01$).

Hemşirelerin GİSÖ toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.451$ $p<0.01$).

Hemşirelerin İAÇÖ-İş-aile Çatışması toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=.412$ $p<0.01$).

Hemşirelerin AİÇÖ-Aile-iş Çatışması toplam puanı ile BDE toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=.288$ $p<0.01$).

Tablo 4.4. Hemşirelerde ÖPSÖ'nin GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, İAÇÖ-Aile-iş Çatışması ve BDE'yi Yordama Gücünün Belirlenmesi (n=307)

Modeller	Değişkenler	R	R ²	B	Standart Hata	β	F	t	p
GİSÖ									
Model 1	Constant	.315	.099	38.678	2.646		33.482	14.615	.000
	ÖPSÖ			.141	.024	.315		-5.786	.000
İş-Aile Çatışması									
Model 2	Constant	.224	.050	23.507	1.613		16.070	14.575	.000
	ÖPSÖ			-.059	.015	.224		-4.009	.000
Aile-İş Çatışması									
Model 3	Constant	.309	.095	20.939	1.556		32.141	13.453	.000
	ÖPSÖ			-.081	.014	.309		-5.669	.000
BDE									
Model 4	Constant	.378	.143	30.552	2.708		50.908	11.270	.000
	ÖPSÖ			-.177	.025	.378		-7.135	.000

GİSÖ: Genel İş Stresi Ölçeği, **İAÇÖ:** İş-Aile Çatışması Ölçeği; **AİÇÖ:** Aile-İş Çatışması Ölçeği; **BDE:** Beck Depresyon Envanteri, **ÖPSÖ:** Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

Örgütsel psikolojik sermaye değişkenini kullanarak hemşirelerin genel iş stresi seviyelerini yordamak amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(1,305)=33.482$ $P<0.001$ olduğu ve bağımlı değişkendeki varyansın %9.9 ($R^2 =.099$) unu açıkladığı belirlenmiştir.

Örgütsel psikolojik sermaye değişkenini kullanarak hemşirelerin iş-aile çatışması seviyelerini yordamak amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(1,305)=16.070$. $P<0.001$ olduğu ve bağımlı değişkendeki varyansın %5.9 ($R^2=.05.9$) ini açıkladığı belirlenmiştir.

Örgütsel psikolojik sermaye değişkenini kullanarak hemşirelerin aile-iş çatışması seviyelerini yordamak amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(1,305)=.95$. $P<0.001$ olduğu ve bağımlı değişkendeki varyansın %9.5 ($R^2=.095$) ini açıkladığı belirlenmiştir.

Örgütsel psikolojik sermaye değişkenini kullanarak hemşirelerin depresyon seviyelerini yordamak amacıyla doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(1,305)=50.908$. $P<0.001$ olduğu ve bağımlı değişkendeki varyansın %14.3 ($R^2=.143$) ünü açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, İAÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Kadın(n=221)	Erkek (n=86)	Test Değeri ve Anlamlılık*
	X±SS	X±SS	
GİSÖ	23.54±7.98	23.70±9.18	t=-.148 p=.883
İAÇÖ-İş-aile Çatışması	17.42±4.61	16.40±5.66	t= 1.480 p= .141
İAÇÖ-Aile-iş Çatışması	12.00±4.81	12.87±5.04	t=1.407 p=.160
BDE	11.60±8.41	11.17±9.55	t=0.385 p=.701
ÖPSÖ -İyimserlik	24.92±4.55	25.49±4.87	t=-.957 p=.339
ÖPSÖ -Dayanıklılık	26.76±4.96	28.24±5.64	t=-2.282 p*=.023
ÖPSÖ -Umut	26.65±5.20	28.24±5.18	t=-2.410 p*=.017
ÖPSÖ -Özyeterlilik	27.57±5.68	28.87±5.63	t=-1.807 p=.072
ÖPSÖ Toplam	105.89±18.19	110.84±19.30	t=-2.108 p*=.036

* Bağımsız örnek t-testi; *p<0.05 GİSÖ: Genel İş Stresi Ölçeği; İAÇÖ: İş-Aile Çatışması Ölçeği ; AİÇÖ: Aile-İş Çatışması Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri ÖPSÖ: Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

Hemşirelerin cinsiyetine göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, AİÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4’e göre hemşirelerin GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, AİÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE, ÖPSÖ iyimserlik alt boyut ve ÖPSÖ ölçeği özyeterlilik alt boyut puan ortalamaları arasında cinsiyet açısından anlamlı değildir ($p>0.05$). Hemşirelerin ÖPSÖ alt boyutlarından dayanıklılık, umut alt boyutu ve ÖPSÖ toplam puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalışılan Birimden Memnun Olma Durumuna Göre GİSÖ İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, AİÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Evet (n=270)	Hayır (n=37)	Test Değeri ve Anlamlılık*
	X±SS	X±SS	
GİSÖ	22.38±7.47	32.38±8.87	t*=-7.433 p**=.000
İAÇÖ – İş-aile Çatışması	16.63±4.84	20.78±4.12	t*=-4.971 p**=.000
İAÇÖ – Aile-iş Çatışması	1.81±4.66	15.40±5.37	t=-4.317 p=.160
BDE	10.64±8.03	17.62±11.04	t*=-3.711 p=.001
ÖPSÖ-İyimserlik	25.42±4.55	22.59±4.64	t*=-.3.537 p**=.000
ÖPSÖ-Dayanıklılık	27.41±5.08	25.32±5.72	t*=-2.314 p**=.021
ÖPSÖ-Umut	27.30±5.12	25.96±5.89	t*=1.868 p**=.063
ÖPSÖ-Özyeterlilik	28.01±5.63	27.35±6.18	t=.664 p=.507
ÖPSÖ Toplam	108.16±18.22	100.86±20.35	t*=-2.251 p**=.025

* Bağımsız örnek t testi; ** $p<0.01$ **GİSÖ**: Genel İş Stresi Ölçeği; **İAÇÖ**: İş-Aile Çatışması Ölçeği; **AİÇÖ**: Aile-İş Çatışması Ölçeği; **BDE**: Beck Depresyon Ölçeği; **ÖPSÖ**: Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

Hemşirelerin çalışılan birimden memnun olma durumuna göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, AİÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6’ya göre; hemşirelerin GİSÖ, İAÇÖ İş-Aile Çatışması, BDE, ÖPSÖ iyimserlik alt boyutu, ÖPSÖ dayanıklılık alt boyutu ve ÖPSÖ toplam puan ortalamaları anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.7: Katılımcıların Medeni Durum, Şu An Görev Yaptığı Birim ve Bir Bütün Olarak Hayatından Memnun Olma Durumuna Göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile Çatışması, İAÇÖ-Aile-iş Çatışması, BDE ve ÖPSÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=307)

		GİSÖ			İAÇÖ – İş-aile Çatışması			İAÇÖ – Aile-iş Çatışması			BDE			ÖPSÖ		
		X± SS	F*	P**	X± SS	F*	P**	X± SS	F*	P**	X± SS	F*	P**	X± SS	F*	P**
Medeni durum	Evli	23.50±8.12	1.373	.255	17.34±4.87	2.716	.068	11.92±4.69	3.405	.034	11.41±8.93	.107	.899	107.22±18.88	1.099	.335
	Bekar	24.13±8.70			17.02±5.04			13.14±5.13			11.72±8.41			106.61±18.47		
	Diğer	19.12±7.91			13.25±4.30			9.50±5.18			10.37±8.30			116.75±10.60		
Şu an görev yaptığı birim	Servis Hemşiresi	22.28±7.77	6.50	.000	16.58±4.60	5.94	.000	11.81±4.27	4.411	.002	10.59±8.46	4.042	.003	25.66±17.91	3.691	.006
	Yoğun Bakım Hemşiresi	27.15±8.80			19.09±4.70			13.85±5.76			14.46±9.59			23.73±19.01		
	Sorumlu Hemşire	22.50±5.59			16.63±5.45			9.68±4.17			8.68±6.26			26.36±18.07		
	Acil Hemşiresi	25.18±9.11			17.60±5.05			13.00±5.30			12.75±8.86			23.46±20.22		
	İdari Birimler	19.37±6.71			13.94±5.47			11.37±4.37			8.53±6.61			26.37±15.50		
Hayatınızı bir bütün olarak yaşamınızdan memnuniyet durumu	Hiç memnun değilim	34.33±7.47	23.84	.000	19.57±4.80	10.520	.000	15.19±5.56	9.99	.000	19.66±13.40	20.765	.000	98.52±21.48	8.45	.000
	Memnun değilim	28.30±7.53			19.98±3.67			15.19±5.29			17.53±7.790			97.61±19.72		
	Kararsızım	23.51±7.40			17.30±4.17			12.11±4.44			12.03±7.44			105.74±17.87		
	Memnunum	21.21±7.28			16.15±5.09			11.14±4.38			8.63±7.09			111.56±16.42		
	Çok memnunum	15.41±5.18			12.41±5.48			9.66±4.07			3.75±4.13			119.66±17.57		
GİSÖ: Genel İş Stresi Ölçeği, İAÇÖ: İş-Aile Çatışması Ölçeği; AİÇÖ: Aile-İş Çatışması Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri, ÖPSÖ: Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği																

Tablo 4.7'ye göre hemşirelerin medeni durum açısından AİÇÖ – Aile-iş atışması puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İAÇÖ-İş-aile atışması, BDÖ ve ÖPSÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Hemşirelerin görev yaptığı birime göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile atışması, AİÇÖ-Aile-iş atışması, BDÖ ve ÖPSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile atışması, AİÇÖ-Aile-iş atışması, ve BDE puan ortalaması en yüksek olan birim yoğun bakım olarak belirlenmiştir. ÖPSÖ puanı en yüksek olan birim ise idari birimlerdir.

Hemşirelerin yaşamdan memnuniyet durumuna göre GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile atışması, AİÇÖ-Aile-iş atışması, BDÖ ve ÖPSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Hemşirelerin hayatttan memnuniyet düzeyleri arttıkça GİSÖ, İAÇÖ-İş-Aile atışması, AİÇÖ-Aile-iş atışması ve BDÖ puan ortalamaları azalmaktadır. ÖPSÖ puan ortalamaları ise hayattan memnuniyet düzeyleri arttıkça artmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemşirelik, karmaşık iş talepleri, hatasız yüksek performans beklentileri, aşırı sorumluluk, vakaların çeşitliliği, iş gücü eksikliği, zorunlu fazla mesai saatleri ve servis yöneticilerinin tutumu gibi faktörler nedeniyle en stresli mesleklerden biri olarak bilinir (96). Yoğun iş baskısı nedeniyle aile içi rol ve sorumluluklarını dengelemekte zorluk çeken hemşireler (62) iş ve aile arasındaki dengeyi kurmakta sıkıntı yaşayabilmektedirler. İş-aile çatışmasının sağlık çalışanlarında sıklıkla görüldüğü ve çalışanların işini ve sağlığını hem fiziksel hem de ruhsal olarak etkilediği bildirilmiştir (81,91). Çok fazla iş-aile çatışması yaşayan kişilerde daha fazla depresif semptomların görüldüğü bilinmektedir (20). Ancak örgütsel psikolojik sermayenin bileşenleri olan, umut, iyimserlik, dayanıklılık ve öz yeterlik bileşenleri (213) bireyleri iş stresine, iş-aile çatışmasına, aile-iş çatışmasına ve depresif belirtilere karşı koruyucu ve kişinin baş etme kaynaklarını güçlendirici bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (16). Bu kapsamda mevcut çalışma, hemşirelerde iş stresi, iş aile çatışması ve depresif belirtilerde örgütsel psikolojik sermayenin rolünü incelemeyi amaçlamaktadır.

5.1. Hemşirelerin İş Stresi, İş Aile Çatışması, Depresif Belirti ve Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Tartışılması

Bu araştırmada hemşirelerin iş stres düzeyi ortalamanın üzerindedir. Portero de la Cruz ve Vaquero Abellán (2015)'in yaptığı çalışmada iş stresi düzeyi ortalamanın üzerinde bulunmuştur (215). Bir diğer çalışmada da hemşirelerin iş stres düzeylerinin orta seviyede olduğu bildirilmiştir (216). İş stresi çalışanın memnuniyeti, olumsuz iş tutumları (51), güvenli hasta bakım süreçlerini de olumsuz etkilemektedir (46,50). Bu nedenle hem hemşirelerin hem de bakım verdikleri bireylerin stresin olumsuz sonuçlarından etkilenmemesi adına hemşirelerin iş stres düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenerek sağlıklı başa çıkma stratejilerini öğrenmeleri önemlidir.

Bu araştırmada hemşirelerin iş-aile çatışma düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. İş-aile çatışması, iş kaynaklı rol beklentilerinin aile rollerinin yerine getirilmesini engellemesi durumunda iş-aile çatışması ortaya çıkmaktadır (12). Daha önce yapılan çalışmalarda, mevcut çalışma bulgusuyla benzer şekilde hemşireler arasındaki, iş-aile çatışmasının, ortalamanın üzerinde olduğu bildirilmiştir (217, 218). Orta ve yüksek düzeyde iş-aile çatışmasının hem kişisel hemde kurumsal olarak birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Çatışma duygusunun neden olduğu stres, kişinin tüm yaşam

alanlarının olumsuz yönde etkileyebilir (9, 10) ve iş-aile dengesini kurmak adına hemşireler işi bırakma eğiliminde olabilir. Bu durum yüksek devir hızına neden olur (96). İş gücü kaybı, sağlık hizmet kalitesinin düşmesi ile sonuçlanabilir. Sağlık kuruluşlarının, iş-aile çatışması konusunda farkındalıklarının artması önemlidir. Aile dostu politikalar, çocuk bakım desteği, esnek çalışma saatleri, iş yükü azaltılması gibi önlemler iş kaynaklı stresi azaltmada etkili olabilir. Hemşireler kişisel anlamda önceliklerini belirleyip bu yönde planlamalar yapmalıdır. Stres yönetim teknikleri, sosyal destek arayışı, hobilerle yaşanan stres düzeyini azaltmaya yönelik çaba göstermelidir.

İş-aile çatışmasının diğer boyutu aile-iş çatışmasıdır. Aileden gelen rol sorumluluklarının iş kaynaklı rol sorumluluklarını yerine getirilmesini engellediğinde aile-iş çatışması ortaya çıkmaktadır (12). Mevcut çalışma sonucunda hemşireler arasındaki aile-iş çatışması orta düzeydedir. Seçkin ve ark.'nın 2016'da yaptığı çalışmada, aile-iş çatışması düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir (219). Namdari ve ark.,(2019)'da yaptıkları çalışmada, aile-iş çatışmasını zihinsel yeteneğin azalması, profesyonel iletişimin zarar görmesi, konsantrasyon düşüklüğü, yapılan işten tatmin olmama ile ilişkilendirmiştir (9). İş-aile çatışmasının çözümünde olduğu gibi hemşirelerin aile-iş çatışması çözümünde de hem bireysel çabaları hem de kurumsal destek önemlidir.

Bu araştırmada hemşirelerin depresif semptom düzeyi düşük olarak belirlenmiştir. Hisli (1988) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin kesme noktası 17 olarak belirlenmiş olup, 17 ve üzerindeki depresyon puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 doğruluk oranıyla ayırt edebildiği görülmüştür (212). Çalışmaya katılan hemşirelerin %25,7'sinin 17 ve üzerinde puan aldığı belirlenmiş olup yaklaşık dört hemşireden birinin depresif semptom düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Hemşireler, yoğun iş temposu ve ağır duygusal yük nedeniyle diğer mesleklerle göre depresyona daha yatkındır (160). Sürekli hasta bireylere bakım vermek, çaresizlik ve umutsuzluğa şahit olmak, ölümü engelleyememek hemşirelerin duygusal baskı yaşamalarına neden olmaktadır. Çoğu zaman hatalarının telafisi olmamaktadır. İşleri tam zamanında, yüksek dikkatle yerine getirmeleri beklenmektedir. Bunun gibi durumlar hemşirelerin ruhsal ve fiziksel bakımdan yorgun düşmelerine neden olmaktadır (163).

Daha önce yapılan birçok çalışmada hemşireler arasında orta düzeyde depresif belirtinin olduğu tespit edilmiştir (220, 221, 222, 223). Hemşireler arasında, orta düzeyde depresif belirtinin, iş performansında düşüş (158), aile ve iş yaşamında sorunlar, fiziksel sağlık

sorunları, yaşamdan alınan zevkin azalması, hasta güvenlik riskleri, empati eksikliği (112) gibi birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Depresif belirtilerin olumsuz sonuçlarından korunabilmek adına hemşirelerin mental sağlığını destekleyici yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Depresyonun tedavi edilebilen bir hastalık olması göz önüne alınarak, hemşirelerin depresif belirti bakımından farkındalıklarını arttırmak, bireysel önlem almaları ve erken tanı bakımından önem arz etmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyinde ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Yapılan literatür taraması sonucunda çoğu araştırmanın hemşireler arasında psikolojik sermaye düzeyini orta ve yüksek düzeyde bulduğu görülmüştür (224, 225, 205). Bu sonuç hemşirelerin genel olarak olumlu bir psikolojik duruma sahip oldukları yönünde yorumlanabilir. Hemşireler çalışma koşullarından dolayı, birçok zorlukla karşılaşmaktadırlar, çoğu zaman sorunları hızlı ve etkin çözüme kavuşturmaları beklenmektedir. Bu durum hemşirelerin etkin sorun çözme becerilerine katkı sağlamış olabilir. Hemşirelik mesleğinin insanlara yardım temelli olması, hemşirelerin mesleği iş olarak görmenin ötesinde anlamlı yardım etme duygularıyla benimsemiş olmaları psikolojik sermayelerine katkı sağlamış olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye bileşenlerinden en yüksekten düşüğe göre sıralandığında; öz yeterlilik, dayanıklılık, umut ve iyimserlik şeklinde olduğu görülmektedir. Psikolojik sermaye bileşenlerinin bireysel performans üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (196). Güçlü özyeterlilik sahibi insanlar, sosyal ve profesyonel yaşamların da daha başarılıdır (188). Dayanıklılık, zorlu durumlar karşısında kişinin, etkili başa çıkmasına katkı sağlayarak, belirli denge noktasını korumasına ve hedeflediği sonuçlara yönelik çabayı sürdürmesine yardımcı olabilmektedir (193, 194). Umut aktif çalışma ortamlarındaki sorunları, alternatif yollar üreterek, sorunların çözülme kavuşturulmasında etkilidir (178), iyimser bireyler, olumlu yeniden yorumlamayla, sorun odaklı başa çıkma tutumlarıyla, daha verimli sonuçlar üretebilirler (183).

Kurumlar, görev dağılımının eşit yapılması, çalışanların karar alma süreçlerine katılımının sağlanması, takdir ve ödüllendirmelerle çalışanın motivasyonun yüksek tutulması, psikolojik destek birimlerinin kurulması, esnek çalışma saatlerinin düzenlenmesi gibi girişimlerle hemşirelerin psikolojik sermayelerine katkı sağlamalıdır.

5.2.Hemşirelerin İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirti ile Psikolojik Sermaye Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye ile iş stresi düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyleri arttıkça iş stresi azalmaktadır. Örgütsel psikolojik sermayenin bileşenleri, kişinin algıladığı stres semptomlarının şiddetini azaltabilir (226) ve çalışanların kişisel baş etme kaynaklarını güçlendirerek kişisel performanslarına katkı sağlar (197, 172). Yapılan literatür taraması sonucunda, psikolojik sermaye ile iş stresi arasında negatif korelasyon olduğu bir çok çalışma ile kanıtlanmıştır (227, 228, 229, 230, 231). Ayrıca yapılan regresyon analizi sonucunda psikolojik sermayenin hemşirelerin iş stresini anlamlı şekilde yordadığı ve iş stresindeki değişikliğin %9'unu açıkladığı belirlenmiştir. Yeni ve Sezici (2022)'de yaptıkları benzer bir çalışmada, psikolojik sermayenin iş stresi üzerindeki değişimin %12,2'sini açıkladığını tespit etmişlerdir (232). Yao ve ark.,(2022)' deki çalışmalarında ise psikolojik sermaye düzeyindeki artışın iş stresini kontrol etmede ve kişinin başa çıkma tarzının geliştirmesine katkı sağladığını ileri sürmüşlerdir (203). Uzun süreli yüksek stres seviyelerinin fiziksel ve zihinsel birçok olumsuz sonucu olduğu bilinmektedir (44). Psikolojik sermaye bileşenlerinin geliştirilebilir olması göz önüne alınarak stres yönetiminde etkili bir kaynak olarak kullanılması önemlidir (21). Stres yönetimi konusunda düşük performans gösteren çalışanların belirlenerek, örgütsel psikolojik sermaye düzeylerini arttırmaya yönelik eğitimler verilebilir.

Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyi arttıkça iş-aile çatışmasının azaldığı saptanmıştır. Psikolojik sermaye, iş yerinde yaşanan zorlukların çözümünde etkili bir kaynaktır (197). Psikolojik sermaye düzeyi yüksek olan kişiler iş yerinde yaşanan baskılara karşı olumlu psikolojik kaynakları kolaylıkla harekete geçirebilirler (21) ve değişen durumlara kolayca uyum sağlayabilirler (199). Yapılan literatür taraması sonucunda bir çok çalışmada psikolojik sermaye ile iş-aile çatışması arasında, negatif ilişki olduğu belirlenmiştir (16, 233-235). Yapılan regresyon analiz sonuçlarında ise örgütsel psikolojik sermaye değişkeninin, iş-aile çatışmasını, anlamlı şekilde yordadığı ve iş-aile çatışmasındaki değişikliğin %5'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Dewi ve ark.'nın (2020)' da tıbbi temsilcilerle yaptıkları benzer bir çalışmada, psikolojik sermayenin iş-aile çatışması ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (236).

Golparvar ve Jafari (2013)'nin yaptıkları bir diğer çalışma da ise psikolojik sermayenin işten aileye olan taşmalar bakımından koruyucu bir faktör olarak, hemşirelerin psikolojik refahı üzerinde olumlu etki sağladığı sonucuna ulaşmışlardır (237). Hemşirelerin iş-aile dengesini kurmasında örgütsel psikolojik sermayenin önemi fark edilerek, İş-aile çatışmasının çözüm seçenekleri arasında yer almalıdır.

Hemşirelerin psikolojik sermaye düzeyi arttıkça aile-iş çatışmasının azaldığı belirlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda psikolojik sermaye ile aile-iş çatışması arasında negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir (16, 233). Ayrıca yapılan regresyon analiz sonucunda psikolojik sermaye değişkeninin, aile-iş çatışması seviyelerini anlamlı şekilde yordadığı ve aile-iş çatışmasındaki varyansın %9.5 ini açıkladığı belirlenmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin aile-iş çatışması yönetebilmeleri için psikolojik sermayenin önemli bir etken olduğu yönünde kanıt oluşturmaktadır. Çalışma bulgusuyla benzer şekilde psikolojik sermaye düzeyinin, aile-iş çatışması üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur (238, 237). Örgütsel psikolojik sermaye, aile-iş çatışmasının olumlu yönetiminde etkili bir kaynak olarak kullanılmalıdır.

Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Örgütsel psikolojik sermaye düzeyi yüksek olan kişilerin, iş kaynaklı stresi daha iyi yönetebilirler, olumsuz durumları, olumlu yorumlama eğilimleri vardır, bu durum yaptıkları işten keyif almalarını sağlayabilir (239). Hemşireler arasında psikolojik sermaye düzeyinin artmasının depresif belirtilerin azalması yönünde etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Shen ve ark.'nın (2014)'de yaptıkları çalışma sonucunda, psikolojik sermayenin depresif belirtilerle negatif ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (240). Benzer şekilde Tong ve ark.'nın (2019)'da yaptıkları bir diğer çalışmada, psikolojik sermayenin depresif belirtilerle negatif ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (241). Ayrıca, yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre, örgütsel psikolojik sermaye değişkeninin hemşirelerin depresif belirti düzeylerini anlamlı şekilde yordadığı ve depresif belirti düzeyindeki değişikliğin %14.3' ünü açıkladığı belirlenmiştir. Mevcut çalışma bulgusu, psikolojik sermaye değişkeninin, depresif belirtileri yordamada önemli bir etkiye sahip olduğu yönünde kanıt oluşturmıştır. Yüksek psikolojik sermaye düzeyine sahip hemşireler iş kaynaklı stresi daha iyi yöneterek, depresif belirtilerin ortaya çıkmasından korunurlar. Liu ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışma sonucunda, psikolojik sermayenin depresif belirtileri azaltmada pozitif bir kaynak olabileceği sonucuna ulaşmışlardır (239).

Hemşirelerin yaşadıkları stres düzeyi arttıkça iş- aile çatışması ve aile-iş çatışması ve depresif semptom düzeyi artmaktadır. Ayrıca hemşireleri iş-aile çatışması ve aile-iş çatışma düzeyi arttıkça depresif semptom düzeyi artmaktadır. Bu araştırmaya göre hemşirelerin yaşadıkları iş stresi, iş-aile çatışması ve depresif belirtiler birbirini etkileyen bir döngü oluşturabilirler. İş ve aileden gelen rol sorumluluklarını dengeleme çabası, hemşirelerin stres düzeylerini arttırmaktadır (242). Yoğun stres etkenlerinin bulunması ise kişinin yaşam süreçlerinin bozulmasına neden olabilmektedir (243). Bozulmuş yaşam süreçleri ve yüksek stres seviyelerinin kişinin ruh sağlığını bozarak depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kikuchi ve ark. (2014) iş stresi ile depresif belirtiler arasında orta düzeyde ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır (244) Hao ve ark. (2015) hem iş-aile çatışması hem de aile-iş çatışmasının depresif semptomlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (16).

5.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İş Stresi, İş Aile Çatışması, Depresif Belirtiler ve Psikolojik Sermaye Düzeylerinin Tartışılması

Örgütsel psikolojik sermayenin dayanıklılık ve umut alt bileşeni ve toplam değeri cinsiyete göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Örgütsel psikolojik sermaye düzeyi, dayanıklılık ve umut bileşenlerinin erkek hemşirelerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun nedeni, toplumsal geleneksel cinsiyet rolleri, erkeklerin daha bağımsız, rekabetçi ve sorun çözme odaklı olmaları yönünde teşvik etmiş olabilir. Karatepe ve ark.,(2019)'da hemşirelerle yaptığı çalışma sonucunda, psikolojik sermayenin erkek hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (245). Flinkman ve ark.(2023)'de yaptıkları bir diğer çalışmada benzer şekilde erkek hemşirelerin psikolojik sermaye düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (246). Kadın ve erkekler arasında bu farklılık bireysel özelliklere göre değişkenlik gösterebilir.

Mevcut çalışma sonucunda, çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin iş stresi, iş aile çatışması, depresif belirtiler ve örgütsel psikolojik sermaye düzeyleri toplam değeri ve iyimserlik ve dayanıklılık alt boyutu anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin, genel iş stresi, iş-aile-çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerinin daha az, örgütsel psikolojik sermayelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, iş yeri ortamının, hemşirelerin psikolojik sağlığı üzerinde, doğrudan etkiye sahip olduğu yönünde kanıt oluşturmaktadır. İş yerinde arkadaşlarıyla olan iletişim, yönetici desteği, iş yükü dağılımı gibi faktörler kişinin yaşadığı

stresi doğrudan etkilemektedir. Çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin olumlu duyguları, aile yaşamına da yansiyarak iş-aile çatışması ve aile-iş çatışmasını azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir. İş kaynaklı yaşanan stres düzeyinin düşük olması, kişinin mental sağlığına katkı sağlayarak depresyona yatkınlığı azaltacaktır (171). Günday ve ark.(2022) yaptıkları çalışma sonucunda, istediği serviste çalışan hemşirelerin iş-yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (247). Kişilerin çalışacağı birimleri seçmeleri konusunda esnek tutum sergilenmesi, olumlu iş ortamlarının sağlanmasında önemli bir etken olacaktır.

Hemşirelerin medeni durum açısından aile-iş çatışması yaşama durumu açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusuna göre, bekar hemşirelerin, evli hemşirelerden daha yüksek düzeyde aile-iş çatışması yaşadıkları tespit edilmiştir. Bekar olan hemşirelerin aileden gelen sorumlukları evli olan hemşirelerden daha az olmakla birlikte, aile-iş çatışması duygusu yaşamasına neden olan başka faktörler olabilir. Eş desteğinin bulunmaması, yalnızlık hissetmelerine neden olabilir (248). Evli hemşirelerin sahip olduğu düzenli aile yapısından yoksun olabilirler. Aile sorumluluklarından ziyade, iş kariyerini daha ön planda tutmaları gibi faktörler bekar hemşirelerin aile-iş dengesini kurmasında güçlük yaşamasına neden olabilir. Haji Matarsat ve ark.'nın (2012)'deki çalışmasında evli olmayı yüksek iş memnuniyeti ile ilişkilendirmiştir (249). Flinkman ve ark.'nın 2023'de yaptığı bir diğer çalışmada, aile-iş çatışması ile negatif ilişkili olan psikolojik sermaye düzeyinin evli hemşirelerde daha yüksek düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir (246). Evli olmayan hemşirelerin sosyal destek ağlarını güçlendirmesi iş-aile dengesini kurmalarına katkı sağlayabilir.

Hemşirelerin görev yaptığı birime göre iş stresi, iş aile çatışması, depresif belirtiler ve örgütsel psikolojik sermaye düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması, depresif belirti düzeylerinin diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu, örgütsel psikolojik sermaye düzeyinin ise diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres, iş-aile çatışması ve depresif belirti bakımından daha duyarlı olmalarına neden olan bir çok faktör bulunmaktadır. Çoğunlukla hastaların kişisel bakımını sağlamak durumunda kalmaktadırlar (250).

Yoğun bakımda yatan hastalar, daha fazla yaşamsal risk taşımaktadır, dikkatle takip edilmeli, olumsuz durumlara acil müdahale edilmelidir. Diğer birimlere göre yoğun bakım-

da çalışan hemşireler ölüme daha fazla şahit olmaktadır (251). Bunun gibi nedenler yoğun bakım hemşirelerini fiziksel ve psikolojik olarak yorulmalarına ve örgütsel psikolojik sermayelerinin düşmesine neden olabilir. Monte ve ark.'nın (2013)'de yaptıkları çalışmada çoğu hemşirenin yoğun bakımda gerçekleştirilen işlemleri stresli olarak gördüklerini bildirmişlerdir (250).

Wu ve ark. (2024) vardiyalı çalışan yoğun bakım hemşirelerinde iş-aile ve aile-iş çatışması düzeyinin diğer birimlere göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (252). Vasconcelos ve De Martino, (2018) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yüksek oranda depresif belirti gösterdiklerini bildirmişlerdir (112). Güneş ve Bulut'un 2024'de yaptıkları çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikolojik sermaye düzeyinin diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (244). Yoğun bakım ve acil servis gibi özellikli birimlerin stres, iş-aile çatışması ve depresif belirti bakımından dikkatle ele alınıp, baş etme kaynaklarını güçlendirici müdahaleler yapılması önem arz etmektedir.

Örgütsel psikolojik sermaye düzeyi en yüksek olanlar ise idari birimlerde çalışan hemşirelerdir. İdari birimlerde yer alan hemşireler daha fazla sorumluluk ve koordinasyonu sağlamak durumunda kalmaktadır. Bu durum, sorun çözme becerilerine katkı sağlamış olabilir. Görevde yükselme ve karar alma süreçlerine katılımları motivasyonlarını arttırabilir. İdari birim çalışanları genellikle vardiyalı çalışmamaktadır bunun gibi faktörler, idari birimde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha olumlu ruh haline sahip olmalarını sağlamış olabilir. Karatepe ve ark.'nın (2019)'da yaptıkları çalışmada, psikolojik sermayenin sorumlu hemşireler arasında daha yüksek olduğunu bulmuştur (245).

Mevcut çalışma bulgusuna göre, hemşirelerin hayattan memnuniyet düzeyleri arttıkça, örgütsel psikolojik sermayenin arttığı, genel iş stresi, iş-aile, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Hemşirelik mesleğinin zorluklarına rağmen hemşirelerin yaşamdan duyduğu memnuniyet ruhsal ve fiziksel olarak iyi olmalarını sağlamaktadır ve bu durum pozitif bir döngü oluşturarak stres, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerini azaltabilir. Daha önce yapılan çalışmalar psikolojik sermayeyi, olumlu refah, yaşamdan duyulan memnuniyet ile ilişkilendirmiştir (202, 178).

Sonuçlar: Hemşirelerde örgütsel psikolojik sermayenin iş stresi, iş-aile çatışması ve depresif belirtiler üzerindeki rolünün incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonuçları şu şekilde sıralanmıştır;

- Hemşirelerin iş stresi, iş-aile çatışma düzeylerinin yüksek, aile-iş çatışması düzeyi orta, depresif belirti düzeylerinin düşük, örgütsel psikolojik sermaye düzeylerinin yüksek olduğu,
- Örgütsel psikolojik sermaye ile iş stresi düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, psikolojik sermayenin hemşirelerin iş stresindeki değişikliğin %9'unu açıkladığı,
- Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyi arttıkça iş-aile çatışmasının azaldığı, örgütsel psikolojik sermaye değişkeninin iş-aile çatışmasındaki değişikliğin %5'ini açıkladığı,
- Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyi arttıkça aile-iş çatışmasının azaldığı, psikolojik sermaye değişkeninin aile-iş çatışmasındaki varyansın %9.5'ini açıkladığı,
- Hemşirelerin örgütsel psikolojik sermaye düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı, örgütsel psikolojik sermaye değişkeninin hemşirelerin depresif belirti düzeyindeki değişikliğin %14.3'ünü açıkladığı,
- Hemşirelerin yaşadıkları stres düzeyi arttıkça iş- aile çatışması ve aile-iş çatışması ve depresif semptom düzeyinin arttığı,
- Hemşirelerin iş-aile çatışması düzeyi arttıkça depresif semptom düzeyinin arttığı,
- Örgütsel psikolojik sermayenin ve dayanıklılık, umut alt boyutlarının erkek hemşirelerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- Çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin, genel iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerinin daha az, örgütsel psikolojik sermaye toplam puanlarının daha yüksek olduğu,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması, depresif belirti düzeyinin diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu, örgütsel psikolojik sermaye düzeyinin ise diğer birimlerde çalışan hemşirelerden düşük olduğu,

- Hemşirelerin hayattan memnuniyet düzeyleri arttıkça örgütsel psikolojik sermaye düzeylerinin arttığı, genel iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir.

Öneriler

- Hemşirelerin, stresin olumsuz sonuçlarından korunabilmesi adına kurumsal ve bireysel anlamda önlemler alınması,
- Hemşirelerin iş kaynaklı stresle baş etmelerinin güçlendirilmesi,
- Hemşirelerin iş-aile çatışma düzeylerinin ele alınması, gerekli durumlarda iş arkadaşları veya aile bireylerinden destek alınması,
- Hemşirelerin depresif semptom düzeyi açısından taranması, semptom düzeyi yüksek olanlara yönelik koruyucu ve tedaviye yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması,
- Hemşirelerin, örgütsel psikolojik sermayelerine katkı sağlayacak uygulamaların (kendilerini geliştirmelerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, karar verme süreçlerine katılımlarının sağlanması, başarılarının takdir edilmesi ve ödüllendirilmesi vb.) sağlanması,
- Çalıştığı birimden ve hayatından memnun olmayan, yoğun bakımda çalışan, kadın hemşirelerin, genel iş stresi, iş-aile çatışması, aile-iş çatışması ve depresif belirti düzeylerini azaltma ve psikolojik sermayelerinin geliştirilmesi yönünden özellikle desteklenmesi,
- Daha güçlü kanıtlar elde edebilmek için prospektif ve deneysel desende çalışmaların yapılması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. Billman, Ge. (2020). Homeostazis: Fizyolojinin yeterince takdir edilmeyen ve sıklıkla göz ardı edilen merkezi düzenleme prensibi. *Fizyolojide Sınırlar*. 11, 509069.
2. Fink, G. (2010). Stres: Tanımı ve tarihçesi. *Stres Bilimi: Nöroendokrinoloji*, 3 (9), 3-14.
3. Grose-Fifer, J. Spielman, Rm. Dumper, K. Jenkins, W. Lacombe, A. Lovett, M. ve Perlmutter, M. (2021). Stres nedir? Psikolojiye giriş (Eleştirel bir yaklaşım).
4. Baqutayan Sms. (2015). Stres ve başa çıkma mekanizmaları: Tarihsel bir bakış. *Akdeniz Sosyal Bilimler Dergisi*. 6 (2), 479-488.
5. Alenius L. S, Tishelman C, Runesdotter S, & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: A national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ quality & safety*, 23(3), 242-249.
6. Avcı A. İş ve iş stresi yönetimi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmalar Dergisi*, 2019;6: 290-296
7. Mcallister M, Mckinnon J. Sağlık disiplinlerinde çalışmayı öğrenmenin ve öğrenmenin Önemi: Literatürün eleştirel bir incelemesi. *Hemşire eğitim bugün*. 2009 Mayıs; 29 (4),371-9.
8. Karakuş Ç. (2019). Çalışma hayatında iş tatmini ve iş stresi: Özel bir hastanede çalışan hemşireler üzerine bir araştırma. *Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 92-104
9. Namdari S, Nasiri A, Nakhaee S. ve Taheri F. (2019). Hemşirelerin aile-iş çatışmasının hasta bakım kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırılması: Nitel bir çalışma. *Modern Bakım Dergisi*, 16 (1).
10. Shockley Km ve Allen Td. (2013). Episodik iş-aile çatışması, kardiyovasküler göstergeler ve sosyal destek: Bir deneyim örnekleme yaklaşımı. *İş Sağlığı Psikolojisi Dergisi*, 18 (3), 262
11. Aydemir C & Akdoğan A. A. (2018). İş-aile çatışmasının psikolojik performans üzerindeki etkisi: İşe yabancılaşma ve pozitif psikolojik sermayenin aracı rolü
12. Turgut T. (2011). Çalışmaya tutkunluk: İş yükü, esnek çalışma saatleri, yönetici desteği ve iş-aile çatışması ile ilişkileri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4), 155-179.

13. Höge T. (2009). When work strain transcends psychological boundaries: An inquiry into the relationship between time pressure, irritation, work–family conflict and psychosomatic complaints. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 41-51.
14. Frone M. R, Russell M. & Cooper M. L. (1997). Relation of work–family conflict to health outcomes: A Four-Year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70(4), 325-335.
15. Kılıç Ü, Burcu Y. Ö. N. & Şişman N. Y. (2019). Acil yardım istasyonu çalışanlarında işe bağlı gerginliğin, anksiyete ve depresyon riski ile ilişkisi. *Turkish Journal of Public Health*, 17(2), 143-152.
16. Hao J, Wu D, Liu L, Li X. & Wu H. (2015). Association between work-family conflict and depressive symptoms among chinese female nurses: The mediating and moderating role of psychological capital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 6682-6699.
17. Luthans F. & Youssef C. M. (2004). Human, social and now positive psychological capital management: Investing in People for Competitive Advantage.
18. Youssef-Morgan Cm, Luthans F. Psikolojik sermaye ve esenlik. *Stres Sağlığı*. 2015;31(3): 180 - 188. Doi: 10.1002/Smi.2623
19. Cem Ş. E. N, Mert İ. S. & Eroğlu K. (2019). Çalışanların psikolojik sermaye alt boyutlarının demografik özellikler bağlamında değişkenliği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(4), 1171-1192.
20. Zhou J, Yang Y, Qiu, X, Yang X, Pan H, Ban B. ve Wang. (2018). Çinli kadın hemşirelerde psikolojik sermaye ile kaygı arasındaki ilişkide örgütsel bağlılık ve iş tükenmişliğinin seri çoklu aracılığı: Kesitsel bir anket araştırması. *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 83, 75-82.
21. Xue M, Yuan Y, Chen H, Liu Y, Dai M, Sun H. ve Gu X. (2022). Hemşirelerde algılanan stres ve travma sonrası stres bozukluğunun belirtileri: Uyumsuz bilişsel duygusal düzenleme ve psikolojik sermayenin ılımlı bir aracılık modeli. *Psikiyatride Sınırlar*, 13, 902558.
22. Lazarus Rs. (1993). Psikolojik stresten duygulara: Değişen bakış açılarının tarihi. *Psikolojinin Yıllık İncelemesi*, 44 (1), 1-22.
23. Le Moal M. (2007). Stres kavramının tarihsel yaklaşımı ve gelişimi: Kişisel bir açıklama. *Psikonöroendokrinoloji*, 32, S3-S9.

24. Ü. L. B. G. Ambali, Z. O. Adesina, O. F. Oyedokun, T. T. & Medinat L. D. Kütüphane, Arşiv ve Müze Araştırmaları Dergisi Library, Archive and Museum Research Journal.
25. Lazarus R. ve Folkman S. (1984). Stres, değerlendirme ve başa çıkma . Springer Yayıncılık Şirketi.
26. Chrousos Gp'si. Stres ve stres sistemi bozuklukları. Nat Rev Endocrinol. 2009; 5 (7):374–81.
27. Agorastos A. & Chrousos G. P. (2022). The neuroendocrinology of stress: The stress-related continuum of chronic disease Development. Molecular Psychiatry, 27(1), 502-513.
28. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T. & Ayers D. (2019). Physiology, stress reaction.
29. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Awosika Ao, Ayers D. Physiology, Stress reaction. 2024 May 7. In: Statpearls [Internet]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing; 2024 Jan– PMID: 31082164.
30. Kudielka B. M. & Kirschbaum C. (2005). Sex differences in Hpa Axis responses to stress: A Review. Biological Psychology, 69(1), 113-132.
31. Smith S. M. & Vale W. W. (2006). The role of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in neuroendocrine responses to stress. Dialogues in Clinical Neuroscience, 8(4), 383-395.
32. De Witte M, Spruit A, Van Hooren S, Moonen X. ve Stams Gj (2020). Müzik müdahalelerinin strese bağlı sonuçlar üzerindeki etkileri: Sistematik bir inceleme ve iki Meta-Analiz. Sağlık Psikolojisi İncelemesi, 14 (2), 294-324.
33. İlker K. A. B. A. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, (73), 63-81.
34. Wingenfeld K. & Wolf O. T. (2011). Hpa Axis alterations in mental disorders: Impact on Memory and its relevance for therapeutic interventions. Cns Neuroscience & Therapeutics, 17(6), 714-722.
35. Aksoy A. (2005). Çalışma hayatında stres kaynakları, stres belirtileri ve stres Sonuçlarının incelenmesi üzerine bir araştırma. In Journal of Social Policy Conferences (No. 49). Istanbul University.

36. Yeh Tf, Chang Yc, Hsu Yh, Huang Ll. ve Yang Cc. (2021). Hemşirelik personeli tükenmişliğinin nedenleri: Duygusal tükenmenin, iş-aile çatışmasının ve yönetici desteğinin etkilerini araştırmak. *Japonya Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 18 (2), E12392.
37. Özcan İ, Alpar Ö, Ciğer A. & Algür S. (2010). Antalya bölgesindeki seyahat acentası çalışanlarının stres kaynakları, belirtileri ve sonuçlarının belirlenmesine yönelik ampirik bir araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(33), 41-64.
38. Hatice K. Ö. S. E. (2013). Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. *Anadolu Bil. Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (29), 37-44.
39. Buluş M. (1999). Öğretmenlerde Stres: Belirtileri, nedenleri ve başa çıkma teknikleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(5), 66-70.
40. Birk Rh. (2021). Stres ve öznellik üzerine. *Teori ve Psikoloji*, 31 (2), 254-272.
41. Singh Mm, Amiri M. Ve Sabbarwal S. (2019). İş stresinin iş tatmini üzerindeki rolü. *Uluslararası Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 6 (4), 57-60.
42. Sutherland Vj. Ve Cooper Cl. (2002). İş stresi modelleri. *İşyerinde Ruh Sağlığı El Kitabı*, 33-61.
43. Göktepe N, Türkmen E, Fener İ, Yalçın B. & Sarıköse S. (2021). Hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 139-147.
44. Babapour A. R, Gahassab-Mozaffari N. & Fathnezhad-Kazemi A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A Cross-Sectional Study. *Bmc Nursing*, 21(1), 75.
45. Gorostidi Xz, Egilegor Xh, Erice Mja, Iturriotz Mju, Garate Ie, Lasa Mb. Ve Cascante Xs. (2007). Hemşirelik uygulamalarında stres kaynakları. Hemşirelik eğitimi sırasındaki evrim. *Günümüzde Hemşire Eğitimi*, 27 (7), 777-787.
46. Aslan H, Erci B. Ve Pekince H. (2022). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ile işe bağlı stres ve Yaşamın anlamı arasındaki ilişki. *Din ve Sağlık Dergisi*, 61 (3), 1848-1860.
47. Ribeiro R. P, Martins J. T, Marziale M. H. P. & Robazzi M. L. D. C. C. (2012). Work-Related illness in nursing: An integrative review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 46, 495-504.
48. Gray-Toft P. & Anderson J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(5), 639-647.

49. Milutinović D, Golubović B, Brkić N. & Prokeš B. (2012). Professional stress and health among critical care nurses in serbia. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*, 63(2), 171-179.
50. Chaudhari A. P, Mazumdar K, Motwani Y. M. & Ramadas D. (2018). A profile of occupational stress in nurses. *Annals of Indian Psychiatry*, 2(2), 109-114.
51. Chatzigianni D, Tsounis A, Markopoulos N. Ve Sarafis P. (2018). Yunanistan Bölge Hastanesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı mesleki stres: Kesitsel bir çalışma. *İran Hemşirelik ve Ebelik Araştırmaları Dergisi*, 23 (6), 450-457.
52. Humaida Iai. (2012). Tabarjal Hastanesi hemşirelerinde stres ve psikosomatik yakınmalar arasındaki ilişki. *Açık Tıbbi Psikoloji Dergisi*, 1 (3), 15-19.
53. Önder G, Aybaş M. Ve Önder E. (2014). Hemşirelerin stres durumunun etkisini gösteren görünüm. Görünümünün çok kriterli karar verme tekniği ile belirlenmesi (Hemşirelerin stres düzeyini etkileyen faktörlerin çok kriterli karar verme teknikleri kullanılarak öncelik sırasının belirlenmesi). *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 21-35.
54. Bumin G, Tatlı İ. Y, Cemali M, Sevgi K. A. R. A. & Akyürek G. (2019). Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve İyi-halinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 170-176.
55. Turkalj Ž, Fosić I. & Dujak D. (2008). Conflict management in organization. *Interdisziplinäre Managementforschung Iv Interdisciplinary Management Research Iv*, 505.
56. Wall Jr Ja. Ve Callister Rr. (1995). Çatışma ve Yönetimi. *Yönetim Dergisi*, 21 (3), 515-558.
57. Koçak Z. K. & Aktaş M. A. (2019). Çatışma ve çatışma yönetimi kavramlarına güncel bir bakış. *Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 130-137.
58. Efeoğlu İ. E, & Özgen H. (2007). İş-aile yaşam çatışmasının iş stresi, iş doyumu ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri: İlaç sektöründe bir araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(2), 237-254.
59. Thomas L. T, & Ganster D. C. (1995). Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 6.

60. Zurlo M. C, Vallone F. & Smith A. P. (2020). Work–family conflict and psychophysical health conditions of nurses: Gender differences and moderating variables. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), E12324.
61. Wang H. M, Ma A. L. & Guo T. T. (2020). Gender concept, work pressure and Work–family conflict. *American Journal of Men's Health*, 14(5), 1557988320957522.
62. Ni X, Zeng Z. & Zhou J. (2023). The effect of thriving at work on work-family conflict: The mediating role of workaholism. *Frontiers in Psychology*, 14, 1136470.
63. Gürel E. B. (2016). Duygusal tükenmişlik, iş stresi ve işe bağlılığın iş-aile çatışması üzerindeki etkisi: Ampirik bir araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (48), 349-364
64. Hogg M. A. & Williams K. D. (2000). From I to we: Social identity and the collective self. *Group dynamics: Theory, Research and Practice*, 4(1), 81.
65. Stets J. E. & Burke P. J. (2000). Identity theory and social identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 224-237
66. Stryker S. Ve Burke Pj. (2000). Bir kimlik teorisinin geçmişi, bugünü ve geleceği. *Sosyal Psikoloji Üç Aylık*, 284-297.
67. Furtado L., Sobral F. & Peci A. (2016). Linking demands to work-family conflict through boundary strength. *Journal of Managerial Psychology*, 31(8), 1327-1342.
68. Kossek E. E. & Lautsch B. A. (2012). Work–family boundary management styles in organizations: A Cross-level model. *Organizational Psychology Review*, 2(2), 152-171.
69. Qiu L. & Fan J. (2015). Family boundary characteristics, work–family conflict and life satisfaction: A moderated mediation model. *International Journal of Psychology*, 50(5), 336-344.
70. Clark S. C. (2000). Work-family border theory: A new theory of Work-family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770.
71. Hunter E. M, Clark M. A. & Carlson D. S. (2019). Violating work-family boundaries: Reactions to interruptions at work and home. *Journal of Management*, 45(3), 1284-1308.
72. Daniel S. Ve Sonnentag S. (2016). Sınırları aşmak: Sınır yönetimi, İş-aile zenginleşmesi ve iş tatmini arasındaki ilişki. *Uluslararası İnsan Kaynakları Yönetimi Dergisi*, 27 (4), 407-426.

73. Kinnunen U, Feldt T, Geurts S. & Pulkkinen L. (2006). Types of work-family interface: Well-Being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(2), 149-162.
74. Champoux J. E. (1978). Perceptions of work and nonwork: A reexamination of the compensatory and spillover models. *Sociology of Work and Occupations*, 5(4), 402-422.
75. Williams K. J. & Alliger G. M. (1994). Role stressors, Mood spillover and perceptions of work-family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal*, 37(4), 837-868.
76. Khateeb F. R. (2021). Work life balance-A review of theories, Definitions and policies. *Cross-Cultural Management Journal*, 23(1), 27-55.
77. Edwards Jr. Ve Rothbard Np. (2000). İş ve aileyi birbirine bağlayan mekanizmalar: İş ve aile yapıları arasındaki ilişkinin açıklığa kavuşturulması. *Yönetim Akademisi İncelemesi*, 25 (1), 178-199.
78. Greenhaus Jh. Ve Beutell Nj. (1985). İş ve aile rolleri arasındaki çatışmanın kaynakları. *Yönetim Akademisi İncelemesi*, 10 (1), 76-88.
79. Luthans F. (2002). Olumlu örgütsel davranışın gerekliliği ve anlamı. *Örgütsel Davranış Dergisi: Uluslararası Endüstriyel, Mesleki Ve Örgütsel Psikoloji Ve Davranış Dergisi*, 23 (6), 695-706.
80. Fındık, E, & Şahin Perçin N. (2016). İş-aile çatışmasının cam tavan sendromu üzerindeki etkisi: Otel işletmelerinde bir araştırma (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
81. Allen Td. ve Finkelstein Lm. (2014). Tam zamanlı, çift gelirli çiftlerin üyeleri arasında iş-aile çatışması: Aile yaşam evresi, cinsiyet ve yaşın incelenmesi. *İş Sağlığı Psikolojisi Dergisi*, 19 (3), 376.
82. Elloy David F. (2004). "Antecedents of work-family conflict among dual-career couples: An Australian Study", *Cross Cultural Management*, 11(4), Ss. 17-27.
83. Bruck C. S, Allen T. D. & Spector P. E. (2002). The relation between work-family conflict and job satisfaction: A finer-grained analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 60(3), 336-353.
84. Berens Lv. ve Nardi D. (1999). On altı kişilik türü: Kendini keşfetmeye yönelik açıklamalar. *Telos Yayınları*

85. Heller D, Yargıç Ta. ve Watson D. (2002). İş ve yaşam tatmini arasındaki ilişkide kişilik ve özellik duygusallığının kafa karıştırıcı rolü. *Örgütsel Davranış Dergisi: Uluslararası Endüstriyel, Mesleki ve Örgütsel Psikoloji ve Davranış Dergisi*, 23 (7), 815-835.
86. Priyadharshini Ra. ve Wesley Rj. (2014). İş-aile çatışmasının belirleyicisi olarak kişilik. *Endüstri Mühendisliği ve Yönetimi Dergisi (Jiem)*, 7 (5), 1037-1060.
87. Luis Carnicer Mp, Sánchez Am, Pérez Mp. ve Jiménez Mjv. (2004). Bir güney avrupa ülkesinde iş-aile çatışması: İş ile ilgili ve iş ile ilgili olmayan faktörlerin etkisi. *Yönetim Psikolojisi Dergisi*, 19 (5), 466-489.
88. Pleck J. H. (1977). The work-family role system. *Social Problems*, 24(4), 417-427.
89. Grzywacz Jg. ve Marks Nf. (2000). Aile, iş, iş-aile yayılımı ve orta yaşta içki içme sorunu. *Evlilik ve Aile Dergisi*, 62 (2), 336-348.
90. Aiken L. H, Sloane D. M, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L. & Aunguroch Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.
91. Sarwar A, Abdullah M1, Hafeez H. ve Chughtai Ma. (2020). İşyerinde dışlanma hemşirelerde hizmet sabotaj davranışına nasıl yol açar: Kaynakların korunması perspektifi. *Psikolojide Sınırlar*, 11, 511700.
92. Hegney D, Plank A. & Parker V. (2003). Nursing workloads: The results of a study of queensland nurses. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 307-314.
93. Hu H. X, Liu L. T, Zhao F. J, Yao Y. Y, Gao Y. X. & Wang G. R. (2015). Factors related to job burnout among community nurses in changchun, China. *Journal of Nursing Research*, 23(3), 172-180
94. Akın Ö. & Karakulak H. (2019). İş-aile ve aile-iş çatışması, iş, aile ve hayat tatmininin işten ayrılma niyeti üzerine etkisi: Karşılıklı ve demografik değişkenli etkileşimler. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2), 381-403.
95. Zhou M, Zhang J, Li F. & Chen C. (2020). Work-family conflict and depressive symptoms among chinese employees: Cross-level interaction of organizational justice climate and family flexibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6954.
96. Geiger-Brown J. & Lipscomb J. (2010). The health care work environment and Adverse health and safety consequences for nurses. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 191-231.

97. Rani Thanacoody P, Bartram T. Ve Casimir G. (2009). Tükenmişlik ve denetleyici sosyal desteğin iş-aile çatışması ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki üzerindeki etkileri: Avustralyalı kanser çalışanları üzerinde bir çalışma. Sağlık Organizasyonu ve Yönetimi Dergisi, 23 (1), 53-69.
98. Dall'ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M. Ve Aiken Lh. (2015). 12 saatlik vardiyalar ile hemşirelerin iş tatmini, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki: 12 Avrupa ülkesini kapsayan kesitsel bir çalışmanın bulguları. Bmj Açık, 5 (9), E008331.
99. Smeds Alenius L. (2018). Bakım koşulları: Akut bakım hastanelerinde güvenli ve kaliteli bakımla ilgili hemşire çalışma ortamındaki faktörler
100. Htun T. (2018). Evli erkek ve kadın profesyoneller arasında iş-aile çatışmalarının bazı önemli sonuçları (Doktora Tezi, Meral Portalı).
101. Amstad F. T, Meier L. L, Fasel U, Elfering A. & Semmer N. K. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. Journal of Occupational Health Psychology, 16(2), 151.
102. Ford M. T, Heinen B. A. & Langkamer K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. Journal of Applied Psychology, 92(1), 57.
103. Eagle Bw, Miles Ew. Ve Icenogle Ml. (1997). Roller arası çatışmalar ve iş ve aile alanlarının geçirgenliği: Cinsiyet farklılıkları var mı? Mesleki Davranış Dergisi, 50 (2), 168-184.
104. Allen T. D. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. Journal of Vocational Behavior, 58(3), 414-435.
105. Aryee S, Srinivas E. S. & Tan H. H. (2005). Rhythms of life: Antecedents and outcomes of work-family balance in employed parents. Journal of Applied Psychology, 90(1), 132.
106. Arlinghaus A, Bohl, P, Iskra-Golec I, Jansen N, Jay S. ve Rotenberg L. (2019). Çalışma süresi topluluğunun fikir birliği beyanları: Vardiyalı çalışmanın ve standart dışı çalışma saatlerinin işçiler, aile ve toplum üzerindeki kanıta dayalı etkileri. Endüstriyel Sağlık, 57 (2), 184-200.
107. Kengatharan N. (2015). The nature of work-family conflict: A review and Agenda for future research. International Journal of Human Resource Studies, 5(2), 163-188.

108. Wolff Jm, Rospenda Km. ve Richman Ja. (2014). İş-aile çatışması ile alkol kullanımı arasındaki boylamsal ilişkide yaş farklılıkları. *Bağımlılık Dergisi*, 2014 .
109. Karakulak H. (2019). İş-aile ve aile-iş çatışması, iş, aile ve hayat tatmininin işten ayrılma niyeti üzerine etkisi: Karşılıklı ve demografik değişkenli etkileşimler. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2), 381-403.
110. Bernard J. E. R. (2018). Depression: A review of its definition. *Moj Addict Med Ther*, 5(1), 6-7.
111. Ço Saveanu Rv. ve Nemeroff Cb. (2012). Depresyonun etiyojisi: Genetik ve çevresel faktörler. *Psikiyatri Klinikleri*, 35 (1), 51-71.
112. Vasconcelos Emd, Martino Mmfd. ve França Spds. (2018). Yoğun bakım hemşirelerinde tükenmişlik ve depresif belirtiler: İlişki analizi. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71, 135-141.
113. Clark J. E, Watson S. & Friston K. J. (2018). What is mood? A computational perspective. *Psychological Medicine*, 48(14), 2277-2284.
114. Horwitz Av, Wakefield Jc. ve Lorenzo-Luaces L. (2016). Depresyonun tarihi. *Duygudurum Bozukluklarının Oxford El Kitabı*, 11-23.
115. Kubik B, Jurkiewicz B, Kołpa M. ve Stępień K. (2018). Depresif belirtiler bağlamında hemşire sağlığı. *Tıbbi Çalışmalar/Studia Medyczne*, 34 (2), 147-152.
116. Kotsopoulos S. (1986). Aretaeus the cappadocian on mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), 171-179
117. Kafes A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
118. Hamet P. Ve Tremblay J. (2005). Depresyonun genetiği ve genomu. *Metabolizma*, 54 (5), 10-15.
119. Hare E. (1981). İki mani: Modern mani kavramının evrimi üzerine bir çalışma. *İngiliz Psikiyatri Dergisi*, 138 (2), 89-99.
120. Alshaya Ds. (2022). Depresyonla ilişkili genetik ve epigenetik faktörler: Güncellenmiş bir genel bakış. *Suudi Biyolojik Bilimler Dergisi*, 29 (8), 103311.
121. Kılıç B. S. S. P. (2024). Beliren yetişkinlikte depresyon, intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki: Psikolojik acı ve koruyucu faktörlerin rolü.
122. World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates (No. Who/Msd/Mer/2017.2). World Health Organization.

123. Çavuş Mf. ve Gökçen A. (2015). Psikolojik sermaye: Tanımı, bileşenleri ve etkile-ri. İngiliz Eğitim, Toplum ve Davranış Bilimleri Dergisi, 5 (3), 244-255.
124. Durisko Z, Mulsant Bh. ve Andrews Pw. (2015). Depresyonun etiyolojisine adap-tasyoncu bir bakış açısı. Duygulanım Bozuklukları Dergisi, 172, 315-323.
125. Marx W, Penninx B. W, Solmi M, Furukawa T. A, Firth J, Carvalho A. F. & Berk M. (2023). Major depressive disorder. Nature Reviews Disease Primers, 9(1), 44.
126. Langlieb Am. ve depaulo Jr Jr. (2008). Depresyonun etiyolojisi ve çalışma ortamına Etkileri. İş ve çevre hekimliği dergisi, 50 (4), 391-395.
127. Franić S, Middeldorp Cm, Dolan Cv, Ligthart L. ve Boomsma Dı. (2010). Çocukluk vee ergenlik kaygısı ve depresyonu: Kalıtsallığın ötesinde. Amerikan Çocuk ve Er-gen Psikiyatrisi Akademisi Dergisi, 49 (8), 820-829.
128. Flint, J. Ve Kendler, Ks (2014). Majör Depresyonun Genetiği. Nöron, 81 (3), 484-503.
129. Hu ., Yiu V. ve Clark R. (2021). Depresyonun etiyolojisi: Depresyonun gelişiminde biyolojik ve çevresel faktörler. Öğrenci Araştırmaları Dergisi, 10 (4).
130. Ehlers Cl, Frank E. ve Kupfer Dj. (1988). Sosyal zeitgeberler ve biyolojik ritimler: Depresyonun etiyolojisini anlamaya yönelik birleşik bir yaklaşım. Genel Psikiyatri Arşivleri, 45 (10), 948-952.
131. Badr A. M, Attia H. A. & Al-Rasheed N. (2020). Oleuropein reverses repeated cor-ticosterone-induced depressive-like behavior in mice: Evidence of modulating effect onn biogenic amines. Scientific Reports, 10(1), 3336.
132. Xiong X, Qiu J, Fu S, Gu B, Zhong C, Zhao L. & Gao Y. (2024). Accurate detection depression cell model ith a dual-locked fluorescence probe in response to noradrena-line And
133. Hassan Eah. ve Amin Ma. (2011). Pilates egzersizleri şiddet gören kadınlarda sero-tonin hormonuna, bazı fiziksel değişkenlere ve depresyon derecesine etki edi-yor. Dünya Spor Bilimleri Dergisi, 5 (2), 89-100
134. Gainetdinov Rr, Sotnikova Td. ve Caron Mg. (2002). Monoamin taşıyıcı farmakolo-jisi ve mutant fareler. Farmakolojik Bilimlerdeki Eğilimler, 23 (8), 367-373.
135. Zhao F, Cheng Z, Piao J, Cui R. & Li B. (2022). Dopamine receptors: İs it possible to become a therapeutic target for depression? Frontiers in Pharmacology, 13, 947785.
136. Dwyer J. B, Aftab A, Radhakrishnan R, Widge A, Rodriguez C. I, Carpenter L. L. .& Apa Council of research task force on bovel biomarkers and treatments. (2020).

- Hormonal treatments for major depressive disorder: State of the art. *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 686-705.
137. Mcewen Bs. (2017). Kronik stresin nörobiyolojik ve sistemik etkileri. *Kronik Stres*, 1, 2470547017692328
138. Shekhar S, Hall Je. ve Klubo-Gwiedzinska J. (2021). Hipotalamik-Hipofiz-Tiroid Eksenini ve uyku. *Endokrin Ve Metabolik Araştırmalarda Güncel Görüş*, 17, 8-14.
139. Kirkegaard C. ve Faber J. (1998). Tiroid hormonlarının depresyondaki rolü. *Avrupa Endokrinoloji Dergisi*, 138 (1), 1-9.
140. Hage, Mp. ve Azar St. (2012). Tiroid fonksiyonu ve depresyon arasındaki bağlantı. *Tiroid Araştırmaları Dergisi*, 2012 (1), 590648.
141. Seidman Sn, Araujo Ab, Roose Sp, Devanand Dp, Xie S, Cooper Tb. ve Mckinlay Jb. (2002). Distimik bozukluğu olan yaşlı erkeklerde düşük testosteron düzeyleri. *Amerikan Psikiyatri Dergisi*, 159 (3), 456-459.
142. Altemus M, Sarvaiya N. ve Epperson Cn. (2014). Anksiyete ve depresyon klinik perspektiflerinde cinsiyet farklılıkları. *Nöroendokrinolojide Sınırlar*, 35 (3), 320-330.
143. Padda J, Khalid K, Hitawala G, Batra N, Pokhriyal S, Mohan A. ve Jean-Charles G. (2021). Depresyon ve adet döngüsüne etkisi. *Cureus*, 13 (7).
144. Remes O, Mendes Jf. ve Templeton P. (2021). Depresyonun biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicileri: Son literatürün gözden geçirilmesi. *Beyin Bilimleri*, 11 (12), 1633.
145. Mccauley J, Kern De, Kolodner K, Dill L, Schroeder Af, Dechant Hk. ve bass Eb. (1997). Çocuklukta istismar öyküsü olan kadınların klinik özellikleri: İyileşmeyen Yaralar. *Jama*, 277 (17), 1362-1368.
146. Robertson B. M. (1979). The psychoanalytic theory of depression: Part 1 the major contributors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 24(4), 341-352.
147. Freud S. (1926). Psycho-analysis. To Theories of, 11.
148. Rhee S. L. (2017). Structural determinist aspects of depression in Freud's "Mourning and Melancholia". *Psychoanalytic Social Work*, 24(2), 96-113.
149. Arundale J. (Ed.). (2022). Her şeye gücü yeten zihin durumu: Psikanalitik bakış açıları . Taylor ve Francis.
150. Beck A. T. (1967). Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

151. Dozois D. J. & Beck A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *Risk Factors İn Depression*, 119-143.
152. Beck, At (1991). Bütünleştirici terapi olarak bilişsel terapi.
153. Abela Jr. vee D'alessandro Du. (2002). Beck'in Bilişsel depresyon teorisi: Diatesz-stres ve dedensel aracılık bileşenlerinin bir testi. *İngiliz Klinik Psikoloji Dergisi*, 41 (2), 111-128.
154. Gómez-Cumplido J, Izquierdo A, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, Haro J. M., Ayuso-Mateos J. L. & Cabello M. (2024). Do depressed people with subjective psychomotor retardation show a different symptomatic pattern? A network analysis approach using a cross-national sample. *The European Journal of Psychiatry*, 38(3), 100253
155. Olin J. T, Katz I. R, Meyers B. S, Schneider L. S. & Lebowitz B. D. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of alzheimer disease: Rationale and background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(2), 129-141.
156. Pelizza L. ve Ferrari A. (2009). Şizofreni ve majör depresyonda anhedonia: Durum mu yoksa özellik mi? *Genel Psikiyatri Annals'ı*, 8, 1-9.
157. Segrin C. (1996). Interpersonal communication problems associated with depression and loneliness. In *Handbook Pf Communication and Emotion* (Pp. 215-242). Academic Press.
158. Feliciano L, Renn B. N. & Segal D. L. (2018). Depressive disorders. *Adult Psychopathology and Diagnosis*, Eighth Edition, 247-298.
159. Austin M. P, Mitchell P. & Goodwin G. M. (2001). Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 200-206.
160. Xie N, Qin Y, Wang T, Zeng Y, Deng X. ve Guan L. (2020). Çin'deki hemşireler arasında depresif belirtilerin yaygınlığı: Sistematiik bir inceleme ve meta-analiz. *Plos Bir*, 15 (7), E0235448.
161. Blöte, Aw Ve Westenberg, Pm (2019). Ergenlerde Duygusal Netlik İle Depresyon Belirtileri Arasındaki Zamansal İlişki. *Ergenlik Dergisi*, 71, 110-118.
162. Gong Y, Han T, Yin X, Yang G., Zhuang R, Chen Y. ve Lu Z. (2014). Güney Çin'deki Kamu Hastanelerindeki hemşireler arasında depresif belirtilerin ve işle ilgili Risk Faktörleri: Kesitsel bir çalışma. *Bilimsel Raporlar*, 4(1), 7109.
163. Welsh D. (2009). Kadın Tıbbi-Cerrahi Hastanesi hemşirelerinde depresif belirtilerin yordayıcıları. *Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Sorunlar*, 30 (5), 320-326.

164. Wu Y, Yin X, Yan S, Jiang N, Tian M, Zhang J. ve Gong Y. (2022). Eğilim puanı eşleşmesine dayalı olarak genel nüfusa kıyasla hemşirelerde depresif belirtilerin yaygınlığı: Çin'de ülke çapında kesitsel bir çalışma. *Duygusal Bozukluklar Dergisi*, 310, 304-309.
165. Pang Y, Dan H, Jung H, Bae N. ve Kim O. (2020). Koreli hemşirelerde depresif belirtiler, profesyonel yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti. *Uluslararası Hemşirelik İncelemesi*, 67 (3), 387-394.
166. Leeuw M, Verhoeve S1, Van Der Wee Nj, Van Hemert Am, Vreugdenhil E. ve Coomans Cp. (2023). Depresyon etiyolojisinde sirkadiyen sistemin rolü. *Sinirbilim ve Biyodavranışsal İncelemeler*, 153, 105383.
167. Boudreau P, Dumont Ga. ve Boivin Db. (2013). Gece vardiyasında çalışmaya sirkadiyen adaptasyon uykuyu, performansı, ruh halini ve kalbin otonomik modülasyonunu etkiler. *Plos Bir*, 8 (7), E70813.
168. Diener E. (2009). Pozitif Psikoloji: Geçmiş, bugün ve gelecek. *Oxford Pozitif Psikoloji El Kitabı*, 2, 7-11.
169. Seligman Me. ve Csikszentmihalyi M. (2000). Pozitif Psikoloji: Giriş (Cilt 55, Sayı 1, S. 5). *Amerika Psikoloji Derneği*.
170. Alex Linley P, Joseph S, Harrington S. ve Wood Am. (2006). Pozitif psikoloji: Geçmiş, şimdiki zaman ve (Olası) gelecek. *Pozitif Psikoloji Dergisi*, 1 (1), 3-16.
171. Dragano N, He Y, Moebus S, Jöckel K. H, Erbel R, Siegrist J. & Heinz Nixdorf Recall Study. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms: Results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 72-78.
172. Erbaşı A. ve Özbek Mc. (2016). Psikolojik sermayenin işe bağlılık üzerindeki etkisi. *Avustralya İşletme ve Ekonomi Akademisi İncelemesi*, 2 (4), 276-284.
173. Luthans F, Avey Jb, Avolio Bj. ve Peterson Sj. (2010). Pozitif psikolojik sermayenin gelişimi ve bunun sonucunda ortaya çıkan performans etkisi. *Üç Aylık İnsan Kaynakları Gelişimi*, 21 (1), 41-67.
174. Snyder Cr, Harris C, Anderson Jr, Holleran Sa, Irving Lm, Sigmon St. ve Harney P. (1991). İrade ve yollar: Umudun bireysel farklılıklar ölçüsünün geliştirilmesi ve doğrulanması. *Kişilik ve Sosyal Psikoloji Dergisi*, 60 (4), 570.
175. Orne M. (1968). On the nature of effective hope. *International Journal of Psychiatry*, 5(5), 403-410.

176. Snyder Cr. (1994). Umudun psikolojisi: Buradan ulaşabilirsiniz . Simon ve Schuster
177. Sweetman D, Luthans F, Avey J. B. & Luthans B. C. (2011). Relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne Des Sciences De L'administration*, 28(1), 4-13.
178. Shan Y, Chin T. & Mutsvene N. (2023). The varying effects of four components of employee psychological capital on sustainable-business-model innovation in the new normal. *Sustainability*, 15(15), 11787.
179. Carver Cs. ve Scheier Mf. (2001). İyimserlik, kötümserlik ve öz Düzenleme.
180. Sapmaz F. & Doğan T. (2012). Mutluluk ve yaşam doyumunun yordayıcısı olarak iyimserlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(3), 63-69.
181. Chang Ak. (1998). Eğilimsel iyimserlik ve bir stres etkeninin birincil ve ikincil değerlendirmesi: Kafa karıştırıcı etkilerin ve başa çıkma ve psikolojik ve fiziksel uyumla ilişkilerin kontrol Edilmesi. *Kişilik ve Sosyal Psikoloji Dergisi*, 74 (4), 1109.
182. Carver C. S. & Scheier M. F. (2024). Optimism. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 4849-4854.
183. Scheier M. F, Weintraub J. K. & Carver C. S. (1986). Coping with Stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257.
184. Alloy L. B, Abramson L. Y, Whitehouse W. G., Hogan M. E., Panzarella C. & Rose D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145.
185. Bandura A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
186. Bandura A. (2012). Algılanan öz yeterliliğin işlevsel özellikleri yeniden ele alındı. *Yönetim Dergisi*, 38 (1), 9-44.
187. Bandura A. (1978). Öz-Yeterlik üzerine düşünceler. *Davranış Araştırması ve Terapisindeki Gelişmeler*, 1 (4), 237-269.
188. Cervone D. (2000). Öz yeterlilik hakkında düşünmek. *Davranış Değişikliği*, 24 (1), 30-56.
189. Heslin Pa. ve Klehe Uc. (2006). Öz yeterlilik. *Endüstriyel/Örgütsel Psikoloji Ansiklopedisi*, Sg Rogelberg, Ed, 2, 705-708.

190. Schunk Dh. (1995). Öz yeterlilik, motivasyon ve performans. Uygulamalı Spor Psikolojisi Dergisi, 7 (2), 112-137.
191. Schunk Dh. ve Dibenedetto Mk. (2021). Öz yeterlilik ve insan motivasyonu. Motivasyon Bilimindeki İlerlemelerde (Cilt 8, S. 153-179). Elsevier.
192. Maddux Je. (2002). Yapabileceğine inanmanın gücü. Pozitif Psikoloji El Kitabı, 277-287.
193. Masten A. S. & Reed M. G. J. (2002). Resilience in development. Handbook of Positive Psychology, 74, 88.
194. Masten A. S, Best K. M. & Garmezy N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2(4), 425-444.
195. Siebert A. (2009). Dayanıklılığın avantajı: Değişime hakim olun, baskı altında gelişin ve aksiliklerden sonra toparlanın . Nasıl isteğinizi Okuyun. Com.
196. Golparvar M. & Azarmonabadi A. R. (2014). Explaining psychological capital components through organization's ethical climate components. International Journal of Business, Economics and Management, 1(8), 216-228.
197. Sajedi S, Jafarjalal E. ve Haghani S. (2022). Yoğun bakım hemşirelerinde psikolojik sermaye ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. Müşteri Odaklı Hemşirelik Bakımı Dergisi, 8 (2), 139-146.
198. Yan D, Wen F, Li X. ve Zhang Y. (2020). Çinli hemşirelerde psikolojik sermaye ile yenilikçilik davranışı arasındaki ilişki. Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 28 (3), 471-479.
199. Lu X, Wang L, Xu G, Teng H, Li J. & Guo Y. (2023). Development and initial validation of the psychological capital scale for nurses in Chinese local context. BMC Nursing, 22(1), 28
200. Gabal Sa, Goda El Sayed S. ve Mohamed Wahba N. (2023). Port Said Hastanelerinde çalışan hemşirelerde psikolojik sermaye ve merhamet yorgunluğu. Port Said Bilimsel Hemşirelik Dergisi, 10 (2), 320-349.
201. Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X. ve Sui H. (2015). Çinli hemşireler arasında psikolojik sermaye ile tükenmişlik arasındaki ilişkide başa çıkma tarzının aracılık rolü. Plos Bir, 10 (4), E0122128.
202. Wang Mf, Shao P, Wu C, Zhang Ly, Zhang Lf, Liang J. ve Du J. (2023). Hastane hemşirelerinde mesleki stres etkenleri ile uykusuzluk arasındaki ilişki: Psikolojik sermayenin aracılık rolü. Psikolojide Sınırlar, 13, 1070809.

203. Yao X, Lin Y, Zhang C, Wang X. & Zhao F. (2022). Does psychological capital mediate occupational stress and coping among nurses in ICU. *Western Journal of Nursing Research*, 44(7), 675-683.
204. Chamani-Ghalandari R, Shafiabady A. ve Dokaneifard F. (2023). Kariyer yolu uyum yeteneğinin aracılığıyla hemşirelerin psikolojik sermayesinde kişilik özelliklerinin rolü. *Askeri Tıp Arşivleri Dergisi*, 11 (1).
205. Liu Y, Li H, Liu Y. ve Yang Y. (2022). Üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki halk sağlığı acil durumlarında hemşirelerin psikolojik sermayesi ile depresyon arasındaki ilişkide sosyal desteğin aracılık rolü. *Amerikan Çeviri Araştırmaları Dergisi*, 14 (12), 9007.
206. Akdoğan A. & Polatçı S. (2013). Psikolojik sermayenin performans üzerindeki etkisinde iş aile yayılımı ve psikolojik iyi oluşun etkisi/The role of work family spillover and psychological well-being on the effect of psychological capital on performance. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(1), 273-294.
207. Polatçı S. (2014). Psikolojik sermayenin görev ve bağlamsal performans üzerindeki etkileri: Polis teşkilatında bir araştırma/The effects of psychological capital on task and contextual Performance: A research on police organization. *Ege Akademik Bakış*, 14(1), 115.
208. Netemeyer R. G, Boles J. S. & McMurrin R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400.
209. Byron K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 169-198.
210. Ayca Z. & Eskin M. (2005). Relative contributions of childcare, spousal support, and organizational support in reducing work-family conflict for men and women: The case of Turkey. *Sex roles*, 53, 453-471.
211. Beck A. T, Ward C. H, Mendelson M, Mock J. & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
212. Hisli N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck depression inventory.). *Psikoloji Dergisi*, 6, 118-122.
213. Luthans F, Avolio B. J, Avey J. B. & Norman S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541-572.

214. Çetin F. & Basım H. N. (2012). Örgütsel psikolojik sermaye: Bir ölçek uyarlama çalışması. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(1), 121-137.
215. Polatçı S. & Yılmaz H. (2021). Bilişsel kayıplarımızın sebebini arayış: Psikolojik sermaye ve çalışma hayatı kalitesinin bilişsel kayıplara etkisi. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(22).
216. Chen Ch, Wang J, Yang Cs. ve Fan Jy. (2016). Hemşire uygulayıcı iş içeriği ve stresin kaygı ve depresif semptomlar ve kendi algılanan sağlık durumu üzerindeki etkileri. *Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 24 (5), 695-704.
217. Wang M. L. & Tsai L. J. (2014). Work–family conflict and job performance in nurses: The moderating effects of social support. *Journal of Nursing Research*, 22(3), 200-207.
218. Pien L. C, Cheng W. J, Chou K. R. & Lin L. C. (2021). Effect of work–family conflict, psychological job demand, and job control on the health status of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3540.
219. Seçkin M, Yaman K, Türk I. ve Aslan S. Performans, İş tatmini ve iş-aile yaşam çatışması arasındaki ilişkiler. Relationships between performance, job satisfaction and work-family life conflict Sabahattin Tekingündüz(2016).
220. Kaçan Softa H, Karaahmetoğlu Ulaş G. & Öztürk A. (2016). Hemşirelerin depresyon düzeylerinin belirlenmesi.
221. Sabokro M.& Fallahi M. B. (2018). Explanation of work-family conflict through psychological capital among nurses. *Iran J Nurs Res*, 13(2), 81-9.
222. Yüksel Ç. T. & Özgür G. (2008). Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 24(1), 67-82.
223. Hosseini Z. & Homayuni A. (2022). Personality and occupational correlates of anxiety andnd depression in nurses: The contribution of role conflict, core self-evaluations, negative affect and bullying. *Bmc Psychology*, 10(1), 215.
224. Güneş S. & Bulut S. (2024). Hemşirelerde psikolojik sermayenin örgütsel özdeşleşmeye etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 43-64.
225. Yuan Z, Zhang X, Wang F, Jin M, Teng M, He H. & Wang J. (2023). Levels of psychological capital among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 70(1), 89-96.

226. Avey J. B, Luthans F. & Jensen S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*, 48(5), 677-693
227. Jang Y. M. & Park J. Y. (2018). The effect of job stress on health promotion behaviors of nurses in a regional general hospital: The mediating effects of positive psychological capital and nursing work environment. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 27(3), 160-170.
228. Yim H. Y, Seo H. J, Cho Y. & Kim J. (2017). Mediating role of psychological capital in relationship between occupational stress and turnover intention among nurses at veterans administration hospitals in korea. *Asian Nursing Research*, 11(1), 6-12.
229. Salvagioni D. A. J, Melanda F. N, Mesas A. E, González A. D, Gabani F. L. & Andrade S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *Plos One*, 12(10), E0185781.
230. Rabenu E, Yaniv E. & Elizur D. (2017). The relationship between psychological capital, coping with stress, well-being and performance. *Current Psychology*, 36, 875-887.
231. Abbas M. & Raja U. (2015). Impact of psychological capital on innovative performance and job stress. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne Des Sciences De L'administration*, 32(2), 128-138.
232. Yeni H. K. & Sezici E. (2022). Pozitif psikolojik sermayenin iş stresi üzerindeki etkisinin belirlenmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 6(2), 2379-2397.
233. Wang Y, Chang Y, Fu J. & Wang L. (2012). Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: The mediating effect of psychological capital. *Bmc Public Health*, 12, 1-8.
234. Karatepe O. M. & Karadas G. (2014). The effect of psychological capital on conflicts in the work–family interface, turnover and absence intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 43, 132-143.
235. Zhou M, Wang D, Zhou L, Liu Y. & Hu Y. (2021). The effect of work-family conflict on occupational well-being among primary and secondary school teachers: The mediating role of psychological capital. *Frontiers In Public Health*, 9, 745118
236. Dewi R, Artiawati A. & Parung J. (2020). The role of psychological capital in predicting work-family Conflict.
237. Golparvar M, & Jafari M. (2013). The protective role of psychological capital against the impact of work-family conflict and spillover on nurses' psychological well being. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 21(4), 22-33.

238. Zengin L. & Gümüş F. (2019). Hemşirelerde anksiyete, depresif belirti ve ilişkili faktörler. *Journal of Academic Research İn Nursing (Jaren)*, 5(2).
239. Liu L, Chang Y, Fu J, Wang J. & Wang L. (2012). The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese Physicians: A cross-sectional study. *Bmc Public Health*, 12, 1-8.
240. Shen X, Yang Y. L, Wang Y, Liu L, Wang S. & Wang L. (2014). The association between occupational stress and depressive symptoms and the mediating role of psychological capital among Chinese university teachers: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14, 1-8.
241. Tong C. Cui C. Li Y. & Wang L. (2019). The effect of workplace violence on depressive symptoms and the mediating role of psychological capital in Chinese township general practitioners and nurses: A cross-sectional study. *Psychiatry Investigation*, 16(12), 896.
242. Lim J, Bogossian F. & Ahern K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: A systematic review. *International Nursing Review*, 57(1), 22-31.
243. Alhani F. & Mahmoodi-Shan G. (2018). Work–family conflict as a stressor in the lifestyle of Nurses: A content analysis. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 5(3), 79-88.
244. Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M., Okuzumi, S., Takeda, M., & Nishi, M. (2014). Relationship Between Job Stress, Temperament And Depressive Symptoms İn Female Nurses. *International Journal Of Occupational Medicine And Environmental Health*, 27, 426-434.
245. Karatepe H. K, Kuşcu F. N. & Karaman M. (2019). Psikolojik sermayenin bireysel performansı etkisi: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7, 105-114.
246. Flinkman M, Coco K, Rudman A. & Leino-Kilpi H. (2023). Registered nurses' psychological capital: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice*, 29(5), E13183.
247. Günday F, Taş A, Abacıgil F. & Arslantaş H. (2022). Hemşirelerde iş doyumu ve iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 216-232.

248. Grandey A. A. & Cropanzano R. (1999). The conservation of resources model applied to work–family conflict and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 54(2), 350-370.
249. Haji Matarsat H. M, Rahman H. A. & Abdul-Mumin K. (2021). Work-family conflict, health status and job satisfaction among nurses. *British Journal of Nursing*, 30(1), 54-58.
250. Monte P. F, Lima F. E. T, Neves F. M. D. O, Studart R. M. B. & Dantas R. T. (2013). Stress among professional nurses working in intensive care units. *Acta Paulista De Enfermagem*, 26, 421-427.
251. Yang J, Chen Y, Tian Y, Li X, Yu Q, Huang C. & Li Y. (2024). Risk factors and consequences of mental health problems in nurses: A scoping review of cohort studies. *International Journal of Mental Health Nursing*.
252. Wu J, Li Y, Lin Q, Fan Y, Zhang J, Liu Z. & Zhong X. (2024). The mediating role of perceived social support between work-family conflict and presenteeism among Icu nurses working shift work in chinese public hospitals: A cross-sectional investigation. *Plos One*, 19(8), E0308673

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırmada hemşirelerde psikolojik sermayenin iş stresi iş aile çatışması ve depresif belirtiler üzerindeki rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Aşağıda çalışmada veri toplamak amacıyla hazırlanan, “**Kişisel Bilgi Formu**” **Genel İş Stresi Ölçeği** “**İş-aile çatışması ölçeği**”, “**Beck Depresyon Envanteri**” ve “**Psikolojik Sermaye Ölçeği**” yer almaktadır. Her bir soruyu dikkatlice okuyup size en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Sorulara vermiş olduğunuz cevaplar araştırma amacının dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

1. Yaşınız: a) 18-25 b) 26-35 c) 36- 45 d) 46- 56 e) 56 ve üstü
2. Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar c) Diğer
4. Eğitim durumunuz? (Son mezun olduğunuz okulu yazınız)
5. a) Meslek Lisesi b) Lisans c) Yüksek Lisans d) Doktora
6. Çoğunuz var mı ? a) Var b) Yok
7. Aile tipiniz nedir? a) Çekirdek aile b) Geleneksel geniş aile c) Parçalanmış aile
8. Aylık gelir düzeyiniz? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
9. Hemşire olarak çalışma sürenizi **yıl** olarak lütfen yazınız
10. Şu an ki göreviniz nedir? İşaretleyiniz.
11. ☐ Servis Hemşiresi ☐ Yoğun Bakım Hemşiresi ☐ Sorumlu Hemşire
12. ☐ Acil Hemşiresi ☐ İdari Birimler ☐ Diğer (yazınız)...
13. Çalıştığınız biriminizden memnun musunuz? a) Evet b) Hayır
14. Vardiyalı çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
15. Çalışma süreniz haftalık mesai saatinizi (40 saat) aşıyor mu (cevabınız evet ise ne kadar fazla çalışıyorsunuz) a) Evet b) Hayır
16. Hayatınızı bir bütün olarak düşündüğünüzde yaşamınızdan memnuniyet durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1- Hiç memnun değilim 2- Memnun değilim 3- Kararsızım 4- Memnunum 5- Çok memnunum

Ek 2.Genel İş Stresi Ölçeği

Aşağıdaki soruların amacı, iş yerinde ne kadar stresli olduğunuzu incelemektir. Lütfen ifadeleri dikkatli okuyarak, her ifadenin size ne kadar uygun olduğunu yanındaki kutulardan uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1.İşiniz, farklı bir iş sahibi olmayı dileyecek kadar sizi stresli kılıyor mu?	1	2	3	4	5
2.İstifa etmeyi isteyecek kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	1	2	3	4	5
3.Sabahları kalkıp işe gitme konusunda kaygı duyuyor musunuz?	1	2	3	4	5
4.İşinizle ilgili kaygı duyduğunuz için geceleri uyumakta zorluk yaşıyor musunuz?	1	2	3	4	5
5.Önemli görevleri yapmayı unutacak kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. Görevlerinize odaklanmayı zorlaştıracak kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	1	2	3	4	5
7.İşiniz için kaygılanarak çok zaman harcıyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Artık işinizle baş edemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
9.İşiniz öfkelenecek kadar sizi strese sokuyor mu?	1	2	3	4	5

Ek 3. İş-Aile Çatışması Ölçeği (İaçö)

Aşağıdaki maddeler aile-iş ilişkinize dair tutumlarınıza yöneliktir. Lütfen her biri için size en uygun gelen ifadenin bulunduğu seçeneği X ile işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	İşimin yarattığı stres aileme karşı olan görevlerimi yerine getirmemi zorlaştırmaktadır					
2.	İşime harcadığım zaman aileme karşı sorumluluklarımı yerine getirmemi zorlaştırmaktadır.					
3.	İşimin bana yüklediği sorumluluklardan dolayı ailemle ilgili yapmak istediğim bazı şeyleri yapamıyorum.					
4.	İşim yüzünden, ailece yaptığımız planları değiştirmek zorunda kalırım.					
5.	İşimle ilgili sorumluluklarım aile hayatımı etkiliyor.					
6.	Ailemle ilgili sıkıntılarım, iş performansımı olumsuz etkiler.					
7.	Aileme ayırmam gereken zaman nedeniyle, işlerimi ertelediğim olur.					
8.	Ailemin ya da eşimin talepleri, işimi etkilemektedir.					
9.	Aile hayatım yüzünden işimdeki temel sorumluluklarım aksayabiliyor.					
10.	Ailemin ya da eşimin taleplerinden dolayı işimle ilgili olarak yapmak istediğim bazı şeyleri yapamam					

Ek 4. Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
b) Kendimi üzgün hissediyorum
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim
b) Gelecek konusunda umutsuzum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c) Şimdilerde her an ağlıyorum
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim

12. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
13. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
14. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d) Artık hiç karar veremiyorum
15. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
16. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d) Hiç çalışmıyorum
17. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
18. a) Eskisine göre daha çok yorulduğumu sanmıyorum
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum
19. a) İştahım eskisinden farklı değil
b) İştahım eskisi kadar iyi değil
c) Şimdilerde iştahım epey kötü
d) Artık hiç iştahım yok
20. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
21. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum
22. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

Ek 5.Örgütsel Psikolojik Sermaye Ölçeği

	Lütfen aşağıdaki ifadelerde belirtilen niteliklere ne ölçüde katıldığınızı işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum					Tamamen
1	Bu iş yerinde, işler asla benim istediğim şekilde yürümez.	1	2	3	4	5	6
2	Bu aralar kendim için belirlediğim iş amaçlarımı yerine getiriyorum.	1	2	3	4	5	6
3	Bir grup iş arkadaşına bir bilgi sunarken kendime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
4	Çalışma alanımda, hedefler/amaçlar belirlemede kendime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
5	Daha önceleri zorluklar yaşadığım için, işimdeki zor zamanların üstesinden gelebilirim	1	2	3	4	5	6
6	Herhangi bir problemin çözümü için birçok yol vardır.	1	2	3	4	5	6
7	Genellikle, işimdeki stresli şeyleri sakın bir şekilde hallederim.	1	2	3	4	5	6
8	İşimde bir terslikle karşılaştığımda, onu atlatma konusunda sıkıntı yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
9	İşimde benim için belirsizlikler olduğunda, her zaman en iyisini isterim.	1	2	3	4	5	6
10	Eğer zorunda kalırsam, işimde kendi başıma yeterim.	1	2	3	4	5	6
11	Eğer işimde bir şeyler benim için yanlış gidecekse, o şekilde gider.	1	2	3	4	5	6
12	Eğer çalışırken kendimi bir tıkanıklık içinde bulursam, bundan kurtulmak için birçok yol düşünebilirim	1	2	3	4	5	6
13	İşimde birçok şeyleri halledebileceğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6
14	İşimle ilgili şeylerin daima iyi tarafını görürüm.	1	2	3	4	5	6
15	Yönetimin katıldığı toplantılarda kendi çalışma alanımı açıklarken kendime güvenirim	1	2	3	4	5	6
16	Uzun dönemli bir probleme çözüm bulmaya çalışırken kendime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
17	Şu anda, işimde kendimi çok başarılı olarak görüyorum.	1	2	3	4	5	6
18	İşimle ilgili gelecekte başıma ne geleceği konusunda iyimserimdir.	1	2	3	4	5	6
19	İşime “her şeyde bir hayır vardır” şeklinde yaklaşıyorum.	1	2	3	4	5	6
20	Şu anda iş amaçlarımı sıkı bir şekilde takip ediyorum.	1	2	3	4	5	6
21	Organizasyonun stratejisi konusundaki tartışmalara katkıda bulunmada kendime güvenirim	1	2	3	4	5	6
22	İşimdeki zorlukları genellikle bir şekilde hallederim.	1	2	3	4	5	6
23	Organizasyon dışındaki kişilerle (tedarikçiler, tüketiciler vb.) problemleri tartışmak için temas kurarken kendime güvenirim	1	2	3	4	5	6
24	Mevcut iş amaçlarıma ulaşmak için birçok yol düşünebilirim.	1	2	3	4	5	6

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : Hemşirelerde İş stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR? Bu çalışmada hemşirelerde psikolojik sermayenin iş stresi iş aile çatışması ve depresif belirtiler üzerindeki rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. Bir kamu hastanesinde hemşire olarak çalışıyor olmak
3. Araştırmaya katılım için gönüllü olmak

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada sizden Kişisel Bilgi Formu, Genel İş Stresi Ölçeği, İş-aile çatışması ölçeği: Beck Depresyon Envanteri ve Psikolojik Sermaye Ölçeği anketlerini doldurmanız istenmektedir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR? Araştırma ile ilgili olarak cevaplamayı kabul ettiğiniz anketin sorularını eksiksiz olarak yanıtlamanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR? Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 116'dır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR? Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar araştırma amaçlıdır. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar *başka insanların yararına kullanılabilecek olması, yalnızca araştırma amaçlı doğrudan sizin yarar görmeniz beklenmemektedir.*

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket formu uygulanacaktır. Çalışmaya katılma ile beklenen olası risk bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma ile ilgili olarak cevaplamayı kabul ettiğiniz anketin sorularını eksik olarak cevaplamanız durumunda sizin izniniz olmadan araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun yükümlülük sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar sorumlu araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir zarara karşı güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0506... numaralı telefondan Gülümser Kaleboynu'na başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR ?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene

ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşla ödettilemeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

Tarih/Versiyon:

1/2

Araştırmanın Adı: Hemşirelerde İş stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurul-

lar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir). **Çalışmaya Katılma Onayı:** Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/Versiyon:

Ek 7. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerde İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	324

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Safiye ÖZGÜÇ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
	Diğer ise belirtiniz :			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER:	☐				

Etik Kurul Başkanı'nın
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yasemin ZER

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerde İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	324

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/324	Tarih: 04.10.2023
	Sorumlu Araştırmacısı Dr.Öğr.Üyesi Safiye ÖZGÜÇ olan “ Hemşirelerde İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü ” başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Muradiye NACAK	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Maruf ŞANLI	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Beltinç DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.İlkay DOĞAN	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. İlhan BAHŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Mehmet KARADAĞ	Çocuk ve Ergen Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Nadide Özkul DOĞRU	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr.Hüseyin GÜRBÜZ	Acil Tıp	Dr.Ersin Arslan EAH	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Emine Aybuken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Zeki EKİNCİ	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Üye	Şahinbey Belediyesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yasemin ZER

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 8. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Yazısı

 T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü 

Sayı : E-87825162-663.08-234214437 16.01.2024
Konu : Gülümser KALEBOYNU' nun Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi olan Gülümser KALEBOYNU' nun, " Hemşirelerde İş Stresi, İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü " konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışmasının, Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi ve 25 Aralık Devlet Hastanesi'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hüseyin ÖZKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Konu: Gülümser KALEBOYNU' nun Araştırma İzni Hk.

Dağıtım:
Şehitkamil Devlet Hastanesi Başhekimliğine
25 Aralık Devlet Hastanesi Başhekimliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Kodu: 2D036DFD-AA7D-4E84-9CB2-6A5E06714D6D Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi>

0011. Cad. Şehir Hastanesi Bitişiği Şahinbey/Gaziantep 27000
220 9614
Adresi: <https://gaziantepism.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Döndü BİLİCİ
Hemşire
Telefon No: 0342 310 09 00 - 106915



Ek 9. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Araştırma İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.12.2023-419125



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-91786782-302.08.01-419125
Konu : Tez Çalışması İzni(G.KALEBOYNU)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 30.11.2023 tarihli, 416232 sayılı ve "Tez Çalışması İzni(G.KALEBOYNU)" konulu yazı

İlgi yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda danışmanlığını Dr.Öğ.Üyesi Safiye ÖZGÜÇ'ün yaptığı Gülümser KALEBOYNU'nun "Hemşirelerde İş stresi İş Aile Çatışması ve Depresif Belirtiler: Psikolojik Sermayenin Rolü" başlıklı tez çalışmasının 15.12.2023- 15.09.2024 tarihleri arasında hastanemizde yürütülmesi tarafımızca uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Şevki Hakan EREN
Başhekim

ÖZGEMİŞ

İlk, orta ve lise eğitimini Adana'nın Kozan ilçesinde tamamladı. Lisans eğitimi Atatürk Üniversitesinde tamamladı. 2022'de Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliğinde Yüksek Lisans eğitimine başladı. 2011 yılında Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesine atandı ve halen burada görev yapmaktadır.

Gülümser KALEBOYNU