

PINAR İŞÇEN

DİKKAT Teziniz yazmaya başlamadan önce Tez Yazım Kılavuzu ekindeki “TEZ YAZIM ŞABLONUN KULLANIMI”nı okuyunuz.

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit cilt sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ONKOLOGLARIN ÇATIŞMA EĞİLİMLERİNİN,
EMPATİK BECERİLERİNİN, İŞ DOYUMLARININ VE
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARININ İNCELENMESİ**

PINAR İŞÇEN

**DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLER BAHADIR**

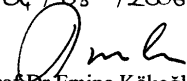
**PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ BİLİM DALI**

İSTANBUL-2006

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

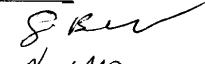
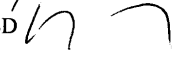
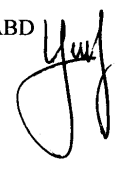
04 / 08 / 2006


Prof. Dr. Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Psikososyal Onkoloji
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Prevanatif Onkoloji
Tez Sahibi : Pınar İşçen
Tez Başlığı : Onkologların Çatışma Eğilimleri, Empatik Becerileri, İş Doyumları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi
Sınav Yeri : İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı
Sınav Tarihi : 29 / 06 / 2006

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof Dr. Güler Bahadır, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD 
2. Prof Dr. Arşalays Kayır, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD 
3. Prof Dr. Sıdika Kurul, İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD 
4. Prof Dr. Mine Özmen, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı 
5. Prof Dr. İlhan Yargıç, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD 

BEYAN

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


Pınar İşçen

İTHAF

Bu çalışmayı kişisel ve mesleki gelişimime katkıda bulunan herkese ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Preventif Onkoloji Ana Bilim Dalı-Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimi olanağını sağlayan İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Müdürü Sayın Prof. Dr. Erkan Topuz'a, Preventif Onkoloji Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sıdıka Kurul'a, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı ve Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sedat Özkan'a,

Çalışmalarım sırasında her türlü yardımı sağlayıp desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güler Bahadır'a,

Yüksek lisans eğitimime ve mesleki gelişimime katkısı bulunan İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı öğretim üyelerine ve çalışanlarına,

Değerli vakitlerini ayırıp çalışmama katılan İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü'nde, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde, Okmeydanı, Şişli Etfal ve Kartal-Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nin Onkoloji Bölümleri'nde görevli hekimlere,

Araştırmamın istatistiksel işlemleriyle ilgili her türlü yardımı sağlayan Sayın Yard. Doç. Dr. Nezih Varol'a ve Sayın Uzm. Psk. Özlem Sertel Berk'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni ellerinden gelen tüm olanaklarla destekleyen ve bana güç veren değerli aileme, dostlarıma ve arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Pınar İşçen

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN	İİ
İTHAF	İİİ
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	İX
KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kişilerarası İletişim.....	4
2.1.1. İletişimle İlgili Tanımlamalar	4
2.1.2. Kişiler Arası İletişim Çatışmaları	6
2.1.2.1.İletişim Çatışmaları ile İlgili Çalışmalar	10
2.1.3.Empati	11
2.1.3.1.Ülkemizde Yapılan Empati ile İlgili Bazı Çalışmalar.....	13
2.1.3.2.Yabancı Literatürde Yer Alan Empati İle İlgili Bazı Çalışmalar.....	15
2.1.4. Hekim-Hasta İletişimi ve Bu İletişimi Bozan Nedenler.....	16
2.1.5. Hekim-Hasta Yakını İletişimi ve Bu İletişimi Olumsuz Etkileyen Faktörler ..	20
2.1.6. Hekimlerin Tedavi Ekibi Üyeleriyle İlişkileri ve Bu İlişkilerde Yaşadıkları Sorunlar	21
2.2. İş Doyumu	22
2.2.1.İş Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	25
2.2.1.1.Bireysel Faktörler	25
2.2.1.2.Çevre ya da Örgütsel Özellikler.....	28
2.2.2. İş Doyumsuzluğu ve Sonuçları.....	29
2.2.2.1. Bireysel Sonuçları	29
2.2.2.2.Örgütsel Sonuçları.....	30
2.2.3.İş Doyumu İle İlgili Bazı Araştırmalar	30

<i>2.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma.....</i>	<i>31</i>
2.3.1. Stresin Tanımı.....	31
2.3.2. İş Stresi ve İş Ortamındaki Stres Kaynakları	33
2.3.2.1. Tedavi Ekibinde Stres.....	35
2.3.2.2. Tedavi Ekibinde Stresle İlgili Çalışmalar.....	39
2.3.3. Stres ve İletişim Becerileri	41
2.3.4. Stresle Başa Çıkma	42
2.3.5. Stresle Başa Çıkma Kuram ve Modelleri.....	43
2.3.6. Başa Çıkma Kaynakları.....	47
2.3.7. Stresle Başa Çıkma ile İlgili Bazı Çalışmalar	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
3.1. Araştırma Grubu.....	52
3.2. Araçlar – Ölçekler.....	52
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu.....	53
3.2.2. Çatışma Eğilimi Ölçeği (ÇEÖ).....	53
3.2.3. Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) – B Formu	56
3.2.4. İş Doyumu Ölçeği (İDÖ).....	58
3.2.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ).....	59
3.3. İşlem.....	64
3.4. İstatiksel Yöntemler	644
4. BULGULAR.....	66
4.1. Kişisel Bilgi Formuyla İlgili Veriler.....	66
4.2. Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular	78
4.2.1. Kurumlar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular.....	78
4.2.2. Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlerle İlgili İşlemlerden Elde Edilen Bulgular.....	80
4.3. Araştırmada Ele Alınan Psikolojik Faktörler Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular	121
4.3.1. Çatışma Eğilimi ile Empatik Beceri, İş Doyumu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyonlar	121
4.3.2. Empatik Beceri ile İş Doyumu ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki Korelasyonlar	125
4.3.3. İş Doyumu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyonlar.....	125

5.TARTIŞMA	127
5.1. Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulguların Tartışılması	127
5.1.1.Çatışmaya Girme Eğilimiyle İlgili Bulguların Tartışılması	127
5.1.2 Empatik Beceriyle İlgili Bulguların Tartışılması.....	135
5.1.3 İş Doyumuyla İlgili Bulguların Tartışılması	139
5.1.4 Stresle Başa Çıkma Tarzlarıyla İlgili Bulguların Tartışılması	144
5.2.Psikolojik Faktörler Arası Korelasyonların Tartışılması.....	147
5.3. Sonuç ve Öneriler.....	149
KAYNAKLAR	153
FORMLAR	166
ÖZGEÇMİŞ	190

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan katılımcıların Demografik durumlarına göre n değerleri ve dağılım oranları.....	68
Tablo 4-2. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların meslekleri ve çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlere göre dağılımları	71
Tablo 4-3. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların çalıştıkları bölüm ve mesleklerine ilişkin görüşlerine göre dağılımları	72
Tablo 4-4. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların işten ayrılmayla ilgili düşüncelerine göre dağılımları	74
Tablo 4-5. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların hastalarını anlayabilmelerine ve hastalarının hekimleriyle ilgili görüşlerine dair düşünceleri	74
Tablo 4-6. Onkologların çalışma ortamında karşılaşılan gruplarla iletişim kurmaya ilişkin görüşlerine göre n değerleri.....	76
Tablo 4-7. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların “İş stresiyle başa çıkma yöntemleriniz konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları.....	77
Tablo 4-8. Çalışılan kuruma göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	97
Tablo 4-9. Çalışılan kuruma göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	98
Tablo 4-10. Yaş gruplarına göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	99
Tablo 4-11. Yaş gruplarına göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	100
Tablo 4-12. Cinsiyete göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	101
Tablo 4-13. Cinsiyete göre ÇEÖ ve İDÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri	102
Tablo 4-14. Medeni duruma göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ’den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	103

Tablo 4-15. Medeni duruma göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	104
Tablo 4-16. Çocuk sahibi olup-olmamaya göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	105
Tablo 4-17. Çocuk sahibi olup-olmamaya göre ÇEÖ ve İDÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	106
Tablo 4-18. Mesleki ünvana göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri.....	107
Tablo 4-19. Mesleki ünvana göre ÇEÖ ve İDÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri	108
Tablo 4-20. Meslekte çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	109
Tablo 4-21. Meslekte çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	110
Tablo 4-22. Bölümde çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ 'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	111
Tablo 4-23. Bölümde çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	112
Tablo 4-24. Haftalık çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	113
Tablo 4-25. Haftalık çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	114
Tablo 4-26. Haftalık hasta sayısına göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	115
Tablo 4-27. Haftalık hasta sayısına göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	116
Tablo 4-28. Çalışma şekline göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri.....	117
Tablo 4-29. Çalışma şekline göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri	118
Tablo 4-30. Bölümden memnuniyete göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri	119

Tablo 4-31. Bölümden memnuniyete göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri.....	120
Tablo 4-32. Çatışma eğilimi ile empatik beceri, iş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar	124
Tablo 4-33. Empatik beceri ile iş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar.....	125
Tablo 4-34. İş doyumu ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar	126

KISALTMALAR LİSTESİ

- ÇEÖ:** Çatışma Eğilimi Ölçeği
AÇ: Aktif Çatışma
PÇ: Pasif Çatışma
VÇ: Varoluş Çatışması
TRÇ: Tümden Reddetme Çatışması
ÖÇ: Önyargılı Çatışma
YÇ: Yoğunluk Çatışması
AÖÇ: Aktif Önyargılı Çatışma
PTRÇ: Pasif Tümden Reddetme Çatışması
İY1: İnsancıl Yaklaşım
KÖ: Kişisel Özellikler
ÇT: Çatışma- Toplam
EBÖ-B: Empatik Beceri Ölçeği- B Formu
İDÖ: İş Doyumu Ölçeği
Ü: Ücret
İP: İşletme Politikaları
BF: Bireysel Faktörler
FK: Fiziksel Koşullar
KB: Kontrol-Bağımsızlık
KF: Kişilerarası Faktörler
SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
KGY1: Kendine Güvenli Yaklaşım
İY2: İyimser Yaklaşım
KGY2: Kendine Güvensiz Yaklaşım
BEY: Boyun Eğici Yaklaşım
SDAY: Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

ÖZET

İşçen, P. (2006).Onkologların Çatışma Eğilimlerinin, Empatik Becerilerinin, İş Doyumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, İstanbul'daki üniversite ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin onkoloji bölümlerinde görev yapmakta olan hekimlerin çatışmaya girme eğilimleri, empatik becerileri, iş doyumları ve stresle başa çıkma tarzları açısından farklılıkları olup olmadığını belirlemek ve bu psikolojik faktörler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanıp gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ele alınan psikolojik faktörler bazı sosyodemografik ve çalışma koşullarıyla ilgili değişkenler açısından da karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya üniversite hastanelerinden (İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü, ve M.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi) 30 ve eğitim ve araştırma hastanelerinden (Okmeydanı, Şişli Etfal ve Kartal Lütfi Kırdar) 30 olmak üzere toplam 60 hekim katılmıştır.

Katılımcılara; Dökmen tarafından geliştirilen Çatışma Eğilimi Ölçeği (ÇEÖ) ve Empatik Beceri Ölçeği B Formu (EBÖ-B) ile Şahin ve Durak tarafından geliştirilen İş Doyumu Ölçeği (İDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇÖ) ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu verilmiştir. Gruplar arası farklara bakarken t-test ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Psikolojik faktörler arasındaki ilişkilere Pearson Momentler Çarpımı korelasyon tekniği ile bakılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre; üniversite hastanesinde çalışan onkologlar, çatışma türlerinden yoğunluk çatışması boyutunda ve stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım boyutunda diğer gruptan farklı bulunurken, eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologlar, çatışma türlerinden tümenden reddetme çatışması boyutunda ve iş doyumunun ücret boyutunda diğer gruptan farklı bulunmuştur. Grupların bunların dışındaki psikolojik faktörler açısından benzer özellikler gösterdiğini söyleyebiliriz.

Ayrıca, stresle etkisiz başa çıkma stratejileriyle çatışma eğilimi arasında pozitif korelasyonlar bulunurken, etkili başa çıkma stratejileriyle çatışma eğilimi arasında negatif korelasyonlar bulunmuştur.

Araştırmanın bulguları ilgili literatür bağlamında tartışılmış ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kişilerarası Çatışma, Empati, İş Doyumu, Stres

ABSTRACT

Iscen, P. Examination of Conflict Tendencies, Empathic Skills, Job Satisfactions and Ways of Coping With Stress of Oncologists, Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Psychosocial Oncology Department, Masters Thesis, Istanbul. 2006.

This study had been conducted with the aim to determine the tendencies of entering in to conflict, empathic skills, job satisfaction and ways of coping with stress of the doctors who work in university hospitals and training-research hospitals, that are tied to Ministry of Health in Istanbul and to evaluate the relationships between these factors. Psychological factors in the study were compared in terms of some sociodemographic factors and working conditions.

60 doctors, 30 being from university hospitals (IU Oncology Institute and MU Medical Faculty) and 30 from training-research hospitals (Okmeydanı, Şişli Etfal and Kartal Lütfi Kırdar) contributed to the study.

Participants were given Tendency of Conflict Scale and Empathic Skills Scale which were developed by Dökmen, Ways of Coping with Stress Scale and Job Satisfaction Scale which was developed by Sahin and Durak. In addition a personal information form prepared by the researcher was also provided. T-test and Mann Whitney-U tests were used in the evaluation of differences among these groups. Pearson correlation was used in the evaluation of relationships between psychological factors.

According to the results, while oncologists in university hospitals were found to be different from the other group in terms of density conflict and optimistic approach, oncologists in training-research hospitals were significantly different in total denial conflict and salary aspect of job satisfaction. Other psychological factors were similar in the two groups.

In addition, while there were positive correlations between insufficient coping with stress and conflict tendency, there were negative correlations between sufficient coping with stress and conflict tendency.

Findings of the research were discussed with relevant literature and suggestions were given.

Key words: Interpersonal conflict, empathy, job satisfaction, stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbın her alanında çalışan tedavi ekibi üzerinde çok değişik stres kaynakları bulunmaktadır. Tedavi ekibiyle ilgili ilk çalışmalar koroner ve yoğun bakım üniteleri, diyaliz birimleri ve onkoloji alanında çalışan kişilerle yapılmıştır. Bunun nedeni bu ünitelerde ölüm oranının yüksek olması, kompleks teknolojinin kullanılması, yaşam-ölüm tartışmasının sıklığı, terminal hasta bakımıyla ilgili sorunlar, tedavinin ağrı vermesi gibi yan etkiler, hastanın aşırı bağımlılık, öfke, tedaviye uyumsuzluk gibi sorunları, hasta yakınlarıyla ilgili sorunlar, ekip içi çatışmalar, vb. stres ve gerilim yaratabilen sorunların sık yaşanmasıdır. Tedavi sürecinde hastanın yaşadıklarını anlamak için önce tedavi ekibinin neler yaşadığının anlaşılması gerektiği görüşü ile bu tip çalışmalar yoğunluk kazanmıştır (Lederberg, 1989).

Kanser, hasta ve ailesi için yüksek düzeyde zorlanmaya neden olan bir hastalıktır. Hastalığın getirdiği zorluklar çoğunlukla tedavi ekibine yüklendiği için kanser hastasıyla uğraşan tedavi ekibi klinik tıpta en ciddi zorlanmayı yaşayan gruplardan biridir. Hastalar, hastalıklarından dolayı yaşadığı öfke, kızgınlık ve protestolarını tedavi ekibine yönlendirebilirler. Tedavi ekibi bir tarafta hastalıkla birlikte bir bütün olarak hastayla uğraşan bir rol ve empatik bir tutum ortaya koymaya çalışırken, aynı zamanda objektif olmak ve kendi profesyonel tavrını sürdürmek arasındaki hassas dengeyi de sağlamak durumundadır (Mullen, Smith & Hill, 1993).

Onkologlarla diğer alanlardan (dahiliye, cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, dermatoloji gibi) hekimlerin psikolojik faktörlerini inceleyip birbirleriyle karşılaştıran araştırmaların sonuçlarına bakıldığında aralarında anlamlı farklar bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre onkoloji alanında çalışmak, tıbbın diğer alanlarıyla kıyaslandığında özellikle stres verici, kaygıyı arttırıcı, tükenmişliğe ve depresyona daha çok yol açan bir alan olarak görülmemektedir (Çolak, 1992; Dolu, 1997; İyidoğan-Babayiğit, 1996; Watson,Parr,Bliss,1994).

Literatüre bakıldığında onkoloji ile tıbbın diğer alanlarında çalışan hekimlerin psikolojik süreçleri arasındaki farklılığa bakan araştırmaların aynı kurumlar içinde yürütüldükleri de göze çarpmaktadır. Farklı kurumlarda ve tıbbın farklı alanlarında çalışan personelin bazı değişkenler açısından karşılaştırıldığı araştırmalar da mevcuttur ve bu araştırmalarda farklı kurumlarda çalışan personelin iş doyumu, tükenmişlik, çatışma eğilimi, stresle başa çıkma tarzları gibi psikolojik faktörler açısından aralarında farklılıklar olduğu bulgulanmıştır (Aydın ve Kutlu, 2001; Dinç-Sever, 1997; Medimagazin, 2004; Piyal ve ark., 2000). Ancak farklı kurumlarda çalışan onkologların psikolojik süreçlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Üniversitelere bağlı tıp fakültesi hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri arasında iş yükü, hasta yoğunluğu, teknik imkanlar, yükselme fırsatları gibi değişkenler açısından birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerine göre, hasta yoğunluğu ve dolayısıyla iş yükü daha fazla, teknik imkanlar daha az ve yükselme imkanları da daha kısıtlıdır. Sağlık hizmeti üretiminde koşullar ağırlaştıkça, hizmet üretimine doğrudan katılanların çalışma koşulları da ağırlaşmakta, hasta bakımı güçleşmektedir (Aydın ve Kutlu, 2001; Piyal ve ark., 2000).

Bu çalışmada, üniversite hastanelerinde ve eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan onkologlar bazı psikolojik faktörler (çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumu, stresle başa çıkma) açısından karşılaştırılmış ve böylece örgütsel özellikleri farklı olduğu düşünülen kurumlarda çalışmanın bu psikolojik faktörler üzerinde etkili olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca yine bu psikolojik faktörlerin bazı sosyodemografik ve çalışma koşullarına ilişkin değişkenlerden etkilenip etkilenmediklerine de bakılmıştır.

Çalışmanın bir diğer amacı da, grup ayrımı gözetmeksizin, çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkilerin incelenmesidir.

Araştırma “karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın amaçlarını maddeler halinde belirtecek olursak:

1. Üniversite hastanelerinde çalışan onkologlarla Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan onkologların çatışma eğilimleri, empatik becerileri, iş doyumları ve stresle başa çıkma tarzları açısından aralarında farklar olup olmadığını araştırmak.
2. Kişisel Bilgi Formu'nda (Ek-1) yer alan bazı değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb.) ile çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkileri araştırmak.
3. Farklı çatışma türlerinin empatik beceri ile olan ilişkisini incelemek.
4. Farklı çatışma türlerinin, iş doyumu olan ile ilişkisini incelemek
5. Farklı çatışma türlerinin, stresle başa çıkma tarzları ile olan ilişkisini incelemek
6. Empatik beceri düzeyinin iş doyumu ile olan ilişkisini incelemek.
7. Empatik beceri düzeyinin stresle başa çıkma tarzları ile olan ilişkisini incelemek
8. İş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırmanın değişkenleri diğer araştırmalarda ayrı ayrı ele alınmasına rağmen literatürde bir arada kullanıldıkları bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan bu değişkenlerin bir arada ele alınması ilgi çekici görünmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki kavramları (iletişim, çatışma eğilimi, empati, iş doyumu, stres ve stresle başa çıkma tarzları) daha anlaşılır hale getirmek için bu kavramlarla ilgili literatür bilgisine yer verilmiştir.

2.1. *Kişilerarası İletişim*

2.1.1. İletişimle İlgili Tanımlamalar

İletişim, pek çok bilim dalının ortak konularından biridir. Antropoloji, psikoloji, psikiyatri, nöropsikoloji, halkla ilişkiler, sosyal çalışma, yönetim bilimi ve dilbilimin ve bunlarla birlikte doğa ve mühendislik bilimlerinin de inceleme konusudur.

İletişim kısaca, “bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci” olarak tanımlanabilir. Kişiler arası iletişimde, iletişimin kaynağını ve hedefini insanlar oluşturur. Karşılıklı iletişimde bulunan kişiler, bilgi/sembol üreterek, bunları birbirlerine aktararak ve yorumlayarak iletişimi sürdürürler (Dökmen, 2004).

Swensen’a göre (1973) iletişim, iki ya da daha fazla sayıdaki insan arasındaki sesler, yüz ifadeleri, mimikler ve vücut hareketleri yoluyla iletilen ve anlam taşıyan her şeydir. Bu anlamda iletişim kişiler arası etkileşimin temel ögesidir. Leavit (1978) iletişimi, insanların çevrelerini etkileme kanalı ve değişim mekanizması olarak tanımlar. Rogers ve Kincaid’in (1981) tanımında ise iletişim, katılanların ürettikleri bilgiyi karşılıklı olarak paylaşp anlayabildikleri bir süreçtir.

Basit bir iletişim devresinde insan, sistemin elemanları olarak bulunduğu yer ve işlevler bakımından;

- a. mesaj gönderen (kaynak)
- b. mesaj alan (alıcı)

- c. mesaj ileten (kanal)
 - d. bazı hallerde kendiliğinden mesaj
 - e. bazı hallerde de doğrudan doğruya araç durumundadır
- (Evliyaoğlu 1987).

İki insan arasında yer alabilecek tüm iletişimsel davranışlar şu dört öge açısından incelenebilir: verici kişi, ileti, alıcı kişi ve iletimin yer aldığı bağlam. Bir başka deyişle iki insan arasındaki her iletide şu dört öge bulunur (Haley, 1988):

- a. ben
- b. bir şey söylüyorum
- c. size
- d. bu durumda

Bu tanım, Newman'ın (1966) iletişim tanımıyla çelişir. Çünkü verici kişi sadece sembolü üreten değil, bazen mesajın kendisi de sayılabilir. Tanımlarda, hedef ögesine mesajın ulaşp ulaşmadığı, etkilenmenin gerçekleşip gerçekleşmediği, karşılıklılık ve geribildirim ögesi belirsiz kalmıştır. Anderson'un (1972), "kişinin bilinçli ya da bilinçsiz olarak birtakım semboller kullanıp karşısındaki kişiyi bilişsel olarak etkilemesi süreci" şeklindeki iletişim tanımı, bu tanımların sentezini oluşturur niteliktedir.

Kişiler arası iletişim; sembolik etkileşim yoluyla, yaşantıların paylaşılması sürecidir. Bu tanımda önemli olan iki nokta vardır:

- a.** İnsanların iletişimini diğer canlıların iletişiminden ayıran şey sembol üretme ve iletme becerisidir.
- b.** Kişiler arası iletişimde insanlar, geçirdikleri objektif ve subjektif yaşantıları birbirlerine iletirler (Dökmen, 1986).

Tubbs ve Moss (1974), bir iletişimin "kişiler arası iletişim" sayılabilmesi için şu üç ölçütün gerekli olduğunu belirtmişlerdir:

- a.** Kişiler arası iletişime katılanlar, belli bir yakınlık içinde yüz yüze olmalıdır.

- b. Katılımcılar arasında tek yönlü değil, karşılıklı mesaj alışverişi olmalıdır.
- c. Söz konusu mesajlar sözlü (verbal) ve sözsüz (non-verbal) nitelikte olmalıdır.

Haley (1988), kişiler arası iletişimin direkt olarak sözel veya ses tonu, mimikler, davranışlar gibi sözel olmayan yollarla olacağını söyler.

Psikolojide iletişimin, bu konu üzerinde çalışan araştırmacılar tarafından kabul edilen ortak bir tanımı yoktur. Yapılan tanımlar genellikle iletişimin belli bir yönünü vurgulamakta ve bu nedenle de eleştiriye uğramaktadır. Bu tanımların çoğunun bulunduğu nokta, “kişiler arası iletişimin, psikolojik nitelikte bir bilgi alışverişi” olduğu yolundadır (Cappelle, 1987). Bu açıdan bakıldığında hekimlerin; hastalarıyla, hasta yakınlarıyla, birbirleriyle ve diğer tedavi ekibi üyeleriyle olan iletişimleri de kişiler arası iletişim niteliğindedir.

Bu çalışma kapsamında hekimlerin iletişim becerilerinin ölçülebilmesi için çatışma ve empati kavramlarından yararlanılmıştır. Bu nedenle bu kavramların açıklanması ve bunlarla ilgili çalışmalara yer verilmesi gerekli görülmüştür.

2.1.2. Kişiler Arası İletişim Çatışmaları

Kişiler arası çatışmalarla ilgili literatür tarandığında, iletişim konusunda olduğu gibi, farklı görüşlerin olduğu ve herkes tarafından kabul edilen ortak bir tanımın bulunmadığı görülmektedir. Çatışma tanımlarının çoğu çatışmayı tanımlamakta yetersiz kalmaktadır. Yapılan tanımlamalar, çatışmaların nedenlerinden çok, gözlenen sonuçlarını içermektedir. Yani çatışmaların sergileniş biçimleri sınıflanmaktadır (Dökmen, 1986).

Adler’e göre (Cansever, 1985) bir kişinin diğer bir kişiyle çatışmasının nedeni, insanın temel dürtüleriyle ilgilidir. İnsan, üstünlük duygularını en iyi şekilde gerçekleştireceği bir yaşam biçimi arar. Seçtiği yaşam biçimiyle eksiklerini giderebileceğine ve üstünleşeceğine inanır. Çevresi onun düzenini değiştirmeye kalkar

veya değişmesi için zorlarsa, kişi çevresiyle çatışmaya başlar; yani çatışma, çevrenin baskılarına karşı insanın, yaşam biçimini koruma çabalarıdır.

Deutsch (1969), atışmanın birbirine zıt hedef ve yöntemlerden kaynaklandığını söyler. Örneğin, katılımsızlık, rekabet, şiddet, savaş vb. birbirine zıt hedefler sonucunda ortaya çıkan çatışma durumlarıdır ve aynı zamanda çatışmaların görünümleridir. Bergman ve Volkema (1989), atışmayı, iki kişi arasındaki ilgi, değer, hedef veya fikir uyuşmazlıkları olarak tanımlamaktadır.

Nye (1973), günlük yaşamda görülen iletişim çatışmalarının, kişilik özellikleri ve etkileşim örüntüleriyle bağlantılı olduğunu söyler. Kişilik zellikleri ile etkileşim örüntüleri arasındaki karşılıklı ilişki bir kısır döngü oluşturur; kişinin sahip olduğu özellikler başkalarıyla iletişim tarzını etkiler ve etkileşim örüntüleri de kişilik özelliklerinin oluşumunu etkiler. Savunucu, otoriter, baskıcı ve saldırgan insanlar tahrik etmekten, kışkırtmaktan, hükmetmekten ve rekabet etmekten hoşlanırlar. Çatışmalar bir kez başlayınca, kişinin sahip olduğu çatışma eğilimli özellikler, çatışmaları arttırıcı ve yoğunlaştırıcı etki yapar.

Gibb (1976), “Savunmacı İletişim” konulu makalesinde, başlıca iki tür kişiler arası iletişim ortamı bulunduğunu belirtmektedir. Bunlar; savunucu iletişim ve açık/destekleyici iletişim ortamlarıdır. Savunucu iletişim unsurları; yargılama, kontrol, belli bir strateji izleme, umursamama, üstünlük taslama, kesin tutumlu olmadır. Açık iletişimin unsurları ise; tanımlama/tasvir etme, soruna yönelme, spontanlık, empati kurma, eşitlik ve denemeye açıklıktır. Eğer bir kişi biriyle iletişim kurarken savunucu iletişimin unsurlarını kullanırsa karşısındaki kişiyi de savunucu iletişimde bulunmaya zorlar. Bu iletişim türünde kişi, eleştiri karşısında kendisini haklı çıkarmaya, benlik saygısını korumaya çalışır. Bu durumda da karşısındakinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak değerlendiremez. Açık iletişimde ise böyle bir durum ortaya çıkmaz, kişiler dikkatlerini savunmaya değil, karşısındakinin mesajlarını anlamaya harcarlar.

Araştırmamızın iletişim çatışmaları ile ilgili bölümüne ilişkin ölçüm yapmak için kullanılan ve yöntem bölümünde de sözü edilecek olan “atışma Eğilimi lği”,

Dökmen (1986) tarafından Harary'nin iletişim çatışmaları konusundaki çalışmaları temel alınarak geliştirilmiş bir ölçektir. Bu nedenle burada Harary'nin iletişim çatışmaları ile ilgili görüşlerine ayrıca yer verilmesi uygun görülmüştür.

Harary'nin iletişim ve iletişim çatışmaları modeli, matematik bünyesindeki "Graph Teori"ye dayanır. Graph Teori, psikoloji bünyesinde daha çok sosyal psikoloji konularında grup dinamikleri ve iletişim konusunda uygulama alanı bulmuştur (Harary,1979).

Harary ve Batell'in (1981) ortaya attığı çatışma sınıflamasında ise sekiz temel çatışma türü bulunmaktadır:

Aktif Çatışma: Aktif çatışma sergileyen kişiler, birbirlerinin ne söylediklerine aldırmadan, hatta birbirlerini yeterince dinlemeden, karşılıklı eleştiri yöneltirler ya da kavga ederler. İnsanların birbirlerine karşı tavır alıp aktif çatışmaya girmelerinin, belirgin ya da örtük çeşitli sebepleri olabilir.

Pasif Çatışma: Bu çatışma türünde insanlar herhangi bir sebepten ötürü, örneğin çekindikleri için ya da küs oldukları için birbirleriyle iletişim kurmazlar. Yani birlikte yaşayan insanların, birbirleriyle iletişim kurmamaları da bir tür çatışma sayılmaktadır. Bu tür çatışmanın insanların kendi ihtiyaçlarını fark etmemeleri, etseler bile bunu uygun bir dille ifade edememeleri, öfkelerini içe atmaları gibi sebepleri olabilir.

Varoluş Çatışması: Birinin karşısındakinin söylediklerini yanlış anlaması ya da onun sözleriyle ilgisi olmayan bir mesaj vermesi durumunda ortaya çıkan çatışmadır. Varoluş çatışması sırasında kişinin dikkati karşısındakine değil kendisine yönelmiş durumdadır. Bu çatışma türü kişilerin sahip oldukları özelliklerden kaynaklanabileceği gibi iletişim ortamından ya da içinde yaşanılan kültürden de kaynaklanabilir.

Tümden Reddetme: Eğer kişi, kendisine yöneltilen mesajı tümüyle reddeder, tamamen aksi görüşü savunursa, tümden reddetme çatışması sergilemiş olur. Tümden

reddetme davranışı sergileyenler, belli bir konu üzerine enine boyuna düşünmek yerine kolayca toptancı çözümlere ulaşmayı tercih ederler.

Önyargılı Çatışma: Bu çatışma türünde kişiler, belli bir konuda tartışmaya başlamadan önce, o konuda bir önyargı edinmişlerdir ve tartışma sırasında ısrarla bu önyargılarını savunurlar. Tartışma, onların vermiş oldukları kararı herhangi bir şekilde etkilemez. Bu tür çatışmanın nedeni önyargılı kişinin önyargısını test etmek istememesidir.

Yoğunluk Çatışması: İki kişinin arasında kısmen uyuşma olması durumunda görülen çatışma türüdür.

Kısmi Algılama Çatışması: Kişinin karşısındaki kaynaktan gelen mesajların bir kısmını algılaması diğerlerini algılamaması durumunda ortaya çıkan iletişim çatışmasıdır.

Ahkoyma Çatışması: Bu çatışma türünde kişi karşısındaki kaynaktan kendisine gelen mesajı tam olarak anlar fakat üçüncü bir kişiye doğru olarak iletemez. Yani kişi, kendisine ulaşan mesajı isteyerek ya da istemeyerek değişikliğe uğratar.

Harary ve Batell (1981), bu iletişim çatışmalarını üç sınıfa ayırmıştır.:

- a. *Yönelim Çatışmaları:* Kaynak ile alıcı arasında alınıp-verilen mesajın kapsamına ilişkin herhangi bir çatışma olmaması, sadece iki kişinin, kendileriyle ilgili problemlerden (kaynak ve hedeften) dolayı çatışmaya girmeleridir. Aktif çatışma, pasif çatışma ve varoluş çatışması bu gruba girer.
- b. *Kapsam Çatışmaları:* Çatışmanın kaynağı mesajın kendisidir. Tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma ve yoğunluk çatışması bu grupta yer alır.
- c. *Karma Çatışmalar:* Hem kişilerden hem de mesajdan kaynaklanan çatışmalardır. Aktif önyargılı ve pasif tümünden reddetme çatışmaları gibi.

Yaşayan bir varlık olarak örgüt içinde kişiler arasında devamlı bir etkileşim sürecinin olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak bu etkileşim, kişileri geliştirici, örgütün amaçlarına katkı sağlayıcı ve genelde yapıcı olduğu oranda başarılı sayılmalıdır. Yapılan çalışmalarda; çatışmalı iletişimin, dayanışma ve işbirliğinin kesilmesine neden olduğu, çatışma halindeki bireylerin stres, anksiyete ve engellenme yaşadıkları ve bu durumun da iş doyumun düşmesine, iş üzerinde konsantre olamamaya, umursamazlığa ve gerilemeye neden olduğu bildirilmektedir (Coşkun, 1994).

2.1.2.1.İletişim Çatışmaları ile İlgili Çalışmalar

Dökmen (1986) tarafından yapılan çalışmada, yüz ifadeleri konusunda verilen eğitimin, yüz ifadelerini teşhis becerisi ve iletişim çatışmalarına girme eğilimi üzerinde genelde etkili olduğunu göstermektedir. Yüz ifadeleri konusunda verilen eğitim üniversite öğrencilerinden oluşan deneklerin Çatışma Eğilimi Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların azalmasını, bir diğer deyişle çatışmaya girme eğilimlerinin azalmasını sağlamıştır. Aynı eğitimin Çatışma Eğilimi Ölçeği'ni oluşturan on alt bölüme ilişkin puanlar üzerindeki etkisine bakıldığında ise; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, aktif önyargılı çatışma ve insancıl yaklaşım bölümlerine ait puanlarda da anlamlı düzeyde düşme olduğu belirlenmiştir. Aldıkları yüz ifadeleri eğitiminden sonra deneklerin, aktif, pasif, varoluş ve aktif-önyargılı çatışmaya girme eğilimleri üzerinde azalma olmuş, bunun yanı sıra denekler, insanlara daha olumlu özellikler atfetmeye, onlara karşı daha olumlu bir tutum beslemeye başlamışlardır. Deneklerin tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, pasif tümünden reddetme çatışması ve kişisel özellikler bölümlerinden aldıkları puanlarda ise verilen eğitim sonrasında anlamlı düzeyde bir değişiklik olmamıştır.

Coşkun (1994), çeşitli zanaat dallarında çıraklık eğitimi alan öğrencilerle yürüttüğü çalışmada, iletişim becerilerini geliştirme konusunda verilen eğitimin, deneklerin çatışma eğilimleri puanları ve iş doyumları üzerinde bir etkisi bulunmazken, yalnızlık düzeyleri üzerinde etkili olduğunu bulgulamıştır. Coşkun, iletişim becerileri eğitiminin, iş görenlerin çatışma eğilimleri üzerinde etkili olmamasında sosyal çevrelerinin rolü olduğunu ve iş görenler için iletişim çatışmalarının çalışma grubu

düzeyinde ve daha alana özgü bir eğitim programıyla azaltılabileceğini söylemiştir. Yine bu eğitimin, iş doyumunu puanlarını arttıramaması ise, iş doyumunu oluşturan diğer etmenlerin iş doyumunda daha büyük paya sahip olduğunu düşündürmektedir.

Işıklar (2002), öğretmenlerle yapmış olduğu çalışmada, cinsiyet açısından iletişim çatışma düzeylerinin bazı boyutlarında anlamlı farklılıklar bulmuştur. Kadınlar erkeklere kıyasla, pasif çatışma ve insancıl yaklaşım boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahip bulunmuşlardır. Bu çalışmanın bulguları arasında, iş doyumunu ile iletişim çatışmalarının hiçbir boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması da yer almaktadır.

Dinham ve Scott (1999), öğretmenlerin iletişimleriyle iş doyumları ve stresleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmalarında, kişisel motivasyonu yüksek olan öğretmenlerin daha az iletişim çatışması yaşadıklarını, buna karşın stres düzeyleri yüksek ve iş doyumları düşük olan meslektaşlarının ise daha çok iletişim çatışması yaşadıklarını belirlemişlerdir.

2.1.3.Empati

1950'lerin sonuna kadar empati bilişsel nitelikli bir kavram olarak ele alınmıştır. Bir insanın karşısındaki insanı tanıması, kendisini onun yerine koyarak onun hakkında bilgi sahibi olması anlamında kullanılmıştır. 1960'lı yıllarda ise empatinin duygusal yönü vurgulanmış, ancak bilişsel yönünün gerekli ama empati için yeterli olmadığı belirtilmiştir. Empatide asıl olanın, karşısındaki gibi hissetmek olduğu üzerinde durulmuştur. 1970'li yıllarda empati, birinin belirli bir duygusunu anlama ve bu duyguya uygun bir karşılık verme anlamında kullanılmıştır (Dökmen, 1988).

Empatiyi çeşitli şekillerde tanımlamış olan Rogers'ın (1970) 70'li yıllarda ulaştığı empati anlayışı, bugün çoğunluğun üzerinde uzlaştığı bir anlayışa dönüşmüştür. Bu tanıma göre empati; bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak

anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir. Bu tanım üç öğeden oluşmaktadır:

a. Empati kuracak kişi kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Başka bir söyleyişle, empati kurmak isteyen kişinin, karşısındaki kişinin fenomenolojik alanına girmesi gereklidir. Karşısındaki kişiyle empati kurduğunda ise onun rolünde kısa bir süre kalmalı ve daha sonra bu rolden çıkarak tekrar kendi rolüne dönebilmelidir.

b. Empati kuran kişi, karşısındaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamalıdır. Yalnızca duygularını ya da yalnızca düşüncelerini anlamış olmak yeterli değildir. Empatiyi tanımlarken bu noktaya değindiğimizde empatinin iki temel bileşeninden söz etmiş oluyoruz. Bunlar duygusal ve bilişsel bileşenlerdir. Karşımızdakinin rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlamamız, bilişsel nitelikli bir etkinlik (bilişsel rol alma/bilişsel perspektif alma) , karşımızdakinin hissettiklerinin aynısını hissetmemiz ise duygusal nitelikli bir etkinliktir (duygusal rol alma/duygusal perspektif alma). Bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı sayılabilir.

c. Empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın, karşıdaki kişiye iletilmesi davranışdır. Karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini tam olarak anlasak bile, eğer anladığımızı ona ifade edemezsek empati kurma sürecini tamamlamış sayılmayız (Dökmen, 2004).

Araştırmacılar, insanların zihinlerinde kurdukları empatiyle, karşılarındaki kişiye ilettikleri empati arasında farklılık bulunduğunu belirtmektedirler (Barret-Lennard, 1981, Dökmen, 2004).

Rogers, empatik eğilim terimini sosyal duyarlılık olarak tanımlamıştır. Sosyal duyarlılığa sahip olan bireylerin empatik olabileceklerini ve empatiyi öğrenebileceklerini ifade etmiştir. Empatinin doğasına bakış açısı: empati kurulan kişiye yargılamadan yaklaşılması, duygu ve düşünce çerçevesinde geçici olarak onun hayatının yaşanması, onu anlama ve anlaşıldığı mesajını ona ileterek, yeni bir bakış

açısı getirilmesi ile kendini tanıma ve kabul etmesini sağlarken, yalnız olmadığını hissettirmeyi amaçlamaktadır (Davis, 1990).

Empati sık sık sempati ile karışmaktadır. Bir insana sempati duymak demek, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak onunla birlikte acı çekeriz ya da seviniriz. Empatide ise, empati kurduğumuz kişiyle aynı duyguları ve düşünceleri paylaşmamız gerekmez, önemli olan onun duygu ve düşüncelerini anlamaktır. Empatide anlamak; sempatide anlamış olalım ya da olmayalım, karşımızdakine hak vermek söz konusudur (Dökmen, 2004).

Literatürde iletişim şekilleri arasında en çatışmasız ve etkili iletişimin, empatik iletişim olduğu vurgulanmaktadır. Empati, sosyal uyuma katkısı olan temel insan özelliklerinden biridir. Bu nedenle de sadece terapi ve danışma ortamlarına özgü bir iletişim becerisi olarak değil günlük yaşamın hemen her alanında kullanılması söz konusudur (Yaşar, 1993). Empati sadece kendisiyle empati kurulana yardımcı olan bir etkinlik değildir. Empati, empatiyi kuran kişi için de önemlidir. Empatik becerileri ve eğilimleri yüksek olan, bu yüzden de diğer insanlara yardım eden kişilerin, çevreleri tarafından sevilme ihtimalleri artar (Dökmen, 2004).

Yapılan çalışmalarda, insanla çalışan meslek üyelerinin empati yeteneklerinin bireysel farklılıkları anlamalarına yardımcı olduğu, bilişsel ve duygusal empati ile kişilik özellikleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Berger, 1984; Gifford, 1989). Yapılan bir çalışmada, insanlarla doğrudan ilişkileri olan ve mesleki eğitimleri sırasında karşısındaki kişinin rolünü alabilmeyi başaramamış profesyonellerin diğerlerine oranla empatik becerileri daha yüksek bulunmuştur (Bayam ve ark., 1993).

2.1.3.1.Ülkemizde Yapılan Empati ile İlgili Bazı Çalışmalar

Tanrıdağ (1992), psikiyatrik yardım hizmetlerinde çalışan psikiyatristler, danışma psikologları, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının empatik eğilim

düzeyleri ile empatik beceri düzeyleri üzerinde meslek gruplarının, cinsiyetin, öğrenim düzeyinin ve mesleki kıdemin etkilerini incelemiş ve şu sonuçları elde etmiştir;

- Psikolojik yardım hizmetlerinde çalışan meslek gruplarındaki personelin empatik eğilim düzeyleri, cinsiyete ve mesleki kıdeme göre farklılaşmamaktadır.

- Lisansüstü programlara katılan psikologların empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri, lisans programlarından mezun olanlara kıyasla daha yüksektir.

- Psikolojik yardım hizmetlerinde çalışan personelin empatik beceri düzeyleri cinsiyete bağlı olarak değişmemektedir ancak mesleki kıdeme göre empatik beceri düzeyleri incelendiğinde, danışma psikologları dışında diğer meslek gruplarının kendi içinde mesleki kıdemi daha az olanların lehine anlamlı farklar elde edilmiştir.

Rehber öğretmenlerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerini çeşitli değişkenler açısından inceleyen Yıldırım (1993); cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekteki kıdem, mezun olunan program ve meslekten memnuniyete göre empatik eğilim yönünden anlamlı farkın olmadığı, mesleğe isteyerek girenlerin empatik eğilim düzeylerinin mesleğe tesadüfen girenlerle oranla daha yüksek olduğu sonucunu elde etmiştir. Kadınların empatik beceri düzeylerinin erkeklere, bekarların empatik beceri düzeylerinin evlilere, psikolojik danışma ve rehberlik mezunlarının empatik beceri düzeylerinin diğer programlardan mezun olanlara , mesleği isteyerek seçenlerin empatik beceri düzeylerinin mesleği isteyerek seçmeyenlere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Taşdemir (1999) tarafından, Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, empatik eğilim ve iş doyumunu düzeylerini belirlemek ve empatik eğilime etki edebilecek etkenlerin ve iş doyumunun etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada, empatik eğilim düzeylerindeki azalmanın iş doyumsuzluğu düzeylerinde artmaya neden olduğu belirlenmiştir. Olaylara olumlu yaklaşabilen, mesleki verimliliklerini olumlu düşünen, hastaları anlamaya çalışan hemşirelerde, empatik eğilimin yüksek bulunması empatinin bir kişilik özelliği olduğuna ilişkin bir ipucu vermiştir. Hemşireliği isteyerek seçen, mesleğin kendilerine uygun olduğunu düşünen hemşirelerin de iş doyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu

da mesleği isteyerek seçme durumları ile iş doyumu arasında önemli bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

2.1.3.2.Yabancı Literatürde Yer Alan Empati İle İlgili Bazı Çalışmalar

Empatik hekimlerin özelliklerinin ne olduğuna bakarak bu hekimleri diğer hekimlerden ayırt etmek ve empatik hekim davranışını arttıran ya da ketleyen kurumsal faktörleri belirlemek amacıyla, Carmel ve Glick (1996) tarafından 214 hekimle yürütülen bir çalışmada empatik olan hekimlerin diğer hekimlerden; daha genç, daha az mesleki tecrübeye sahip kişiler olduğu, bununla birlikte kendilik değerleri ve iş doyumları açısından diğer hekimlerden bir farkları olmadığı ancak daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları bulunmuştur.

Greenberg ve Safran (Greenberg ve Goldman, 1988) yaptıkları bir çalışma doğrultusunda yaşanan bazı duyguların, organizmanın yeni bir çevreye alışmasına ve problem çözmeye yardım edeceğini açıklamışlardır. Bu durumda empati hem hastanın en önemli canlı yaşantısına cevap verebilmeli hem de duygusal cevaplara uygun olmalıdır.Yapılan araştırmalara göre, yardıma ihtiyacı olan kişilere, bu kişilerle empati kuranlar, kurmayanlara oranla daha fazla yardımda bulunmaktadırlar (Thakkar ve Kanekar, 1989). Hekim – hasta ilişkisinde, hekim yardım eden, hasta ise yardım alan rolündedir ve yukarıdaki araştırma bulgularından hareketle hastalarıyla empati kuran hekimlerin, hastalarıyla empati kurmayanlara göre hastalarına daha fazla yardımda bulundukları söylenebilir.

Hegan (2003) bir çalışmasında, hekimlerin hastalarını dikkatli dinlemeleri ve onlarla empati kurmalarının, hastanın; kendisini iyi ifade etmesine, iletişimindeki yanlış anlaşılmalara önlemeye ve etkili bir iletişim kurmaya yardımcı olacağını belirtmiştir.

Hekimin hastasına ilettiği duygu, hastanın; hekime ve kendi durumuna yönelik tutumunu büyük ölçüde etkileyebilmektedir, Olumlu hekim- hasta ilişkisi,

hastanın tedaviye yönelik memnuniyetini arttıran bir faktör olabilmektedir. Olumlu hekim-hasta iletişiminin hekimlerin de iş doyumlarını etkileyen bir faktör olduğu düşünülebilir (Epstein, Taylor & Seage, 1985).

2.1.4. Hekim-Hasta İletişimi ve Bu İletişimi Bozan Nedenler

Hekim-hasta etkileşimi genellikle sözel iletişimin sınırlarının ötesinde bir etkileşimdir. Hasta olmak sadece tıbbi bir olguyu değil aynı zamanda sosyal bir rolü de içerir. Tedavi sürecinde, hastanın; hastalığına, tedavi ortamına ve tedavi ekibine yönelik algı ve tepkileri kadar tedavi ekibinin de hastayı algılayışı ve hastaya yaklaşımı da önemlidir. Tedavi ekibi ve hasta arasında olumlu bir etkileşim ortamının kurulabilmesi için karşılıklı anlayışı güçlendirecek bir iletişim ilişkisinin kurulması zorunludur (Koptagel, 1999).

Hasta- tedavi ekibi ilişkisinin hasta açısından önemli doğurgusu olan iki boyutu vardır; kontrol algısı ve hasta doyumu (Taylor, 1979).

Hekim-hasta ilişkisinde hekim daha güçlü, hasta daha zayıf konumdadır. Hastane ortamında hastanın hemen her durumdaki kontrolü ortadan kalkar ve hasta, toplumdaki kimliğinden ve rollerinden sıyrılarak bir nesne haline dönüşebilir. Bu durumun en büyük nedenlerinden biri tedavi ekibinin hastaya hastalığı, durumu, iyileşme şansı ve tedavinin niteliği hakkında çok az bilgi vermesi ve hastayı insan olarak değil, nesne olarak ele almasıdır. Tedavi ekibi için; hastane kurallarına uyan, tedavi ekibinin dediklerini yapan, çok soru sormayan, sürekli istekte bulunmayan hastalar “iyi hasta” iken, tedavi ekibini çok uğraştıran, çok ağır durumda olan ya da durumu o kadar ciddi olmadığı halde sürekli yakınma ve istekte bulunan hastalar “kötü hasta”dır (Taylor, 1979).

Günümüzde tıbbi bakımın teknik niteliği ilerlemiş olmasına rağmen hekim-hasta iletişimde önemli eksiklikler olduğu göze çarpmaktadır.

Hekim-hasta iletişimini bozan nedenler:

a) Hekimin hastanın dediklerini dinlememesi ve onun sözünü hemen kesmesi. Hekimin iletişimi istediği yöne kaydırma çabası sadece hastaların kaygılarını dile getirmelerini önlemekle kalmaz, aynı zamanda önemli ölçüde bilginin kaybolmasına yol açar (Genest & Genest, 1987).

b) Hekimlerin teknik dil kullanması. Hekimler, hastanın daha fazla soru sormasını ya da doktorun tanıdan çok fazla emin olmadığını keşfetmesini önleme veya hem hastadan gelecek duygusal tepkilere hem de kendi duygularıyla yüzleşmelerine karşı korunmak amacıyla teknik dil kullanabilirler. Diğer yandan teknik dil kullanımı hekimlerin eğitimlerinden gelen bir alışkanlıktır (Friedman & Di Maetto, 1989).

c) Hekimlerin eğitiminde, hastaya; hastalığının niteliği, hastalığın nasıl geliştiğiyle ilgili bilgi vermenin ne derece önemli olduğu ve ne kadarının anlatılması gerektiği gibi konularda eksiklikler olması ya da bu konulara hiç değinilmemesi (Taylor, 1995).

d) Hastanın, hekime hastalığı hakkında yanlış ipuçları vermesi.

e) Hastaların, hekimlerin yaptıkları açıklamaları dikkatle dinlememeleri, tedavinin önemli noktalarını kavrayamamaları ya da hekimin anlattıklarını çarpıtarak algılamaları. Bu durum hekimin teknik dil kullanmasından, hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmemesinden veya soru sormasına fırsat vermemesinden kaynaklanabileceği gibi hastadan kaynaklanan etkenlerle (kaygı düzeyinin yüksek olması, sosyokültürel yapı, hastalıkla olan önceki yaşantılar) de ortaya çıkabilir (Freemon, Negrete, Davis & Korsch 1971; Golden & Johnston, 1970).

f) Hastanın, doğru düzgün cevap alamayacağına ya da azarlanacağına inandığı veya hekimin gereğinden fazla vaktini alacağını düşündüğü için soru sormaktan korkması. Hekimin de soru sorulmadığı için hastanın bilgi edinme ihtiyacı olmadığını düşünmesi (Taylor, 1995).

g) Hastaların, hasta haklarından haberdar olmamaları.

h) Hekim ve hastanın hastalık hakkında farklı ipuçlarına yönelmesi. Hastalar, çeşitli etkinliklerini engelleyen ağrı ve belirtilere önem verirken hekimler hastalığın ciddiyeti ve tedavisiyle ilgilenirler (Young, 1980).

i) Hastanın, hekimin önerisini yanlış tanı koyduğu inancıyla dikkate almaması veya hekimin onayını almadan tıbbi tedaviler dışındaki alternatiflere (kocakarı ilaçları, vb.) yönelmesi (Young, 1980).

j) Hekimlerin hastalardan tedaviye ilişkin yeterince geribildirim alamamaları. Hekim-hasta arasında sürekli bir bilgi alışverişinin olmaması (Stiles, Putman, Wolf & James, 1979).

k) Hekimlerin hastalarla nasıl açık ve etkili iletişim kurabileceklerine dair bilgilerinin olmaması (Hall, Rotter & Katz, 1988).

l) Hekimlerin ağır çalışma koşulları ve tükenmişlik yaşamaları .Bunun sonucunda da hastaya duyarsız davranmaları (Maslach, 1982).

m) Hasta ve hekimin aynı cinsiyetten olmaması ve hastanın bu nedenle kendini yeterince açmaması. Aynı cinsiyetten olan hekim-hasta arasında olumlu bir ilişki kurulma ihtimali yüksektir (Weisman & Teitelbaum, 1985).

n) Hekimlerin hastalara ilişkin küçük görücü kalıp yargıları (Epstein, Taylor & Seage, 1985).

Onkoloji alanında çalışan hekimler, hastalarıyla; hastalıktan, tedavinin doğasından, tanının söylenmesinden ve hastanın kendisinden kaynaklanan ilişki sorunları yaşamaktadırlar (Lederberg, 1989).

Hastaya tanının nasıl söyleneceği hekim için sorun yaratan bir durum olabilir. Hasta tanı karşısında panik, inkar, öfke, tedaviyi reddetme gibi tepkiler verebilir. Hasta, hastalığını kabul etmek istemez ve/veya tedaviyi reddederse bu da hekim için baş edilmesi güç bir yaşantı olacaktır. Çünkü hem hastaya yardım etmek istemektedir hem de onun yardım almak istemiyor olmasına nasıl tepki vereceğini bilemeyebilir. Bir taraftan da tedavinin geciktiğini bilmek kendisinde suçluluk duygularının ortaya çıkmasına neden olabilir. (Lederberg, 1989).

Kanser belirsizlik yaratan bir hastalıktır, genellikle ölümcül olan bir yapısı vardır, kontrol edilemeyen ağrıya neden olur, önemli vücut parçalarının kaybı söz konusu olabilir. Bütün bu etkiler hasta için olduğu kadar hekim için de birer stres kaynağıdır ve hem hastanın hem de hekimin yaşadığı bu belirsizlik ve stres, iletişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Hasta hastalığıyla ve tedaviyle ilgili net bilgiler almak, geleceğini ona göre planlamak isteyebilir ve bu nedenle de hekime

sürekli sorular sorabilir. Hastaya gerekli bilgileri verse de, tüm soruları yanıtlamaya çalışmak hekim için zorlayıcı bir yaşantı olabilir ve kızgınlık duygusunu ortaya çıkartabilir (Lederberg, 1989).

Kanser tanısı alan birey için o güne kadar sorunlarını çözmekte kullandığı başa çıkma mekanizmaları pek yeterli olmayabilir. Hastanın hem hastalıkla ilgili uyum için çabaları hem de genel uyumunu sürdürmekle ilgili çabaları vardır. Hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel yetersizlikler, ağrı, hastane çevresi ve özel tedavi yöntemleriyle uğraşmak ve sağlık için çalışmak, yeterli ve uygun ilişkileri geliştirmek hastalığa uyum çabalarını ifade eder. Kabul edilebilir sınırlar içinde bir duygusal dengenin, yeterli kendilik imgesinin, aile ve arkadaşlarla ilişkilerin sürdürülmeye çalışılması ise genel uyum çabaları arasındadır (Taylor,1979). Ancak bu uyumu yapmak her zaman çok kolay olmamakta ve hasta çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Duygusal, bilişsel ve fiziksel alanda dağılma, korku, kaygı, çaresizlik gibi duygular görülebilir. Gelecek belirsizdir, “Niçin ben?”, “Neden ben?”, “Ne yaptım da başıma bu geldi?” gibi sorular sıkça sorulur. Yaşanan çaresizlik duyguları ve öfke çoğunlukla dışa vurularak hekime yansıtılır (Volkan, 1993). Ayrıca hastalık, hastanın psişik çatışmalarını su yüzüne çıkartabilir ya da hastanın geçmişinde veya halihazırda psikiyatrik ya da psikolojik sorunları varsa bu da hekimin karşısına baş edilmesi gereken başka bir sorun olarak çıkacaktır.

Hasta kurtulacağına dair gereğinden fazla bir ümit içine girebilir ve fazlasıyla iyimser olabilir ya da aşırı ümitsizliğe kapılıp tedavinin gereklerini yerine getirmeyi reddedebilir.

Bu sayılan durumlar hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyecek birer risk faktörüdür. Hekimler hastalarının ölüme yaklaştığını fark ettikçe hastadan kaçma eğilimine girerler. Oysa hastadan uzaklaşıldığı bu dönem hastanın en fazla iletişim, paylaşım ve etkileşim gereksiniminde olduğu dönemdir (Mount,1986).

Hastaların, hekimlerinden memnun kalmamasının tıbbi açıdan en yaygın doğurgusu, tedavinin gereklerini yerine getirmemesidir. Bu durumun diğer sonuçları da tıbbi açıdan kontrolden geçme olasılığının düşmesi ve sık hekim değiştirme olasılığının artmasıdır (Hayes - Baustina, 1976).

Literatüre bakıldığında kaliteli doktor-hasta ilişkisinin hastanın doyumunu arttırdığı ve tedavinin sonuçlarını olumlu yönde etkilediği yönünde bulgular mevcuttur. Artan hasta doyumunun hekimin de iş doyumunu arttıracakı düşünölmektedir. İletişim becerilerinin öğrenilebilir ve öğretilebilir olduğu düşünölmürse, hekimlere iletişim konusunda verilecek eğitimin hekim-hasta ilişkisini ve tedavinin sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceğı düşünölebilir (Kurtz, 2002).

2.1.5. Hekim-Hasta Yakını İletişimi ve Bu İletişimi Olumsuz Etkileyen Faktörler

Kanser tanısı hasta için olduğu kadar onun yakın çevresi, ailesi ve arkadaşları için de başa çıkılması zor bir olaydır. Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli evrede hastanın yakınları da o devre ile ilgili korkuyu, kaygıyı ve kızgınlığı yaşarlar (Akyolcu, 1991).

Hekimlerin hasta yakınlarıyla yaşadıkları iletişim sorunları, hastalarla olanlara benzerlikler gösterir. Tanıyı öğrenen hasta yakınları buna şok, inkar, inanamama gibi tepkiler gösterebilirler. Hastanın durumu onları fazlasıyla üzebilir ve hastalık karşısında kaygı, korku duyabilirler, çaresiz hissedebilirler ve bu durum kendi başlarına geldiğı için öfke duyabilirler. Ayrıca hastaya destek verme ve iyimser gözükme çabaları içinde kendi kaygı, korku ve umutsuzluklarını saklamaya çalışabilirler ve bu onları daha ileri düzey bir zorlanmaya itebilir. Bu da yas gelişimini arttırıcı bir risk taşımaktadır. Yaşadıkları duygusal gerginlikle nasıl baş edeceklerini bilemeyebilirler (Özkan, 1992). Hekimlerin ellerinden geleni yapmadıklarını ve hastalarıyla yeterince ilgilenmediklerini düşünebilirler ve bu düşünceler de kızgınlığa neden olabilir. Ayrıca hekimlerin uyguladıkları tedavilere güvenmeyip alternatif tedavi arayışları içine girebilirler.

Hasta yakınları da hastalar gibi hekimlerden bilgi almakta ve onlara sorular sormakta güçlük yaşayabilirler. Hekimlerin teknik dil kullanmaları, hasta yakınlarının düşük sosyokültürel ve eğitim düzeyleri burada da birer sorun olarak karşımıza çıkabilir. Bu durum hasta yakınlarının tıbbi bakımdan dışlanmış hissetmelerine neden olabilir ve hem kendilerini aciz hissedebilirler hem de hekimlere öfkelenebilirler.

Hasta yakınlarının kendi aralarında ya da hastayla yaşadıkları sorunlar da bir şekilde hekimleri etkileyebilir. Hastalık aile içindeki rol dağılımlarında bir değişikliği de beraberinde getirebilir (Rait ve Lederberg, 1989). Yeni rollere uyum sağlamak kolay olmayabilir. Bu sorunlara bir de tedavi masraflarının ve aynı zamanda ailenin geçiminin sağlanması gibi sorunlar da eklenebilir. Tedavi masraflarını karşılayamayan hasta yakınları hekimlerle çatışmalar yaşayabilir ve kendilerini haksızlığa uğramış hissedebilirler. Aynı zamanda suçluluk duyguları ve kendilerine olan öfkeleri de artar.

Hasta yakınlarına verilecek sosyal destek, içinde bulundukları durumla mücadele etmelerinde oldukça etkili bir yoldur. Bu desteği sağlamada hekimlere de düşen roller vardır. Hasta yakınlarıyla kurulacak etkili bir iletişim, en basitinden üzüntülerini ifade etmelerine izin vermek bile, onların yükünü hafifletecek ve yaşadıkları gerginliği azaltacaktır. Genellikle hastayla ve hekimle, hastanın hastalığı süresince uygun iletişim içinde olan hasta yakınları daha başarılı bir uyum sağlamaktadırlar (Rait ve Lederberg, 1989).

2.1.6. Hekimlerin Tedavi Ekibi Üyeleriyle İlişkileri ve Bu İlişkilerde Yaşadıkları Sorunlar

Hekimler hem kendi meslektaşlarıyla hem de diğer tedavi ekibi üyeleriyle iletişim sorunları yaşamaktadırlar. Bu iletişim sorunları aynı zamanda tükenmişliğe de yol açarlar (Maslach, 1982). Bu sorunlara neden olan başlıca faktörler şunlardır:

- Fiziksel şartların yetersizliği. Küçük, dar, basık, havasız, işin yapısına uygun olmayan mekanlarda ve eksik veya bozuk malzemeye çalışmak.
- Günlük çalışma rutininde görülen hasta sayısının görece fazla olması
- Çalışma ortamındaki hiyerarşik düzen (alt-üst ilişkisi). Üstlerin altlara ne yapılacağını, nasıl ve ne zaman yapılacağını başka bir yola fırsat bırakmadan kesin olarak söylemeleri. Astların, üstlerin verdiği kararların olumsuz sonuçlarına maruz kalmaları.
- Süpervizörlerin hekimlere gerekli desteği sağlamamaları ve sürekli eleştirel yaklaşımları.

- Kurumdaki organizasyonun ve yönetimin zayıf olması. Kurumda çalışanların rollerinin ve sınırlarının iyi belirlenmemiş olması.
- Hekimlerin meslektaşlarıyla ve diğer tedavi ekibi üyeleriyle yaşadıkları kişisel ve sosyokültürel sorunlar. Farklı sosyoekonomik ve eğitim düzeylerine sahip olma, kişisel rekabet veya grup rekabeti, iş yükünden kaçma, işe geç gelme ya da işten erken ayrılma gibi.
- İşyeri iletişimi konusunda eğitim almamış olmaları.

Bu sorunlar ülkemiz sağlık kurumlarında oldukça dikkat çekmekte ve üzerinde çalışılarak geliştirilmesi gereken eğitim konularına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2.2. İş Doyumu

İş doyumu kavramı ilk kez 1920’lerde ortaya atılmış asıl önemi 1930 ve 1940’lı yıllarda anlaşılmıştır. O yıllardan beri endüstri ve örgüt psikolojisinin en fazla çalışılan konuları arasında “iş doyumu” da yer almaktadır. Konunun bu denli önemli olmasının pek çok nedeni vardır. Birincisi, insani nedenlerdir; iş doyumu, yaşam doyumu ile ilişkilidir ve bunlar bireylerin fizik ve ruh sağlıklarını doğrudan etkilemektedir. Bir başka neden, konuya işyeri açısından bakıldığı zaman ortaya çıkmaktadır. İş doyumu ve üretkenlik arasında doğrudan bir ilişki olmamakla birlikte, iş doyumsuzluğunun yarattığı gerilim ve grup uyumu sorunları gibi dolaylı etkiler konunun önemini göstermektedir (Ergin, 1996).

İş doyumu; değişik kuramsal yaklaşımlar tarafından değerlendirilmesine karşın üzerinde görüş birliğine varılmış tek bir tanımı olmayan bir kavramdır. Davis 1972’de, (Yıldırım, 1996) iş doyumunu; iş görenlerin işlerinden duydukları hoşnutluk ya da hoşnutsuzluk olarak tanımlamıştır. Lawer (Başaran, 1982) ise iş doyumunu, çalışanın yaptığı işi ve çalışma yaşamını değerlendirmesi sonucu ulaşılan haz duygusu olarak tanımlar. İş görenin işinden aldığı haz duygusu ne kadar yüksekse, işinden aldığı doyum da o oranda yükselir. Eren’e (Yıldırım, 1996) göre, iş doyumu deyince; işten elde edilen

maddi çıkar, iş görenin birlikte çalışmaktan hoşnut olduğu iş arkadaşları, bir eser meydana getirmenin mutluluğu akla gelmelidir.

İşten doyum, bir iş görenin bir bütün olarak işi ya da iş yaşamını değerlendirmesiyle duyduğu haz ya da ulaştığı duygusal durumdur. İş görenin ulaştığı bu haz duygusu ne kadar yüksekse işinden sağladığı doyum da o oranda yükselir. Örgüt, iş görenin beklentilerini ne oranda karşılayabiliyorsa, iş görenin iş doyumunu da o oranda artacaktır. İş görenin işinden duyduğu doyumun derecesi, bu hazzın ya da ulaştığı bu duygusal durumun derecesidir (Başaran, 2000).

Kişilerin başarılı, mutlu, ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan mesleki doyum, işin bireye sağladıklarının algılanmasıyla oluşan hoşnutsuzluk duygusudur (Aksayan ve Velioğlu, 1992; Berns, 1984). Tüm çalışanlar, çalışma koşullarının iyileştirilmesini, çalışma yaşamına ilişkin ekonomik, psikolojik ve toplumsal gereksinmelerinin, özlem ve isteklerinin karşılanmasını istemektedirler. Çalışanlar gereksinimleri örgütlerince karşılandığı sürece doyumlu olmaktadır (Yavaş, 1993). Genel olarak doyum; sosyolojik ve psikolojik boyutlar arasında yeri olan ve bireysel gereksinimler ile kurumsal beklentiler arasındaki bir uzlaşma işlevi olarak tanımlanabilir (Aksayan ve Velioğlu, 1992; Erefe ve ark., 1982).

Maslow (1970), gereksinimler hiyerarşisi adıyla gereksinimler için beş aşamalı bir sıra düzeni oluşturmuştur. Bu beş aşama hiyerarşik sıralamasıyla; fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimi, ait olma ve sosyal gereksinimler, saygı ve statü gereksinimi, kendini gerçekleştirme gereksinimidir. Birey bu aşamalardan birinde yeterince doyuma ulaştıca bir üst basamağa geçer ve böylece bir üst basamaktaki gereksinim önem kazanır. Bu kurama göre iş doyumunu, bireylerin gereksinimlerinin doyurulması ile ilişkilidir. İş ortamının önce, yaşamı sürdürebilmek için para kazanma, güvenlik, koruma, ait olma, sevgi gibi gereksinimleri karşılaması gerekir. Bunlar sağlandıktan sonra; başarı, saygınlık, statü ve prestij gibi gereksinimlerin karşılanması iş doyumunu arttıracaktır.

İş doyumunu ile ilgili farklı kuramlar arasında en çarpıcı olanlarından biri Herzberg'in İki Etmenli İş Doyumu Kuramıdır. Herzberg ve arkadaşları (1959), iş

doyumunu açıklayan iki etmen kuramında iş doyumunu ve iş doyumsuzluğunu iki ayrı süreç olarak ele alır. Bu kurama göre, iş ile ilgili olumlu tutumu destekleyen etmenler; başarma, tanınma, işin kendisi, sorumluluk ve ilerlemedir. Bunlar, özünde işin içeriği ile ilişkilidir ve işe içselleşmiştir. Bu etmenlerle ilgili olumlu tutum, iş konusunda da olumlu tutum alındığını gösterdiği için, bu etmenler “güdüleyen” ya da “doyum sağlayan” etmenler olarak tanımlanır. İşle ilgili olumsuz tutumu destekleyen etmenler de; işletme politikası ve yönetimi, teknik gözetim, kişiler (işçiler ve işçilerle yönetim) arası ilişkiler, gözetim ve çalışma koşullarıdır. Bu etmenler çalışanın iş etkinliğiyle değil, iş çevresi veya işteki konumu ile ilgilidir ve bu nedenle “hijyen” etmenleri olarak adlandırılır. Kurama göre, güdüleyen etmenlerin beslenmesi iş doyumunu sağlarken; hijyen etmenlerinin beslenmesi doyumsuzluğunun önlenmesine katkıda bulunur, ama iş doyumunu sağlamaz. Öyleyse, işte doyumlu olmanın karşısı, doyumsuz olmak değil, doyumlu olmamaktır. İşte doyumsuz olmanın karşısı da, işte doyumsuz olmamaktır.

Maslow’un insani gereksinimler sıralamasıyla karşılaştırılırsa, hijyen etmenleri, en altta yer alan ve doyurulması insanı acı çekmekten kurtaran temel gereksinimleri, güdüleyen etmenler ise sıralamanın tepesinde yer alan kendini gerçekleştirme gereksinimini besler. Bilindiği gibi, acının azaltılması doyum sağlamaz, yalnızca doyumsuz olmayı önler; işe içsel olan güdüleyen etmenler ise, acının azaltılmasına değil, insanın kendini gerçekleştirmesine katkıda bulunur (Piyal ve ark., 2000).

Meslek dışı yaşamı da, doğrudan etkileyerek sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde iş doyumunu büyük önem kazanmaktadır (Musal, Elçi, Ergin, 1995). Sağlık alanı; yoğun stresler yaşayan hasta bireye hizmet verme güçlüğünün yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle, diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir (İbrikçi ve Pektekin, 1992). Sağlık hizmetlerinin etkin yürütümünün gerçekleşmesi, çağdaş sağlık sistemine uygun örgütsel düzenlemeler, eğitim ve yasal alanlarda değişiklikler gibi sistemin yapısal boyutunu ilgilendiren çalışmalar ve birey boyutuna da önem verilmesi ile olur. Hizmetlerin etkinliği yanında göz ardı edilmemesi gereken bir başka nokta, sağlık personelinin öncelikle kendi bireysel sağlıklarının korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesi gereğidir (Aksayan, 1990).

2.2.1.İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bazı araştırmalarda, iş doyumunun; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, zeka ve hizmet süresi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra, yapılan işin içeriği ,ücret, yönetim politikası, kişiler arası ilişkiler, gelişme ve yükselme imkanları ve çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir (Musall, Elçi, Ergin, 1995). Bunları bireysel ve örgütsel faktörler olarak ayırmak mümkündür.

2.2.1.1.Bireysel Faktörler

Yaş: Literatürde, yaştan iş doyumu ile olan ilişkisine ilişkin farklı görüşler mevcuttur. Yapılan bir çok araştırmada, farklı yaş gruplarındaki hekimlerin iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yani yaştan iş doyumunu etkilemediği bildirilmiştir (Hayran ve Aksayan, 1991; Karlıdağ, Ünal,Yoloğlu, 2000; Sünter ve ark., 2001; Tosunoğlu, 1998). Herzberg ve arkadaşları (1959), yaş ile iş doyumu arasındaki ilişkiyi “U” şeklinde bir eğri ile açıklamaya çalışmışlardır. Çalışma yaşamına erken başlayan genç yaşlardaki bireylerde, yüksek olan iş doyumu, otuz yaşına doğru düşmekte, daha sonra yaş ilerledikçe, çalışma yaşamının sonuna kadar yükselmektedir. Yaştan artmasıyla iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar da vardır. Araştırmacılar bunun nedenini yaşla birlikte işe bağlı gerginliğin azalması, meslekte deneyimle birlikte zorluklarla başa çıkma yollarının daha gelişmiş olması, genç olanların meslekte hiyerarşik düzende daha çok rutin işler yapması ve sisteme ayak uydurmakta daha çok sorun yaşamaması, yükselme ve iş koşullarına ilişkin aşırı beklentilerinin olması, iş seçimi ve iş güvencesine ilişkin kuşkularının bulunması şeklinde açıklamışlardır (Aslan ve ark., 1996; Bodur ve Güler, 1996; Ergin, 1993). Altan (1994) ve Ulusal (1998) çalışmalarında, yaşla iş doyum düzeyi arasında doğru orantılı bir ilişki bulunduğunu, 46 ve üzeri yaşlarda iş doyumu düzeyinin arttığını belirlemişlerdir. Yine, Akdaş ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında, çalışma koşulları ve gelişme etkeninden en yüksek doyumun 40 yaş üzerinde, en düşük doyumun ise 25-29 ve 30-34 yaş grubunda görüldüğünü bulgulamışlardır.

Cinsiyet: Cinsiyetin iş doyumu ile ilişkisi üzerine çelişkili görüşler mevcuttur. Bu nedenle de cinsiyetin iş doyumu üzerinde etkili olduğu kesinlik kazanmamıştır. Aslan ve arkadaşları (1996) bir grup sağlık çalışanıyla yaptıkları bir araştırmada kadınların iş doyumunu erkeklerinkine göre daha düşük bulmuşlardır. Hayran ve Aksayan'ın (1991) pratisyen hekimlerde yaptığı bir araştırmada da erkek hekimlerin iş doyumu kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kadınların iş doyumlarının daha düşük olduğunun belirtildiği araştırmalarda, bu sonuç, kadınların, eşlik ve annelik rollerinin öncelikli olması nedeniyle çalışma yaşamlarında üst düzey gereksinimlerini gidermeyi amaçlamadıklarını ve işlerin, parasal ya da fiziksel ödüllerin onlar için daha az önemli olmasına bağlanmıştır. Akdaş ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan iş görenlerin, iş doyum düzeyi araştırmasında, kadın iş görenler, çalışma yaşamında risk almaktan hoşlanmadıklarını, devlet memurluğunun getirdiği güvenceden memnun olduklarını, düzenli bir yaşamı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. İş doyumunu ölçmek için yapılan bir çok araştırmada, iş doyumunun cinsiyet ile ilişkisi saptanamamıştır (Musal, Elçi, Ergin, 1995; Musal ve Ergin, 1993; Sünter ve ark., 2001; Yavaş, 1993).

Medeni Durum: Evliliğin kişiye düzenli bir yaşam sağlayarak, mesleki doyum düzeyini arttırdığı düşünülmektedir (Berns, 1984; Musal ve Ergin, 1993). Ancak bu konuda ülkemizde yapılan bir çok araştırma medeni durumun iş doyumunu etkilemediği yönündedir (Aslan ve ark., 1996; Musal, Elçi, Ergin, 1995; Sünter ve ark., 2001). Bölüktepe (1993), çalışmasında, evli iş görenlerin bekarlara göre daha doyumlu olduğunu ancak oransal olarak anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir. Yıldırım (1999), hastane yöneticileri üzerinde yaptığı çalışmasında, evli hastane yöneticilerinin bekarlara göre işinden ayrılma isteğinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Meslek ve Mesleki Statü: Araştırmalar, toplumca belirlenmiş, saygınlığı yüksek olan, bağımsız çalışma olanağı veren ve insanla doğrudan ilgilenen meslek gruplarında, iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Aksayan ve Velioğlu, 1992). Yapılan çalışmalarda da profesör, doçent veya uzman olanların asistanlara oranla iş doyumlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna meslekte yeni olanların mesleki belirsizlik ve gelecek kaygısının neden olduğu

düşünülmektedir (Aslan ve ark., 1996; Karlıdağ, Ünal ve Yoloğlu, 2000; Kasapoğlu, 1999). Kişilerin hizmet sürelerinin arttıkça meslekte var olan problemlerin genelde çözüme kavuştuğu, gelecek kaygısının azaldığı bu nedenle de iş doyumunun arttığı bilinmektedir. Nitekim Tosun (1981) ve Kasapoğlu'nun (1999) araştırmalarında hizmet süresi arttıkça iş doyumunun da arttığı gösterilmiştir. Hizmet süresinin artmasıyla yaşın da arttığı düşünülürse bu iki değişkenin birbirini etkilediği ve birbirine bağımlı değişkenler olduğu unutulmamalıdır.

Meslek Seçimi: Karlıdağ ve arkadaşlarının (2000), uzman hekimlerle yaptığı bir çalışmada üniversiteye girişte ilk tercihin tıp fakültesi olması ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları araştırmada ise, birinci tercihin tıp fakültesi olmasıyla iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve ayrıca uzmanlık alanını fakülte yıllarında belirleyen hekimlerin iş doyumunu düzeylerinin, uzmanlık alanlarını mezun olduktan sonra belirleyenlere oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni de hekimlerin uzmanlık alanını fakültede belirlemiş olması arzu ettiği bir uzmanlık alanına girmiş olması olasılığına bağlı olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda kişinin kendini iş hayatına hazırlarken, düşünmediği, kendini hazırlamadığı işleri yapması zorunluluğunun iş doyumunu azalttığı gösterilmiştir. Uzmanlık alanını mezun olduktan sonra belirleyenler arasında muhtemelen istemediği bir uzmanlık alanına girmiş hekimler de vardır. İsteddiği uzmanlık alanında bulunması o hekimin iş doyumunu düzeyini arttırabilir.

Sosyokültürel Çevre: Bireyin sosyo-kültürel çevresinin de iş doyumunu etkilediğini belirten çalışmalar vardır. Bazı araştırmalarda , özellikle eşlerin işlerindeki statüleri, çalışan kadınların en küçük çocuklarının yaşları, ailenin gelir düzeyi gibi sosyo-kültürel değişkenlerin iş doyumunu üzerinde farklılık yarattığı saptanmıştır (Berns, 1984).

Kişilik: Araştırmalar, doyum düzeyi yüksek olan kişilerin daha esnek ve kararlı, işinde doyumsuz olan kişilerin ise amaçlarını seçmede gerçekçi olmayan, çevresel güçlükleri yenemeyen ve katı yapıda bireyler olduğunu göstermiştir (Champion & Mitchell, 1986). Kişilik yapısının yanı sıra bireylerin genel yaşam tutumları da iş

doyumunu etkileyebilmektedir. İşinden doyum alamayanların, iş dışındaki genel yaşamlarında da doyum bulamadıkları belirtilmektedir (Diane & Martin, 1995).

Görevden Ayrılmaya İlişkin Düşünceler: Aksu ve arkadaşları (2002), sağlık sektöründe çalışan yöneticilerle yaptıkları çalışmalarında görevinden ayrılmayı düşünen yöneticilerin görevinden ayrılmayı düşünmeyen yöneticilere göre iş doyumunu düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

2.2.1.2.Çevre ya da Örgütsel Özellikler

Ücret: Paraya karşı duyulan arzunun kökeninde, bir yandan kişinin fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesi düşüncesi yatarken, diğer yandan kişinin meslekte başarı duygusu, kendini kanıtlama, kabul edilme gibi üst düzey gereksinimlerinin doyumlanması da gelmektedir. Çalışanlar için, ücret daha çok örgütün kendilerine karşı ilgisini belirten göstergelerden biridir. Böylesine önemli olan paranın, yapılan işe denk değerde olmaması iş doyumunu tehlikeye düşürebilir (Berns, 1984).

Yükselme Fırsatı: Kişilerde, ilerleme ve birtakım değer basamaklarında yükselme arzusu vardır. Çevreden ve kişinin kendisinden gelen pek çok etki, bu yükselme arzusunu değişik şekillerde harekete geçirmektedir. Terfi ve meslekte ilerleme, her insan için bir ihtiyaç olduğu kadar, aynı zamanda bir hak ve gerekliliktir (Carol & Boswell, 1992).

Çalışma Ortam ve Koşulları: Bireyin, çalıştığı ortamı temiz, rahat ve güvenli bulması doyumunu arttırabilir (Diane & Martin, 1995; Mary, 1994).

Kurumda Toplam Çalışma Süresi: Bölüktepe (1993), araştırmasında, çalışma süresi arttıkça iş doyum düzeyinin de arttığını, iş doyumunun 1-5 yıl arası çalışanlarda en düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Bu durum; ideallerle yeni mezun olup işe yeni başlayan iş görenlerin beklentilerinin fazla olması, beklentilerine karşılık bulamaması, sonuçta hayal kırıklığı nedeniyle iş doyumlarının azalması ile, diğer yandan çalışma süresi arttıkça çalışma koşullarını ve örgütü kanıksamaları sonucu ortama alışma ve ideallerden vazgeçme nedenlerinden dolayı doyum düzeylerinin diğerlerine göre yüksek çıkması ile açıklanabilir.

Yönetim Biçimi, Yöneticilerle İlişkiler: Yöneticinin tutumu doyumu etkilemektedir. Yöneticinin çalışana karşı olumlu tutumu, ona değer vermesi, olumlu ilişkileri doyumu arttırmaktadır. Yine, kurumun politikaları ve genel personel uygulamaları da iş doyumun düzeyini etkilemektedir (Diane & Martin, 1995). Burke'nin (1989) hastane yöneticileri üzerinde yaptığı araştırmada, iş görenlerin doyumsuzluğunun üst düzeydeki yöneticiye olan mesafe arttıkça yükseldiğini ve üst kademedeki yöneticilerin orta seviyedeki yöneticilerden daha fazla doyum sağladığını belirtmiştir.

Çalışma Arkadaşları ile İlişkiler: Doyum, iş yerindeki olumlu insan ilişkileri ile ilişkilidir. İş arkadaşlarından gelen olumlu destek, mesleksi gerilimi azaltmaktadır (Gözüm, 1996).

2.2.2. İş Doyumsuzluğu ve Sonuçları

2.2.2.1. Bireysel Sonuçları

Çalışanların Yaşam Doyumuna Etkisi: Yaşam doyumu, bir bütün olarak yaşamdan alınan doyum ya da tercih edilen kriterlere göre, kişinin yaşam kalitesinin global değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda, iş doyumsuzluğunun birey sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu; iş çevrelerinde psikolojik gereksinimlerini yeterince karşılayamayan çalışanların, ruh sağlıklarının kötü ya da en fazla orta düzeyde olduğu, psikolojik gereksinimlerini karşılayan çalışanların ise, ruh sağlıklarının iyi olduğu gösterilmiştir (Aksayan ve Velioğlu, 1992; İbrikçi ve Pektekin, 1992).

Çalışanların Ruh Sağlığına Etkisi: İş doyumsuzluğunun kendisi başlı başına hoş olmayan ruhsal bir durumdur ve aynı zamanda ruh sağlığını olumsuz olarak etkiler. Araştırmalar, özellikle işin yetenekleri kullanmaya elverişli olmamasından kaynaklanan doyumsuzluğun, bireyden bireye farklılık gösterecek derecede kaygı yarattığını göstermiştir. Gereksinimlerin doyurulmamasından kaynaklanan gerilimi azaltmak için,

bireylerin kullandıkları savunma mekanizmaları kalıplaşır ve bireyin kişiler arası ilişkilerinde etkili olursa, ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki gösterir (Aksayan, 1990).

2.2.2.2.Örgütsel Sonuçları

İşe Devamsızlık: İşe devamsızlık iş doyumsuzluğunun bir sonucu olabileceği gibi, çalışan bireyin algılamaları, değerleri, inançları, düşünce yöntemleri, ortamın sağladığı olanaklar gibi etkenlerden de etkilenebilir (Ergenç, 1992).

İşten Ayrılma: Araştırma bulgularına göre doyumlu olma düzeyi azaldıkça, çalışanın örgütü bırakma isteğinde artış olmaktadır. İşin yalnızca maddi yönünden doyumlu olanların işlerinde kalma süreleri, işin toplumsal ve tinsel yönden doyumlu olanların işlerinde kalma sürelerinden daha kısadır (Carol & Boswell, 1992). İşinden ayrılan çalışanın yerine yenisi alınacaktır. Yeni çalışanın işe yerleştirilmesi ve eğitim masrafları, acemilik döneminde yapılan hatalar ve bu dönemdeki düşük üretim hızı, örgütün etkililiğini olumsuz yönde etkilemektedir (Yavaş, 1993).

İş Verimine Etkisi: Yönetimin bir anlam ifade edebilmesi için ister mal, ister hizmet konusunda olsun verimliliği sağlama fonksiyonunu yerine getirmelidir. Bunu sağlamak için de öncelikle iş gücünün etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. İş gücünün etkin bir şekilde kullanılması için onu oluşturan bireylerin işe uyumunu ve iş doyumunu sağlamak temel koşul olmalıdır (Yavaş, 1993).

2.2.3.İş Doyumu İle İlgili Bazı Araştırmalar

Çelen ve arkadaşlarının (2004) Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesinde çalışanların iş doyumunu incelemek amacıyla 136 kişi ile yürüttükleri kesitsel bir çalışmada, hastane çalışanları arasında düşük iş doyum ve yüksek iş doyumsuzluğunun var olduğu tespit edilmiştir.

Piyal ve arkadaşları (2000), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi ve Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesi'nde yaptıkları

araştırmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekimlerin iş doyumlarının diğer iki hastanede çalışan hekimlerinkinden daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır ve bu farklılığın; fiziksel koşullar, işin kendisi, çalışanların gelişmesi, ücret ve ödül sistemleri, örgüt kültürü ile kuruma bağlılık ve güven alt ölçeklerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Sağlık hizmeti üretiminde koşullar ağırlaştıkça, hizmet üretimine doğrudan katılanların çalışma koşulları da ağırlaşmakta, hasta bakımı güçleşmektedir. İş doyumunu sorununun öncelikle ve daha ağır bir biçimde Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinde yaşanıyor olması da, bu değerlendirmeleri doğrulamaktadır

Çakmak, Saygun ve Köse (Medimagazin, 2004) tarafından Kırıkkale'de, üniversite, SSK ve devlet hastanelerinde çalışan 139 hekimle yürütülen çalışmada tıp fakültesinde görevli hekimlerin, ücretlerini düşük bulmalarına karşın, iş doyumlarının SSK ve devlet hastanelerinde çalışan hekimlerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

2.3.Stres ve Stresle Başa Çıkma

2.3.1.Stresin Tanımı

Latince “estricia” fiilinden türetilmiş olan stres sözcüğü ilk olarak 17. yüzyılda fizikçi Robert Hooke tarafından elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır. Thomas Young adındaki bir başka fizikçi de yüz yıl kadar sonra bu sözcüğü maddenin içindeki güç olarak tanımlamıştır (Şahin, 1994).

Stres kavramının birçok tanımı yapılmasına rağmen üzerinde bir fikir birliğine varılamamıştır. En yaygın tanımıyla stres; bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum yaptığı ve dengesini sürdürdüğü kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengenin bozulduğu dinamik bir süreçtir. Bireylerin stres düzeylerinde farklılıkların görülmesi; bilişsel değerlendirme, başa çıkma kaynakları, uyarıların süresi, şiddeti ve anlamı,

daha önce benzer bir deneyimin yaşanması, kişilik özelliği, durum üzerindeki kontrol algısı, sağlık durumu gibi faktörlere bağlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1989; Dinç-Sever, 1997).

Stres, sürekli olarak değişen çevre koşullarına uymaya çalışırken vücudumuzun karşı karşıya kaldığı yıpranmadır. Bireylerin fiziksel ve sağlık koşullarını etkileyen duygusal bir gerginlik ve huzursuzluktur (Kocaoğlu, 1987).

Stres sözcük olarak bazı kavramlarla karıştırılmaktadır. Bazen uyarıcı yerine kullanılmaktadır. Ancak uyarıcı, organizmada bir tepkiye yol açan herhangi bir şeyken, stres, uyarıcının belli bir duyu organı için önceden programlanmış olan rahatlık eşiğini aşp sistemin dengesini bozmasıdır. Gerilim ise, stres etkenlerinin veya uyarıcıların sistem üzerindeki etkileridir. Gerilim nedeniyle sistem stres durumunu algılar, stresin farkına varır (Şahin, 1994).

Stresör, birey veya organizmanın uyumunu bozan, stres deneyimlemesine neden olan iç ya da dış ortamdan kaynaklanan uyaranlardır. Bunlar; fiziksel, psikolojik, toplumsal, bilişsel, fizyolojik, çevresel ve iş stresörleri olarak gruplanabilmektedir. Stresörlerin algılanması ve etkileri, streste olduğu gibi bütünsel ve bireyselleşmiş olup, süreç devamlı ve dinamiktir. Stresörlerin etkisi bazı durumsal faktörler, fiziksel çevre (ışık,gürültü, kalabalık gibi), stresörle ilgili önceki deneyim, genel sağlık durumu (beslenme, egzersiz, alışkanlıklar, uyku, genetik yatkınlık gibi), ego gücü, benlik saygısı, yaş, yaşam dönemi, dünyaya bakış açısı ve başa çıkma kaynaklarına bağlıdır. Stresörlerin belirli ölçüler içinde organizma için uyarıcı nitelik taşıdığı, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık için gerektiği bilinmektedir. Bazı etkenler ise niceliği ve niteliğinden dolayı, devamlı zararlı etken olarak kabul edilmektedir. (Baltaş ve Baltaş, 1989)

Organizma tehdit ve zorlanmalar karşısında bir dizi tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Strese tepkide; bireyin algılaması, stresörün yapısı, yoğunluğu, süresi ve var olan başa çıkma yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Stresörler organizmayı zorladığında sırasıyla; biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler oluşmaktadır. Bu değişiklikler organizmanın bozulan dengesinin yeni

duruma uyum sağlamasıdır. Organizmanın strese uyum gücünün az olması veya uyum sağlayıcı sistemlerin uzun süre devam etmesi sonucunda hastalıklar gelişebilmektedir (Köknel, 1989; Songar, 1989).

2.3.2.İş Stresi ve İş Ortamındaki Stres Kaynakları

Çalışma yaşamı, hem bireyin yaşamını sürdürebilmesi için sağladığı ekonomik olanaklar hem de bireyin toplumda belli bir yer ve rol sahibi olabilmesi, toplumla bütünleşebilmesi ve toplumda saygınlık kazanabilmesi için gerekli olan temel toplumsal kurumların başında gelmektedir. Ancak bununla beraber, teknolojinin hızla geliştiği çağımızda, bireyin sağlığını, fizyolojik ve psikososyal yönden olumsuz yönde etkileyebilecek bir boyut kazandığı da görülmektedir. Bu nedenle, çalışmanın, beden ve ruh sağlığını, çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerinden korumak çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (Görgülü, 1988).

İş stresi; iş ve örgütsel talepler, kısıtlamalar ve fırsatlara bireysel özelliklerin aracılık ettiği bir durumdur. İş stresi tepkisi ise subjektif, bireysel bir fenomendir. İş ortamındaki stresli olayların sıklığı, iş şartları ve bireysel özelliklerinden etkilenir (Lee, 1986).

Yüksek düzeyde stres, fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmesine karşın kişisel ve sosyal kaynaklar, stres ile hastalık ilişkisinde önemli rol oynamaktadır. Bu kaynaklar, kişinin iyilik duygusunu arttırmakta ve stresli durumlarda psikolojik stresi azaltabilmektedir. Algılanan iş stresi, iş gerilimi ile mental ve fiziksel sağlık arasındaki ilişki yirmi üç farklı iş grubunda ve iki bin on kişilik örnekleme deneyisel olarak gösterilmiştir (Shinn,Rossario & Chessnut, 1984).

Stres yaratan kaynakların çok sayıda oluşu, ayrıntılı olarak ele alınmasını engellemektedir. İş stresinin kaynakları dört ana başlık altında toplanabilmektedir (Lee, 1986):

1. *İşe Özgü Stres Kaynakları:* Fiziksel çalışma koşulları,zaman baskısı ve sınırlamalar, aşırı yük ve sorumluluk yükü, personel azlığı, çalışma süresi ve standart olmayan çalışma saatleri, maaş, statü, prestij ve işteki değişikliklerdir.

2. *Örgütsel Stres Kaynakları:* Bunlar dört grupta toplanabilir:

a. *Rolle İlgili olanlar:* Rol belirsizliği, çatışması ve baskısı, iş üzerindeki kontrol derecesi (otonomi), insanlardan ya da şeylerden sorumlu olma

b. *Çalışılan Gruba İlişkin Olanlar:* Grup birliğinin olmaması, grup desteğinin yetersiz olması, grup içi ve gruplar arası çatışma, gruba uyum göstermeyi zorlayan baskılar gibi.

c. *Örgüt Yapısı ve Havasına İlişkin Olanlar:* Katılımın,kurumun ya da çalışılan bölümün politikalarının ve etkili danışmanlığın olmaması, yöneticilerle ilişkiler ve yöneticilerden destek alamama ya da baskı hissetme, iş güvensizliği, monotonluk, eşit olmayan ödeme, yeteneklerin az kullanımı, nitel ve nicel iş çatışması,sorumluluğu devretme güçlüğü

d. *Mesleki Gelişimle İlişkili Olanlar:* Aşırı gelişme, az gelişme, iş güvenliğinin olmaması, ihtirasın engellenmesi, başarı ve statü uyumsuzluğu

3. *İş Yaşamı Dışındaki Stres Kaynakları:* Çeşitli stresörlere bağlı, bozulmuş yaşam şekli, stresli yaşam olayları, çalışan kadından kocasının ya da çocuklarının veya ailesinin talepleri gibi.

4.*Bireye Özgü Stres Kaynakları:* Kişi-çevre uyumu yani iş ile bireysel özellikler arasındaki etkileşim, yaş, eğitim, meslek, cinsiyet, sağlık durumu, gereksinim düzeyi, kişilik yapısı, belirsizliğe tolerans, değişimle başa çıkma yeteneği ve motivasyon.

2.3.2.1.Tedavi Ekibinde Stres

Tıbbın her alanında çalışan tedavi ekibi üzerinde çok değişik stres kaynakları bulunmaktadır.Tedavi ekibi ile ilgili ilk çalışmalar koroner ve yoğun bakım üniteleri, diyaliz birimleri ve onkoloji alanında çalışan kişilerle yapılmıştır.Bunun nedeni bu ünitelerde; ölüm oranının yüksek olması,kompleks teknolojinin kullanılması, yaşam-ölüm tartışmasının sıklığı, terminal hasta bakımı ile ilgili sorunlar, hastanın aşırı bağımlılık, öfke tedaviye uyumsuzluk gibi sorunları, ekip içi çatışmalar ve tedavinin kendisine ağrı vermesi vb.yan etkiler ile ilgili stres ve gerilim yaratabilen sorunların sık yaşanmasıdır. Tedavi sürecinde hastanın yaşadıklarını anlamak için önce tedavi ekibinin neler yaşadığının anlaşılması gerektiği görüşü ile bu tip çalışmalar yoğunluk kazanmıştır (Lederberg, 1989).

Sağlık alanında çalışan kişilerin sıklıkla karşılaştığı stres kaynakları şunlardır (Kash ve Holand, 1989);

- Aşırı hasta yükü ve hasta bakımı ile ilgili stresler
- Bazı ünitelerde ağır hastaların tedavisi ile ilgilenmek (yoğun bakım, onkoloji vb.) ve her yaştan hastanın ölümü ile baş etmek
- Çalışanlar arasındaki zayıf iletişim ve çatışmalar
- Hasta ve ailesiyle çok iç içe olmak,hastanın ailesinin talep ettiği ihtiyaçları ile çevrilmek
- Mesleki beklentilerini gerçekleştirememek
- Özel yaşamda çatışmalar
- Kişisel yas (aile üyesinin,arkadaşın kaybı)
- Mali endişeler
- Kişisel hastalık

Çoğunlukla stresin erken belirtileri ortaya çıktığında kişi bunu inkar eder, hasta olabileceğini kabullenmek istemeyebilir. Yaşanılan stresin tedavi ekibi açısından; fiziksel semptomlar, psikolojik semptomlar, tükenmişlik ya da ciddi psikiyatrik sorunlar gibi sonuçları vardır.

Stresin sonuçları : Sağlık alanında çalışanlar için stresin sonucunda görülen semptom ve değişiklikler şunlardır (Kash ve Holand, 1989);

En sık rastlanan Fiziksel Semptomlar;

- Gerilim baş ağrıları
- Bitkinlik hissi,yorgunluk,uykusuzluk
- Gastrointestinal rahatsızlıklar (İştahta azalma,artma ile birlikte)
- Çeşitli ağrılar
- Nefes darlığı
- Atlatılamayan soğuk algınlıkları
- Kas gerginliği,spazm
- Hızlı,kontrol edilemeyen konuşma
- Cinsel isteksizlik

Psikolojik Semptomlar;

- Duygulanımda değişkenlik
- Kendine ve diğerlerine kızgınlık
- Yetersizlik ve suçluluk duyguları
- Devam eden ya da yeni olan streslerle başa çıkamama
- Çatışmaları yansıtan rüyalar
- Çalışma isteğinin kaybolması
- Espri duygusunun kaybı ve kendini eleştirememe
- İşe gitmek için yataktan kalkmada zorlanma
- Alaycılık, negativizm, kısalan çalışma saatleri ve kendini yükümlülüklerden daha az sorumlu hissetme ile karakterize olan işten uzaklaşma
- Depresif duygu durum, gerilim, irritabilite, kolayca frustre olma ile karakterize olan mizaç
- “Benden başka kimse iyi yapamaz”,”Benden başka kimse iyi çalışmıyor” gibi ifadelerle kendini gösteren aşırı yüklenme
- Daha çok çalışmaya rağmen daha düşük etkinlik, çalışmanın iş saatleri dışına taşması

Davranışsal Belirti ve Semptomlar;

- Artmış rigidite, olayları dar bakış açısıyla değerlendirme ve kararından dönmeme
- Kendinin ve meslektaşlarının yeteneklerini sorgulamak
- Negativizm, yardımcılara eleştirel yaklaşma
- İlgi ve alaka kaybı
- Girişim eksikliği
- İlişkilerdeki değişiklikler
- Huzursuzluk, çabuk kızmak ve kolay frustre olmak
- Duyarsızlık
- Çalışma arkadaşlarından uzaklaşmak
- Hastalarına daha az vakit ayırma
- Aile üyeleri ile ilişkilerin bozulması
- Süpervizöre kızgınlık
- Hastaları sadece tanıları veya yatak numaraları ile kimliklendirmek (58 no'lu odadaki pankreas gibi)
- Hastalar için küçültücü veya alaycı terimlerin kullanılması

İşteki Değişiklikler

- İş tatminsizliğinin ifadesinde artış
- Daha çok meşgul görünmeye çalışmak
- Acele ve telaş içinde iş yapmak
- Gerçekçi olmayan yerine getiremeyeceği sözler vermek
- İşe gelmemek

Alışkanlıklardaki Değişiklikler;

- Dinlendirici aktiviteleri bırakmak
- İçki ve sigara kullanımında artış

Onkologlar, yaşadıkları hasta kayıplarının bir sonucu olarak kendi ölümlerini değerlendirirler ve ölümle aralarındaki ilişkiye bir anlam atfetmek ihtiyacı içindedirler.

Ölümleri görmek ve kendi ölümleri gerçeği ile karşılaşmak zorunda olmaları onları kendi hayat kaliteleri ve yaşam anlamlarını yeniden gözden geçirme ihtiyacı ile yüz yüze getirir. Her kayıp, başa çıkma mekanizmalarında bir seferberliğe neden olur. Böyle tolere edilemeyen kayıplar tanımlanamayan bir sıkıntı ile sonuçlanır. Bu da önemli bir stres kaynağıdır (Mount, 1986).

Onkolojide çalışanların çoğu, tedavinin uzun olması ve hastalarla ilişkilerinin çoğunlukla yaşam-ölüm konusu üzerine kurulmuş olması yüzünden diğer branşlara göre kendilerini hastalarına daha yakın hissettiklerini ve herhangi bir nedenden dolayı kendileri için özel olan hastalara da emosyonel bağlılık duyduklarını belirtmişlerdir (Peteet ve ark., 1989).

Yaşadıkları kayıplar onkoloji elemanlarında başarısızlık ve yetersizlik duyguları oluşturur. Bunun yarattığı engellenme ve kızgınlık bazen hastaya dönebilir. Bu sıklıkla aşırı bir tepki olarak görünmez. Ama hastaya karşı soğuk olmak, hastayla yeterince ilgilenmemek şeklinde görülebilir. Hekim kendi yeteneklerinden yararlanacağını düşündüğü hastaları seçebilir (Clark, 1976).

Kanser hastalarının tedavisine baktığımızda, kabul edilebilecek üç tane terapötik amaç vardır:

- iyileştirmek
- hayatı uzatmak
- hastalığı kontrol altına aldıktan sonra, kalan hayatın kalitesini yükseltmek

Kanser hastalarının çoğu bu üçüncü kategoriye girmektedir. Bu amaç, onkoloji uzmanlarının uzmanlık alanlarıyla (araştırma, teşhis koyma, tedavi) ilgisizdir. Bunu düşünen bir hekim, hastalıkla başa çıkmada gerçekten yapılacak bir şeyin olmadığı yönündeki geleneksel bakış açısıyla beraber bir güçsüzlük duygusuyla baş başa kalır.

Onkologlar için bir başka stres nedeni, hastaya etik konularda yeterince yardımcı olamamaktır. Küretif tedaviden palyatif tedaviye geçme kararının verilmesi mesleklerinin en zor ve can alıcı yönüdür. Bu tür kararları vermek, onkoloji

çalışanlarındaki çatışmanın nedenidir. Çünkü bireysel değer ve inançlar işin içine girer (Mount, 1986).

Maguire (1994), onkologların yaşadıkları güçlüklerin, iletişim becerileriyle ilgili eğitim eksikliğinden, destek azlığından, hastaların güçlükleri konusunda yanlış algılara sahip olmaktan, ölüm ve ölmeye ilişkin tutumlarından kaynaklandığını bildirmiştir.

2.3.2.2.Tedavi Ekibinde Stresle İlgili Çalışmalar

Ullrich ve Fitz Gerald (1990), 13 farklı hastanenin onkoloji ünitelerinde 91 hemşire, 57 doktorla yürüttükleri bir çalışmada; hemşirelerde kişiler arası iletişim sorunlarının fiziksel stresle, doktorlarda ise işten ve çalışma şartlarından memnun olmamanın genel memnuniyetsizlikle (general malaise) ilgili olduğunu bulgulamışlar.

Lee ve arkadaşları (2002); kötü haberler verme,hastaların duygularını anlamaya çalışma, tedavi hakkında karar verme süreci gibi durumların hekimler tarafından stres verici olarak algılandığını ve iletişim stratejileri hakkında bilgi sahibi olmanın doktorun stresini azaltabileceğini belirlemişler.

Çalışmaların bir kısmı, onkoloji kliniğinde çalışmanın stres kaynağı olduğunu bulgularken, bir kısmı da genelde tıp alanında çalışmanın özellikle stres kaynağı olmadığını ancak çalışma süresinin önem taşıdığını, genç doktorların yaşlılardan daha fazla güçlükle karşılaştığını göstermektedir (Watson,Parr & Bliss, 1994).

Yapılan çalışmalarda tespit edilen ve onkoloji kliniklerinde çalışanlara özgü stres kaynakları şunlardır: Hastalığın yapısı, tedavi ve yan etkiler, palyatif bakımın gerekliliği, karar vermedeki belirsizlik, hastanın kanser teşhisine tepkisiyle baş etme zorunluluğu, personelin kansere karşı kendi tepkileri ve personelin sosyal izolasyonu (Holland & Rowland, 1989).

Şahin ve Durak-Batıgün (1997a) tarafından özel bir hastanenin sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada; hekimler için strese yol açan konuların başında

işlerin çeşitli nedenlerle aksamasının (acil bir durumda yardımcı olacak bir hekime ya da hemşireye ulaşamama, işleri kolaylaştıracak araç ve malzemenin serviste bulunmayışı, araya başka işler girdiği için sorumlu olunan asıl işlerin geri planda kalması gibi) geldiği görülmüştür. Hemşireler için ise en yoğun stres yaratan faktör bir hastaya, hastalığının ölümcül olduğunu söylemektir. Hekimler ve hemşireler için iş doyumuna yol açan en önemli konu; işin kendisi ile kişinin yetenekleri ve kişiliği arasındaki uyumdur. İş doyumunu azaldıkça stres belirtilerinin arttığı gözlenmiştir. Strese yatkınlık puanları arttıkça stres belirtilerinin arttığı da ortaya çıkan diğer bulgular arasındadır. Hemşireler hekimlerle karşılaştırıldıklarında iş doyumunun, “işletme politikaları”, “kontrol-bağımsızlık” ve “kişiler arası faktörler” boyutları açısından daha sıkıntılı durumda görülmektedirler. Hekimlerin hemşirelerden daha doyumludur oldukları konular ise , “bireysel faktörler” ve “ücret”le ilgili olanlardır. Hemşireler stres belirtileri açısından daha sıkıntılı durumda olmakla birlikte, stresle ilişkili faktörler açısından yapılan karşılaştırmalarda iki meslek grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fiziksel faktörlerin, yardımcı personel için önemli olduğu görülürken, hastaların direk sorumluluğunu alan ve hastalarla doğrudan ilişkili olan servislerde çalışanların, tüm stres belirtilerinde idari ve yardımcı personelden daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Bu durum bu tür servislerde çalışan personele sunulması gereken desteğin önemini gündeme getirmektedir. Stres faktörleri arasında “iş yoğunluğu”nun stres belirtilerini en iyi yordayan değişken olduğu görülmektedir. Stres belirtileri ve iş doyumunu açısından bakıldığında hemşirelerin en sorunlu grup olduğu ve iş doyumunu açısından da en az doyum sağlayan grup olduğu görülmüştür.

Firth ve Morrison (1989) tarafından 173 stajyer hekimle yürütülen bir çalışmada yaşamlarındaki en stresli olayların ölen hastalar ve daha kıdemli hekimlerle olan ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Uzman hekimlerle yürütülen bir çalışmada stres yaratan faktörlerin; teknolojinin gelişmesiyle hasta-hekim arasındaki yakın ilişkilere yeterince ağırlık verilmemesi, bürokratik değerlendirmeler, meslekle ilgili daha yüksek beklentiler olduğu belirlenmiştir (Martin ve Julian, 1987).

Hekimlerin stres düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmaların hemen hepsinde kadın hekimlerin yaşadıkları stresin daha yoğun olduğu gözlenmiştir.(Archer ve ark. 1991; Heim, 1991; Kirsling ve ark., 1989).

2.3.3.Stres ve İletişim Becerileri

Kişiler arası iletişimin uygun ve etkili olması, stres yaşantısı açısından kritik bir öneme sahiptir. İnsan ilişkilerinin kalitesini belirleyen faktör iletişimdir. Uygun olmayan iletişim sonucunda, kişiler arası ilişkiler, sık rastlanan stres kaynakları haline gelecektir. Stres ile ilgili literatüre bakıldığında, kişiler arası yaşantıların stres yaşantıları üzerindeki etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Marlatt ve Gordon (Rakos, 1997) tarafından yapılan bir araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir: alkol, sigara, kumar, ilaç kullanımı veya aşırı yeme gibi uyumsuz baş etme öyküsüne sahip kişilerin, eski alışkanlıklarına geri dönmelerini sağlayan üç temel faktörden ikisi, kişiler arası çatışma ve sosyal baskıdır. Bu araştırma, kişiler arası ilişkiler alanında yaşanan stresin önemi hakkında bilgi vericidir. Araştırmada da görüldüğü üzere, kişiler arası ilişkiler ve iletişim, kişilerin stres yaşantıları üzerinde etkilidir. Kişiler arası ilişkilerin yetersiz olmasının etkilerine dair bazı araştırmalardan söz etmek mümkündür. Mc Neil (Yüksel ve Şahin, 1997), araştırmasında kişiler arası ilişkilerin yetersiz olması ile kaygı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu aktarmıştır. Kişiler arası ilişkileri yetersiz olan bireyler, yalnızlık duygusu ve beraberinde getirilen kaygı ve stres yaşantılarını deneyimleyebilirler. Bu konuda Wheeler,Reis ve Nezlek (Demirci, 2002) tarafından yapılan bir çalışmada, ilişki kalitesi ile yalnızlık hissi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Etkili iletişim becerilerinin öğrenilmesi, kişiyi kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan stres yaşantısından kurtaracaktır (Patel, 1989). Etkili iletişim becerilerinden bazıları şunlardır:

1. etkili mesaj yollama
2. ben dilini kullanma

3. etkili dinleme
4. sözel olmayan iletişime duyarlı olma
5. atılganlık (assertiveness)

2.3.4. Stresle Başa Çıkma

1970’li yıllarda stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış ve Freud’un savunma mekanizmaları gözden geçirilerek başa çıkma kavramı ortaya atılmıştır. 1980’li yıllarda, stres ile başa çıkma sürecine ilişkin birçok çalışma yapılmış ancak bu kavramın anlamıyla ilgili bir fikir birliğine varılamamıştır. (Şahin, 1994).

Geleneksel yaklaşımlar, başa çıkmaya otomatik tepkiler ile çaba gerektiren davranışların ayırımını yapmamış; adaptasyon, savunma, doyum, sorun çözme ve başa çıkma eşanlamlı olarak kullanılmıştır. White ve Lazarus, bu kavramları birbirinden ayırmak ve açıklamak için önemli katkılarda bulunmuştur. (Folkman ve ark., 1986a; 1986b).

Adaptasyon; organizma için yararlı olan, organizma- çevre ilişkisini sürdüren bütün süreçlerin kompleksi olup dinamik bir süreçtir. Savunma, doyum ve başa çıkma, adaptasyonu sağlayan strateji ve mekanizmalardır.

Savunma; sorunla yüzleşmekten kaçınma, dağılmış duyguları ve bilgileri çarpıtarak rahat bir durumu sürdürmeyi amaçlar ve ağırlı bir uyarana refleks gibi içe çekilmeye benzer. Başa çıkma ve savunmayı aynı kişide oluşabilen iki ayrı süreç olarak görme eğilimi vardır.

Doyum; uyum çabalarının başarılı olduğu durumdur. Doyurulması gereken gereksinimler bilişsel karmaşıklığa sahip olmasına karşın anksiyete çok fazla değildir.

Sorun Çözme; birey için nispeten düşük tehlikesi olan şartlarda, düşünceli, esnek ve gerçekçi girişimlerdir.

Başa Çıkma; kişinin kaynaklarını aşan ya da zorlayan, tüketen olarak değerlendirilen spesifik iç ve dış talepler ile bu talepler arasındaki çatışmaları yönetmek için dinamik, bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalaradır.

Levine ve arkadaşları, başa çıkma sürecini fizyolojik hareketi azaltma; Murphy ise değişen çevreyi davranışsal ve bilişsel olarak ele alma, iç dengeyi sürdürme kapasitesi olarak tanımlamıştır (Phipps, Lang & Woods, 1987).

Çok fazla stres uyarısına maruz kalmak, baş etme konusunda zorluklar yaşanmasına ve daha sonraki aşamada da birtakım psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara yol açmaktadır. Bundan dolayı da son yıllarda stres kavramının anlaşılması ve bununla nasıl baş edileceği konusuna çok önem verilmiş, bu konuda yüzlerce araştırma yapılmıştır. Stresi anlamak ve olumlu başa çıkma yollarını öğrenmek her gün strese maruz kaldığımız çevrede bir gereklilik halini almıştır (Aydın, 2003).

2.3.5. Stresle Başa Çıkma Kuram ve Modelleri

Başa çıkma kaynakları ve süreçlerini ölçmek ve formüle etmek için geliştirilen yaklaşımlara ışık tutan, psikoanalitik teori ve ego psikolojisi, hayat döngüsü kuramı ve davranışçı akım ile kültürel ve sosyal-ekolojik görüştür (Billings ve Moos, 1982; Gök, 1995).

a. Psikoanalitik Kuram ve Ego Psikolojisi: Bu yaklaşım, kişi çevre ilişkilerini ele almak için kullanılan birçok ego sürecini hiyerarşi içinde sırasıyla olgun, nörotik ve ilkel savunma düzenekleri şeklinde gruplamıştır. Bu hiyerarşik düzenleme, başa çıkma stratejilerinin niteliği hakkında yargılarda bulunur. Hastalık zamanlarında, ilgi ve sıcaklık gerektiğinde ego süreci hiyerarşisinde genellikle en üst sırada yer alan şakaya vurmanın kullanılması kızgınlığa, stresin artmasına ya da mesafe koymaya neden

olabilmektedir. Buna karşılık hiyerarşide düşük bir seviyede yer alan inkarın belli durumlarda örneğin, travmadan hemen sonra iyi bir uyum şekli olduğu gösterilmiştir. Başa çıkma, sorunu çözen ve böylece stresi azaltan gerçekçi, esnek eylemler olarak tanımlanmıştır.

b. Yaşam Döngüsü Kuramı: Bu kuram, bireylerin yaşam sürecinde kişisel başa çıkma kaynaklarının kademeli birikimine odaklanan gelişimsel görüşler için temel sağlamıştır. Bu görüşe göre, yaşam dönemlerinin her birinde oluşan krizler ve geçişlerin başa çıkma kaynakları kullanılarak çözümlenmesi, sonraki krizlerin çözümünde yararlı olacaktır. Bu görüşe göre çevresel stresörler ile başarılı mücadele, ego bütünlüğünü ve kendi kendine yeterli duygusunu geliştirmektedir.

c. Evrim Kuramı ve Davranışçı Yaklaşım: Darwin'in uyum sağlama konusundaki davranışsal yönelimli görüş açısı, intra psişik ve davranışsal faktörlerle ilişkilidir. Bu görüş kişilerin ve türlerin yaşamlarında davranışsal sorun çözme aktivitelerinin önemine dikkat çekmektedir. Evrimsel yaklaşım, davranışsal yönelimli sorun çözmenin yanı sıra organizmalar ile çevre arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır.

d. Kültürel ve Sosyal-Ekolojik Görüş: Fiziksel ve kültürel çevre şartlarına uyumun, insan topluluğunun ortak çabaları ile kolaylaştığını öne sürmüştür. Çevresel başa çıkma kaynakları kavramı, bu görüşten ortaya çıkmıştır. Bu kaynaklar kültürel başa çıkma çözümlerini ve bu çözümleri elde etmek için gerekli becerilerin öğrenilmesini ve sosyal desteği kapsamaktadır. Bu kaynakların seçimi, sıra ve göreceli etkinliği ile bir olayın tehdit derecesinin değerlendirilmesini etkileyebileceği vurgulanmaktadır

Başa çıkmayı açıklamaya çalışan modeller:

a. Kişilik Özelliği Olarak Başa Çıkma Modeli: Bu görüşe göre bireyin kişiliğinin etkili olduğu kendine özgü bir başa çıkma stili vardır. Durumun objektif özelliklerine bakılmaksızın kişinin, tehdit olarak algıladığı bütün durumlarda benzer şekilde başa çıktığı belirtilmektedir. A Tipi davranış olarak tanımlanan davranış şekli,

bütünleşmiş başa çıkma stili olarak yorumlanmıştır. Bu görüşün esas zayıflığı, başa çıkma eylemlerinin esnekliğini ve karmaşıklığını dikkate almasıdır. Kişilik ölçümleri, kullanılan başa çıkma sürecini ve sonuçlarını tahmin etmede yetersiz olmasına karşın başa çıkmada, kişilik özelliğinin güçlü bir etkisi vardır. (Bailey ve Clarke, 1991).

b. Duruma Özgü Başa Çıkma Modeli: Bu yaklaşım, başa çıkmanın, durumun özelliklerine göre değiştiğini, duruma uygun başa çıkma stratejilerinin gelişmesinde öğrenmenin ve bireysel farklılıkların önemli olduğunu vurgular. Başa çıkma işlevseldir ve amacı durumu değiştirmek, baskın olan tehdidi azaltmaktır. Objektif olarak aşırı derecede tehdit edici durumlarda yararlı olmasına karşın önemsiz ya da zararsız olan fakat bireyin aşırı derecede tehdit edici bulunduğu durumlar için yetersizdir. Olaylar ve kişilerin davranışlarının karmaşıklığını açıklayamamaktadır (Bailey ve Clarke, 1991).

c. Fenomenolojik –Transaksiyonel Başa Çıkma Modeli: Bireylerin talepleri ele alarak; talep ile ilgili algılarını değiştirerek, talebi değiştirmenin mümkün olmadığı durumlarda, psikolojik ya da fizyolojik gevşeme teknikleri ya da palyatif bir yöntem kullanarak başa çıktığı, palyatif yöntemleri kullanan kişinin zamanla diğer yöntemleri de kullanabileceği ya da duruma tolerans geliştireceği kabul edilmektedir. Bu görüş, diğer görüşleri içeren ve aynı zamanda algılanan tehdit ile başa çıkmanın tekrar değerlendirilmesine izin veren dinamik bir yaklaşımdır. Laboratuvar, alan çalışmaları ve çeşitli değerlendirme teknikleriyle desteklenmiştir (Aldwin ve ark., 1980; Folkman ve ark., 1986a.).

Başa çıkmayla ilgili bilişsel modeller, bilgi aramaya ve değerlendirmeye yönelmiştir. Folkman ve Lazarus (1985), başa çıkmayı dolaysız, dolaylı ve palyatif olmak üzere gruplamış, başa çıkmanın durumla ve zamanla değişebileceğini kontrol ile dengenin tekrar kazanılacağını belirtmişlerdir. Dolaysız başa çıkma: bireyin durumla ilgili algıladığı talepleri en aza indirmek için dolaysız eylemde bulunmasıdır. Dolaylı başa çıkma: taleplerle başa çıkılamayacağı ya da çıkılmaması gereken durumlarda kişinin, çevre ile ilgili mental imajını değiştirmesi, o çevreden ayrılması ve daha uygun bir ortam seçmesi ve bazı teknikleri (solunum, gevşeme gibi) kullanmasıdır. Palyatif başa çıkma ise; algılanan ya da deneyimlenen tehditi geçici olarak azaltan eylemlerdir.

Örneğin alkol, sigara, madde kullanımı,vb. Bu geçici rahatlama zamanla daha fazla strese neden olabilmektedir.

Başa çıkmanın işlevi; stresli kişi-çevre ilişkisini değiştirebilmek için sorunun ele alınması veya stresli duyguların düzenlenmesidir. Başa çıkma, durumlara özgü kullanımı, önemi ve etkileyen etkenleri belirleyebilmek için sorun odaklı ve duygulanım odaklı olarak gruplanmıştır. Başa çıkmanın her iki şeklinin de stresli durumlarda kullanıldığı, kullanımlarında durumun tipi ve kullanım şeklinin etkili olduğu belirtilmektedir (Holdroyd & Lazarus, 1982).

Sorun odaklı başa çıkma; stresin kaynağını uzaklaştırma veya değiştirmeyi amaçlayan çabalardır. Bunlar; bilgi ve öneri isteme, sorunu çözen eylemleri uygulama, kişiler arası anlaşmazlıkları çözümleme, yeni doyum kaynakları yaratma, otonomi ve bağımsızlık için yeni beceriler öğrenme, amaç belirleme ve zamanı iyi değerlendirmeyi içeren bilinçli çabalardır (Folkman ve ark. 1986b).

Duygulanım odaklı başa çıkma, stresli duyguları aşmak için bilişsel ve davranışsal çabalardır. Emosyonel stresi azaltarak kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Duygulanım odaklı başa çıkmanın tanımlanmış şekilleri; tehdidi azaltma, duygusal destek arama, duyguları kontrol etme, kaçma, kaçınma, mesafe koyma, durumu kabullenme, duygusal boşalım, olumlu tekrar değerlendirme ve kendini sorumlu tutmadır. Duygulanım odaklı başa çıkmada, reaksiyon ve madde kullanma gibi dolaylı ya da palyatif olarak değerlendirilen girişimler de yer almaktadır (Folkman ve ark., 1986b).

Sorun odaklı başa çıkmanın iş, kontrol edilebilir veya değiştirilebilir olarak değerlendirilen durumlarda; duygulanım odaklı başa çıkmanın ise sağlık, aile ve değiştirilemez ve kabul edilmesi gerekir olarak değerlendirilen durumlarda daha fazla kullanıldığı belirtilmektedir (Vitaliano ve ark., 1985).

Baş çıkma süreci ile baş çıkma işlevi arasındaki ilişki; bilişsel değerlendirme, spesifik baş çıkma tiplerinin yoğunluğu ve esnekliği, stresörün yapısı, beklenen sonuç, benzer durumdaki önceki deneyimler, kişi ve çevreye yönelik yaygın inançlar, fiziksel

güç ya da sorun çözme becerileri gibi kişisel yeteneklerden, sosyal destek ve çevresel kaynaklardan etkilenmektedir. Başa çıkma taleplerinin sonucunda durum tekrar değerlendirilmektedir. Bu, durumun çözümlendiğini ya da başa çıkma sürecinin yeniden başlaması yani durumun ve başa çıkma kaynaklarının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermekte ve etkileşimin herhangi bir aşamasında oluşabilmektedir (Holdroyd & Lazarus, 1982; Stone & Neale, 1984).

d. Başa Çıkma İlgili Kişisel-Sosyal Model: Sosyal psikolog David Mechanic, başa çıkmanın birbiriyle etkileşen kişisel ve sosyal yönlerin bir işlevi olduğunu öne sürmektedir. Kişisel yönler; benlik saygısının varlığı ve yokluğu, beceriler, yetenekler, motivasyon ve emosyonel durumlardır. Sosyal yönler ise, toplumdaki bireylerin beceri ve yeterliliğini geliştirdiği resmi ve resmi olmayan kurumlar, performansa yönelik teşvik ödül ya da değerlendirme sistemleridir. Kişisel yeterlilik stresli olarak algılanan durumlarda önemli olmasına karşın sosyal yeterliliğin düşük olmasının kurumların yetersizliğinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Kişisel beceri ve yetenekler ne kadar yeterli ise savunma sürecine ihtiyacın o kadar az olacağı belirtilmektedir. Bu model, başa çıkmanın bütüncül anlayışını arttırmakta, güç, çatışma ve liderliğin örgütsel yapıdaki rolünü anlamayı kolaylaştırabilmektedir (Jacobson, 1983).

2.3.6. Başa Çıkma Kaynakları

Başa çıkma kaynakları (coping resources) ile başa çıkma stratejileri (coping strategies) aynı şeyler değildir. Başa çıkma stratejileri stresli uyaranlara karşı tepkilerdir. Başa çıkma kaynaklarının ise potansiyel stres durumlarından önce stresi azaltıcı değişkenler olarak işlevleri vardır. Örneğin cinsiyet, sosyoekonomik durum gibi (Turnipseed & Turnipseed, 1991).

Bir kişinin başa çıkma kaynakları şunlardır (Heim, 1991):

- a. Bireyin psikolojik özellikleri: Benlik duygusu, üstünlük duygusu, sosyal yetenekleri, özümleme yeteneği

- b. Bireyin sosyal çevresinin özellikleri: Sosyal destek derecesi, iş çevresinin özellikleri, kurumsal-kültürel-politik kaynaklar
- c. Bireyin fiziksel kaynakları: maddi kaynaklar, mesleki itibar

Kişinin benlik duygusu, destekleyici sosyal ilişkiler ve yüksek düzeydeki sosyo-ekonomik kaynakların stresi tamponladığı söylenebilir. Bu özellikler de etkili başa çıkma yanıtıyla ilgilidir. Az sayıda başa çıkma kaynakları olan kişiler strese karşı daha az dayanıklıdır. Kaynaklar, genetik faktörlerden, çevresel deneyimlerden ve öğrenilmiş ilişkilerden kaynaklanan adaptif kapasitelerdir (Turnipseed & Turnipseed, 1991)

Stresle başa çıkmada önemli olduğu düşünülen bir başka değişken ise sosyal destektir. Sosyal destek; insanları, diğerlerinin onları sevdiğine, umursadığına, diğerlerinin onlara saygı duyduğu ve değer verdiğine, onları karşılıklı bir destek ve iletişim ağının bir parçası olduğuna ikna edebilecek bir parça bilgidir. Bu destek, eşten, aileden, süpervizörden, kurumdan veya çalışma arkadaşlarından gelebilir (Winnubst, 1993). Desteğin etkili olabilmesi için, desteği alan kişinin ihtiyaçları ve desteği veren kişinin kaynakları arasında uygunluk olması gerekir. Stresle sosyal destek arasında üç mekanizma önemli rol oynar. Birincisi, destek, bireyleri strese karşı daha dirençli yapar. İkinci olarak sağlıklı davranışları azaltarak bir tampon görevi görür ve yıkılma riskini azaltır. Üçüncü olarak kişiye başa çıkma ve uyum sağlamada yardımcı olur (Vugia, 1991).

Stresle başa çıkma konusunda yapılan çalışmaların da ortaya koyduğu gibi, psikolojik sağlık ile kullanılan başa çıkma stratejileri arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Başa çıkmada genel olarak algılanan tehdidin ya da problemin hafifletilmesi amacının olduğu kabul edilse de, başa çıkma davranışı bir süreçtir ve sonucun başarısız ya da başarılı olması ile doğrudan ilişkili değildir. Ancak etkisiz başa çıkma stratejilerinin kullanımı, bireyin iyi uyumunu bozarak, fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir (Doğan, 1999).

2.3.7. Stresle Başa Çıkma ile İlgili Bazı Çalışmalar

Dinç-Sever (1997), üniversite hastanesi, devlet hastanesi, askeri hastane, özel hastane ve sigorta hastanesinde çalışan hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yollarını, iş doyumu, tükenmişlik düzeylerinin ve etkileyen etkenleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; çalışılan kurumun genel iş stres düzeyi, kaçma/kaçınma, duygusal destek arama, genel iş doyumu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediğini, sigorta hastanesinde çalışan hemşirelerin iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin en fazla, iş doyumunun en düşük olduğu, stresle başa çıkma stratejisi olarak kaçma/kaçınma ve duygusal destek aramayı en fazla kullandıkları bulunmuştur. Çalışmanın bulguları arasında şunlar da bulunmaktadır:

- Hemşirelerin yaşı; genel iş stres düzeyini, genel iş doyumunu, stresle başa çıkmanın boyutları olan mesafe koyma, bilgisel destek arama ve sorun odaklı başa çıkmayı, tükenmişliğin boyutları olan duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı etkilemektedir. 26-30 yaş grubu hemşirelerde genel iş stresi ve duygusal tükenme düzeyleri en fazladır ve bilgisel destek aramayı en fazla kullanan da yine bu gruptur. 31-50 yaş grubundaki hemşirelerde ise 26-30 yaş grubundaki hemşirelere göre, iş stresi ve tükenmişlik daha az ve genel iş doyumu daha fazladır. Bu grup stresle başa çıkmanın boyutlarında biri olan mesafe koymayı en fazla kullanan gruptur.

- Hemşirelerin medeni durumu, eğitim durumu, yaşamında önemli bir değişiklik olup olmaması, bölümdeki çalışma süresi, bakımından sorumlu olduğu hasta sayısı gibi değişkenler ile genel iş stresi ve stresle başa çıkma, genel iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

- Bölümde kendi isteği ile çalışmayan hemşirelerin genel iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi yüksek, genel iş doyumu ise düşüktür. Yine, çalıştığı bölümden memnun olan hemşirelerin çalıştığı bölümden memnun olmayanlara göre; genel iş stresi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmalarının daha az olduğu ve kaçma/kaçınmayı daha az kullandıkları ve iş doyumları ile kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Çalışma şeklinin hemşirelerin genel iş stresi, genel iş doyumu ve duygusal tükenmeyi etkilediği; nöbet şeklinde çalışan hemşirelerin genel iş stresi ve duygusal tükenme düzeyinin en fazla, iş doyumunun en az olduğu bulgulanmıştır.

- Hemşirelerin haftalık çalışma süresi genel iş stresi, olumlu yaklaşım, kaçma/kaçınma, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediği; 61-80 saat çalışan hemşirelerin genel iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin en fazla, genel iş doyumlarının en az olduğu, olumlu yaklaşımı en az kullandıkları bulunmuştur.

- Hemşirelerin iş verimlerinin değerlendirmelerinin genel iş stresi, mesafe koyma, genel iş doyumu ve tükenmişliği etkilediği; iş verimini yetersiz ve az yeterli olarak değerlendiren hemşirelerin genel iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin en fazla, genel iş doyumlarının en az olduğu, mesafe koymayı en fazla kullandıkları saptanmıştır.

- Hemşirelerin mesleki uygunluk durumunun genel iş stresi, kaçma/kaçınma, genel iş doyumu ve tükenmişliği etkilediği; mesleği kendilerine uygun bulmayan hemşirelerin genel iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin en fazla, genel iş doyum düzeylerinin en düşük olduğu, kaçma/kaçınmayı en fazla kullandıkları bulunmuştur.

- Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yeterliliğine ilişkin düşüncelerinin genel iş stresi, kaçma/kaçınma, iş doyumu ve tükenmişlik düzeyini etkilediği; iş stresi ile başa çıkmalarını yetersiz olarak değerlendiren hemşirelerin kaçma/kaçınmayı en fazla kullandığı, geneli iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin fazla, genel iş doyumlarının en düşük olduğu bulunmuştur.

- Hemşirelerin işten ayrılma düşüncelerinin genel iş stresi, bilgisel destek arama, iş doyumu ve tükenmişlik düzeyini etkilediği, işten ayrılmayı düşünen hemşirelerin genel iş stresi ve tükenmişlik düzeyinin en fazla, iş doyumlarının en az olduğu ve bilgisel destek aramayı en az kullandıkları bulunmuştur.

Dolu (1997), onkolojide çalışan hekimlerin stresle başa çıkma “aktif başa çıkma” ve “planlama” gibi başa çıkma yollarını kullandıklarını belirlemiştir. Yine bu grup hekimlerde tükenmişlik sendromunun düşük çıkmasının da bu iki etkin stratejinin kullanılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Gündüz (2000), bu çalışmada da kullanılan, Stresle Başa Çıkma Ölçeği ile hemşirelerden topladığı verilerle yürüttüğü çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır: hemşirelerin çoğunda stresle başa çıkma biçimi olarak sosyal destek arama yaklaşımının (%44) bulunduğu, kendine güvenli yaklaşımın ikinci (%33), iyimser yaklaşımın üçüncü sırada (%15) stresle başa çıkma biçimi olarak kullanıldığı ve bunları kendine güvensiz yaklaşım (%7) ve boyun eğici yaklaşımın (%1) izlediği bulunmuştur. Hemşirelerin stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler arasındaki ilişkiye bakıldığında; kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşım arasında pozitif ve güçlü bir ilişkinin, kendine güvenli yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım arasında da anlamlı ve negatif bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Grubu

Bu çalışmada, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumu ve stresle başa çıkma açısından karşılaştırılmaları amaçlanmıştır. Araştırmaya, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji Bölümü'nde görev yapmakta olan toplam 30 hekim ve Okmeydanı, Şişli Etfal ve Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin onkoloji bölümlerinde görev yapmakta olan toplam 30 hekim katılmıştır.

İstanbul'daki özel hastanelerde çalışan onkologların hemen hepsi aynı zamanda ya üniversite ya da eğitim-araştırma hastanesinde çalışmaktadırlar. “Sadece özel hastanede çalışan onkologlar” adı altında, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologlarla karşılaştırmak yapmak üzere sayıca yeterli bir grup bulunmadığından, özel hastanelerde çalışan onkologlar araştırmaya dahil edilememiştir.

3.2. Araçlar – Ölçekler

Araştırmada beş adet ölçek kullanılmıştır. Bunlar:

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Çatışma Eğilimi Ölçeği
3. Empatik Beceri Ölçeği B - Formu
4. İş Doyumu Ölçeği
5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçeklerle ilgili kapsamlı bilgi aşağıda verilmektedir.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini ve araştırmaya katkısı olduğu düşünülen özellikleri (çalışma şartları, meslekle ilgili bilgiler, vb) belirlemeye yönelik sistematize edilmiş ya da açık uçlu maddelerden oluşan, tarafımızca hazırlanmış dört sayfalık bir formdur (Ek 1).

3.2.2. Çatışma Eğilimi Ölçeği (ÇEÖ)

Kişiler arası iletişim becerilerinin ve kişiler arası iletişimde karşılaşılan problemlerin ölçülmesi amacıyla Dökmen (1986) tarafından , Harary ve Batell'e (1981) ait "iletişim çatışması modeli" teorik temel kabul edilerek , Toplamalı Sıralama Tekniği'ne göre geliştirilmiş, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir (Ek 1).

Harary ve Battel'e (1981) ait iletişim çatışması modelinde tanımlanan sekiz çatışma türü şunlardır:

a. Aktif Çatışma (AÇ): Bu çatışma türünde iki kişi birbirlerine karşıdırlar ve bu yüzden de birbirlerinin ne söylediklerine aldırmaksızın hatta birbirlerini yeterince dinlemeksizin, birbirlerine eleştiri yöneltirler.

b. Pasif Çatışma (PÇ): İki kişinin, birbirleriyle iletişim kurmaya istekli oldukları halde, kendilerinden kaynaklanan birtakım nedenlerden ötürü, iletişim kuramamaları durumudur.

c. Varoluş Çatışması (VÇ): Alıcı kaynağı hiç dinlemediği ya da yanlış anladığı için kaynağın mesajıyla tamamen ilgisiz başka bir mesaj yola çıkar. Bu durumda alıcının mesajı yerine ulaşmamış, verici ise yalnızca kendi gerçeğini dile getirmiş olur.

d. Tümünden Reddetme Çatışması (TRÇ): Alıcı, kaynağın mesajını tümüyle reddederek kendisine yöneltilen görüşün tam aksini savunur.

e. **Önyargılı Çatışma (ÖÇ):** Kişiler belli bir konuda tartışmaya başlamadan önce, o konuda bir önyargıya sahiptirler ve tartışma sırasında ısrarla bu önyargılarını savunurlar.

f. **Yoğunluk Çatışması (YÇ):** Alıcı, kaynağın belli bir konudaki görüşünü reddetmez ancak bu görüşe, kaynağa oranla, farklı düzeyde katılmaktadır.

g. **Aktif Önyargılı Çatışma (AÖÇ):** Aktif ve önyargılı çatışmaların birlikte ortaya çıkması durumudur.

h. **Pasif Tümünden Reddetme Çatışması (PTRÇ):** Pasif çatışma ve tümünden reddetme çatışmalarının birlikte ortaya çıktığı çatışma türüdür.

ÇEÖ, 10 alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif-önyargılı çatışma, pasif-tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım ve kişisel özelliklerdir. Bu bölümlerden ilk sekiz tanesine ait maddeler, Harary'nin "Çatışma Modeli" konulu çalışması temel alınarak yazılmıştır. İnsancıl yaklaşım ve kişisel özellikler alt boyutları ise Dökmen (1986) tarafından hazırlanmıştır. İnsancıl yaklaşım bölümü, insanlara karşı olumsuz duygular taşıyan kişilerin olumlu duygular taşıyan kişilere göre daha çok iletişim çatışmasına girecekleri düşünülerek eklenmiştir. Kişisel özellikler bölümü ise kişilerarası iletişim çatışmasına sebep olabilecek birtakım kişisel özellikler gündeme getirilerek ve kendine olumsuz kişilik özellikleri atfeden bireylerin iletişim çatışmalarına girme eğilimlerinin fazla olacağı varsayımıyla hazırlanmıştır. "Ben kimim, nasıl bir insanım" şeklindeki sorulara verilebilecek karşılıklardan oluşmuştur. Bunların dışında bir de ölçekteki maddelerin tümünden alınan puanların toplanmasıyla elde edilen toplam çatışma boyutu bulunmaktadır.

Ölçeğin deneme formunda 65 madde yazılmış ve bu maddelere uygulanan analiz sonucunda 12 madde elenerek ölçeğin bugün kullanılan 31'i pozitif, 22'si negatif toplam 53 maddelik hali elde edilmiştir. Pozitif maddeler, bir çatışmayı ya da çatışma eğilimini ifade eden maddelerdir. Negatif maddeler ise bunun tam zıttını yani çatışma sayılmayan davranış ve eğilimlerini ifade eder. Bu maddelerden pozitif olan ilkinde,

maddenin yanındaki 5 şıktan 1'i işaretleyen denek 1 puan, 2'yi işaretleyen 2 puan,....., 5'i işaretleyen ise 5 puan almaktadır. Negatif olan ikinci maddede ise 1'i işaretleyen denek 5, 2'yi işaretleyen 4,....., 5'i işaretleyen ise 1 puan almaktadır. . Her bir alt boyutla ilgili puanın artması o çatışma türünün de arttığını göstermektedir.

ÇEÖ' yü Oluşturan Pozitif ve Negatif Maddeler

<u>Pozitif Maddeler</u>	<u>Negatif Maddeler</u>
2,3,4,5,7,8,9,10,12,13,16, 20,	1,6,11,14,15,17,18,19,22,24,
21,23,25,26,28,29,30,31,32,33,	27,37,44,45,46,47,49,53.
34,35,36,38,39,40,41,42,43,48,	
50,51,52.	

ÇEÖ'nün Bölümleri ve Maddelerin Bu Bölümlere Göre Dağılımı

<u>ÇEÖ'nün Bölümleri</u>	<u>Madde Numaraları</u>
Aktif Çatışma	2, 16,17,20,21,23,28
Pasif Çatışma	3,8,10,14,15,29,30,41,47
Varoluş Çatışması	4,11,12,26,40
Tümünden Reddetme	9,27,33,39,45,52,
Önyargılı Çatışma	31
Yoğunluk Çatışması	6,51
Aktif Önyargılı Çatışma	5,43
Pasif-Tümünden Reddetme Çatışması	7,13,35,50
İnsancıl Yaklaşım	1,19,36,37,38,46,48,53
Kişisel Özellikler	18,22,24,25,32,34,42,44,49

Güvenirlilik

Ölçek, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 102 öğrenciye on dört gün arayla iki defa uygulanmıştır. Deneklerin bu iki uygulamadan

aldıkları puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu tekniği ile hesaplanan değişmezlik katsayısı $r = .89$ olarak bulunmuştur. (Dökmen,1986)

Geçerlik

Ölçeğin geçerlik düzeyini belirlemek için Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi öğrencilerinden 14 kişi ile çalışılmıştır. Kız ve erkek sayıları birbirine yakın olan bu gruptan “kadınlar ev dışında çalışmalı mı?” sorusunu tartışmaları istenmiştir. Grup tartışmasından sonra deneklere ÇEÖ uygulanmış ve deneklerin grup tartışmasında araştırmacının değerlendirmesine göre aldıkları çatışma puanları ile ÇEÖ’den aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlara bakılmıştır. Korelasyonlar her bir çatışma türüne ilişkin olarak şöyledir: Aktif çatışma $r=0.74$, varoluş çatışması $r=0.88$, tümenden reddetme $r= 0.73$, önyargılı çatışma $r= 0.82$, yoğunluk çatışması $r=0.69$, aktif önyargılı çatışma $r=0.64$. Elde edilen bu korelasyonlar anlamlı bulunmuştur ($p<.01$). Fakat dikkat edileceği üzere pasif çatışmaya ve pasif tümenden reddetmeye ilişkin korelasyonlar, grup tartışmasında bu tür çatışmaya ilişkin örnekler bulunamaması nedeniyle hesaplanamamıştır. Doğrudan gözlemekte güçlük çekilen bu tür çatışmalar, ÇEÖ ile ölçülmeye çalışılmaktadır (Dökmen,1986).

3.2.3.Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) – B Formu

Dökmen (1988) tarafından, Aşamalı Empati Sınıflaması’adlı bir empati modeli geliştirilmiş ve bu empati modelinden hareketle “Empatik Beceri Ölçeği” adlı bir ölçek oluşturulmuştur. Aşamalı Empati Sınıflaması’nda “onlar”, “ben”, “sen” ve “biz” basamakları yer almaktadır. Onlar basamağında empatik tepki veren kişi, kendisine iletilen bir sorun karşısında sorun sahibinin duygu ve düşünceleriyle ilgilenmez, soruna ilişkin kendi duygu ve düşüncelerini söylenmez, toplumun genelinin görüşlerini ve değer yargılarını dile getirir. Ben basamağında empatik tepki veren kişi, kendisine iletilen soruna eğilmek yerine o soruna ilişkin kişisel duygu ve düşüncelerinden söz eder. Sen basamağında empatik tepki veren kişi, topluma ve kendine ait bakış açısından sıyrılarak, kendisini karşısındakinin yerine koyabilir, onun sorunu üzerine

yoğunlaşabilir. Biz basamağına ulaşmış kişiler ise belirli olaylar karşısında birbirlerinin düşünce ve duyguları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirler (Dökmen,1988).

Empatik Beceri Ölçeği'nde, günlük yaşamla ilgili kısa paragraflarla ifade edilmiş altı ayrı psikolojik sorun bulunmaktadır (Ek 1). Ölçeğin A ve B formları vardır. A formunda denekler bu altı soruna ilişkin istedikleri empatik tepkileri verirler, verdikleri tepkiler öznel sayılabilecek bir yaklaşımla değerlendirilir. B formunda ise puanlama standart hale getirilmiştir. Her bir sorunun altında, böyle bir sorunu dile getiren kişiye verilebilecek on iki empatik tepki sıralanmıştır. Deneklerden bu tepkilerden beğendikleri dört tanesini seçmeleri istenir. (On iki tepkiden bir tanesi, tesadüfi cevapları belirlemek için konulmuş olan, sorunla ilgisiz bir tepkidir.) Ölçekteki altı sorunla ilgili olarak dörder tane, toplam 24 tane empatik tepki seçen deneklere, seçtikleri her bir tepkinin karşılığı olan puan ölçeğin cevap anahtarına bakılarak verilir (Dökmen,1988).

Ölçeğin cevap anahtarı oluşturulurken ölçekteki altı farklı soruna ait toplam 66 empatik tepkiden her biri, Aşamalı Empati Sınıflaması'nın 10 basamağından hangisine uygun olduğunu belirlemek yani ölçeğin puanlama anahtarını oluşturmak için, 30 kişilik bir uzmanlar grubuna verilmiş; uzmanların yargıları, Moiser'ın (Turgut ve Baykul, 1992) "B Hali İçin Eksik Veri Matrisinden Grafik Çözüm" tekniği kullanılarak ölçeklenmiştir.

Ölçek, adından da anlaşılacağı gibi empati kurma becerisini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yalnız bu ölçek kişileri zihinlerinde oluşan empatik anlayışı ölçmekten ziyade, sözel olarak ifade edilen tepkinin kalitesini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bir başka deyişle, empatik anlayışı sözel olarak ifade etme becerisini ölçmektedir.

Güvenirlilik

EBÖ- B Formu 60 deneğe iki hafta arayla uygulanmış (test-tekrar test) ve bu iki ölçüm arasındaki ilişkiye Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile bakıldığında ilişkinin $r = .83$ ($p < .001$) düzeyinde olduğu bulunmuştur. (Dökmen,1990).

Geçerlik

EBÖ- B Formu üniversite öğrencilerinden oluşan bir gruba (n = 60) ve bir grup psikoloğa (n= 24) uygulanmıştır.İki grubun ortalaması arasında psikologların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur (t = 8.15, s.d.= 46, p < .001). (Dökmen,1990).

3.2.4.İş Doyumu Ölçeği (İDÖ)

İşten alınan doyumu ölçmek amacıyla Şahin ve Durak-Batıgün tarafından 1997’de (1997b) hazırlanmış, 32 maddelik, 5’li Likert Tipi bir ölçektir. Puan aralığı 1-160’tır. Ölçeklerden alınan puanın artması, ilgili alt boyuta ilişkin memnuniyetin ve tatminin arttığını göstermektedir (Ek 1).

Bankacılık sektöründe çalışan elemanlar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada (N= 426) ölçeğin, “Ücret” ,“İşletme Politikaları”, “Bireysel Faktörler”, “Fiziksel Koşullar”, “Kontrol/Bağımsızlık” ve “Kişiler arası Faktörler” olmak üzere altı faktörden oluştuğu görülmüştür.

Ücret (Ü): Bu faktör çalışanların işlerinden elde ettikleri gelire (maaş, ikramiye, prim) dair memnuniyetleriyle ilgilidir. 1. ve 16 maddeler bu faktöre ait maddelerdir.

İşletme Politikaları (İP): İşyerinde kişiye sağlanan yükselme imkanları, idari politikalar ve işleyiş biçimi, hiyerarşik yapı, rollerin belirginlik derecesi, iş performansının değerlendirilmesi gibi konulardaki tatmin düzeyini belirlemek için geliştirilmiş bir alt ölçektir. 2.,3.,4.,5.,6.,7.,8.,11.,13.,14.,15.,17., 18.,19. ve 29. maddeler bu faktörle ilgilidir.

Bireysel Faktörler (BF): İşin kişinin yeteneklerine, eğitimine, kişiliğine ne derece uygun olduğu ile ilgili algısını ve işinin kapsamından ne derece memnun olduğunu ifade eder (12.,21.,30.,31.,32. maddeler).

Kontrol-Bağımsızlık (KB): Çalışanın yaptığı iş üzerindeki kontrol algısını, işini yaparken kendisine tanınan özgürlüğün ve sorumluluğun derecesini belirtir (20.,27.,28. maddeler).

Fiziksel Koşullar (FK): Çalışma saatleri, işyerindeki gürültü düzeyi, düzen ve temizlik, çalışana sunulan teknolojik imkanlar gibi daha çok çevresel koşullarla ilgili bir alt ölçektir (10.,23.,24.,25.,26. maddeler).

Kişilerarası Faktörler (KF): İşyerinde insanlar arasındaki iletişim tarzına ilişkin memnuniyete bakmak için geliştirilmiş bir alt ölçektir (9. ve 22. maddeler).

Şahin ve Durak-Batıgün tarafından sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada (N=266), güvenirliklerini görmek üzere yapılan analizler sonucunda elde edilen Cronbach Alpha katsayıları “ücret” alt ölçeği için .57, “işletme politikaları” alt ölçeği için .92, “bireysel faktörler” alt ölçeği için .77, “fiziksel koşullar” alt ölçeği için .57, “kontrol-bağımsızlık” alt ölçeği için .74, “kişisel faktörler” alt ölçeği için ise .65 olarak elde edilmiştir (Şahin ve Durak-Batıgün, 1997b). Ayrıca ölçeğin, “işten memnuniyet derecesi”nin subjektif olarak değerlendirilmesine yönelik bir soru ile korelasyonu ise ($r = .49$ $p < .001$) olarak belirlenmiştir (Şahin ve Durak-Batıgün, 1997a).

3.2.5.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen bu ölçek (Ways of Coping Inventory), kişilerin genel ya da belirgin stres durumlarını belirlemek amacını taşımaktadır. SBTÖ’ nün ülkemizdeki ilk standardizasyon çalışmasını Siva (1988) yapmıştır. Ölçeğin çevirisi ve sadeleştirme çalışmaları yapılırken, orijinali 68 maddeden oluşan SBTÖ’ye, toplumumuzda bir başa çıkma yolu olarak kullanılan kadercilik ve batıl inançları içeren maddeler de eklenmiş ve ölçek 74 maddeye çıkartılmıştır. Bu haliyle ölçek, Folkman ve Lazarus’un ölçeğinden esinlenmesi dışında, orijinal bir Türk

Stresle Başetme Ölçeğidir. Daha sonra Şahin ve arkadaşları (1992), faktör analizi çalışmasını üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirmiş ve 7 faktör belirlemişlerdir. Bunlar:

- Problemin çözümüne yönelme
- Alinyazısına sığınma
- Sosyal desteğe başvurma
- İyimser yaklaşım
- Çaresizliğe sığınma
- Güçlü rolüne sığınma
- Doğüstü güçlere sığınma

Şahin ve Durak (1995), Folkman ve Lazarus'un Başa Çıkma Envanterinden hareketle, üniversite öğrencilerinin psikolojik stres belirtilerini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, literatürdeki bulgulara uygun, 30 maddelik Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Test, likert tipinde 0-3 arası derecelendirmeyi gerektirmektedir (0 = %0, 1 =%30, 2 =%70, 3 =%100). 1. (kimsenin bilmesini istemem) ve 9. madde (içinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem) ise ters şekilde puanlanmaktadır (3= %0, ...). Alt ölçekler ayrı toplam puanlar vermekte ve genel toplam puan elde edilmemektedir (Ek 1).

Ölçeğin üç farklı örneklem kullanılarak gerçekleştirilen faktör analizi sonuçları, stresle başa çıkma tarzlarının probleme yönelik/aktif ve duygulara yönelik/pasif tarzlar şeklinde ikiye ayrıldığını, kendi içlerinde de kendine güvenli, iyimser, kendine güvensiz, boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma şeklinde 5 boyutta ayrıştırılabileceğini göstermiştir (Şahin ve Durak, 1995).

a. Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY1): Bu faktör ölçekteki 7 maddeden (8,10,14,16,20,23, 26) oluşmaktadır. Problemin önemi ve çözüm seçeneklerini değerlendirme, çözümlü, temkinli ve planlı olma, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı ve bilinçli çabaları vurgulamaktadır.

b. İyimser Yaklaşım (İY2): İyimser yaklaşım, hem problemlere hem de duygulara yönelik boyutu olan bir faktördür. Olaylara daha hoşgörülü ve iyimser

bakma, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şekilde değerlendirmeyi yansıtan bu yaklaşım 5 maddeden oluşmaktadır (2,4,6,12,18).

c. Kendine Güvensiz Yaklaşım (KGY2): Olaylar ya da sorunlar karşısında enerjinin büyük bir kısmını problemi çözmeye değil, duygulara, başka kaynaklara aktarmayı ifade eder. Toplam sekiz maddeden oluşmaktadır (3,7,11,19,22,25,27,28).

d. Boyun Eğici Yaklaşım (BEY): 6 maddeden (5,13,15,17,21,24) oluşmaktadır. Kaderci bir yaklaşımla kendini çaresiz hissetme, çözümü olağanüstü güçlerde aramayı vurgular.

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

Güvenirlilik:

Şahin ve Durak (1995), SBTÖ'nün faktör analizi, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında üç gruptan elde ettikleri verileri kullanmışlardır. 575 üniversite öğrencisinin katıldığı birinci çalışma aynı zamanda madde ve faktör sayısının azaltıldığı çalışmadır. Bu çalışmada SBTÖ, iki aşamalı faktör analizine tabi tutulmuş ve ilk faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %40.4'ünü açıklayan 8 faktörlük bir yapı ortaya çıkmıştır. Ancak grafik yöntemlemeye (screen test) göre, bunların beş faktöre indirilebileceği görülmüştür. Bunlar yukarıda açıklanan faktörlerdir.

Çeşitli özel ve kamu bankalarında çalışmakta olan 426 kişilik grupta yapılan çalışmada, faktör analizi sonucunda toplam varyansın %52.2'sini açıklayan 7 faktör bulunmuş; uygulanan diğer testler sonucunda, “boyun eğici ve kendine güvensiz yaklaşımların” birleştirilerek faktör sayısının 4'e indirgenebileceği görülmüştür.

232 kişilik örnekleme yapılan üçüncü çalışmada, öz değeri 1'in üzerinde olan 5 faktör bulunmuştur. Ancak son faktör, bir maddeden oluştuğu ve yükleme değerine

bakıldığında, aynı zamanda da 2. faktörün içine girdiği için, toplam varyansın %37.4'ünü açıklayan 4 faktöre bağlı bir yorum yapılmıştır.

Bu üç çalışmadan yukarıda sözü edilen 5 faktör için elde edilen Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları; iyimser yaklaşım için .68 ile .49 arasında, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için .62 ile .80 arasında, kendine güvensiz yaklaşım alt ölçeği için .64 ile .73 arasında, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği için .47 ile .72 arasında, sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için ise .47 ile .45 olarak değişmektedir.

Geçerlik:

Şahin ve Durak (1995), üç çalışmanın sonuçları çerçevesinde, SBTÖ'nün geçerliğine yönelik destekleyici bilgiler olarak değerlendirilebilecek bazı bulguları sırasıyla; psikolojik sorunlarla ilişkiler, çeşitli kişilik boyutlarıyla ilişkiler, durumsal değişkenlerle ilişkiler ve karşıt grup karşılaştırmalarının sonuçlarından elde etmişlerdir.

a. *Psikolojik sorunlarla ilişkiler:* “Sosyal desteğe başvurma” dışındaki tüm alt ölçekler, üç çalışmada da çeşitli belirti ölçümleri ile beklenen yönlerde ve anlamlı ilişki içinde çıkmıştır. Örneğin, “kendine güvenli yaklaşım” alt ölçeği, depresyon ($r = -.26, p < 0.01$), anksiyete ($r = -.12, p < 0.01$), hostilite ($r = -.14, p < 0.01$) ile anlamlı negatif korelasyonlar gösterirken, “kendine güvensiz yaklaşım” alt ölçeği söz konusu belirtilerle ($r = .23, p < 0.01$) ve ($r = .53, p < 0.01$) arasında değişen anlamlı pozitif ilişkiler içindedir.

b. *Çeşitli Kişilik Boyutları ile İlişkiler:* Bu değerlendirmede A Tipi davranış gösteren grup seçilmiş ve korelasyon analizi bu grup üzerinde yapılmıştır. Bulgulara göre A Tipi davranış arttıkça, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımlar azalmakta, kendine güvensiz yaklaşım ise artmaktadır.

c. *Durumsal Değişkenlerle İlişkiler:* Üç çalışmanın da bulgularına baktığımızda birinci çalışmada iyimser yaklaşımın ve kendine güvenli yaklaşımın kullanımının artışına paralel olarak, insanlar arası ilişki, sağlık ve meslek seçimine ilişkin sorunların azaldığı ($r = -.10$ ile $r = -.26$ arası), kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımların artışı ile ise tüm durumsal sorunların

anlamli bir Şekilde arttığı g r lm Ŗt r ($r = .11$ ile $r = .59$ arası). İkinci çalışmada, stresli durumlarla başa çıkmaya çalışırken, iyimser ve kendine güvenli davranışlar arttı   çalışma hayatıyla ilgili çeşitli durumlardan duyulan doyumun arttığı ($r = .12$ ile $r = .30$ arası), kendine güvensiz ve boyun eğici davranışlar arttı   ise doyumun azaldığı görülmektedir.

d. *Karşıt Grup Karşılaştırması:* Bu aşamada SBTÖ'n n geçerliğini araştırmak üzere, birinci çalışmadaki örneklemden stresle başa çıkma dereceleri değişen 4 farklı grup oluşturulmuş ve SBTÖ alt ölçekleriyle ölçülmeye çalışılan başa çıkma tarzlarının bu grupları nasıl etkilediğine bakılmıştır. Yaşadıkları stresli olaylar ortalamanın üstünde olduğu halde, semptom puanları ortalamanın altında olanlar seçilerek (N=37), “stresle etkili olarak başa  ıkabilenler” grubunu; yaşadığı stresli olaylar ve semptomları yüksek olanlar (N=112), “stresle etkili olarak başa çıkamayanlar” grubunu; stresli olayların yoğunluğu az olduğu halde semptom puanları yüksek olanlar (N=41), “kronik sorunlu” grubunu; stresli olayları da semptomları da az olanlar ise (N=163) “sorunsuz-rahata” grubunu oluşturmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizi karşılaştırmalarında “sosyal desteğe başvurma” dışındaki tüm üst ölçeklerde, gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sorunsuz-rahata bireyler, kronik olarak stresli olan ve stresiyle etkili olarak başa  ıkamayanlarla kıyaslandığında kendine güvenli ve iyimser yaklaşıma daha fazla başvurdıkları görülmektedir. Aynı Şekilde stresiyle etkili bir Şekilde başa  ıkabilenler, kendine güvenli yaklaşımı, kronik stresli olanlardan daha fazla kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kendine güvensiz yaklaşıma başvurma açısından bakıldığında ise durumun değiştiği görülmektedir. Stresiyle etkili olarak başa çıkamayan grup, hem sorunsuz hem stresiyle etkili olarak başa çıkabilen hem de kronik olarak sorunlu gruptan daha fazla olarak kendine güvensiz yaklaşıma başvurmaktadır. Kronik olarak sorunlu grubun sorunsuz grupla karşılaştırılması sonucunda ise, sorunlu olanların kendine güvensiz yaklaşıma daha fazla başvurdıkları g r lm Ŗt r. Ayrıca stresiyle etkili bir Şekilde başa çıkamayan bir grubun, boyun eğici yaklaşımları sorunsuz gruptan daha fazla kullandığı saptanmıştır.

Sonuç olarak, elde edilen bulgular ışığında, SBTÖ'nün geçerliği ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu ve stresle başa çıkma yöntemlerini ölçmek amacıyla kullanabileceği söylenebilir.

3.3. İşlem

Veri toplama işlemine başlamadan önce, örneklem grubunu kapsayan hastanelerde uygulama yapabilmek için bu hastanelerin başhekimliklerinden ve onkoloji bölüm başkanlıklarından gerekli görülen izinler alınmıştır.

Araştırmacı kurumlara giderek hekimlere kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı, ölçme araçları ve nasıl cevaplanacakları hakkında bilgi vermiştir. Hekimlerden ölçekleri kendi başlarına yanıtlamaları istenmiştir. Yanıtlanmış ölçekleri geri vermeleri için 7-15 gün süre tanınmıştır. Bazı hekimler ölçekleri hemen yanıtlayıp geri verirlerken bazı hekimler 1 ila 20 gün içinde geri vermişlerdir. Hekimlerin kendilerini rahat hissedebilmeleri için formların üzerine kimlikleriyle ilgili bilgiler yazılmasına gerek olmadığı ve formları doldurmalarındaki motivasyonu arttırmak için de istedikleri takdirde kendilerine sonuçlar ile ilgili geribildirim verilebileceği söylenmiştir.

Veri toplama işlemi Nisan-Eylül 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

Hekimlerin seçiminde şu kriterler dikkate alınmıştır:

- Tam zamanlı olarak çalışmaları
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmaları
- Onkoloji alanında en az altı aydır çalışıyor olmaları

3.4. İstatiksel Yöntemler

Gruplar arası karşılaştırmalar yapılırken önce Kolmogorov-Smirnov testi ile puanların homojen olarak dağılıp dağılmadıklarına bakılmış, puanların homojen dağıldığı durumlarda bağımsız gruplar için t-testi, homojen olarak dağılmadığı

durumlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Psikolojik faktörler (çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumu, stresle başa çıkma) arasındaki ilişkiye bakılması için de Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda, toplanan verilerin istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Araştırmaya ; İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve Marmara Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bölümü ile Okmeydanı, Şişli Etfal, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Onkoloji Bölümlerinde çalışan toplam 119 hekimden 60'ının tam katılımı sağlanabilmiştir. Bu 60 kişiden 30'unu üniversite hastanelerinde çalışan onkologlar, geri kalan 30 kişiyi ise eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlar oluşturmaktadır.

Araştırma bulguları üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada; Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen bilgilere (yaş,cinsiyet, medeni durum, haftalık ortalama çalışma süresi, haftalık ortalama hasta sayısı gibi demografik veya çalışma şartlarıyla ilgili değişkenler) yer verilmiştir. İkinci aşamada ölçülen psikolojik faktörler açısından farklı kurumlarda çalışan onkologlar arasında farklar olup olmadığına bakılmış ve Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen bilgiler kullanılarak oluşturulan gruplar arasında ölçeklerdeki psikolojik faktörlere ilişkin karşılaştırmalar yapılmıştır. Son aşamada ise, grup farkı gözetmeksizin araştırmada ölçülen psikolojik faktörler arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

4.1. Kişisel Bilgi Formuyla İlgili Veriler

Bu bölümde Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen veriler gruplandırılarak sunulmaktadır.

Yaş: Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin yaşları 27-52 arasında değişiyor olup aritmetik ortalamaları 36,43 ; ortancaları (medyan) 36 ve standart sapmaları ise 6,94'tür. Eğitim-araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin yaşları ise 25-53 arasında

değişmekte olup aritmetik ortalamaları 35,46 ; ortancaları 32,5 ve standart sapmaları 7,4'tür. Her iki gruba birden bakıldığında katılımcıların yaşları 25-53 arasındadır, yaşlarının aritmetik ortalaması 35,9 ; ortancası 35, standart sapması ise 7,1'dir.

Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin yaş gruplarına göre değişip değişmediklerine bakmak için yaş değişkeni “35 yaş altı” ve “35 yaş ve üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Yaş gruplarının üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerine göre dağılımları Tablo 4-1’de verilmiştir.

Cinsiyet: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların cinsiyete göre dağılımları Tablo 4-1’de gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü üzere hem üniversite hem de eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların % 56,6’sı kadın, % 43,4’ü de erkektir.

Medeni Durum: Üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin 17’si (% 56,66) evli, 11’i (% 36,66) bekar (“b.ilişki var” diyen 6 kişi ve “b.ilişki yok” diyen 5 kişi) ve 2’si (%6,66) boşanmıştır. Eğitim-araştırma hastanesinde görev yapan hekimlerin ise 22’si (%73,33) evli, 7’si (% 23,33) bekar (“b.ilişki var” diyen 4 ve “b.ilişki yok” diyen 3 kişi) ve 1’i (% 3,33) boşanmıştır. Bütün katılımcılar ele alındığında ise 39 nun (% 65) evli, 18 nin (% 30) bekar ve 3 nün (% 5) boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 4-1)

Eşin Çalışma Durumu: Üniversite hastanesinde görevli ve evli olan onkologların (n=17), % 76,47’sinin (n=13) eşi çalışmakta % 23,53’ünün (n=4) ise eşi çalışmamaktadır. Eğitim-araştırma hastanesinde çalışan ve evli olan onkologların (n=22) ise % 90,9’nun (n=20) eşi çalışmakta, % 9,1’nin (n=2) ise eşi çalışmamaktadır. Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların eşlerinin çalışma durumlarına göre dağılımları Tablo 4-1’de verilmiştir.

Eşin Mesleği: Katılımcılardan evli olup da eşleri çalışanların, eşlerinin hangi mesleklerle uğraştıkları Ek 2’de verilmiştir.

Çocuk sahibi olma: Üniversite hastanelerinde çalışan onkologlardan evli olan 17 kişiden 16'sı çocuk sahibiyken 1'inin çocuğu yoktur. Yine bu gruptan boşanmış olan 2 kişiden 1'inin çocuğu var, diğerinin ise yoktur. Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlara bakıldığında evli olan 22 kişiden 17'sinin çocuğu vardır, 5'i ise çocuk sahibi değildir. Bu grupta yer alan boşanmış 1 kişi de çocuk sahibi değildir. “Bekar” kategorisinde yer alanların hiçbirinin çocuğu bulunmamaktadır.

Tablo 4-1. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan katılımcıların Demografik durumlarına göre n değerleri ve dağılım oranları

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim-Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
Yaş			
35 yaş altı	12 (%40)	17 (%56,7)	29 (%48,3)
35 yaş ve üstü	18 (%60)	13 (%43,3)	31 (%51,6)
Cinsiyet			
Kadın	17 (%56,6)	17 (%56,6)	34 (%56,6)
Erkek	13 (%43,4)	13 (%43,4)	26 (%43,4)
Medeni Durum			
Evli	17 (%56,6)	22 (%73,3)	39 (%65)
Bekar-B. İlişki var	6 (%20)	4 (%13,3)	10 (%16,6)
Bekar-B. İlişki yok	5 (%16,6)	3 (%10)	8 (%13,4)
Boşanmış	2 (%6,6)	1 (%3,3)	3 (%5)
Eşin Çalışma Durumu			
Çalışıyor	13 (%43,3)	20 (%66,6)	33 (%55)
Çalışmıyor	4 (%13,3)	2 (%6,6)	6 (%10)
Evli değil	13 (%43,3)	8 (%26,6)	21 (%35)

Çalışılan Bölüm: Araştırmaya katılan onkologlardan üniversite hastanesinde çalışanların % 30'u (n=9) medikal onkolog, % 70'i (n=21) radyasyon onkoloğudur.

Eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların ise hepsi (n=30) radyasyon onkoloğudur. Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologların çalıştıkları bölümlere göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir.

Mesleki Ünvan: Araştırmaya katılan onkologlardan, üniversite hastanesinde çalışanların 2’si (% 6,66) profesör, 10’u (% 33,33) doçent, 8’i (% 26,66) uzman, 10’u (% 33,33) asistan; eğitim araştırma hastanesinde çalışan onkologların ise 16’sı (%53,3) uzman, 14’ü (%46,7) asistan ünvanına sahiptir. Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologların mesleki ünvanlarına göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir.

Meslekte Çalışma Süresi: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin meslekte çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak için meslekte çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “ 10 yıl üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Üniversite hastanesinde ve eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların meslekte çalışma sürelerine göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir. Tablodan da görüldüğü üzere meslekteki hizmet süresi 10 yıla eşit veya 10 yıldan az olan onkolog sayısı üniversite hastanesinde 14 (% 46,6), eğitim-araştırma hastanesinde 20 (% 66,6)’dir. Meslekteki hizmet süresi 10 yıldan fazla olan onkologların sayısı ise üniversite hastanelerinde 16 (% 53,4), eğitim-araştırma hastanelerinde 10 (% 33,4)’dur.

Bölümde Çalışma Süresi: Araştırmada ele alınan psikolojik faktörlerin bölümde çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak için bölümde çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “ 10 yıl üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Onkoloji alanındaki hizmet süresi 10 yıla eşit veya 10 yıldan az olan onkolog sayısı hem üniversite hastanesinde hem de eğitim-araştırma hastanesinde 21 (% 70)’dir. Bu alandaki hizmet süresi 10 yıldan fazla olan onkologların sayısı hem üniversite hastanelerinde hem de eğitim-araştırma hastanelerinde 9 (% 30)’dur. Üniversite hastanesinde ve eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların bölümde çalışma sürelerine göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir.

Haftalık Ortalama Çalışma Süresi: Araştırmada ele alınan psikolojik faktörlerin haftalık ortalama çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak

için haftalık ortalama çalışma süresi “40 saat ve altı” ve “ 40 saat üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır (Çalışma süresi günde ortalama 8, haftada ise 40 saat olarak düşünülmüştür). Üniversite hastanesinde ve eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların haftalık çalışma sürelerine göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir.

Haftalık Ortalama Hasta Sayısı: Araştırmada ele alınan psikolojik faktörlerin haftalık ortalama hasta sayısına göre değişip değişmediklerine bakmak için haftalık ortalama hasta sayısı “75 ve altı” ve “ 75 üstü” olmak üzere iki kategoride ele alınmıştır (Hasta sayısı günde ortalama 10-15, haftada ise 50-75 olarak düşünülmüştür). Üniversite hastanesinde ve eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların haftada gördükleri ortalama hasta sayısına göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir.

Çalışma Şekli: Üniversite hastanesinde ve eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologların çalışma şekillerine göre dağılımları Tablo 4-2’de verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere araştırmaya katılan onkologlar ya “sürekli gündüz” ya da “gündüz ve bazen nöbet” şikkını işaretlemişlerdir.

Kurum Dışında Çalışma: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların bu kurumlar dışında başka bir yerde de çalışıp çalışmadıklarını gösteren veriler Tablo 4-2’de verilmiştir.

Bölümden Memnuniyet: Katılımcıların “Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-3’te verilmiştir.

Mesleği İsteyerek Seçme: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların “Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-3’te verilmiştir.

Bölümü İsteyerek Seçme: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların “Çalıştığınız alanı isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-3’te verilmiştir.

Tablo 4-2. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların meslekleri ve çalışma koşullarıyla ilgili değişkenlere göre dağılımları

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim-Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
Çalışılan Bölüm			
Radyasyon Onkolojisi	21 (%70)	30 (%100)	51 (%85)
Medikal Onkoloji	9 (%30)	—	9 (%15)
Mesleki Ünvan			
Profesör Dr.	2 (%6,6)	—	2 (%3,3)
Doçent Dr.	10 (%33,3)	—	10 (%16,7)
Uzman Dr.	8 (% 26,6)	16 (%53,3)	24 (%40)
Asistan Dr.	10 (%33,3)	14 (%46,7)	24 (%40)
Meslekte Çalışma Süresi			
10 yıl ve altı	14 (%46,6)	20 (% 66,6)	34 (%56,6)
10 yıl üstü	16 (%53,4)	10 (%33,4)	26 (%43,4)
Bölümde Çalışma Süresi			
10 yıl ve altı	21 (%70)	21 (%70)	42 (%70)
10 yıl üstü	9 (%30)	9 (%30)	18 (%30)
Ortalama Çalışma Süresi Haftalık			
40 saat ve altı	18 (%60)	20 (%66,6)	38 (%63,3)
40 saat üstü	12 (%40)	10 (%33,4)	22 (%36,7)
Haftalık Ortalama Hasta Sayısı			
75 ve altı	23 (%76,6)	8 (%26,6)	31 (%51,6)
75 üstü	7 (%23,4)	22 (%73,4)	29 (%48,4)
Çalışma Şekli			
Sürekli Gündüz	19 (%63,3)	17 (%56,6)	36 (%60)
Gündüz ve Bazen Nöbet	11 (%36,7)	13 (%43,4)	24 (%40)
Kurum Dışında Çalışma			
Yok	28 (%93,3)	25 (%83,4)	53 (%88,3)
Muayenehane	—	5 (%16,6)	5 (%8,3)
Özel Hastane	1 (%3,3)	—	1 (%1,6)
Vakıf Polikliniği	1 (%3,3)	—	1 (%1,6)

Tablo 4-3. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların çalıştıkları bölüm ve mesleklerine ilişkin görüşlerine göre dağılımları

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim-Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
Bölümden			
Memnuniyet			
Memnun Değilim	3 (%10)	2 (%6,6)	5 (%8,4)
Kısmen Memnunum	6 (%20)	7 (%23,3)	13 (%21,6)
Memnunum	15 (%50)	18 (%60)	33 (%55)
Çok Memnunum	6 (%20)	3 (%10)	9 (%15)
Mesleği İsteyerek mi Seçtiniz?			
Evet	26 (%86,6)	25 (%83,3)	51 (%85)
Hayır	4 (%13,4)	5 (%16,6)	9 (%15)
Çalıştığınız Bölümü İsteyerek mi Seçtiniz?			
Evet	29 (%96,6)	23 (%76,6)	52 (%86,6)
Hayır	1 (%3,3)	7 (%23,3)	8 (%13,4)
Sizce Mesleğiniz Size Ne Derece Uygun?			
Uygun Değil	1 (%3,3)	—	1 (%1,6)
Kısmen Uygun	5 (%16,6)	7 (%23,3)	12 (%20)
Uygun	16 (%53,3)	18 (%60)	34 (%56,6)
Çok Uygun	8 (%26,6)	5 (%16,6)	13 (%21,6)

Mesleğin Kişiyeye Uygunluğu ile İlgili Durum: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologların “Sizce mesleğiniz size ne derece uygun?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-3’te verilmiştir.

İşin Zor Tarafları: Araştırmaya katılan hekimlerin “Yaptığımız işin zor tarafları nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlar “çalışma koşulları ve meslekle ilgili konular”, “hastalarla ilgili konular”, “hasta yakınlarıyla ilgili konular”, “hastalık ve tedaviyle ilgili konular”, “hekimin kendisiyle ilgili konular”, “meslektaşlarla ilgili

konular” başlıkları altında toplanmış ve bu başlıklar altında yer alan cevapların tümü Ek 2’de sunulmuştur. “Çalışma koşullarıyla ilgili konular”da, üniversite hastanelerinde çalışan onkologlardan 24’ü (%80), eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologlardan 18’i (%60); “hastalarla ilgili konular”da üniversite hastanelerinde çalışan onkologlardan 14’ü (%46,6), eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlardan ise 21’i (%70), “hasta yakınlarıyla ilgili konular”da üniversite hastanelerinde çalışan 6 (%20), eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan 4 (%13,3) onkolog; “hastalık ve tedaviyle ilgili konular”da, üniversite hastanelerinde çalışan onkologlardan 7’si (%23,3), eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlardan ise 14’ü (%46,6), “hekimin kendisiyle ilgili konular”da üniversite hastanesinden 8 (%26,6), eğitim-araştırma hastanelerinden 2 (%6,6) kişi görüş bildirmiştir. “Meslektaşlarla ilgili konularda” üniversite hastanesinden 3 (%10) kişi görüşünü bildirmiştir, bu konuda eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologlardan görüş bildiren olmamıştır.

Bu Alanda Çalışmanın Olumlu Yanları: “Psikolojik tatmin” üniversite hastanesinde 18 (%60), eğitim-araştırma hastanesinden 14 (%46,6), “maddi tatmin” üniversite hastanesinden 2 (%6,6), eğitim-araştırma hastanesinden 2 (%6,6) onkolog; “çalışma şartları” üniversite hastanesinden 3 (%10), eğitim-araştırma hastanesinden 10 onkolog (%33,3); “geleceği olan bir alan olması” üniversite hastanesinden 11 (%36,6), eğitim-araştırma hastanesinden 9 (%30) onkolog; “başarılı olan kişilerle çalışma imkanı vermesi” üniversite hastanesinden 9 (%30), eğitim-araştırma hastanesinden 3 (%10) kişi, “olumlu yanı yoktur” diyenlerin 2’si (%6,6) üniversite hastanesinden 2’si (%6,6) de eğitim-araştırma hastanesindendir.

Maaş ile İlgili Görüş: Bu maddeye eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların hepsi, üniversite hastanesindeki onkologların ise 29’u “yaptığım işe göre az” seçeneğini işaretleyerek yanıt vermişlerdir. Üniversite hastanesinde çalışan onkologlardan biri bu soruya yanıt vermemiştir .

Emeklilik Hariç İşten Ayrılma Düşüncesi: Üniversite ve eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların “Gelecek yıl/yıllar içinde emeklilik hariç işinizden

ayrılmayı düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-4’te verilmiştir.

Tablo 4-4. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların işten ayrılmayla ilgili düşüncelerine göre dağılımları

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim- Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
İşten Ayrılma Düşüncesi			
Var	4 (% 13,3)	7 (% 23,3)	11 (% 18,3)
Yok	26 (% 86,7)	23 (% 76,69)	49 (% 81,7)

Tablo 4-5. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların hastalarını anlayabilmelerine ve hastalarının hekimleriyle ilgili görüşlerine dair düşünceleri

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim-Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
Hastaları Anlayabilmeye İlgili Düşünceler			
Çok iyi anlıyorum	5 (% 16,6)	5 (% 16,6)	10 (% 16,6)
Anlıyorum	17 (% 56,6)	20 (% 66,6)	37 (% 61,6)
Bazen anlıyorum bazen anlamıyorum	8 (% 26,6)	5 (% 16,6)	13 (% 21,6)
Anlamıyorum	—	—	—
Hastaların Düşünceleri			
Genellikle onları anladığımı söylerler	27 (% 90)	22 (% 73,3)	49 (% 81,6)
Bazen anladığımı söylerler	—	3 (% 10)	3 (% 5)
Genellikle anlamadığımı söylerler	—	1 (% 3,3)	1 (% 1,6)
Onları hiç anlamadığımı söylerler	—	—	—
Bir fikrim yok	3 (% 10)	4 (% 13,3)	7 (% 11,6)

Hastaları Anlayabilmeye İlgili Düşünceler: Katılımcıların “Hastalarınızı anlayabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-5’te verilmiştir.

Hastaların Düşünceleri: Katılımcıların “Hastalarınız onları anlayabilmeniz konusunda ne düşünüyorlar?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4-5’te verilmiştir.

Hastalarla Olan İletişim Sorunları: “Hastalarınızla iletişim konusunda yaşadığınız sorunlar varsa nelerdir?” sorusuna üniversite hastanelerindeki onkologlardan; 17 kişi (%56,6) var olan sorunlarını yazarak belirtmiş, 5 kişi (%16,6) “sorun yok” şeklinde yanıt vermiş, 8 (%26,6) kişi ise bu soruya herhangi bir yanıt vermemiştir. Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlardan ise 21’i (%70) hastalarıyla iletişim konusunda yaşadıkları sorunları belirtmiş, 4’ü (%13,3) “sorun yok” diye yanıtlamış, 5 (%16,6) kişi de herhangi bir yanıt vermemiştir. Bu konuyla ilgili yanıtların dökümleri Ek.2’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin bu soruya verdikleri yanıtlar “hastaların düşük sosyo-ekonomik ve kültürel seviyeleri”, “hastaya hastalığıyla ilgili gerçekleri söyleyememe”, “hekimin kendisiyle ilgili konular”, “çalışma koşullarından kaynaklanan sorunlar”, “hastalıkla ilgili konular” ve “hasta ve hasta yakınlarının hastalık ve hekime ilişkin olumsuz tutumları” başlıkları altında toplanmıştır. “Hastaların düşük sosyoekonomik ve kültürel seviyeleri” başlığı altında görüş bildiren üniversite hastanesinden 5 (%16,6), eğitim-araştırma hastanesinden 16 (%53,3) kişi; “Hastaya hastalığıyla ilgili gerçekleri söyleyememe” başlığı altında üniversite hastanesinden 3 (%10), eğitim-araştırma hastanesinden 2 (%6,6) kişi; “hekimin kendisiyle ilgili konular” başlığı altında üniversite hastanesinden 1 (%3,3), eğitim-araştırma hastanesinden 1 (%3,3) kişi; “çalışma koşullarından kaynaklanan sorunlar” başlığı altında üniversite hastanesinden 1 (%3,3), eğitim-araştırma hastanesinden 2 (%6,6) kişi; görüş bildirmişler. “Hastalıkla ilgili konular” hakkında üniversite hastanesinden 2 (%6,6) kişi; “hasta ve hasta yakınlarının hastalık ve hekime ilişkin olumsuz tutumları” hakkında

yine üniversite hastanesinden 5 (%16,6) kişi fikrini bildirmiştir. Bu konularda eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologlardan görüş bildiren olmamıştır.

Çalışma Ortamında Karşılaşılan Gruplarla İletişim Kurmaya İlişkin Görüşler: Araştırmaya katılan onkologların “hastalar”, “hasta yakınları”, “meslektaşlar” ve “diğer tedavi ekibi üyeleri”yle iletişim kurmaya dair görüşlerine göre dağılımları Tablo 4-6’da gösterilmiştir.

Tablo 4-6. Onkologların çalışma ortamında karşılaşılan gruplarla iletişim kurmaya ilişkin görüşlerine göre n değerleri

	Çok Zor	Zor	Kararsızım	Kolay	Çok Kolay	Toplam
Hastalar						
Üniversite	—	3	2	19	6	30
Eğitim-Araştırma	—	9	2	17	2	30
Hasta yakınları						
Üniversite	3	6	6	15	—	30
Eğitim-Araştırma	1	13	4	11	1	30
Meslektaşlar						
Üniversite	2	1	5	17	5	30
Eğitim-Araştırma	—	3	7	15	5	30
Diğer Tedavi Ekibi Üyeleri						
Üniversite	1	1	6	15	7	30
Eğitim-Araştırma	—	2	5	22	1	30

İş Stresiyle Başa Çıkma: Katılımcıların “İş stresinizle başa çıkma yöntemleriniz konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 4-7’de gösterilmiştir.

Olumsuz Yaşam Olayı: “Son dönemde olumsuz bir yaşam olayıyla karşılaştınız mı?” sorusuna üniversite hastanelerinde çalışan onkologlardan 6’sı (%20)

“evet”, 24’ü (%80)“hayır” diyerek yanıtlamıştır. Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ise 7’si (%23,3) bu soruya “evet”, 23’ü (%76,7) de “hayır” yanıtını vermiştir. Yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarının dökümü Ek 2’de verilmiştir.

Tablo 4-7. Üniversite ve Eğitim-Araştırma hastanelerinde çalışan onkologların “İş stresiyle başa çıkma yöntemleriniz konusunda ne düşünüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları

	Üniversite (N=30) (%)	Eğitim-Araştırma (N=30) (%)	Toplam (N=60) (%)
İş Stresiyle Başa Çıkma			
Çok Yeterli	3 (%10)	1 (%3,3)	4 (%6,6)
Yeterli	8 (%26,6)	9 (%30)	17 (%28,3)
Kısmen Yeterli	16 (%53,3)	11(%36,6)	27 (%45)
Çok Az Yeterli	1 (%3,3)	5 (%16,6)	6 (%10)
Yetersiz	2 (%6,6)	4 (%13,3)	6 (%10)

Hastalık: “Herhangibir hastalığınız var mı? Varsa tedavi altında mısınız?” sorusuna üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin 3’ü (%10) “evet”, 27’si (%90) “hayır” diyerek yanıt vermiştir. Eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologlardan ise 7’si (%23,3) bu soruya “evet”, 23’ü (%76,7) “hayır” şeklinde yanıt vermiştir. Hastalığı olduğunu bildiren hekimlerin hastalıklarının neler olduğuyla ilişki yanıt dökümleri Ek 2’de verilmiştir. Bu hekimlerin hepsi aynı zamanda tedavi altında olduklarını da belirtmişlerdir.

4.2.Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

4.2.1.Kurumlar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulgular

Araştırmada ele alınan psikolojik faktörlerin çalışılan kuruma göre değişip değişmediklerine bakmak için kurumlar “üniversite hastanesi” ve “eğitim-araştırma hastanesi” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ÇEÖ’nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,ÖÇ,PTÇ, KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-8) ile, homojen olarak dağılmayanlar (YÇ,AÖÇ,İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-9) ile karşılaştırılmıştır. Grupların, aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, önyargılı çatışma, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Tümünden reddetme çatışması ($t=-2,069$; $p<.05$) ve yoğunluk çatışması ($Z=-2,064$; $p<.05$) alt ölçeklerine ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde farklar bulunmuştur. Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların tümünden reddetme çatışması puan ortalamaları üniversite hastanesinde çalışan onkologlarınkine göre daha yüksektir. Üniversite hastanesinde çalışan onkologların ise yoğunluk çatışması puan ortalamaları eğitim-araştırma hastanesinde çalışanlarınkine göre daha yüksektir (Tablo 4-8 – Tablo 4-9).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların EBÖ B-Formu’ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-8).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-8) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-9) ile karşılaştırılmıştır. Grupların, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Ücret alt ölçeğine ait puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark vardır ($Z=-2,224$; $p<.05$). Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ücret alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması üniversite hastanesinde çalışan onkologlarınkilere göre daha yüksektir (Tablo 4-9).

İş doyumunu oluşturan boyutlardan alınan ortalamaların alt ölçeklerdeki madde sayısına bölünmesiyle elde edilen ortalamlara bakıldığında; üniversite hastanelerinde çalışan onkologların doyumlarının en çok bireysel faktörlerle ($X=3,826$), ikinci sırada kişilerarası faktörlerle ($X=3,666$) ve kontrol-bağımsızlıkla ($X=3,611$), üçüncü olarak fiziksel koşullarla ($X=3,10$), dördüncü olarak işletme politikalarıyla ($X=2,935$), en son olarak da ücretle ($X=1,85$) ilişkili olduğu görülmektedir. Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ise iş doyumlarını belirleyen faktörlerin başında kontrol bağımsızlık ($X=3,655$) gelmekte, bunu kişilerarası faktörler ($X=3,55$) ve bireysel faktörler ($X=3,466$) takip etmektedir. Fiziksel koşullar ($X=2,873$), işletme politikaları ($X=2,846$) ve ücret ($X=2,2$) ise daha sonraki sıralarda yer almaktadır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1,İY2,KGY2,BEY) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-8) ile, homojen olarak dağılmayanlar (SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-9) ile

karşılaştırılmıştır. Grupların, kendine güvenli yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşım alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İyimser yaklaşım alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($t=2,312; p<.05$). Üniversite hastanesinde çalışan onkologların iyimser yaklaşım puan ortalamaları eğitim-araştırma hastanesinde çalışanlarınkine göre daha yüksektir (Tablo 4-8).

Stresle başa çıkma tarzlarıyla ilgili ortalamaların alt ölçeklerdeki madde sayısına bölünmesiyle elde edilen uyarlanmış ortalamalara bakıldığında; üniversite hastanelerindeki onkologların stresle başa çıkmada en çok kendine güvenli ($X= 1,99$), iyimser ($X= 1,90$) ve sosyal destek arama ($X= 1,81$) yaklaşımlarını kullandıkları, kendine güvensiz yaklaşım ($X= 1,20$) ve boyun eğici yaklaşımı ($X= 0,9$) daha az tercih ettikleri görülmektedir. Eğitim-araştırma hastanelerindeki onkologların ise en çok kendine güvenli yaklaşımı ($X= 2,004$) tercih etmektedirler. Bunu sırayla sosyal destek arama yaklaşımı ($X= 1,99$), iyimser yaklaşım ($X= 1,56$), kendine güvensiz yaklaşım ($X= 1,27$) ve boyun eğici yaklaşım ($X= 1,005$) izlemektedir.

4.2.2.Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlerle İlgili İşlemlerden Elde Edilen Bulgular

Yaş: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin yaş gruplarına göre değişip değişmediklerine bakmak için yaş değişkeni “35 yaş altı” ve “35 yaş ve üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: 35 yaşın altındaki onkologların ile 35 ve üstü yaşlardaki onkologların Çatışma Eğilimi Ölçeği'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,PTRÇ,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile (Tablo 4-10), homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ,AÖÇ,İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-11) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma ,

pasif çatışma, varoluş çatışması, tümden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Diğer bir deyişle, yaş faktörü ile çatışma eğilimleri arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: 35 yaşın altındaki onkologlar ile 35 ve üstü yaşlardaki onkologların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulguya göre empatik beceri düzeyi yaşa bağlı olarak değişiklik göstermemektedir (Tablo 4-10).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Yaş gruplarının İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,KB, FK,) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-10) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-11) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret , işletme politikaları, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Kontrol bağımsızlık alt ölçeğine ait puanların ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=-3,896; p<.001$). 35 ve üstü yaşlardaki onkologların bu alt ölçekten aldıkları puanların ortalamaları diğer gruba göre daha fazladır, bu gruptaki onkologlar diğer gruptaki onkologlara göre kendilerini, yaptıkları iş üzerinde daha fazla kontrol sahibi ve daha bağımsız hissetmektedirler (Tablo 4-10).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Yaş gruplarının SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1,İY2,KGY2,SDAY) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-10) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BEY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-11) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt

ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İyimser yaklaşım puanlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,055, p<.05$). 35 yaş üstündeki onkologların iyimser yaklaşım puanlarına ait ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4-10).

Cinsiyet: Araştırmada ele alınan psikolojik faktörler açısından kadın ve erkekler arasında farklar olup olmadığı analiz edilmiş ve bu analizlerin sonuçları Tablo 4-12’de ve Tablo 4-13’ te verilmiştir.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Kadınlar ile erkeklerin Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,AÖÇ,PTRÇ,İY1,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-12) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-13) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma , pasif çatışma, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Varoluş çatışması puanlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı bir fark vardır ($t=-2,000; p<.05$). Erkekler, kadınlara göre varoluş çatışmasına daha fazla girmektedirler (Tablo 4-12)

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Erkekler ile kadınların EBÖ B-Formu’ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuca göre empatik beceri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (Tablo 4-12).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Kadın ve erkeklerin İDÖ’den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-12) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KF)

ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-13) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Kadın ve erkeklerin SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve her bir alt ölçeğe (KGY1, İY2, KGY2, SDAY) ait puanların homojen olarak dağıldığı görülmüştür. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Diğer deyişle, cinsiyet stresle başa çıkma tarzının belirleyicisi değildir (Tablo 4-12).

Medeni Durum: Kişisel Bilgi Formu'nda medeni durum değişkeni dört kategoride (evli, bekar-b.ilişki var, bekar-b.ilişki yok, boşanmış) ele alınmış olmasına rağmen araştırmamızdaki psikolojik faktörlerin medeni duruma göre değişip değişmediklerine bakmak için medeni durum değişkeni, karşılaştırma yapılabilmesi için uygun sayıda katılımcının olduğu “evli” ve “bekar” olarak iki grupta ele alınmıştır. “Evli” grubunda toplam 39, “bekar” grubunda toplam 18 kişi bulunmaktadır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Evliler ile bekarların Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ, PÇ, VÇ, TRÇ, AÖÇ, PTRÇ, KÖ, ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-14) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ, YÇ, İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-15) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Aktif çatışma puanlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı bir fark vardır ($t=-2,442; p<.05$). Bekarlar, evlilere göre aktif çatışmaya daha fazla girmektedirler (Tablo 4-14).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Evliler ile bekarların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-14)

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Evliler ile bekarların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-14) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-15) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Evliler ile bekarların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY2) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-14) ile, homojen olarak dağılmayanlar (KGY1,İY2,BEY, SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel (Tablo 4-15) analiz ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Çocuk Sahibi Olma: Çocuk sahibi olmanın araştırmada ele alınan psikolojik faktörleri etkileyip etkilemediğini araştırmak için çocuk sahibi olma değişkeni “var” ve “yok” olarak iki kategoride ele alınmıştır. “Var” grubunda olanların sayısı 34, “yok” grubunda yer alanların sayısı ise 26’dır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Çocuk sahibi olanlar ile olmayanların Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp

dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,AÖÇ,PTRC, İY1,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-16) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-17) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, tümenden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümenden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Çocuk sahibi olanlar ile olmayanların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=p>.05$ - Tablo 4-16)

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Çocuk sahibi olanlar ile olmayanların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-16) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-17) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Çocuk sahibi olanlar ile olmayanların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve her bir alt ölçeğe (KGY1,İY2,KGY2,SDAY) ait puanların homojen olarak dağıldığı görülmüştür. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-16).

Mesleki Ünvan: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin mesleki ünvana göre değişip değişmediklerine bakmak için mesleki ünvan “uzman” ve “asistan” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır. Hem uzman hem de asistan grubunda 24’er hekim bulunmaktadır. Sayıca uygun olmadıklarından “profesör” ve “doçent” kategorileri istatistiksel analizlere dahil edilememiştir.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Uzmanlar ile asistanların Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,TRÇ,AÖÇ,PTRÇ, İY1,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-18) ile, homojen olarak dağılmayanlar (VÇ,ÖÇ,YÇ) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-19) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Uzmanlar ile asistanların EBÖ B-Formu’ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve uzmanların empatik beceri puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2,248; p<.05$ - Tablo 4-18).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Uzmanlar ile asistanların İDÖ’den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-18) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-19) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Kontrol-bağımsızlık alt ölçeğine ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($t=3,036; p<.01$). Uzman hekimlerin işleri üzerindeki

kontrol algıları ve işlerini yaparken kendilerini bağımsız hissetme düzeyleri asistanlarınkine göre daha yüksektir (Tablo 4-18).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Uzmanlar ile asistanların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve her bir alt ölçeğe (KGY1, İY2, KGY2, BEY, SDAY) ait puanların homojen olarak dağıldığı görülmüştür. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-18).

Meslekte Çalışma Süresi: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin meslekte çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak için meslekte çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: 10 yıl ve daha az süredir hekimlik yapanlar ile 10 yıldan daha fazla süredir mesleğini sürdüren hekimlerin Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ, VÇ, PÇ, TRÇ, PTRÇ, İY1, KÖ, ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-20) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ, YÇ, AÖÇ) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-21) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) B-Formuna Ait Bulgular: 10 yıl ve daha az süredir hekimlik yapanlar ile 10 yıldan daha fazla süredir mesleğini sürdüren hekimlerin EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-20)

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: 10 yıl ve daha az süredir hekimlik yapanlar ile 10 yıldan daha fazla süredir mesleğini sürdüren hekimlerin İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-20) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KB,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4.21) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İşletme politikaları ($t=-1,975;p<.05$ – Tablo 4-20) ve kontrol-bağımsızlık ($Z=-3,825;p<.001$ – Tablo 4-21) alt boyutlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Mesleğini on yıldan daha fazla süredir sürdüren hekimlerin hem işletme politikaları hem de kontrol-bağımsızlık alt ölçeklerine ait puan ortalamaları diğer grubunkine göre daha yüksektir. Meslekte 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimler; işyerindeki idari politikalar ve işleyiş biçimi, hiyerarşik yapı, rollerin belirginlik derecesi, iş performanslarının değerlendirilmesi gibi konulardaki diğer gruptaki hekimlere göre daha tatminkar gözükmektedirler ve işleri üzerindeki kontrol algıları ve işlerini yaparken kendilerini bağımsız hissetme düzeyleri de daha yüksektir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: 10 yıl ve daha az süredir hekimlik yapanlar ile 10 yıldan daha fazla süredir mesleğini sürdüren hekimlerin SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1,İY2,KGY2,BEY) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-20) ile, homojen olarak dağılmayanlar (SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-21) ile karşılaştırılmıştır. her bir alt ölçeğe Grupların; kendine güvenli yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İyimser yaklaşım ($t=-2,196;p<.05$) boyutuna bakıldığında ise iki grup arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur (Tablo 4-20). 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin iyimser yaklaşım alt ölçeğine ait puan ortalamaları diğer grubunkine kıyasla

daha yüksektir. Bu hekimlerin; olaylara daha hoşgörülü ve iyimser baktıkları, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şekilde değerlendirdikleri söylenebilir.

Bölümde Çalışma Süresi: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin bölümde çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak için bölümde çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Onkoloji alanında 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimler ile 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin ÇEÖ’nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,TRÇ,PTRÇ, KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-22) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ,AÖÇ,İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-23) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; pasif çatışma, yoğunluk çatışması, kişisel özellikler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Aktif çatışma ($t=2,653;p<.01$), varoluş çatışması ($t= 2,587;p<.01$), tümenden reddetme çatışması ($t=2,427;p<.05$), önyargılı çatışma ($Z=-1,994;p<.05$), aktif önyargılı çatışma ($Z=-1,981; p<.05$), pasif tümenden reddetme çatışması ($t=2,238;p<.05$), insancıl yaklaşım ($Z=-2,009;p<.05$), çatışma-toplam ($t=3,307;p<.001$) alt ölçeklerine ait ortalamalar arasında ise anlamlı farklar bulunmuştur. 10 yıl veya daha az süredir onkoloji alanında çalışan hekimlerin aktif çatışma, varoluş çatışması, tümenden reddetme çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümenden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım ve çatışma-toplam alt ölçeklerine ait puan ortalamaları diğer grubunkilere göre daha yüksektir. Onkoloji alanında 10 yıldan uzun süredir çalışan hekimlerin ise önyargılı çatışma puan ortalaması diğer grubunkine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-22 – Tablo 4-23).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Onkoloji alanında 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimler ile 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin EBÖ B-Formu’ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları

arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-2,207; p<.05$). Onkolojide 10 yıldan uzun süredir çalışan hekimlerin empatik beceri düzeyleri, bu alanda 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimlerin empatik beceri düzeylerinden daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-22).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Onkoloji alanında 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimler ile 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-22) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KB,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-23) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Kontrol-bağımsızlık ($Z=-2,809; p<.01$) ve kişilerarası faktörler ($Z=-2,235; p<.05$) alt boyutlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde farklar bulunmuştur (Tablo 4-23). Onkoloji alanında 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin kontrol bağımsızlık ve kişilerarası faktörler alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diğer grubun puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Onkoloji alanında 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimler ile 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1,KGY2,SDAY) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-22) ile, homojen olarak dağılmayanlar (İY2,BEY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-23) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Kendine güvensiz yaklaşım ($t=2,097; p<.05$) alt boyutuna ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Onkolojide 10 yıl ve daha az süredir çalışan hekimlerin kendine güvensiz yaklaşım puan ortalamaları diğer grubun puan ortalamalarına göre daha yüksektir (Tablo 4-22)

Haftalık Ortalama Çalışma Süresi: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin haftalık ortalama çalışma süresine göre değişip değişmediklerine bakmak için haftalık çalışma süresi “40 saat ve altı” ve “40 saat üstü” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama çalışma süresi 40 saat ve daha az olanlar ile 40 saatin üstünde olanların ÇEÖ’nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,PTRÇ,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-24) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ,AÖÇ,İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-25) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Aktif çatışma puanlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($t=-2,542; p<.01$). Çalışma 40 saatten fazla olan grubun puan ortalaması diğer grubunkine göre daha yüksek düzeydedir (Tablo 4-24).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Haftalık ortalama çalışma süresi 40 saat ve daha az olanlar ile 40 saatin üstünde olanların EBÖ B-Formu’ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-24)

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama çalışma süresi 40 saat ve daha az olanlar ile 40 saatin üstünde olanların İDÖ’den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (Ü,İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-24) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel (Tablo 4-25) analiz ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel

koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama çalışma süresi 40 saat ve daha az olanlar ile 40 saatin üstünde olanların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1, İY2, KGY2) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-24) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BEY, SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel (Tablo 4-25) analiz ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-24 - Tablo 4-25)

Haftalık Ortalama Hasta Sayısı: Araştırmamızda ele aldığımız psikolojik faktörlerin haftalık ortalama hasta sayısına göre değişip değişmediklerine bakmak için haftada görülen hasta sayısı “75 ve altı” ve “75 üstü” olarak iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama hasta sayısı 75 ve az olanlar ile 75'ten daha fazla olan onkologların ÇEÖ'nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ, PÇ, VÇ, TRÇ, PTRÇ, İY1, KÖ) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-26) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ, YÇ, AÖÇ, ÇT) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-27) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması, tümenden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümenden reddetme çatışması, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İnsancıl yaklaşım ($t=-2,224; p<.05$) alt ölçeğine ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur, haftalık hasta sayısı 75'ten fazla olan hekimlerin insancıl yaklaşım alt ölçeği puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksektir (Tablo 4-26).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Haftalık ortalama hasta sayısı 75 ve az olanlar ile 75'ten daha fazla olan onkologların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-26)

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama hasta sayısı 75 ve az olanlar ile 75'ten daha fazla olan onkologların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-26) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-27) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-26 – Tablo 4-27)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Haftalık ortalama hasta sayısı 75 ve daha az olanlar ile 75'ten daha fazla olan onkologların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1,İY2,KGY2) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-26) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BEY,SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-27) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-26 – Tablo 4-27)

Çalışma Şekli: Araştırmada ele alınan psikolojik faktörlerin çalışma şekline göre değişip değişmediklerine bakmak için çalışma şekilleri “sürekli gündüz” ve “gündüz ve bazen nöbet” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Sürekli gündüz çalışanlar ile gündüz çalışıp bazen de nöbet yapanların ÇEÖ'nün alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ,PÇ,VÇ,TRÇ,PTRÇ,KÖ,ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-28) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ,YÇ,AÖÇ,İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-29) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; aktif çatışma, pasif çatışma, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması , aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. Varoluş çatışması ($t=-2,012; p<.05$) alt ölçeğine ait puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur (Tablo 4-28). Çalışma şekli “gündüz ve bazen nöbet” olan grubun varoluş çatışması puan ortalamaları diğer grubunkine göre daha yüksek bulunmuştur.

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Sürekli gündüz çalışanlar ile gündüz çalışıp bazen de nöbet yapanların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-28).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Sürekli gündüz çalışanlar ile gündüz çalışıp bazen de nöbet yapanların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,KB,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-28) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-29) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, işletme politikaları, bireysel faktörler, fiziksel koşullar, kişilerarası faktörler alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İşletme politikaları ($t=2,235; p<.05$) ve kontrol-bağımsızlık ($t=3,925; p<.001$) alt ölçeklerine ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde farklar bulunmuştur (Tablo 4-28). Çalışma şekli “sürekli gündüz” olanların işletme politikaları ve kontrol-bağımsızlık ölçeklerine

ait puan ortalamaları gündüz çalışıp bazen de nöbet yapan grubunkine göre daha yüksektir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Sürekli gündüz çalışanlar ile gündüz çalışıp bazen de nöbet yapanların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (KGY1, İY2, KGY2) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-28) ile, homojen olarak dağılmayanlar (BEY, SDAY) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-29) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-28 – Tablo 4-29).

Bölümden Memnuniyet: Kişisel Bilgi Formu'nda bölümden memnuniyetle ilgili dört kategori (memnun değilim, kısmen memnunum, memnunum, çok memnunum) bulunmasına rağmen araştırmamızdaki psikolojik faktörlerin bölümden memnuniyet duruma göre değişip değişmediklerine bakmak için bölümden memnuniyet değişkeni, karşılaştırma yapılabilmesi için uygun sayıda katılımcının olduğu “memnun” ve “memnun değil” olarak iki grupta ele alınmıştır. “Memnun değilim” ve “Kısmen memnunum” yanıtları “memnun değil”, “memnunum” ve “çok memnunum” yanıtları da “memnun” başlıkları altında düşünülmüştür.

Çatışma Eğilimi Ölçeğine (ÇEÖ) Ait Bulgular: Çalıştığı bölümden memnun olanlar ile memnun olmayanların Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (AÇ, PÇ, VÇ, TRÇ, PTRÇ, KÖ, ÇT) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-30) ile, homojen olarak dağılmayanlar (ÖÇ, YÇ, AÖÇ, İY1) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-31) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; pasif çatışma, varoluş çatışması, tümünden reddetme çatışması, önyargılı çatışma, yoğunluk çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümünden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler, çatışma-toplam alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar

bulunamamıştır. Aktif çatışma ($t=-810;p<.05$) puanlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde bir fark vardır. Memnun olan grubun aktif çatışma puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4-30).

Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)B-Formuna Ait Bulgular: Çalıştığı bölümden memnun olanlar ile memnun olmayanların EBÖ B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz ile karşılaştırılmış ve iki grubun bu ölçeğe ait puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-30).

İş Doyumu Ölçeğine (İDÖ) Ait Bulgular: Çalıştığı bölümden memnun olanlar ile memnun olmayanların İDÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve homojen olarak dağılanlar (İP,FK) bağımsız gruplar için t-test istatistiksel analiz (Tablo 4-30) ile, homojen olarak dağılmayanlar (Ü,BF,KB,KF) ise Mann-Whitney U Test istatistiksel analiz (Tablo 4-31) ile karşılaştırılmıştır. Grupların; ücret, ve bireysel faktörler, alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunamamıştır. İşletme politikaları ($t=-3,376;p<.001$), kontrol bağımsızlık ($Z=1,514;p<.05$), fiziksel koşullar ($t=-3,578;p<.001$), kişilerarası faktörler ($Z=-2,359;p<.05$) alt boyutlarına ait ortalamalar arasında ise anlamlı düzeyde farklar vardır. Çalıştığı bölümden memnun olan hekimlerin bu ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları memnun olmayan hekimlerinkilere göre daha yüksektir (Tablo 4-30 – Tablo 4-31).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine (SBTÖ) Ait Bulgular: Çalıştığı bölümden memnun olanlar ile memnun olmayanların SBTÖ'den aldıkları puanların ortalamalarının karşılaştırılması için öncelikle bu puanların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmış ve her bir alt ölçeğe (KGY1,İY2,KGY2,BEY,SDAY) ait puanların homojen olarak dağıldığı görülmüştür. Grupların; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Tablo 4-30).

Tablo 4-8. Çalışılan kuruma göre ÇEO, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Üniversite		Eğitim-Araştırma		t
	X (n=30)	SS	X (n=30)	SS	
ÇEO					
AÇ	18,500	3,287	17,600	2,907	1,123
PÇ	26,966	4,937	24,533	5,721	1,763
VÇ	14,433	3,597	14,433	2,737	.000
TRÇ	16,166	3,658	17,900	2,771	-2,069*
ÖÇ	3,400	.968	3,233	1,135	.612
PTRÇ	12,300	3,018	11,500	3,014	1,027
KÖ	20,833	5,233	21,800	3,791	-.819
ÇT	143,733	20,399	141,700	15,391	.436
EBÖ	129,964	16,075	131,166	19,585	-.255
İDÖ					
İP	44,033	11,975	42,700	11,271	.444
KB	10,833	2,913	10,966	2,442	-.192
FK	15,533	3,830	14,366	3,925	1,165
STÖ					
KGY1	13,933	4,076	14,033	3,671	-.100
İY2	9,500	2,569	7,800	3,100	2,312*
KGY2	9,666	3,198	10,200	4,671	-.516
BEY	5,400	2,847	6,033	3,058	-.768

*p<.05

Tablo 4-9. Çalışılan kuruma göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Üniversite		Eğitim-Araştırma		
	X (n=30)	SS	X (n=30)	SS	Z
ÇEÖ					
YÇ	5,366	1,449	4,700	1,442	-2,064*
AÖÇ	5,500	1,456	5,266	1,874	-.916
İY1	20,266	3,814	20,733	3,289	-.693
İDÖ					
Ü	3,700	1,393	4,400	1,328	-2,224*
BF	19,133	3,901	17,500	4,725	-1,279
KF	7,333	1,688	7,100	1,516	-.516
SBTÖ					
SDAY	7,266	1,740	7,966	2,092	-1,372

*p<.05

Tablo 4-10. Yaş gruplarına göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	35 yaş altı		35 yaş ve üstü		
	X (n=29)	SS	X (n=31)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	18,586	3,364	17,548	2,814	1,299
PÇ	25,551	5,179	25,935	5,750	-.271
VÇ	15,069	3,217	13,838	3,056	1,519
TRÇ	17,448	2,746	16,645	3,808	.931
PTRÇ	12,379	3,028	11,451	2,987	1,194
KÖ	21,586	4,671	21,064	4,508	.440
ÇT	145,06	14,245	140,51	20,822	.982
EBÖ	128,03	17,77	132,96	17,85	-1,053
İDÖ					
Ü	4,172	1,441	3,935	1,364	.654
İP	40,689	12,171	45,871	10,519	-1,768
KB	9,655	2,781	12,064	1,965	-3,896***
FK	14,655	4,401	15,225	3,393	-.565
SBTÖ					
KGY1	13,689	3,723	14,258	3,999	-.569
İY2	7,862	3,204	9,387	2,525	-2,055*
KGY2	10,069	3,614	9,806	4,346	.253
SDAY	7,827	2,036	7,419	1,857	.812

*p< .05

***p<.001

Tablo 4-11. Yaş gruplarına göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ 'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	35 yaş altı		35 yaş ve üstü		
	X (n=29)	SS	X (n=31)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,379	1,082	3,258	1,031	-.524
YÇ	4,793	1,346	5,258	1,569	-1,150
AÖÇ	5,655	1,987	5,129	1,284	-1,161
İY1	20,620	3,802	20,387	3,333	-.562
İDÖ					
BF	17,689	4,559	18,903	4,182	-.992
KF	7,103	1,588	7,322	1,620	-.343
SBTÖ					
BEY	5,689	2,941	5,741	3,444	-.314

Tablo 4-12. Cinsiyete göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Kadın		Erkek		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	18,176	3,476	17,884	2,612	.357
PÇ	25,176	5,760	26,500	4,998	-.933
VÇ	13,735	3,333	15,346	2,741	-2,000*
TRÇ	16,676	3,649	17,500	2,874	-.947
AÖÇ	5,529	1,862	5,192	1,386	.773
PTRÇ	11,882	3,140	11,923	2,911	-.051
İY1	20,500	3,815	20,500	3,215	.000
KÖ	21,029	5,356	21,692	3,295	-.555
ÇT	141,352	21,329	144,500	12,394	-.670
EBÖ	134,531	20,053	125,730	13,483	1,912
İDÖ					
Ü	3,823	1,086	4,346	1,695	-1,451
İP	42,558	11,565	44,423	11,669	-.616
KB	10,911	2,789	10,884	2,550	.039
FK	14,588	4,418	15,423	3,087	-.821
SBTÖ					
KG1	13,705	3,494	14,346	4,307	-.636
İY2	8,470	3,067	8,884	2,833	-.535
KG2	10,705	4,654	8,923	2,621	1,750
BEY	5,647	3,575	5,807	2,653	-.192
SDAY	7,882	2,266	7,269	1,372	1,218

*p<.05

Tablo 4-13. Cinsiyete göre ÇEÖ ve İDÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Kadın		Erkek		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,470	.960	3,115	1,142	-1,206
YÇ	5,176	1,766	4,846	.967	-.346
İDÖ					
BF	18,852	4,593	17,615	4,050	-1,584
KF	7,235	1,688	7,192	1,497	-.253

Tablo 4-14. Medeni duruma göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Evli		Bekar		
	X (n=39)	SS	X (n=18)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	17,461	2,583	19,555	3,792	-2,442*
PÇ	25,589	5,495	24,666	4,550	.620
VÇ	14,820	3,251	13,666	3,029	1,272
TRÇ	17,359	3,359	16,055	3,244	1,376
AÖÇ	5,102	1,586	5,888	1,875	-1,642
PTRÇ	11,615	3,208	12,333	2,678	-.825
KÖ	21,692	4,490	19,833	4,617	1,440
ÇT	142,000	19,002	141,666	15,833	.065
EBÖ	133,921	17,728	124,235	15,876	1,934
İDÖ					
İP	44,359	11,312	42,388	11,581	.607
KB	11,025	2,539	10,500	3,072	.679
FK	14,794	3,480	15,500	4,805	-.628
SBTÖ					
KGY2	10,538	4,303	8,722	3,250	1,590

*p<.05

Tablo 4-15. Medeni duruma göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Evli		Bekar		
	X (n=39)	SS	X (n=18)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,153	1,113	3,611	,916	-1,274
YÇ	5,051	1,431	4,944	1,551	-.408
İY1	20,153	3,391	21,111	4,100	-.588
İDÖ					
Ü	3,974	1,423	4,111	1,367	-.440
BF	17,974	4,516	18,888	4,309	-.820
KF	7,153	1,565	7,333	1,680	-.820
SBTÖ					
KGY1	13,820	4,051	14,277	3,528	-.690
İY2	8,743	3,041	8,444	3,052	-.026
BEY	6,000	3,332	5,055	3,096	-1,014
SDAY	7,820	1,998	7,277	1,742	-1,124

Tablo 4-16. Çocuk sahibi olup-olmamaya göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Var		Yok		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	17,676	2,671	18,538	3,602	-1,065
PÇ	26,617	5,128	24,615	5,720	1,425
VÇ	15,029	3,334	13,653	2,813	1,692
TRÇ	17,676	3,470	16,192	3,006	1,738
AÖÇ	5,205	1,647	5,615	1,698	-.941
PTRÇ	11,941	3,237	11,846	2,766	.120
İY1	20,117	3,565	21,000	3,510	-.956
KÖ	22,205	4,374	20,153	4,610	1,759
ÇT	144,823	19,393	139,961	15,800	1,041
EBÖ	134,303	16,649	125,680	18,476	1,863
İDÖ					
Ü	3,970	1,466	4,153	1,317	-.501
İP	45,147	10,796	41,038	12,288	1,376
KB	10,941	2,673	10,846	2,708	.136
FK	14,852	3,173	15,076	4,732	-.219
SBTÖ					
KGY1	13,588	3,862	14,500	3,839	-.908
İY2	8,823	2,999	8,423	2,928	.518
KGY2	10,764	4,171	8,846	3,495	1,891
BEY	6,058	3,383	5,269	2,906	.951
SDAY	7,617	1,907	7,615	2,021	.004

Tablo 4-17. Çocuk sahibi olup-olmamaya göre ÇEÖ ve İDÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Var		Yok		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,117	1,148	3,576	.856	-1,419
YÇ	5,235	1,415	4,769	1,531	-1,398
İDÖ					
BF	17,794	4,643	19,000	3,979	-.991
KF	7,176	1,585	7,269	1,638	-.589

Tablo 4-18. Mesleki ünvana göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Uzman		Asistan		
	X (n=24)	SS	X (n=24)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	17,750	2,967	18,708	3,665	.996
PÇ	25,000	5,208	26,166	5,378	-.763
TRÇ	17,208	3,230	17,541	2,570	-.396
AÖÇ	4,916	1,501	5,875	2,006	1,873
PTRÇ	11,750	3,068	12,416	2,947	-.768
İY1	20,000	3,451	21,125	3,651	-1,097
KÖ	21,541	4,190	21,791	4,662	-.195
ÇT	140,375	17,305	147,375	14,634	-1,513
EBÖ	135,958	17,155	124,521	17,155	2,248*
İDÖ					
Ü	4,000	1,560	4,083	1,316	-.200
İP	44,041	9,800	40,000	12,029	1,276
KB	11,666	2,389	9,416	2,733	3,036**
FK	14,916	3,512	14,666	4,612	.211
SBTÖ					
KGY1	14,208	4,313	13,791	3,729	.358
İY2	9,166	3,031	7,916	3,309	1,365
KGY2	10,583	4,624	9,916	3,705	.551
BEY	6,000	3,867	5,750	2,785	.257
SDAY	7,500	1,978	7,833	2,099	-.566

*p<.05

* *p<.01

Tablo 4-19. Mesleki ünvana göre ÇEÖ ve İDÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Uzman		Asistan		
	X (n=24)	SS	X (n=24)	SS	Z
ÇEÖ					
VÇ	14,166	2,943	15,250	2,908	-1,851
ÖÇ	3,166	1,167	3,458	1,062	-.877
YÇ	4,875	1,623	5,041	1,459	-.705
İDÖ					
BF	18,291	4,903	17,333	4,249	-1,214
KF	7,416	1,815	7,041	1,459	-1,130

Tablo 4-20. Meslekte çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	10 yıl ve altı		10 yıl üstü		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	18,705	3,233	17,192	2,771	1,909
PÇ	25,705	5,172	25,807	5,872	-.071
VÇ	14,941	3,190	13,769	3,076	1,432
TRÇ	17,470	2,894	16,461	3,818	1,165
PTRÇ	12,411	2,965	11,230	3,010	1,519
İY1	20,911	3,848	19,961	3,078	1,031
KÖ	21,764	4,985	20,730	3,945	.869
ÇT	145,852	16,227	138,615	19,532	1,567
EBÖ	127,484	17,262	134,680	18,084	-1,540
İDÖ					
Ü	4,147	1,438	3,923	1,354	.613
İP	40,852	12,195	46,653	9,931	-1,975*
FK	14,558	4,279	15,461	3,325	-.889
SBTÖ					
KGY1	13,500	3,886	14,615	3,774	-1,115
İY2	7,941	3,064	9,576	2,564	-2,196*
KGY2	10,470	4,554	9,230	3,010	1,201
BEY	6,264	3,654	5,000	2,315	1,542

*p<.05

Tablo 4-21. Meslekte çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	10 yıl ve altı		10 yıl üstü		
	X (n=34)	SS	X (n=26)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,323	1,036	3,307	1,087	-.047
YÇ	4,911	1,422	5,192	1,549	-.653
AÖÇ	5,705	1,883	4,961	1,248	-1,580
İDÖ					
BF	17,441	4,819	19,461	3,478	-1,621
KB	9,852	2,618	12,269	2,069	-3,825***
KF	6,970	1,623	7,538	1,529	-1,324
SBTÖ					
SDAY	7,794	2,041	7,384	1,812	.711

***p<.001

Tablo 4-22. Bölümde çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ 'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	10 yıl ve altı		10 yıl üstü		
	X (n=42)	SS	X (n=18)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	18,714	3,255	16,500	2,093	2,653**
PÇ	5,142	1,507	24,166	5,853	1,491
VÇ	15,095	3,050	12,888	2,968	2,587**
TRÇ	17,690	2,917	15,500	3,807	2,427*
PTRÇ	12,452	2,812	10,611	3,164	2,238*
KÖ	21,928	4,619	19,888	4,185	1,613
ÇT	147,357	16,367	131,888	17,152	3,307***
EBÖ	127,365	16,338	138,352	19,355	-2,207*
İDÖ					
İP	42,595	11,834	45,166	10,966	-.788
FK	14,738	4,024	15,444	3,617	-.641
SBTÖ					
KGY1	13,428	3,650	15,277	4,084	-1,735
KGY2	10,619	4,242	8,333	2,765	2,097*
SDAY	7,714	1,890	7,388	2,090	.592

*p<.05

**p<.01

***p<.001

Tablo 4-23. Bölümde çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	10 yıl ve altı		10 yıl üstü		
	X (n=42)	SS	X (n=18)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,142	1,094	3,722	.826	-1,994*
YÇ	5,142	1,507	4,777	1,395	-.939
AÖÇ	5,666	1,789	4,722	1,127	-1,981*
İY1	21,095	3,720	19,111	2,676	-2,009*
İDÖ					
Ü	4,047	1,378	4,055	1,474	-.058
BF	17,785	4,619	19,555	3,551	-1,355
KB	10,333	2,665	12,222	2,211	-2,809**
KF	6,952	1,513	7,833	1,653	-2,235*
SBTÖ					
İY2	8,190	2,948	9,722	2,739	-1,609
BEY	6,047	3,428	4,944	2,436	-1.189

*p<.05

**p<.01

Tablo 4-24. Haftalık çalışma süresine göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	40 saat ve altı		40 saat üstü		
	X (n=39)	SS	X (n=21)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	17,333	2,678	19,381	3,471	-2,542**
PÇ	26,000	5,973	25,285	4,372	.482
VÇ	14,512	3,331	14,285	2,917	.263
TRÇ	17,153	3,558	16,809	2,943	.379
PTRÇ	11,794	3,419	12,095	2,142	-.365
KÖ	21,487	4,122	21,793	4,828	.392
ÇT	142,461	19,222	143,190	15,734	-.149
EBÖ	132,648	18,710	126,952	15,945	1,173
İDÖ					
Ü	4,025	1,307	4,095	1,578	-.183
İP	45,000	11,849	40,333	10,575	1,509
KB	11,451	2,321	10,285	2,512	1,318
FK	15,564	3,647	13,809	4,154	1,725
SBTÖ					
KGY1	13,794	3,671	13,896	4,295	.168
İY2	8,820	2,703	8,333	3,410	.607
KGY2	10,128	4,168	9,571	3,668	.514

**p<.01

Tablo 4-25. Haftalık çalışma süresine göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	40 saat ve altı		40 saat üstü		
	X (n=39)	SS	X (n=21)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,461	1,047	3,047	1,023	-1,441
YÇ	5,096	1,374	5,095	1,445	-.423
AÖÇ	5,256	1,681	5,619	1,657	-.857
İY1	20,461	3,740	21,517	3,728	-.289
İDÖ					
BF	18,359	4,636	18,238	3,948	-.421
KF	7,384	1,583	6,904	1,609	-1,296
SBTÖ					
BEY	6,205	3,205	4,809	3,010	-1,807
SDAY	7,410	1,956	8,000	1,897	-1,273

Tablo 4-26. Haftalık hasta sayısına göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	75 ve altı		75 üstü		
	X (n=31)	SS	X (n=29)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	18,290	3,068	17,793	3,189	.615
PÇ	26,000	5,973	24,517	4,702	1,726
VÇ	14,354	3,039	14,517	3,355	-.197
TRÇ	16,548	3,604	17,551	2,995	-1,168
PTRÇ	12,000	2,977	11,793	3,109	.263
İY1	19,548	3,118	21,517	3,728	-2,224*
KÖ	20,871	4,318	21,793	4,828	-.781
EBÖ	128,566	17,878	132,750	17,846	-.891
İDÖ					
İP	46,064	11,721	46,064	11,721	1,912
KB	11,451	2,321	10,310	2,916	1,682
FK	15,774	3,106	14,069	4,471	1,725
SBTÖ					
KGY1	14,064	3,444	13,896	4,295	.168
İY2	9,032	2,089	8,241	3,651	1,038
KGY2	9,419	3,170	10,482	4,687	-1,035

*p<.05

Tablo 4-27. Haftalık hasta sayısına göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	75 ve altı		75 üstü		
	X (n=31)	SS	X (n=29)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,290	,901	3,344	1,203	-.469
YÇ	5,096	1,374	4,965	1,592	-.731
AÖÇ	5,483	1,287	5,275	2,015	-1,007
ÇT	142,387	19,574	143,069	16,364	-.355
İDÖ					
Ü	4,129	1,408	3,965	1,401	-.220
BF	19,225	3,148	17,344	5,273	-.220
KF	7,548	1,312	6,862	1,807	-1,177
SBTÖ					
BEY	5,548	2,718	5,896	3,658	-.172
SDAY	7,419	1,746	7,827	2,139	-.870

Tablo 4-28. Çalışma şekline göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Sürekli gündüz		Gündüz ve bazen nöbet		
	X (n=36)	SS	X (n=24)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	17,611	2,643	18,708	3,665	-1,348
PÇ	25,472	5,536	26,166	5,378	-.481
VÇ	13,777	3,145	15,416	3,006	-2,012*
TRÇ	16,666	3,718	16,666	3,718	-1,044
PTRÇ	11,583	3,101	12,375	2,886	-.995
KÖ	20,888	4,341	21,958	4,885	-.889
ÇT	139,333	18,940	147,791	15,342	-1,824
EBÖ	133,828	17,351	125,652	17,783	1,738
İDÖ					
İP	46,000	11,107	39,416	11,282	2,235*
KB	11,888	2,135	9,416	2,733	3,925***
FK	15,055	3,320	14,791	4,690	.255
SBTÖ					
KGY1	14,277	3,873	13,541	3,844	.723
İY2	9,138	2,620	7,916	3,309	1,592
KGY2	9,777	4,154	10,166	3,772	-.368

*p<.05

***p<.001

Tablo 4-29. Çalışma şekline göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Sürekli gündüz		Gündüz ve bazen nöbet		
	X (n=36)	SS	X (n=24)	SS	Z
ÇEÖ					
ÖÇ	3,222	1,045	3,458	1,062	-.885
YÇ	4,972	1,502	5,125	1,454	-.575
AÖÇ	5,138	1,476	5,750	1,893	-1,182
İY1	20,000	3,389	21,250	3,697	-1,172
İDÖ					
Ü	4,111	1,488	3,958	1,267	-.286
BF	18,972	4,391	17,333	4,249	-1,875
KF	7,333	1,690	7,041	1,459	-.852
SBTÖ					
BEY	5,638	3,440	5,833	2,823	-.693
SDAY	7,555	1,747	7,708	2,235	-.023

Tablo 4-30. Bölümden memnuniyete göre ÇEÖ, EBÖ-B, İDÖ ve SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

	Memnun değil		Memnun		
	X (n=18)	SS	X (n=42)	SS	t
ÇEÖ					
AÇ	16,833	3,329	18,571	2,897	-.810*
PÇ	26,111	6,397	25,595	5,051	.334
VÇ	13,722	2,986	14,738	3,231	-1,141
TRÇ	16,611	2,992	17,214	3,488	-.639
PTRÇ	11,222	3,097	12,190	2,973	-1,142
KÖ	22,222	4,544	20,928	4,560	1,008
ÇT	142,166	17,577	142,952	18,306	-.154
EBÖ	129,388	15,651	131,125	18,892	-.340
İDÖ					
İP	36,277	12,375	46,404	9,845	-3,376***
FK	12,444	3,535	16,023	3,557	-3,578***
SBTÖ					
KG Y1	14,055	4,317	13,952	3,682	.094
İY2	8,666	3,804	8,642	2,555	.028
KG Y2	9,722	3,754	10,023	4,111	-.267

*p<.05

***p<.001

Tablo 4-31. Bölümden memnuniyete göre ÇEÖ, İDÖ, SBTÖ'den alınan puanların ortalamaları, standart sapmaları ve Z değerleri

	Memnun değil		Memnun		
	X	SS	X	SS	Z
	(n=18)		(n=42)		
ÇEÖ					
ÖÇ	3,166	1,043	3,381	1,058	-.810
YÇ	5,055	1,626	5,023	1,422	.000
AÖÇ	6,000	1,815	5,119	1,549	-1,849
İY1	21,222	3,116	20,190	3,697	-1,358
İDÖ					
Ü	3,555	1,338	4,261	1,380	-1,750
BF	17,000	5,190	18,881	3,908	-1,388
KB	9,833	3,745	11,357	1,923	-1,514*
KF	6,444	1,885	7,547	1,347	-2,359*
SBTÖ					
BEY	5,333	2,634	5,881	3,408	-.171
SDAY	7,166	1,689	7,809	2,027	-1,071

*p<.05

4.3. Araştırmada Ele Alınan Psikolojik Faktörler Arasındaki Korelasyonlara İlişkin Bulgular

4.3.1.Çatışma Eğilimi ile Empatik Beceri, İş Doyumu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyonlar

Aktif Çatışma: Aktif çatışma ile iş doyumunun hiçbir alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aktif çatışma ile stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım ($r=-.286, p<.05$) arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4-32). Aktif çatışma ile iyimser yaklaşım arasında negatif ilişki bulunması, kişilerin aktif çatışma eğilimi arttıkça insanlara ve olaylara iyimser yaklaşımdan ve onların olumlu taraflarını görmekten uzaklaştıklarını göstermektedir.

Pasif Çatışma: Pasif çatışma ile iş doyumunun işletme politikaları ($r=-.375, p<.01$), kontrol-bağımsızlık ($r=-.275, p<.05$) ve kişiler arası faktörler ($r=-.363, p<.01$) boyutları arasında negatif ilişki vardır. Stresle başa çıkma tarzları ile pasif çatışma arasındaki ilişkilere bakıldığında ise, pasif çatışmanın kendine güvensiz yaklaşım ($r=.402, p<.01$) ve boyun eğici yaklaşım ($r=.260, p<.05$) ile pozitif, kendine güvenli yaklaşım ($r=-.271, p<.05$) ve sosyal destek arama yaklaşımı ($r=-.438, p<.01$) ile de negatif bir ilişki gösterdiği görülmektedir (Tablo 4-32).

Pasif çatışma arttıkça, kurumun işleyiş biçimi, yapılan iş üzerindeki kontrol algısı ve kişiler arası ilişkilerle ilgili doyum azalmaktadır. Ayrıca kişilerin, bir çatışma yaşadıklarında birbirleriyle iletişim kurmaktan kaçınmaları, bir diğer deyişle pasif çatışmayı tercih etmeleri halinde, yaşadıkları stresle başa çıkmak için kendine güvenli bir tutum sergilemekten ve sosyal destek aramaktan da uzaklaştıkları, buna karşın, kendine güvensiz davranma tutumunun ve boyun eğme davranışının arttığı görülmektedir.

Varoluş Çatışması: Varoluş çatışması ile bireysel faktörler ($r=-.305, p<.05$) arasında negatif, kendine güvensiz yaklaşım ($r=.256, p<.05$) arasında pozitif bir ilişki vardır (Tablo 4-32). Varoluş çatışması ile kendine güvensiz yaklaşım arasında pozitif, bireysel faktörler arasında ise negatif bir ilişkinin bulunması, varoluşla ilgili kaygıların artmasının kendine güvensiz davranmayı da arttırdığını ve kişinin, işinde kendi yeterliliği ile ilgili konulardaki doyumunu düşürdüğünü göstermektedir.

Tümden Reddetme Çatışması: Tümden reddetme çatışması ile iş doyumun kontrol-bağımsızlık ($r=-.280, p<.05$) boyutu arasında negatif, stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvensiz yaklaşım ($r=.317, p<.05$) arasında pozitif bir ilişki vardır (Tablo 4-32). Buna göre, tümden reddetme çatışması arttıkça iş üzerindeki kontrol algısıyla ilgili doyum azalmakta ve sorunlarla karşılaştığında, kişinin kendine güvensiz davranma durumu artmaktadır.

Önyargılı Çatışma: Önyargılı çatışma ile fiziksel koşullar ($r=.314, p<.01$), kişilerarası faktörler ($r=.323, p<.05$) ve kendine güvenli yaklaşım arasında pozitif ilişki vardır ($r=.362, p<.01$). Kendine güvensiz yaklaşımla ($r=-.267, p<.05$) arasında ise negatif bir ilişki vardır (Tablo 4-32). Bu bulgulara göre önyargılı çatışma arttıkça iş yerindeki fiziksel koşullarla ve kişiler arası ilişkilerle ilgili doyum artmakta ve kendine güvensiz bir tutum sergilenmesi ihtimali de düşmektedir.

Yoğunluk Çatışması: Yoğunluk çatışması ile stresle başa çıkma tarzlarından olan kendine güvensiz yaklaşım ($r=.278, p<.05$) ve boyun eğici yaklaşım arasında pozitif birer ilişki ($r=.342, p<.01$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4-32). Buna göre, aynı görüşe farklı düzeylerde katılan kişiler arasındaki çatışma, kendine güvensiz ya da boyun eğici bir şekilde davranmayı arttırmaktadır.

Aktif Önyargılı Çatışma: Aktif önyargılı çatışma ile bireysel faktörler ($r=-.324, p<.05$), kontrol bağımsızlık ($r=-.262, p<.05$) ve iyimser yaklaşım ($r=-.392, p<.01$) arasında negatif korelasyon vardır (Tablo 4-32). Aktif önyargılı çatışma arttıkça kişinin, işinde kendi yeterliliği ve işi üzerinde kontrol sahibi hissetmesiyle ilgili doyum azalmaktadır. Aynı zamanda aktif önyargılı çatışmanın artması, kişiyi insanlara ve olaylara iyimser yaklaşımdan uzaklaştırmaktadır.

Pasif Tümden Reddetme Çatışması: Pasif tümden reddetme çatışmasıyla kişilerarası faktörler ($r=-.281, p<.05$) ve sosyal destek arama yaklaşımı ($r=-.406, p<.01$) arasında negatif, kendine güvensiz yaklaşım ($r=.395, p<.01$) arasında ise pozitif birer ilişki vardır (Tablo 4-32). Pasif tümden reddetme çatışması arttıkça stresli durumlarla kendine güvensiz bir şekilde başa çıkma ihtimali artmakta, sosyal destek arama ihtimali de azalmaktadır. İş yerinde kişiler arası ilişkilerle ilgili doyum arttıkça da kişi pasif tümden reddetme tarzı bir çatışmaya girmekten uzaklaşmaktadır.

İnsancıl Yaklaşım: İnsancıl yaklaşım ile bireysel faktörler ($r=-.432, p<.01$), kişilerarası faktörler ($r=-.380, p<.01$) ve iyimser yaklaşım ($r=-.398, p<.01$) arasında negatif ilişki bulunmuştur (Tablo 4-32). Buna göre, insanlara olumsuz özellikler atfetme durumu arttıkça, iş yerinde kişiler arası ilişkilerden alınan ve işin kişinin yeteneklerine ve kişiliğine uygunluğuyla ilgili doyum azalmakta ve kişi, stresli durumlara iyimser ve olumlu bir şekilde yaklaşımdan uzaklaşmaktadır.

Kişisel Özellikler: Kişisel özellikler ile işletme politikaları ($r=-.264, p<.05$), bireysel faktörler ($r=-.478, p<.01$), kontrol-bağımsızlık ($r=-.306, p<.05$), kişilerarası faktörler ($r=-.404, p<.01$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-.389, p<.01$), iyimser yaklaşım ($r=-.342, p<.01$) arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu boyutun, kendine güvensiz yaklaşımla ($r=.406, p<.01$) arasında ise pozitif bir ilişki vardır (Tablo 4-32). Kendine olumsuz kişilik özellikleri atfetme, iş doyumunun bireysel ve kişiler arası boyutuyla ve stresli durumlarda kendine güvenli ve iyimser bir yaklaşım sergilemeyle ters yönde ilişkilidir.

Çatışma Toplam: Toplam çatışma puanları ile bireysel faktörler ($r=-.428, p<.01$), kontrol-bağımsızlık ($r=-.354, p<.01$), kişilerarası faktörler ($r=-.406, p<.01$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-.342, p<.01$), iyimser yaklaşım ($r=-.350, p<.01$), sosyal destek arama yaklaşımı ($r=-.360, p<.01$) arasında ileri düzeyde anlamlı ve negatif ilişki, kendine güvensiz yaklaşım ($r=.425, p<.01$) arasında ise yine ileri düzeyde anlamlı fakat pozitif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4-32).

Çatışma Eğilimi Ölçeğinin alt boyutlarının hiçbirisiyle Empatik Beceri arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4-32).

Tablo 4-32. Çatışma eğilimi ile empatik beceri, iş doyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar

	EBÖ			İDÖ				SBTÖ				
		Ü	İP	BF	KB	FK	KF	KGY1	İY2	KGY2	BEY	SDAY
AÇ	-.240	.128	.201	-.128	-.050	.171	-.012	-.177	-.286*	-.018	-.004	-.115
PC	-.161	-.085	-.375**	-.235	-.275*	-.134	-.363**	-.271*	-.016	.402**	.260*	-.438**
VÇ	-.228	-.074	-.032	-.305*	-.219	.251	-.099	-.177	-.235	.256*	.170	-.072
TRÇ	.087	-.040	-.062	-.198	-.280*	-.137	-.237	-.083	-.219	.317*	.178	-.234
ÖÇ	.021	-.011	.173	.151	-.001	.314**	.323*	.362**	.031	-.267*	-.135	-.006
YÇ	-.095	-.009	.197	.088	.104	.160	-.191	-.155	.221	.278*	.342**	-.073
AÖÇ	-.172	.057	-.035	-.324*	-.262*	-.099	-.121	.017	-.392**	.006	-.008	-.001
PTRÇ	-.056	.021	-.194	-.137	-.225	-.026	-.281*	-.294	-.185	.395**	.186	-.406**
İY1	-.098	-.064	-.081	-.432**	-.201	-.120	-.380**	-.225	-.398**	.132	.064	-.078
KÖ	-.037	-.008	-.264*	-.478**	-.306*	-.157	-.404**	-.389**	-.342**	.406**	.180	-.243
ÇT	-.178	-.031	-.188	-.428**	-.354**	-.036	-.406**	-.342**	-.350	.425**	.250	-.360**

*p<.05

**p<.01

4.3.2. Empatik Beceri ile İş Doyumu ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki Korelasyonlar

Empatik beceri ile iş doyumunun alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Empatik beceri ile stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvensiz yaklaşım arasında ($r=.285$, $p<.05$) pozitif bir ilişki vardır (Tablo 4-33). Buna göre, empatik beceri düzeyi arttıkça stresle başa çıkmada kendine güvensiz bir yaklaşım sergileme ihtimali de artmaktadır.

Tablo 4-33. Empatik beceri ile iş doyumunu ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar

	İDÖ						SBTÖ				
	Ü	İP	BF	KB	FK	KF	KGY1	İY2	KGY2	BEY	SDAY
EBÖ	-.016	-.007	-.073	-.029	-.227	-.065	-.146	-.072	.285*	.053	.031

* $p<.05$

4.3.3. İş Doyumu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki Korelasyonlar

İş doyumunun bireysel faktörler alt boyutu ile stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım arasında ($r=.391$, $p<.05$) pozitif, kendine güvensiz yaklaşım ($r=-.274$, $p<.05$) ve boyun eğici yaklaşım ($r=-.322$, $p<.05$) arasında ise negatif birer ilişki vardır (Tablo 4-34). Kişi, işinin yeteneklerine, eğitimine ve kişilik özelliklerine uygunluğu ile ilgili doyumunu arttıkça stres verici durumlara iyimser bir şekilde yaklaşmakta, kendine güvensiz ve boyun eğici bir tutum sergilemekten de uzaklaşmaktadır.

Kişiler arası faktörler ile kendine güvensiz yaklaşım ($r=-.401$, $p<.01$) ve boyun eğici yaklaşım ($r=-.288$, $p<.05$) arasında da negatif ilişki bulunmuştur (Tablo 4-34). Buna göre, iş yerinde kişiler arası ilişkilerden alınan doyumun artması, kişiyi stresli

durumlara kendine güvensiz ve boyun eğici bir şekilde yaklaşımdan uzaklaştırmaktadır.

İş doyumun ücret, işletme politikaları, kontrol-bağımsızlık ve fiziksel koşullar boyutlarıyla stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

Tablo 4-34. İş doyumunu ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar

		S	B	T	Ö	
		KG1	İY2	KG2	BEY	SDAY
	Ü	-.035	-.169	-.094	.007	.032
İ	İP	.013	.019	-.184	-.184	-.118
D	BF	.239	.391*	-.274*	-.322*	.144
Ö	KB	.008	.181	-.215	-.171	.146
	FK	.135	.152	-.253	-.146	-.018
	KF	.158	.153	-.401**	-.288*	.202

*p<.05

**p<.01

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve Marmara Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bölümü’nde çalışan 30 onkolog ile Okmeydanı, Şişli Etfal, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışan 30 onkolog; iletişimleri, iş doyumları ve stresle başa çıkma tarzları açısından karşılaştırılmışlardır. Ayrıca araştırmada yer alan psikolojik faktörler arasındaki (çatışma eğilimi, empatik beceri, iş doyumunu, stresle başa çıkma) ilişkilere de bakılmıştır.

Araştırmanın Bulgular bölümünde, elde edilen verilerin istatistiksel analizleri sunulmuştur. Bu bölümde ise, ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar literatür ışığında tartışılıp yorumlanacaktır.

Tartışma iki ana başlık altında incelenecektir; kurumlar arası karşılaştırmalar ve kişisel bilgi formundaki değişkenlere ilişkin tartışma, psikolojik faktörler arasındaki ilişkilerin tartışılması.

5.1. Gruplar Arası Karşılaştırmalara İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1.Çatışmaya Girme Eğilimiyle İlgili Bulguların Tartışılması

5.1.1.1.Çatışmaya Girme Eğiliminin Kurumlara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

Çatışma Eğilimi Ölçeği’nin kuramsal temelini oluşturan Harary ve Batell’e (1981) ait çatışma sınıflamasında, aktif, pasif ve varoluş türü çatışmalar “yönelim çatışmaları”; tümenden reddetme, önyargılı ve yoğunluk türü çatışmalar “kapsam çatışmaları”; aktif-önyargılı ve pasif-tümenden reddetme çatışmaları ise “karma çatışmalar” başlıkları altında yer almaktadır. Çalışmamızda, çatışmaya girme eğilimi

açısından kurumlar arası karşılaştırmalara bakıldığında farkların kapsam çatışmalarından olan tümünden reddetme ve yoğunluk çatışmalarında olduğu görülmektedir. Eğitim-araştırma hastanesinde çalışan onkologlar tümünden reddetme türü bir çatışmaya daha eğilimliken üniversite hastanesinde çalışan onkologlar yoğunluk türü bir çatışmaya daha eğilimli görülmüştür (Tablo 4-8 - Tablo 4-9). Buna karşılık yönelim çatışmaları ve karma çatışmalara ilişkin farklar bulunmamıştır. Yönelim çatışmalarında iletişim halindeki kişiler kendileriyle ilişkili problemlerden ötürü çatışmaya girmektedirler. Kapsam çatışmalarında kendilerinden ötürü değil, aralarında alınıp verilen mesajın kapsamından ötürü anlaşmazlık yaşarlar. Karma çatışmalarda ise hem kişilerden hem de mesajdan kaynaklanan çatışma söz konusudur. Diğer bir deyişle, yönelim çatışmalarında çatışmanın kaynağı insanlar iken, kapsam çatışmalarında çatışmanın kaynağını oluşturan mesajın kendisidir. Bu görüşten hareketle, bu çalışmada, çatışmaya girme eğilimleri açısından kurumlar arasındaki farklılığın insan faktörüyle ilgili çatışmalar üzerinde değil de, kaynağını iletişimdeki mesajlardan alan çatışma türleri üzerinde olduğu görülmektedir.

Tümünden reddetme çatışmasında, kişi, kendisine yöneltilen görüşü tamamen reddederek bu görüşün tam aksini savunur. Yoğunluk çatışmasında ise, kişi kendisine gelen mesajı reddetmez ancak bu mesaja, mesajı veren kişi ya da kişilerden daha az veya daha çok katılır. Bu çatışma türünde de, tümünden reddetme çatışmasında olduğu gibi, çatışma kişilerden değil mesajdan kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada, tümünden reddetme ve yoğunluk çatışmasına yönelme açısından kurumlar arasında anlamlı farklar bulunmuş olsa da bu farkların çalışılan kurumdan çok hekimlerin bireysel özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Aynı mesaja, eğitim-araştırma hastanesinde çalışan bir hekim karşı çıkarak tepki verirken, üniversite hastanesinde çalışan bir hekim mesajı verenden daha az ya da daha çok katıldığını söyleyerek tepki verebilir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda kapsam çatışmalarının çalışılan kurumdan ziyade kişilerin kişilik özelliklerinden, verilen mesaja ilişkin tutum ve değerlendirmelerinden etkilendiği düşünülmektedir. Yine de, eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerin neden tümünden reddetme tarzı bir çatışmaya, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin de yoğunluk çatışmasına daha eğilimli olduklarını açıklamak için daha kapsamlı ve spesifik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gruplar arasında yönelim çatışmalarından olan aktif çatışma, pasif çatışma, varoluş çatışması açısından anlamlı farklar görülmemektedir. Bu tür çatışmaların nedeni iletişimde olan kişilerin kendileriyle ilgilidir, verilen ya da alınan mesajlarla ilgili değildir. Bu tür iletişim çatışmalarıyla ilgili olarak gruplar arasında farklar bulunmaması, bu tür çatışmalar üzerinde kurumsal özellikler ya da çalışma koşullarından ziyade kişisel özelliklerin etkin bir rolü olduğunu düşündürmektedir. İnsancıl yaklaşım ve kişisel özellikler puan ortalamalarıyla ilgili farklara rastlanmamış olması da yine benzer sebeplerle açıklanabilir.

Kurumlara göre toplam çatışma eğilimi puan ortalamalarına bakıldığında üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4-8). Bu bulguya dayanarak örgütsel yapının onkologların çatışma eğilimi üzerinde etkisi olan bir değişken olmadığı söylenebilir. Ayrıca kurumların örgütsel yapılarının benzer olduğu ve bu nedenle de bu değişkenin çatışma eğilimini etkilemediği düşünülebilir.

Aydın ve Kutlu (2001), Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, İzmit Devlet Hastanesi'nde, Kocaeli SSK ve İzmit SSK Hastanelerinde çeşitli servislerde çalışan en az bir yıl deneyimli hemşirelerden 270'i ile yürüttükleri çalışmalarında, Çatışma Eğilimi Ölçeği'ni kullanarak hemşirelerin toplam çatışma puan ortalamalarının çalıştıkları kuruma göre farklılık gösterip göstermediğine bakmış ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin toplam çatışma eğilimi puanlarının diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu farkın, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin vardiyalı ve hasta merkezli çalışması, hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün bulunması şeklindeki örgütsel yapı, eğitsel faaliyetler ve beraberinde kendini ifade edebilme olanağının olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda kurumlar arasında çatışma eğilimiyle ilgili farkın bulunmaması bu sonuçla uyumlu değildir. Ancak hemşirelerle yürütülen çalışmaya çeşitli servislerde çalışan hemşirelerin katıldığı ve hemşirelerle hekimler arasında da çatışma eğilimi açısından farklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmaya sadece onkoloji alanında çalışan hekimlerin katıldığı düşünülürse örgütsel yapıların çatışma eğilimi üzerinde belirleyici olmadığı gibi genel bir sonuca gitmek yanıltıcı olabilir. Hekimlerin çatışma eğiliminin kurumsal

etkenlere bağılı olarak değişip değişmediğini belirlemek için farklı kurumlarda ve farklı servislerde çalışan hekimlerle yürütülecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sözü edilen çalışmada niversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin toplam çatışma puan ortalamaları “175,87” iken devlet hastanesinde çalışan hemşirelerinki “185,51” İzmit SSK hastanesinde çalışan hemşirelerinki “186,70” Kocaeli SSK Hastanesinde alışanlarınki de “184,91” olarak bulunmuştur. Örneklemi hekimlerden oluşan bu çalışmamızda ise, hem niversite hastanelerinde (143,733), hem de eğitim-araştırma hastanelerinde (141,70) alışan hekimlerin toplam çatışma puanlarının hemşirelerinkinden belirgin olarak düşük oldukları görülmektedir. Hekimler ve hemşirelerin çatışma eğilimi puan ortalamaları arasındaki farkların mesleki farklılıklardan, örneğin hekimin karar verme mekanizmasında daha etkili bir statüde olmasından, kaynaklanabileceği gibi, hemşirelerle yürütülen çalışmanın örnekleminin (n= 270) daha büyük ve sadece kadınlardan oluşuyor olmasından kaynaklandığı da dşnlebilir.

5.1.1.2. atışmaya Girme Eğiliminin Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasıyla Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

Çatışma Eğilimi leği’nden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında 35 yaş ve altı grup ile 35 yaş üstü grup arasında çatışmaya girme eğilimleri açısından bir farka rastlanmamıştır. Bu bulgu yaşın çatışmaya girme eğilimi üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir (Tablo 4-10 - 4-11).

Çatışma eğilimine girme açısından cinsiyetler arası karşılaştırmalara bakıldığında anlamlı bulunan tek farkın varoluş atışması ile ilgili olduğu görülmektedir. Erkekler varoluş çatışmasına girmeyi kadınlara göre daha fazla tercih etmektedirler (Tablo 4-12). Varoluş atışması, yönelim atışmalarındandır ve bu tür bir çatışmada, kişinin, dikkatinin karşısındakine değil kendisine yönelmiş olması nedeniyle, karşısındakinin söylediklerini yanlış anlaması ya da onun sözleriyle ilgisi olmayan bir mesaj vermesi söz konusudur. Bir diğer deyişle, bu tür bir çatışma kişinin kendisinden kaynaklanmaktadır. Erkekler, iletişim kurarken, kendi varoluşlarıyla ilgili bir kaygı

yaşıyor ve karşı tarafın söylediklerinden çok kendi söylediklerine yoğunlaşıyor olabilirler.

Işıklar'ın (2002), lise, lise dengi okullar ve ilköğretim okullarında çalışan öğretmen ve idarecilerle yürüttüğü çalışmasında cinsiyetler arasında Çatışma Eğilimi Ölçeği'nin pasif çatışma ve insancıl yaklaşım boyutlarında anlamlı farklar gözlenmiş ve kadınların bu iki boyutta erkeklere kıyasla daha yüksek ortalamalara sahip oldukları görülmüştür. Bizim çalışmamızla bu çalışma karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında çatışmaya girme eğilimi açısından ortak bulgular (AÇ,ÖÇ,TRÇ,AÖÇ,PTRÇ,KÖ,TÇ) olduğu gibi farklı bulguların da olduğu görülmektedir. Bu farklılığın mesleklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Cinsiyetin farklı çatışma türlerine eğilimli olma üzerinde etkisi olup olmadığını incelemek için daha geniş çaplı ve farklı meslek gruplarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Toplam çatışma puan ortalamalarına bakıldığında cinsiyete göre anlamlı bir fark görülmemektedir (Tablo 4-12). Işıklar'ın (2002) çalışmasında cinsiyetler arasında Çatışma Eğilimi Ölçeği'nden elde edilen toplam çatışma puan ortalamaları arasında bir farka rastlanmamıştır. Bu sonuç, çalışmamızda elde edilen bulguyla tutarlılık göstermektedir.

Medeni duruma göre çatışma eğilimine yönelik karşılaştırmalarda, bekarların aktif çatışmaya girmeye evlilere göre daha eğilimli olduğu bulunmuştur (Tablo 4-14). Aktif çatışma, yönelim çatışmalarındandır ve bu tür bir çatışma sergileyen kişiler, birbirlerine karşı oldukları için birbirlerinin ne söylediklerine aldırmadan, hatta birbirlerini yeterince dinlemeden, karşılıklı eleştiri yöneltirler ya da kavga ederler. Evli olan bireyler, çatışma çözmeyle ilgili daha etkili stratejiler geliştirmiş olabileceklerinden aktif çatışmaya bekarlara göre daha az eğilimli olabilir. Evliler, çatışmalarını çözümlerken, karşı tarafa bir eleştiri yöneltmeden önce onun görüşlerini dinliyor ve daha empatik davranıyor olabilirler.

Aydın ve Kutlu'nun (2001) çalışmasında evli ve bekarlar arasında toplam çatışma puan ortalamaları açısından farklılıklar olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, bizim çalışmamızda elde edilen sonucu destekler niteliktedir.

Çatışmaya girme eğilimleri açısından çocuk sahibi olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı farklar bulunmamıştır (Tablo 4-16 – Tablo 4-17). Çocuk sahibi olmanın çatışma eğilimi üzerinde etkisi olmayan bir faktör olduğu düşünülmüştür.

Çatışma Eğilimi Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalamalarına bakıldığında uzmanlar ile asistanlar arasında anlamlı farklar görülmemektedir. Mesleki kıdemın çatışma eğiliminin hiçbir boyutu üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir (Tablo 4-18 - Tablo 4-19). Yine Işıklar'ın (2002) çalışmasına bakıldığında, öğretmenlerin mesleki kıdemlerinin, iletişim çatışmaları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığıın bulgulandığı görülmektedir. Çalışmamızda çatışma eğilimi açısından yaş grupları arasında bir fark bulunmaması da bu bulguyu destekler niteliktedir.

Meslekte çalışma süresine göre gruplar arasında çatışmaya girme eğilimi açısından farklar olup olmadığına bakıldığında 10 yıl ve daha az süredir çalışanlar ile 10 yıldan daha uzun süredir çalışanlar arasında anlamlı farklar görülmemiştir (Tablo 4-20 - Tablo 4-21). Çatışma eğiliminde yaşa ve ünvana göre de farklılık bulunmaması bu bulguyla paralel gözükmektedir.

Onkolojide 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların, önyargılı çatışma ortalamaları 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-23) Bu çatışma türünde kişiler, belli bir konuda tartışmaya başlamadan önce, o konuda bir önyargı edinmişlerdir ve tartışma sırasında ısrarla bu önyargılarını savunurlar. Tartışma, onların vermiş oldukları kararı herhangi bir şekilde etkilemez. Bu tür çatışmanın nedeni önyargılı kişinin önyargısını test etmek istememesidir. Onkolojide 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların önyargılı çatışmaya 10 yıl ve daha kısa süredir çalışan onkologlara göre daha eğilimli olmalarının sebebi, hem mesleki açıdan hem de yaşam tecrübesi açısından kendilerini daha yeterli hissetmeleri ve bu nedenle de bilişlerini sorgulamak istememeleri olabilir.

10 yıl ve daha kısa süredir bu alanda çalışan onkologların aktif çatışma, varoluş çatışması, tümenden reddetme çatışması, aktif önyargılı çatışma, pasif tümenden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, çatışma-toplam alt ölçeklerine ait ortalamaları 10 yıldan

uzun süredir çalışanların bu alt ölçeklerle ilgili puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-22 - Tablo 4-23). Bu sonuçlar; 10 yıl ve daha kısa süredir çalışan hekimlerin iletişim kurarken 10 yıldan fazla süredir çalışan hekimlere göre, kişilere daha fazla olumsuz özellikler atfettiklerini, karşılarındakini yeterince dinlemeden çatışmaya girdiklerini, varoluşlarıyla ilgili kaygılar taşıdıklarını göstermektedir. 10 yıldan daha kısa süredir çalışanların bu çatışma türlerinden daha yüksek puanlar almalarının ve genel olarak çatışmaya daha eğilimli olmalarının sebebi mesleki ve kişisel deneyimlerinin 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlere göre daha az olması olabilir. Bölümde çalışma süresinin artması deneyimle birlikte sorunlarla daha etkili başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasını, çatışmaya girme eğiliminin azalmasını sağlıyor olabilir. Gruplar arasındaki fark, toplumsal değerlerin, iletişim biçimlerinin nesillere göre değişiyor olmasından da kaynaklanabilir.

10 yıl ve daha kısa süredir çalışanların aktif-önyargılı çatışma ve pasif-tümden reddetme çatışmalarının her ikisinde birden 10 yıldan daha uzun süredir çalışanlara göre daha yüksek ortalamalara sahip olmaları çelişik bir sonuç gibi gözükebilir. Ancak belirli durumlarda aktif-önyargılı çatışmayı (örneğin hastalar, hasta yakınları ve aynı düzeyde yetkiye sahip oldukları meslektaşlarıyla sorun yaşadıklarında), belirli durumlarda da pasif-tümden reddetme çatışmasını (örneğin amirleriyle ve kendilerinden daha yetkili kişilerle sorun yaşadıklarında) kullanıyor olabilirler.

Haftalık çalışma süresi 40 saatin üstünde olanların aktif çatışma puan ortalamaları 40 saatin altında olanların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-24). Gruplar arasında diğer çatışma türleri açısından anlamlı farklar görülmemiştir (Tablo 4-24 - Tablo 4-25). Haftada 40 saatten daha fazla çalışanlar iş yüklerinin daha fazla olması, kendilerine yeterince zaman ayıramıyor olmaları sebebiyle aktif tür bir çatışmaya daha eğilimli olabilirler.

Haftalık hasta sayısı 75'in üstünde olanların insancıl yaklaşım puanı ortalamaları 75'in altında olanların puan ortalamalarına göre daha yüksektir (Tablo 4-26). Bu iki grup arasında diğer çatışma türleri açısından anlamlı farklar görülmemiştir. Çatışma Eğilimi Ölçeği'ne Dökmen (1986) tarafından eklenen insancıl yaklaşım boyutu, insanlara genelde olumsuz özellikler atfeden kişilerin, olumlu

özellikler atfedene oranla iletişim çatışmalarına daha fazla girebilecekleri görüşüne dayanmaktadır. Haftada görülen ortalama hasta sayısının artması, hekimlerin insanlara attettikleri olumsuz özelliklerin de artmasına neden olabilir ve bu nedenle haftada 75'ten fazla hasta görenlerin insancıl yaklaşım puan ortalamaları da daha yüksek çıkmış olabilir.

Çalışma şekli gündüz ve bazen nöbet olanların varoluş çatışması puan ortalamaları sürekli gündüz çalışanlara göre daha yüksek düzeydedir (Tablo 4-29). Bu iki grup arasında diğer çatışma türleri açısından anlamlı farklar görülmemiştir (Tablo 4-28 – Tablo 4-29). Varoluş çatışmasının nedeni alıcı kişinin kaynağı ya hiç dinlememesi ya da yanlış anlamasıdır. Gündüz çalışan ve bazen de nöbet tutan hekimler uykusuzluğa daha fazla maruz kaldıkları ve fiziksel olarak da daha yorgun hissedebilecekleri için bu tür bir çatışmaya daha eğilimli olabilirler. İş doyumunun, işletme politikaları ve kontrol-bağımsızlık boyutunda da sürekli gündüz çalışan hekimlere göre daha düşük puanlar almaları dolayısıyla, çalışma şartlarından ve işleyişten daha az memnun olmaları ve yaptıkları iş üzerinde daha az kontrole sahip olduklarını düşünmeleriyle ilgili bulgu da bu sonucu desteklemektedir.

Çalışma şekli sürekli gündüz olanlar ile gündüz ve bazen nöbet olanların toplam çatışma puan ortalamalarına bakıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Hemşirelerle yürütülen bir çalışmada, ÇEÖ'nin toplam çatışma puanları açısından sürekli gündüz ile gündüz ve nöbet şeklinde çalışan hemşireler arasında fark olmadığı bulunmuştur (Aydın ve Kutlu, 2001). Bu bulgu bizim çalışmamızda ortaya çıkan sonucu desteklemektedir. Bu sonuçlara bakarak sürekli gündüz ya da gündüz ve nöbet şeklinde çalışmanın iletişim çatışmalarına girme üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Çatışma Eğilimi Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında çalıştığı bölümden memnun olanlar ile memnun olmayanların sadece aktif çatışma puan ortalamaları birbirinden anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Çalıştığı bölümden memnun olanların aktif çatışma puan ortalamaları bölümünden memnun olmayanlara göre daha yüksek düzeydedir (Tablo 4-30). Bu, beklendik bir sonuç olmamakla birlikte

çalıştığı bölümden memnun olanlar kişilerarası iletişimlerinde kendilerine daha güvenli bir tutum sergileyip aktif olarak çatışmayı daha fazla göze alıyor olabilirler.

5.1.2 Empatik Beceriyle İlgili Bulguların Tartışılması

5.1.2.1 Empatik Becerinin Kurumlara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

Empatik Beceri Ölçeği B-Formu'ndan aldıkları puanların ortalamalarına bakıldığından üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-8). Bu bulgu örgütsel koşulların onkologların empatik beceri düzeyi üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

Empatik Beceri Ölçeği B Formu, zihinde oluşan empatiden çok, sözel olarak ifade edilen empatiyi ölçen bir ölçektir. Sözel olarak ifade edilen empati, zihinde oluşan empatinin bir göstergesi olabilir. Ancak kişinin zihninde oluşan empati ile, ifade ettiği empati arasında fark bulunabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle de empatinin bilişsel boyutunu ölçmek amacıyla geliştirilecek olan bir ölçeğe ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.1.2.2. Empatik Becerinin Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasıyla Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

Yaş grupları (35 yaş altı – 35 yaş ve üstü) empatik beceri açısından karşılaştırıldığında 35 yaş ve üstü grubunda yer alan hekimlerin puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (Tablo 4-10). Literatüre bakıldığında bu bulgu empati ile yaş arasındaki ilişkinin araştırıldığı diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir. Taşdemir (1999) tarafından Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da yaş grupları ile

empatik eğilim arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Pişmişoğlu'nun (1997) bir devlet hastanesindeki hemşirelerin empati düzeylerini incelediği araştırmasında da benzer bir bulgu elde edilmiştir. Empatik Eğilim Ölçeği'nin amacı kişilerin günlük yaşamdaki empati kurma potansiyellerini ölçmektir (Dökmen, 1988).

Kadın ve erkeklerin Empatik Beceri Ölçeği'nden aldıkları puanlara bakıldığında, kadınların puan ortalamalarının erkeklerinkine göre daha yüksek olduğu ancak iki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 4-12). Tanrıdağ'ın (1992), ruh sağlığı alanında çalışan kişilerle yürüttüğü bir çalışmada empatik becerinin cinsiyete göre değişmediği belirlenmiştir. Cinsiyetin empatik beceri düzeyine etkisi olmadığına ilişkin bulgunun Olesker ve Balter'in (1973) cinsiyet ve empati arasındaki ilişkiye baktıkları araştırmanın bulgularıyla tutarlı olduğu görülmektedir.

Evli olanların bekar olanlarla empatik beceri yönünden karşılaştırılması sonucunda, evlilerin empatik beceri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 4-14) Bu bulgu literatürde medeni durum-empatik eğilim ilişkisine bakılan çalışmalarda elde edilen sonuçlarla tutarlı görülmüştür (Öz ,1992; Pişmişoğlu, 1997; Taşdemir 1999).

Çocuk sahibi olma durumunun empatik beceri düzeyine etkisi incelendiğinde, çocuğu olan ve olmayan hekimlerin empatik beceri puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-16). Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla da tutarlıdır (Pişmişoğlu, 1997; Taşdemir, 1999).

Uzmanlar ($X=135,958$) ve asistanlar ($X=124,521$) Empatik Beceri Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarına göre karşılaştırıldıklarında uzmanların empatik beceri düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Uzmanlar, empatilerini ifade etmekte asistanlara göre daha başarılı bulunmuştur. Onkolojide 10 yıldan daha uzun süredir çalışan hekimlerin empatik becerileri düzeylerinin daha yüksek çıkmış olması da bu bulguyla tutarlıdır. Onkoloji bölümünde asistan olarak çalışan bir hekimin, uzman olarak çalışan bir hekime göre mesleki ve kişisel deneyiminin daha az

olduğu düşünülürse empatik becerilerinin de daha düşük düzeyde olması beklendik bir sonuçtur.

Empatik eğilim meslekte çalışma süresine (10 yıl ve altı - 10 yıl üstü) göre incelendiğinde, 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların empatik beceri puan ortalamaları daha yüksek bulunurken gruplar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 4-20). Literatürde meslekte çalışma süresi ile empatik beceri ilişkisini inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar olduğu göze çarpmaktadır. Taşdemir (1999), meslekte 1-5 yıl çalışan hemşireler ile 6-10 yıl ve 10 yıldan uzun süredir çalışan hemşireler arasında empatik eğilim açısından anlamlı farklar olmadığını söylerken Pişmişoğlu (1997) bu gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu ve 10 yıldan uzun süredir çalışan hemşirelerin empatik eğilimlerinin daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Öz (1992) ise, çalışma yılı arttıkça hemşirelerin empatik eğilim puanlarında düşme görüldüğünü saptamıştır.

Meslekte çalışma süresine göre gruplar (10 yıl ve altı – 10 yıl üstü) arasında fark bulunmamasına rağmen bölümde çalışma süresine (10 yıl ve altı – 10 yıl üstü) göre fark bulunmuş olması dikkat çekicidir. Buna göre, onkoloji alanında çalışmanın hekimlerin empatik becerileri üzerinde etkili olduğu düşünülebilir. Ancak meslekte çalışma süresi ve bölümde çalışma süresine ilişkin karşılaştırma gruplarının sayıca farklı olmaları da sonucu etkilemiş olabilir (Tablo-20 – Tablo-22).

Bölümde çalışma süresi 10 yılın üstünde olanların Empatik Beceri Ölçeği B Formu'ndan aldıkları puanların ortalamaları 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanların puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4-22). Bu sonuç uzmanların empatik becerilerinin asistanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmasıyla da tutarlıdır. Taşdemir'in (1999) çalışmasında da en yüksek empatik eğilim puanlarını aynı serviste 10 yıldan uzun süredir çalışan hemşireler ile 6-10 yıl arası çalışan hemşireler almışlardır, 1-5 yıl arasında çalışanların hemşirelerin puanları ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur. 6-10 yıl ve 10 yıldan fazla çalışanlarda, empatik eğilimin yüksek olmasının nedeni aynı serviste uzun süredir çalışıyor olmakla, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerin puanlarının daha düşük olması ise, henüz meslek bilincinin ve

öğrenilen bilgilerin nasıl kullanılacağına dair becerilerin geliştirilememiş olmasıyla açıklanmaktadır.

Haftalık çalışma süresi ve haftalık hasta sayısı açısından empatik beceri düzeyinin anlamlı farklılıklar göstermediği görülmektedir (Tablo 4-24 – Tablo 4-25). Bu bulgulara bakarak empatik beceri düzeyinin, haftalık çalışma süresi ve hasta sayısından etkilenmediğini söylemek mümkündür.

Onkologların empatik becerilerinin çalışma şekillerine (sürekli gündüz-gündüz ve bazen nöbet) göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4-28). Pişmişoğlu (1997) ve Taşdemir (1999) de hemşirelerle yürüttükleri çalışmalarında empatik eğilimin çalışma şekline göre değişmediğini belirlemişlerdir. Empatik becerinin çalışma şekline göre anlamlı farklılık göstermemesine rağmen gündüz çalışan ve bazen nöbet tutan onkologların empatik beceri puan ortalamaları sürekli gündüz çalışan onkologlara göre daha düşük bulunmuştur. Taşdemir'in (1999) çalışmasında da benzer bir bulgu elde edilmiştir. Bu durumun nedeni olarak “gündüz ve bazen nöbet” şeklinde çalışmanın hekimleri iş stresi, yorgunluk, uykusuzluk açısından dezavantajlı bir duruma sokuyor olması ve dolayısıyla yeterince empatik olmamasına neden olduğu düşünülebilir.

Empatik beceri düzeyinin bölümden memnuniyete göre değişip değişmediğine bakıldığında, çalıştığı bölümden memnun olanlar ile olmayanlar arasından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4-30). Taşdemir'in (1999) çalışmasında da benzer bir bulguya rastlanmaktadır. Çalıştığı bölümden memnun olanların empatik becerilerinin daha yüksek çıkması beklenen bir sonuç olurdu ancak gruplar arasında fark çıkmamış olması bölümden memnun olmanın empatiden çok kişisel doyumu, kişisel başarı algısını etkilediğini düşündürmektedir. Ayrıca Empatik Beceri Ölçeği'nin sözel olarak ifade edilen empatiyi ölçüyor olması da iki grup arasında fark bulunmamasını etkilemiş olabilir. Bu iki grubun zihinlerinde oluşan empati ile ifade ettikleri empati arasında fark olabilir.

5.1.3 İş Doyumuyla İlgili Bulguların Tartışılması

5.1.3.1 İş Doyumunun Kurumlara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

İş doyumunu oluşturan boyutlara bakıldığında en düşük doyumun hem üniversite hastanelerinde hem de eğitim-araştırma hastanelerinde ücretle ilgili olduğu görülmektedir. Taşdemir'in (1999) hemşirelerle ilgili araştırmasında da benzer bir sonuç bulunmuştur. Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan "Aldığınız maaş konusunda ne düşünüyorsunuz?" sorusunu yanıtlayan hekimlerin hepsinin "yaptığım işe göre az" diye yanıt vermeleri de bunun göstergelerinden biridir.

Çalışılan kurumun İş Doyumu Ölçeği'nde alınan puanlar üzerinde etkisi olup olmadığı incelenmiş eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ücret konusunda daha tatminkar oldukları bulgulanmıştır (Tablo 4-9). İDÖ'nün işletme politikaları, kontrol-bağımsızlık, fiziksel koşullar, bireysel faktörler ve kişilerarası faktörler alt boyutlarıyla ilgili olarak kurumlar arası farklar görülmemektedir.

İş doyumunun ücret boyutunda eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin daha yüksek puanlar almaları literatürdeki bulgularla tutarlı bir sonuç değildir (Piyal ve ark., 2000; Medimagazin, 2004). Eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologların ücret konusunda daha tatminkar olmalarının sebebi aldıkları ücretlerin daha yüksek olması olabileceği gibi ücretle ilgili beklentileri de olabilir. Üniversite hastanesi grubundaki 30 hekimden 12'si aynı zamanda profesör ve doçent ünvanına sahip öğretim üyelerinden, eğitim-araştırma hastanesi grubu ise uzman ve asistan hekimlerden oluşmaktadır (Tablo 4-2). Öğretim üyelerinin ücretle ilgili beklentilerinin uzman ve asistanlara göre daha yüksek olduğu varsayılırsa, ücretle ilgili doyum düzeyinin eğitim-araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin lehine çıkmış olduğu düşünülebilir.

Şahin ve Durak-Batıgün (1997a), özel bir hastanede çalışan sağlık personeliyle yürüttükleri çalışmalarında, hekimlerin bizim çalışmamızda da kullanılan İDÖ'nün ücret boyutuyla ilgili ortalamalarını 5,84 olarak bulmuşlardır. Bu değer hem üniversite

($X= 3,70$) hem de eğitim-araştırma ($X= 4,40$) hastanelerinde çalışan onkologların ücretle ilgili puan ortalamalarından daha yüksektir.

5.1.3.2. İş Doyumunun Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasıyla Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

İş Doyumu Ölçeği'nin kontrol-bağımsızlık boyutu ile yaş, mesleki ünvan, meslekte ve bölümde çalışma süresi, bölümden memnuniyet, çalışma şekli arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur.

35 yaş ve altındaki hekimler ile 35 yaş üstündeki hekimlerin İş Doyumu Ölçeği'nden aldıkları puanlara bakıldığında iki grup arasındaki farkların sadece kontrol-bağımsızlık boyutunda olduğu görülmektedir (Tablo 4-10 – Tablo 4-11) Kontrol-bağımsızlık alt ölçeğine ait puanlarda 35 yaş üstü grup ($X=29$) 35 yaş ve altı gruptan ($X=31$) daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Kanada'da yapılmış ve kanserli hastalara hizmet veren sağlık personelinin iş doyumsuzluğu ve işten ayrılma isteği konulu bir çalışmada, yaş arttıkça doyumsuzluğun da arttığı sonucuna varılmıştır. Araştırmacılar bu sonucu doğrudan yaşa bağlamak yerine özellikle sakatlık ve ölüm oranlarının yoğun olarak yaşandığı birimlerdeki olumsuz atmosferin insani bir yansıması olarak ele almaktadırlar (Grunfeld ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda ise 35 yaş üstündeki hekimlerin daha genç yaştaki hekimlere göre yaptıkları iş üzerinde kontrol sahibi olduklarını daha fazla hissettikleri görülmektedir. Yine bu grubun stresle başa çıkmada iyimser yaklaşımı daha fazla kullanıyor olmaları kontrol-bağımsızlık boyutunda daha yüksek puanlar almalarını sağlamış olabilir.

Literatürde, yaşın iş doyumu ile olan ilişkisine ilişkin farklı görüşler mevcuttur. Farklı yaş gruplarındaki hekimlerin iş doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulgulayan çalışmalar (Hayran ve Aksayan, 1991; Karlıdağ, Ünal, Yoloğlu, 2000; Sünter ve ark., 2001; Tosunoğlu, 1998) olduğu gibi, yaşın artmasıyla iş

doyumunun da arttığını gösteren çalışmalar da vardır. Söylemez (2002) hemşirelerin iş doyumlarıyla ilişkili değişkenleri incelediği bir metaanaliz çalışmasında, yaşla birlikte iş doyumunun da arttığını, yaşla iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Araştırmacılar iş doyumunun yaşa bağlı olarak artmasını yaşla birlikte işe bağlı gerginliğin azalması, meslekte deneyimle birlikte zorluklarla başa çıkma yollarının daha gelişmiş olması, genç olanların meslekte hiyerarşik düzende daha çok rutin işler yapması ve sisteme ayak uydurmakta daha çok sorun yaşaması, yükselme ve iş koşullarına ilişkin aşırı beklentilerinin olması, iş seçimi ve iş güvencesine ilişkin kuşkularının bulunması şeklinde açıklamışlardır (Aslan ve ark., 1996; Bodur ve Güler, 1996; Ergin, 1993). Bu açıklamaların, kişinin iş üzerindeki kontrol algısını, işini yaparken kendisine tanınan özgürlüğün ve sorumluluğun derecesini tanımlayan kontrol-bağımsızlık boyutuyla ilişkili oldukları göze çarpmaktadır.

Kadın ve erkek hekimler arasında iş doyumunun hiçbir boyutunda anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Tablo 4-12 – Tablo 4-13). Literatüre bakıldığında iş doyumunu ile cinsiyet ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçlarının birbiriyle çelişkili olduğu görülmektedir. İş doyumunu ölçmek için yapılan bir çok araştırmada iş doyumunun cinsiyet ile ilişkisi saptanamamıştır (Musall, Elçi, Ergin, 1995; Musall ve Ergin, 1993; Sünter ve ark., 2001; Yavaş, 1993). Şahin ve Durak-Batıgün'ün (1997a), özel bir hastanede çalışan sağlık personeliyle yürüttükleri çalışmalarında ise, erkeklerin kontrol-bağımsızlık boyutunda kadınlara göre daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu fark erkeklerin daha bireyci ve başarı odaklı olmaları ile açıklanmıştır. Bu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak örnekleme hekimler dışındaki sağlık personeli de katılmıştır. Bizim çalışmamıza sadece hekimlerin katılması ve özellikle onkoloji alanında çalışıyor olmaları, yapılan iş üzerindeki kontrol algısının cinsiyete bağlı olarak fark göstermemesine neden olmuş olabilir.

Evli ve bekarların İş Doyumu Ölçeği'nin alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir farka rastlanmıştır. Bu, ülkemizde iş doyumunu ve medeni durum arasındaki ilişkiye bakılan çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı bir bulgudur (Aslan ve ark., 1996; Musall, Elçi, Ergin, 1995; Sünter ve ark., 2001; Taşdemir, 1999). Söylemez (2002) de metaanaliz çalışmasında hemşirelerin evli olmalarının iş doyumunu

arttırdığını ancak evli olmanın iş doyumu üzerindeki etkisinin çok da yüksek olmadığını belirtmektedir.

Çocuk sahibi olmanın, iş doyumu üzerinde etkisi olmayan bir faktör olduğu belirlenmiştir ve bu bulgu Taşdemir'in (1999) elde ettiği sonuç ile de tutarlıdır.

Uzmanların kontrol-bağımsızlık puan ortalamalarının asistanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4-18). Bunun nedeninin uzmanların daha fazla yetkiye sahip olmaları olduğu düşünülebilir. Bu sonuç, 35 yaş ve üstündeki hekimlerin kontrol-bağımsızlık boyutuyla ilgili puan ortalamalarının 35 yaş altındaki hekimlerine göre daha yüksek olmasıyla da tutarlıdır.

Meslekte çalışma süresi 10 yılın üstünde olanlarda işletme politikaları ve kontrol-bağımsızlık puan ortalamaları 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4-20 – Tablo 4-21). Hekim olarak 10 yıldan daha uzun süredir çalışanlar; kurumdaki idari politikalar, işleyiş biçimi, hiyerarşik yapı, iş performanslarının değerlendirilmesi gibi kurumun genel işleyişiyle ilgili konularda daha tatminkar görülmektedirler. Ayrıca kendilerini yaptıkları iş üzerinde de daha fazla kontrol sahibi ve daha özgür hissetmektedirler. Ergin'in (1996) sağlık çalışanlarıyla yürüttüğü çalışmasında çalışma süresinin artmasıyla birlikte iş doyumunun da arttığını belirtmektedir. Cinmete (1996) ise 10 yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelerin iş doyumlarının 10 yıldan daha az süredir çalışanlara göre daha yüksek olduğunu söylemektedir. Araştırmacılar meslekte çalışma süresinin artmasıyla birlikte çalışma ortamına uyum davranışının arttığını, çalışma yaşamına ilişkin bazı alışkanlıklar edinildiğini, örgüte daha fazla bağlanıldığını ve işin sağlayabileceği yararlar konusunda daha gerçekçi beklentiler geliştirildiğini belirtmektedirler.

Onkoloji alanında 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların İDÖ'nün kontrol-bağımsızlık ve kişilerarası faktörler boyutlarından aldıkları puan ortalamaları 10 yıl ve daha kısa süredir bu alanda çalışanlarındakilere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4-23). 10 yıldan daha uzun süredir çalışıyor olanların yetkileri daha fazla olduğu için ve

çalışma ortamında uyumlarının arttırıcı bazı alışkanlıkları oluşmuş olabileceğinden, kontrol-bağımsızlık boyutundan daha yüksek puan almış olabilirler. Ayrıca aynı bölümde çalışılan süre arttıkça iletişimle ilgili tecrübeleri artmış ve mesai arkadaşlarıyla daha uyumlu ilişkiler geliştirmiş olabileceklerinden işyerinde kişilerarası ilişkilerle ilgili memnuniyetleri 10 yıl ve daha kısa süredir çalışan gruba göre daha yüksek çıkmış olabilir.

Sürekli gündüz çalışanların işletme politikaları ve kontrol-bağımsızlık puan ortalamaları ise gündüz ve nöbet şeklinde çalışanlarınkilere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4-28). Çalışma şekli sürekli gündüz olanların çalıştıkları kurumun işleyişinden ve düzeninden daha fazla memnun oldukları ve işlerini yaparken diğer gruba göre kendilerini daha fazla özgür hissettikleri görülmektedir. Söylemez (2002) de çalışma şeklinin iş doyumunu etkilediğini ileri süren, yurtiçinde ve yurtdışında yapılmış bir çok çalışma olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmalar, tatil günlerinde ya da gece çalışmanın kişiye sosyal sınırlılıklar getirdiğini ve bunun da iş doyumunu azalttığını dile getirmektedir.

Bölümden memnun olanların işletme politikaları, kontrol-bağımsızlık, kişilerarası faktörler, fiziksel koşullar puan ortalamaları bölümden memnun olmayanlarınkilere göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4-30 – Tablo 4-31). Onkolojide çalışmaktan memnun olan hekimlerin; örgütteki düzen ve işleyiş, işini yaparken kendilerine tanınan özgürlüğün ve sorumluluğun derecesi, işyerinde kişilerarası ilişkiler ve çevresel koşullar (temizlik, gürültü düzeyi, teknolojik imkanlar gibi) gibi konularda daha tatminkar oldukları görülmektedir. Bulunduğu ortamdan ve şartlardan memnun olan bireylerin iş doyumlarının da yüksek olması beklendik bir sonuçtur. Taşdemir'in (1999) çalışmasında da çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin genel iş doyumlarının, kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

5.1.4 Stresle Başa Çıkma Tarzlarıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Şahin ve Durak'ın (1995) araştırmasının bulguları ışığında, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin probleme yönelik/etkili yollar ile duygulara yönelik/etkisiz yollar olarak adlandırılan iki boyutu olduğu düşünülürse; stresle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşımın probleme yönelik/etkili, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımların duygulara yönelik/etkisiz yollar olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek arama yaklaşımı ise hem probleme hem de duygulara yönelik ve stresle baş etmede etkili olduğu düşünülen bir yaklaşımdır. Stresle başa çıkma ile ilgili olarak elde edilen bulgular bu bilgiler ışığında tartışılacaktır.

5.1.4.1 Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Kurumlara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

Stresle başa çıkmada hem üniversite hem de eğitim-araştırma hastanelerindeki hekimlerin öncelikli olarak kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama gibi etkili stratejileri kullandıkları ve daha az etkili olan kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımları daha az kullandıkları görülmektedir.

Üniversite hastanelerinde çalışan onkologların stresle başa çıkmada iyimser yaklaşımı, eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlara göre daha fazla tercih ettikleri görülmektedir (Tablo 4-8). İyimser yaklaşımın probleme yönelik ve etkili bir stresle baş etme yolu olduğu düşünüldüğünde üniversite hastanelerinde çalışan onkologların eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlara göre stresle başa çıkmada daha etkili bir strateji kullandıkları söylenebilir. Başa çıkma yöntemlerinin durumsal değişkenlerle ilişkilerine bakıldığında, içinde bulundukları durumu değiştirebilir olarak algılayanların, daha çok aktif yöntemlere başvurdukları, değiştirilemez olarak algılayanların ise daha çok duygulara yönelik yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (Carver ve ark., 1989). Buna göre, üniversite hastanelerinde çalışan onkologların stres verici bir durumla karşılaştıklarında bu durumu değiştirebilir olarak algıladıkları, olaylara daha hoşgörülü ve sakin yaklaştıkları söylenebilir. Bulgularımız arasında meslekte çalışma süresi 10 yıldan daha fazla olanların iyimser

yaklaşımı, 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanlara göre daha fazla kullandıkları da vardır ve meslekte 10 yıldan daha uzun süredir çalışanların sayısı üniversite hastanelerinde eğitim-araştırma hastanelerine göre daha fazladır (Tablo 4-2). Bu durum da iyimser yaklaşımın üniversite hastanelerindeki onkologların lehine yüksek çıkmış olmasını etkilemiş olabilir. Ayrıca, üniversite hastanelerinde hekimlerin gördükleri haftalık hasta sayısı, eğitim-araştırma hastanelerindekilere göre daha azdır. Eğitim-araştırma hastanesindeki onkologların tedavisiyle ilgilendikleri hasta sayısının fazla olması, kişilere ve olaylara üniversite hastanesindeki onkologlar kadar hoşgörülü ve sakin bakamıyor olmalarına neden olabilir.

Dinç-Sever (1997) örneklemini üniversite hastanesi, devlet hastanesi, sigorta hastanesi, askeri hastane ve özel hastanede çalışan hemşirelerin oluşturduğu çalışmada çalışılan kurumun genel iş stres düzeyi, kaçma/kaçınma, duygusal destek arama, genel iş doyumu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediğini, sigorta hastanesinde çalışan hemşirelerin iş stresi ve tükenmişlik düzeyinin en fazla, iş doyumunun en düşük olduğunu, kaçma/kaçınma ve duygusal destek aramayı en fazla kullandıklarını bulgulamıştır. Bizim çalışmamızda ise stresle başa çıkma açısından kurumlar arasında iyimser yaklaşım haricinde bir fark bulunmaması çalışmanın sadece onkoloji bölümünde çalışan hekimler ile yürütülmesi ile ilişkili olabilir.

5.1.4.2. Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Kişisel Bilgi Formunda Yer Alan Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasıyla Elde Edilen Bulgulara İlişkin Tartışma

Yaşa göre stresle başa çıkma tarzlarının değişip değişmediğine baktığımızda 35 yaş ve üstü bireylerin iyimser yaklaşım puan ortalamalarının 35 yaş altındaki bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4-10). Literatürde de genç doktorların stresle baş etmede yaşı daha ileri olan doktorlara göre daha fazla güçlüklerle karşılaştıkları belirtilmektedir (Watson, Parr, Bliss, 1994).

Dinç-Sever (1997) çalışmasında, hemşirelerin yaşının genel iş stres düzeyi, genel iş doyumu, sorun odaklı başa çıkma, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı

etkilediğini, 26-30 yaş grubu hemşirelerin genel iş stres ve duygusal tükenme düzeyinin en fazla olduğu, 31-50 yaş grubundaki hemşirelerin ise genel iş doyumlarının en fazla, tükenmişliklerinin ve iş streslerinin ise en az olduğunu belirlemiştir. Yaşın artmasıyla birlikte deneyimin de arttığı ve sorunlarla baş etmede daha etkili stratejilerin kullanıldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzları açısından cinsiyetler arasında farklar olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-12 – 4-13). Aydın (2003), ergenlerle yürüttüğü çalışmada, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımının daha çok kızlar tarafından tercih edildiğini ve kendine güvensiz yaklaşım ile boyun eğici yaklaşımı tercih etmede ise cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bulgulamıştır. Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular ile bu çalışmada elde edilen sonuçlar arasındaki farkların katılımcıların içinde bulundukları yaş dönemi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Şahin ve Durak'ın (1995) yaşları 14-45 arasında değişen deneklerin olduğu çalışmalarında ise kadınların sosyal destek arama yaklaşımını erkelere göre daha fazla kullandıkları belirtilmektedir. Bu bulgu bizim çalışmamızın bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. İki çalışma arasında sosyal destek aramayla ilgili bulguların farklılığı ise Şahin ve Durak'ın (1995) çalışmasındaki katılımcıların yaş aralığının bizim çalışmamızdakine göre daha geniş tutulması ve çalışmaya ergenlerin de dahil edilmesiyle ilişkili olabilir.

Literatüre bakıldığında, kadınların stresli durumlarla başa çıkmaya çalışırken duygulara yönelik yöntemleri (kendine güvensiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı) daha çok kullandıkları belirtilmektedir (Billings & Moss, 1981; Endler & Parker, 1990; Carver ve ark., 1989; Stone & Neale, 1984). Bizim çalışmamızda böyle bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu durum çalışmamıza katılan kadınların mesleklerinden ve uzmanlık alanlarından kaynaklanabilir. Hem bir hekim hem de bir onkolog olarak çalışmak kadınları stresle başa çıkmada daha etkili yöntemler kullanmaya yönlendiriyor olabilir.

Stresle başa çıkmada iyimser yaklaşımın meslekte 10 yıldan daha uzun süredir çalışanlar tarafından daha fazla kullanıldığı görülmektedir (Tablo 4-20). Bu bulgu,

çalışmamızda, iyimser yaklaşım puan ortalamalarının 35 yaş ve üstü grupta daha yüksek çıkmasıyla da desteklenmektedir.

Onkolojide 10 yıl ve daha kısa süredir çalışanlar ise kendine güvensiz yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar (Tablo 4-22). Onkolojide 10 yıl ve daha kısa süredir çalışıyor olanlar, kişisel ve mesleki tecrübelerinin 10 yıldan daha fazla süredir çalışanlara göre daha az olduğu varsayılırsa, stresli durumlarla karşılaştıklarında yaşadıkları sorunu çözmeye yönelik aktif çabalar gösterme yerine duyguları üzerine yoğunlaşarak kendilerine güvensiz bir yaklaşım sergiliyor olabilirler. Ayrıca onkoloji alanında çalışmanın da stresli durumlarla baş etmede daha etkili stratejiler geliştirilmesine katkıda bulunduğu düşünülebilir.

5.2.Psikolojik Faktörler Arası Korelasyonların Tartışılması

Çatışma eğilimi ile iş doyumunun alt boyutları arasındaki korelasyonlara bakıldığında, çatışma türlerinin ve toplam çatışma eğiliminin, iş doyumunun daha çok bireysel faktörler, kontrol-bağımsızlık ve kişiler arası faktörler boyutları ile anlamlı ve negatif korelasyonlar gösterdiği görülmektedir (Tablo 4-32).

İş doyumunun bireysel faktörler boyutu, işin, kişinin yeteneklerine, eğitimine ve kişiliğine ne derece uygun olduğu ile ilgili algısını ve işinin kapsamından ne derece memnun olduğunu ifade eder. Bu faktör ile Çatışma Eğilimi Ölçeği'nin varoluş çatışması, aktif-önyargılı çatışma, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler ve toplam çatışma boyutları arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar bulunmuştur. Buna göre, yaptığı işin kendisine uygun olduğunu düşünen ve işinin kapsamından da memnun olan kişilerin, varoluşsal kaygılardan kaynaklanan çatışmalara girme, karşılarındaki kişiyi dinlemeden ve ona kendi önyargılarıyla eleştiriler yönelterek çatışma, kişilere ve kendisine olumsuz özellikler atfetme ve genel olarak iletişim çatışmalarına girme ihtimallerinin düşük olacağı söylenebilir. Ayrıca yine bu boyutta ilişkin doyum arttıkça stresle etkili bir başa çıkma şekli olan iyimser yaklaşımın kullanımı artmakta, etkisiz başa çıkma

stratejilerinden olan kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın kullanımıysa azalmaktadır.

Kontrol-bağımsızlık boyutu, çalışanın yaptığı iş üzerindeki kontrol algısını, işini yaparken kendisine tanınan özgürlüğün ve sorumluluğun derecesini belirtir. Bu faktör ile Çatışma Eğilimi Ölçeği'nin pasif çatışma, tümenden reddetme çatışması, aktif önyargılı çatışma, kişisel özellikler ve toplam çatışma alt ölçekleri ile arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar bulunmuştur. Buna göre, kişinin yaptığı iş üzerindeki kontrol algısı arttıkça bu tür çatışmalara girmeye eğilimi azalmaktadır.

Kişiler arası faktörler boyutu ise, iş yerinde insanlar arasındaki iletişim tarzına ilişkin memnuniyeti ifade eder. Bu boyutun pasif çatışma, pasif tümenden reddetme çatışması, insancıl yaklaşım, kişisel özellikler ve toplam çatışma eğilimi ile anlamlı ve negatif korelasyonlar gösterdiğine bakılarak, çalışma ortamlarındaki kişiler arası ilişkilerden memnun olan hekimlerin pasif ve reddedici bir şekilde çatışmaktan, insanlara ve kendilerine olumsuz özellikler atfetmekten ve genel olarak çatışmacı bir iletişim sergilemekten kaçınacakları söylenebilir. Ayrıca kişilerin bu boyuta ilişkin doyum düzeyleri arttıkça stresle başa çıkmada kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşım gibi etkisiz stratejiler kullanmaktan da uzaklaşmaktadırlar.

Bu bulgularla paralel sonuçlar elde edilen bir çalışmada, okul yöneticileri ve öğretmenlerin farklı ortamlardan gelmeleri ve bunun sonucu olarak iletişim düzeylerinde ortaya çıkan engellerin onların iş motivasyonları ve stresleriyle yakından ilgili olduğu, kişisel motivasyonları yüksek olan öğretmenlerin daha az iletişim çatışması yaşadıklarını, stres düzeyi yüksek ve iş doyum düzeyi düşük olan meslektaşlarının da daha çok kişilerarası iletişim çatışması yaşadıkları belirtilmektedir (Işıklar, 2002). Bu nedenle, bireylerin iletişim düzeylerinde tükenmişliğin ve iş doyum düzeyinin önemli bir etkisi vardır.

Çatışma eğilimi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlara bakıldığında, farklı çatışma türleri ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı gibi stresle etkili başa çıkma tarzları arasında anlamlı ve negatif korelasyonlar, yine farklı çatışma türleri ile stresle başa çıkmada daha etkisiz olan kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım arasında ise anlamlı ve pozitif korelasyonlar olduğu görülmektedir.

Stresle başa çıkmayı zorlaştıran bazı kişilik özellikleri vardır. Düşmanlık duyguları baskın olan kişiler, kendilerine her konuda bir suçluluk payı çıkaran, aşırı duyarlı ve duygusal tepkileri ön planda olanlar, egoist kişilik özelliği baskın olanlar, olayları ya çok iyi yada çok kötü şeklinde değerlendirenler, olgunlaşmamış kişilik özellikleri baskın olanlar ve pasif kişilerin stresle başa çıkmada başarısız oldukları vurgulanmaktadır. Buna karşın kendilerini kararlı hisseden kişiler, stres veren olayları daha kolay yönetebilir ve çözümler için daha cesur davranışlar sergileyebilirler. İyimser kişilik özelliklerine sahip kişilerin problem çözme odaklı başa çıkma stratejileri sergiledikleri, kötümser kişilik özelliklerine sahip bireylerin ise duygusal odaklı başa çıkma seçimlerine yöneldikleri bilinmektedir (Palancı, 2000).

Empatik beceri ile diğer psikolojik faktörler arasındaki ilişkilere bakıldığında sadece kendine güvensiz yaklaşımla anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği, diğer faktörlerle ilişkilerinin ise anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Buna göre kişilerin empatik beceri düzeyi yükseldikçe, stresli olaylar ve durumlar karşısında enerjilerini problemi çözmekten çok duygularına aktarma eğilimleri artmaktadır. Carmel ve Glick (1996) de empatik olan hekimlerin, iş doyumları açısından diğer hekimlerden bir farkları olmadığını ancak daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını belirlemişlerdir.

5.3. Sonuç ve Öneriler

Literatürde, farklı sağlık kurumlarında çalışan personel ile yürütülen çalışmalara bakıldığında, üniversite hastanelerinde çalışan sağlık personelinin diğer kurumlarda çalışan sağlık personeline göre daha az tükenmişlik yaşadığı, iş doyumlarının daha fazla

olduğu, kişiler arası çatışmalara daha az eğilimli oldukları gibi bulgular mevcuttur. Bizim çalışmamızda ise kurumlar arasında çatışma eğiliminin tümünden reddetme ve yoğunluk çatışması, iş doyumunun ücret ve stresle başa çıkmanın iyimser boyutlarıyla ilişkili anlamlı farklar bulunmuştur. Bunun dışındaki psikolojik faktörler açısından ise kurumlar arasında anlamlı farklar yoktur. Bu durumun, araştırmamızın örnekleminin küçük olması ve yalnızca onkoloji bölümünde çalışan hekimlerden oluşmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizde farklı kurumlarda çalışan hekimlerle ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve çalışmamızda ele alınan çatışma eğilimi, empatik beceri, stresle başa çıkma gibi faktörlerin daha çok hemşireler, öğretmenler ve diğer meslek grupları ile yürütüldükleri görülmüştür. Bu çalışmanın, bu anlamdaki eksiklikleri giderici bir nitelikte olduğu düşünülmektedir. Ancak farklı servislerde çalışan ve daha fazla sayıda hekimle yürütülecek çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Kurumlar arasında tümünden reddetme çatışması, yoğunluk çatışması, ücret ve iyimser yaklaşım dışındaki psikolojik faktörler açısından anlamlı farklar bulunmamakla birlikte kurum farkı gözetmeksizin, meslekte çalışma süresi, bölümde çalışma süresi, haftalık hasta sayısı, haftalık ortalama çalışma süresi, çalışma şekli gibi kriterlere göre karşılaştırmalar yapıldığında farkların daha belirgin hale geldiği görülmektedir. Bu da, karşılaştırmaların, kurumlardaki çalışma koşullarıyla ilgili spesifik kriterlere göre yapılmasının daha uygun olduğunu göstermektedir.

Gruplar arası karşılaştırmalar araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçtükleri özellikler ile sınırlıdır ve bu ölçeklere ait standart puan aralıklarının bulunmaması değerlendirme yapmayı zorlaştırmaktadır. Bu ölçeklerle ilgili standart puan aralıklarının elde edilebileceği çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Farklı çatışma türleri ve genel olarak çatışmaya girme eğilimiyle iş doyumunun boyutları arasında negatif ilişkiler olduğu görülmüştür. Buna göre kişilerin çatışma eğilimlerinin azaltılması işten alınacak doyumunu arttıracaktır. Yine çatışmaya girmeye eğilim arttıkça stresle başa çıkmada etkisiz olan stratejilerin kullanımı artmakta ve

etkili olan stratejilerin kullanımı ise azalmaktadır. Buradan hareketle, çatışmaya girme eğilimini azaltmaya yönelik eğitimlerin ve yaşantısal grup çalışmalarının kişilerin iş doyumunu arttıracak ve stresle başa çıkmada daha etkili stratejiler kullanmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda incelenen psikolojik faktörler arasındaki korelasyon katsayıları bu faktörler arasındaki ilişkinin sadece boyut ve yönü ile ilgili bilgi vermektedir. İleriki araştırmalarda ilgili olduğu belirlenen değişkenler arasında sebep-sonuç ilişkisi bulunup bulunmadığı belirlenebilir. Ayrıca bu araştırma kesitsel bir yöntemle gerçekleştirilmiş olduğundan ölçülen psikolojik faktörler arasındaki nedensel ilişkiler doğrudan test edilememiştir. Bu da bulguların geçerliliği ve genellenebilirliği açısından bazı sınırlılıklar getirmektedir.

Araştırmamızın örnekleminin küçük olması, onkolojideki uzmanlık alanı (radyasyon onkolojisi/medikal onkoloji), onkoloji alanında çalışıyor olmaktan memnun olup olmama, mesleği ve onkolojiyi isteyerek seçip seçmeme gibi Kişisel Bilgi Formu'ndaki bazı değişkenlere göre oluşturulacak olan gruplara ilişkin karşılaştırmalar yapılmasını engelleyici bir faktör olmuştur. Ayrıca, araştırmaya sadece gönüllü olan ve İstanbul'daki onkologların katılması, eğitim-araştırma hastanelerinde sınırlı sayıda medikal onkolog bulunması ve olanların da araştırmaya katılmak istememeleri araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

Kişisel Bilgi Formu'ndan elde edilen verilere baktığımızda önemli olduğu düşünülen şu sonuçları görmekteyiz:

- Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlardan mesleği (%85) ve çalıştıkları alanı (%86,6) isteyerek seçenler çoğunluktadır. Bu olumlu bir sonuç olarak görülmektedir. Ancak, mesleği ve çalıştığı bölümü isteyerek seçmemiş hekimlerle ilgili çalışmalar yürütülüp istemeden yaptıkları seçimlerin iş doyumlarını, iletişimlerini ve stresle başa çıkma yöntemlerini nasıl etkilediği araştırılabilir.

- Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde onkologlardan çalıştığı bölümden memnun olanların (%55) ve çok memnun olanların (%15) oranı , memnun olmayanlara (% 8,4) ve kısmen memnun olanlara (%21,6) göre daha fazladır Bu da çalışmadan elde edilen olumlu sonuçlar arasındadır. Bununla birlikte, çalıştıkları bölümden kısmen memnun olan ve memnun olmayan hekimlerle bu durumun sebepleri ve onları nasıl etkilediğiyle ilgili çalışmalar yapılabilir.

- Üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan onkologlardan mesleği kendisine uygun (%56.6) ve çok uygun (%21,6) bulanların oranı, uygun bulmayanlara (%1,6) ve kısmen uygun bulanlara (%20) göre daha fazladır.

- Hem üniversite hastanesinde çalışan onkologların hem de eğitim araştırma hastanesinde çalışan onkologların stresle başa çıkma yöntemleriyle ilgili görüşleri kısmen yeterli olduğu boyutunda yoğunlaşmaktadır (%45). Ayrıca stresle başa çıkma yöntemlerinin yetersiz (%10) ve çok yetersiz (%10) olduğunu düşünen hekimlerin de oranı azımsanamayacak düzeydedir. Bu hekimler için stresle etkili bir şekilde başa çıkmayla ilgili programlar ve grup çalışmaları yapılabilir.

- Ücretle ilgili görüş bildiren katılımcıların hepsi aldıkları ücreti yaptıkları işe göre az bulmaktadırlar. Bu sonuç hekimlerin ücretleriyle ilgili düzenlemeler yapılması gerektiğine dair bir ipucu olarak değerlendirilebilir.

- Eğitim-araştırma hastanelerinde, hastaların düşük sosyo ekonomik ve kültürel düzeyleriyle ilgili konularda, üniversite hastanelerindekine göre daha fazla sayıda onkolog iletişim sıkıntısı yaşamaktadır. Bu hekimlerle yaşadıkları sıkıntılarını paylaşmaya yönelik grup çalışmaları yapılabilir.

- Hem üniversite hem de eğitim araştırma hastanelerindeki onkologlar en çok çalışma koşulları ve hastalarla ilgili konularda zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan açık uçlu soruların cevap dökümlerini incelemenin bu konuyla ilgili sorunların belirlenmesinde ve çözüm üretilmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdaş, A., Cebeci, D., Karavuş, M., Gürbüz, Y. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Tatmin Düzeyleri. 28-29 Eylül 2000 Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi 3. Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı. Ankara.
- Aksayan, S. (1990). Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumunun İrdelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Aksayan, S., Velioğlu, P. (1992). Sağlık Ocağı ve Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel İş Doyum Etkenleri. 24-26 Haziran, III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı.Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi, 635-646.
- Aksu, G., Acuner, A.M., Tabak, R.S. (2002). Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumlarına yönelik bir araştırma (Ankara örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55 (4) ,271-282.
- Akyolcu, N. (1991).Ailenin meme kanseriyle başa çıkma yolları. *Hemşirelik Bülteni*,5 (9), 29-34.
- Aldwin, C., Folkman, S., Schaefer, C. ve Lazarus, R.S. (1980). Ways of coping: A process measure. *The Annual of Psychological Association Meetings*, 1 (5), 1-8.
- Altan, Ö. (1994). Organizasyonlarda yöneten ve yönetilenlerin iş tatmini ve motivasyonu. İstanbul Teknik Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Anderson, K.E. (1972). Introduction to Communication Theory and Practice. California: Cummings Publishing Company.
- Archer, L.R., Keever, R.R., Gordon, R.A. ve Archer, R.P. (1991).The relationship between residents's characteristics, their stres experiences, and their psychosocial adjustment at one medical school. *Academic Medicine*, 66(5), 301-303.
- Aslan, H., Alpaslan, N., Aslan, O., Ünal, M. (1996). Hemşirelerde tükenme, iş doyum ve ruhsal belirtiler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 33: 4, 192-196.

- Aydın, A.S. (2003). Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerini Arasındaki İlişki.. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Aydın, R., Kutlu, Y. (2001). Hemşirelerde iş doyumu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2).
- Bailey, R., Clarke, M. (1991). *Stress and Coping in Nursing*. London: Chapman and Hall.
- Baltaş, A., Baltas, Z. (1989). *Stresle Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barret-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: refinement of a nuclear concept. *Journal of Counselling Psychology- XXVIII*, 2, 91-100.
- Başaran, İ.E. (1982). *Örgütsel Davranış*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları. No: 108.
- Başaran, İ.E. (2000). *Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü*. (3. Baskı). Ankara : Feryal Matbaası.
- Bayam, G., Şimşek, E.U., Dilbaz, N. (1993). Üç farklı meslek grubunda empatik beceri düzeylerinin karşılaştırılması. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2), 182-184.
- Berger, D. (1984). On the way to empathic understanding. *American Journal of Psychotherapy*, 28 (1), 111-119.
- Bergman, R.J., Volkema, T.J. (1989). Interpersonal conflict at work: an analysis of behavioral responses. *Human Relations*, 142,9, 757-770.
- Berns, S.S. (1984). *Job Satisfaction and Conflict Management*. (3rd Ed.). Toronto: The Mosby Company.
- Billings, A.G., Moss, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A., Moos, R. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and process. İçinde Goldberger, L. ve Breznist, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press, 695-708.
- Bodur, S., Güler, S. (1996). Sağlık yöneticilerinde iş doyumu. V. *Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildirisi*. İstanbul.

- Bölüktepe, E.F. (1993). Kamu Örgütlerinde İş Tatmini. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.Erzurum.
- Burke, C.G. (1989). Understanding the dynamic role of the hospital executive: the view is better from the top. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 34
- Cansever, G. (1985). *İçimdeki Ben: Freud Görüşünün Açıklanması*. (3.Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım AŞ.
- Cappelle, J.N. (1987). Interpersonal Communication: Definitions and Fundamental Questions. İçinde C. R. Berger and S.H. Chaffee (Eds). *Handbook of Communication Science*, CA:SAGE.
- Carmel, S., Glick, S.M. (1996). Compassionate-empathic physicians: personality traits and social – organizational factors that enhance or inhibit this behaviour pattern. *Social Science and Medicine*,43 ,8,1253-61.
- Carol, A., Boswell, R.N. (1992). Work stres and job satisfaction for the community health nurse. *Journal of Community Health Nursing*, 9 (4), 221-227.
- Carver, C.S., Shcheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Champion, HA., Mitchell, M.M. (1986). Management turnover: experiential differences between former and current managers. *Personel Psychology*, 39,128.
- Cinmete, G. (1996). Akdeniz üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumlarının incelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 4 (46), 17-20.
- Clark, R.L. (1976). Psychological Reaction of Patients and Health Professionals to Cancer. In J.W. Cullen, B.H. Fox (Eds.). *Cancer: The Behavioral Dimentions*. New York: Raven Press.
- Coşkuner, A. (1994). İletişim Becerisini Geliştirme Eğitiminin İşgörenlerin İletişim Çatışmalarına Girme Eğilmlerine, Yalnızlık Düzeylerine ve İş Doyumlarına Etkisi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.
- Çelen, Ü., Piyal, B., Karaodul, G., Demir, M. (2004). Ankara onkoloji eğitim hastanesinde çalışanların iş doyumunu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (3).

- Çolak, G. (1992). Lösemili Çocukların Ailelerinde Teşhis-Tedavi Sürecinin Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikler ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açından İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Ana Bilim Dalı, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Davis, C. (1990). What is empathy and can empathy be taught? *Journal of American Physical Therapy Association*, 70 (11), 707-711.
- Demirci, E.E. (2002). İletişim Becerileri Eğitiminin Mesleki Eğitim Merkezine Devam Eden Genç İşçilerin İletişim Becerilerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Deutsch, M. (1969). Conflicts: productive and destructive. *Journal of Social Issues*, 25, 7-41.
- Diane, M.I., Martin, G.E. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses. *Nursing Research*, 44 (4), 246-251.
- Dinç-Sever, A. (1997). Hemşirelerin İş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Dinham, S., Scott, C. (1999). The Relationship Between Context, Type of School and Position Held in School and Occupational Satisfaction and Mental Stress. Paper presented to the Australian College of Education/Australian Council for Educational Administration, National Conference, 5th July.
- Doğan, T. (1999). Başkent Üniversitesi Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Dolu, G. (1997). Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Ana Bilim Dalı, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dökmen, Ü. (1986). Yüz İfadeleri Konusunda Verilen Eğitimin Duygusal Yüz İfadelerini Teşhis Becerisi ve İletişim Çatışmalarına Girme Eğilimi Üzerindeki Etkisi. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.
- Dökmen, Ü. (1988). Empatinin yeni bir modele dayanarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 20, 155-190.

- Dökmen, Ü. (1990). Yeni bir empati modeli ve empatik becerinin iki farklı yaklaşımla ölçülmesi. *Psikoloji Dergisi*, 7 (24), 42-50.
- Dökmen, Ü. (2004). *İletişim Çatışmaları ve Empati*. (26. Basım). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 12(2), 207-220.
- Epstein, A.M., Taylor, W.C., Seage, G.R. (1985). Effects of patients' socioeconomic status and physicians' trainig and practice on patient-doctor communication. *American Journal of Medicine*, 78, 101-106.
- Erefe, İ., Bahar, Z., Kocaman, G., Okumuş, H. (1982). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu üzerine bir araştırma, *Türk Hemşireler Dergisi*, (Özel Sayı), 26-32.
- Ergenç, A. (1992). Kişinin performans düzeyi, işe bağlılığı ve iş doyumunu: nedensel bir analiz. *Psikoloji Dergisi*, 4, 16.
- Ergin, C. (1993). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. İçinde R. Bayraktar ve İ. Dağ (Ed.). *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*. Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Ergin, C. (1996). Sağlık personelinin iş anlayışları ve tutumları araştırması. *SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları*. Ankara.
- Evliyaoğlu, G. (1987). *İletişim Psikolojisi – Psikolojik İletişim*. Ankara: Gazeteciler Cemiyeti Yayını.
- Firth, C.J., Morrison, L.A. (1989). Sources of stres and ways of coping in junior house officers. *Stress Medicine*, 5 (2), 121-126.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, RS. (1985). If it changes, it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a collage examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, RS., Dunkel-Scheiter, C., De Longis, A. (1986a). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. and De Longis, A. (1986b). Appraisal of coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (8), 571-579.
- Freemon, B., Negrete, V.F., Davis, M., Korsch, B.M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.
- Friedman, H.S, Di Matteo, M.R. (1989). *Health Psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Genest, M., Genest, S. (1987). *Psychology and Health*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Gibb, J.R. (1976). *Defensive Communication*. İçinde J.A. De Vito (Ed.). Communication: Concepts and Processes. New Jersey: Prentice Hall.
- Gifford, D.K. (1989). Patterns of empathy, anxiety and performance self esteem in psychologists in independent practice. *Dissertation Abstracts International*, XXXIX, 11.
- Golden, J.S., Johnston, G.D. (1970). Problems of distortion in doctor-patient communication. *Psychiatry in Medicine*, 1, 129.
- Gök, Ş. (1995). Anksiyete ve Depresyonla Başa Çıkma. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Görgülü, R.S. (1988). Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara.
- Gözüm, S. (1996). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerde İş Doyumu, Tükenmişlik ve Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum.
- Greenberg, L.S., Goldman, R.L. (1988). Training in experiential therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (5), 696-702.
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, A., Montesanto, B., Ewans, W.K. (2000). Cancer care workers in ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. Canadian Medical Association, 163, 2. Erişim 20.03.2005 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10934978&query_hl=3&itool=pubmed.

- Gündüz, B. (2000). Hemşirelerde Stresle Başa Çıkma Biçimleri ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Eğitimi Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
- Haley, J. (1988). *İletişim: Psikolojik Sorunlar ve Psikoterapi*. (Çev. Ali Uzunöz). Ankara: Çark Kitabevi Yayınevi.
- Hall, J.A., Rotter, D.L., Katz, N.R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-665.
- Harary, F. (1979). Topics in Graph Theory. The York Academy of Sciences. New York.
- Harry, F. And Batell, M.F. (1981). Communication conflict. *Human Relations*, 34, 633-641.
- Hayes-Baustina, D.E. (1976) .Modifying the treatment: patient compliance, patient control and medical care. *Social Science and Medicine*, 10, 233-238.
- Hayran, O., Aksayan, S. (1991). Pratisyen hekimlerde iş doyumunu. *Toplum ve Hekim*, 6, 16-17.
- Hegan, T. (2003). The importance of effective communication in preventing litigation. *Medical Journal of Malaysia*, 58, 78-82. Erişim 18.03.2005, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14556354&query_hl=1&itool=pubmed_docsum.
- Heim, E. (1991). Job stressors and coping in health professions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 90-99.
- Herzberg, F., Mausner, B., Synderman, BB. (1959). *The Motivation to Work* (2nd. Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Holdroyd, K.A., Lazarus, RS. (1982). Stress, coping and somathic adaptation. İçinde Goldberger,L. & Breznist,S.(ed). Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: The Free Press. 21-33.
- Holland, J.C., Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Işıklar, A. (2002). Lise Dengi ve İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerin İş Doyumu, Tükenmişlik ve Empatik Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya.

- İbrikçi, S., Pektekin, Ç. (1992). Çeşitli hizmet alanlarında çalışan hemşirelerde ruh hastalıklarına eğilimin araştırılması. *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, 362-370.
- İyidoğan-Babayiğit, Z. (1996). Onkoloji Alanında Çalışmanın hekimlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Ana Bilim Dalı, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Jacobson, S.F. (1983). An overview of coping. İçinde S.F. Jacobson, H.M. Mc Grath (eds). *Nurses Under Stress*. New York: John Wiley and Sons. pp.26-46.
- Karlıdağ, R., Ünal, S., Yoloğlu, S. (2000). Hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi 11*, 49-57.
- Kasapoğlu, A. (1999). Sağlık Sosyolojisi, Türkiyeden Araştırmalar. Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara.
- Kash, K.M., Holland, J.C. (1989). Special Problems of Physicians and House Staff in Oncology. In J.C. Holland, J.H. Rowland (Eds.). *Handbook of Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Kirsling, R.A., Kochar, M.S., Chan, C.H. (1989). An evaluation of mood states among first year residents. *Psychological Reports*, 65, 355-366.
- Kocaoğlu, E. (1987). Değişimler Sonucu Örgütlerde Oluşan Gerilimler ve Örgüt Geliştirme Tekniği Olarak Stres Yönetim Programları. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Koptagel, G. (1999). İletişim ve hekim-hasta etkileşimi. İçinde S. Özkan (Ed.). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı (1998-1999)*, 242.
- Köknel, Ö. (1989). Stres Hastalıkları. İçinde N. Tarhan (Ed.). *Stres ve Hastalıklar I. Stres Sempozyumu Kitabı*. İstanbul, 63-70.
- Kurtz, S.M. (2002). Doctor-patient communication; principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Science*, 2, 23-29. Erişim 18.03.2005 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12139082&query_hl=8&itool=pubmed.
- Leavit, H.J. (1978). *Managerial Psychology*. Chicago:University of Chicago Press.

- Lederberg, M.S. (1989). Psychosocial Problems of Staff and Their Management. In J.C. Holland, J.H. Rowland (Eds.). 51:631-647. *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Lee, C. (1986). Professionals in medical settings: the research evidence in the 1980's special issue: job stres from theory to suggestion. *Journal of Behaviour Management*, 8 (2) , 195-213.
- Lee, S.J., Back, A.L., Block, S.D., Stewart S.K., (2002). Enhancing Physician-Patient Communication. *American Society of Education Programme Book*. Erişim 18.03.2005, www.asheducationbook.org/cgi/content/Astract/2002/1/464.
- Maguire, P. (1994). Strategies for reducing burnout in health professionals. conference proceeding. *Psycho-Oncology*, 3, 139-154.
- Martin, C.A., Julian, R.A. (1987). Causes of stres and burnout in physicians caring for cronically and terminally ill. *Hospice Journal*, 3(2-3), 121-146.
- Mary, B. (1994). The effect of work role values on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (5), 958-963.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. New Jersey: Englewood Cliffs & Prentice Hall Inc.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd. Ed.). New York: Harper & Row.
- Medimagazin (2004, 20 Eylül). *Fakültede İş Doyumu Daha Yüksek*. Erişim 25.11.2005, http://www.medimagazin.com.tr/haber_30882.html
- Mount, B.M. (1986). Dealing with our loses. *Journal of Clinical Psychology*, 4 (7), 1127-1134.
- Mullen, P., Smith, R., Hill, W. (1993). Sense of coherence as a mediator of stres for cancer patient and spouse. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11 (3).
- Musal , B., Ergin, S. (1993). Pratisyen hekimlerde mesleki doyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Toplum ve Hekim*, 8 , 22-25.
- Musal, B., Elçi, Ç.Ö., Ergin, S. (1995). Uzman hekimlerde mesleki doyum. *Toplum ve Hekim*, 10 (68), 2-7.
- Newman, J.B. (1966). A Rationale for a Defination of Communication. In A.G. Smith, (Ed.). *Communication and Culture*. New York: Rinehart and Winston.

- Nye, R.D. (1973). *Conflict Among Humans. Some Basic Psychological and Social Psychological Considerations*. New York: Springer Publishing Company Inc
- Olester, W., Balter, L. (1973). Sex and emphathy. *Journal of Councelling Psychology*, 19 (6), 559-562.
- Öz, F. (1992). Sağlık Evlerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi. 3. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*.
- Özkan, S. (1992). Psikoönkoloji-tıbbi psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser 2. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*, 29, 2.
- Palancı, M. (2000). Algılanan Kontrol Düzeyine Bağlı Olarak Farklılaşan Stresle Başa Çıkma Davranışları. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
- Patel, C. (1989). *The Complete Guide to Stress Management*. London:Vermillion Press.
- Peteet, J.R., Murray-Ross, D., Mederios, C., Walsh-Burke, K., Rieker, P., Finkelstein, D. (1989). Job stress and satisfaction among the staff members at a cancer center. *Cancer*, 64 (4), 975-982.
- Phipps, M.C., Lang, B.C., Woods, N.F. (1987). *Medical Surgical Nursing*. (3th ed). Toronto: The CV Mosby Company. 129-143.
- Pişmişoğlu, E.K. (1997). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Empati Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Piyal, Y.B., Piyal, B., Çelen, Ü. (2000). Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarının Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi. 28-29 Eylül 2000 Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiriler Kitabı. Ankara.
- Rait, P., Lederberg, M. (1989). The Family of The Cancer Patient. Handbook of Psychooncology. In J.C. Holland, J.H. Rowland (Eds.). pp 585-598. *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Rakos, R.F. (1997). Nonverbal Communication. In O.D.W. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills*. (2nd ed.). (pp. 289-319). London: Routledge.
- Rogers, C.R. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper and Row.
- Rogers, E.M., Kincaid, DL. (1981). *Communication Networks Toward a New Paradigm for Research*. New York: The Free Press.
- Shinn, M., Rosario, M.H., Chessnut, D.A. (1984). Coping with job stress and burnout in the human services. *Journal Perspective Social Psychology*, 46:4, 864-878.

- Siva, A. (1988). SBÖ ve KKÖ faktör analizi ve güvenirlik çalışması. *Yayınlanmamış veri*.
- Songar, A. (1989). Canlılık, stres ve adaptasyon. İçinde N.Tarhan (Ed.). (7-25). *Stres ve Hastalıklar. I. Stres Sempozyumu Kitabı*. İstanbul.
- Söylemez, D. (2002). Sağlık Personelinin İş Doyumu ile İlgili Bir Metaanaliz Çalışması. Marmara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Stiles, W.B., Putnam, S.M., Woolf, H.M., James, S.A. (1979). Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Medical Care*, 17, 667-669.
- Stone, A.A., Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 892-906.
- Sünter, AT., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., Peşken, Y. (2001). Pratisyen hekimlerde işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Ulusal İş sağlığı ve İş yeri Hekimliği Günleri*. Bursa.
- Swensen, C.H. (1973). *Introduction to Interpersonal Relations*. Glenview: Scott and Foresman Company.
- Şahin, N.H. (1994). *Stresle Başa Çıkma*. Türk Psikologlar Derneği Yayını No:2. Ankara: Özyurt Matbaası.
- Şahin, N.H., Durak-Batıgün, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şahin, N.H., Durak-Batıgün, A. (1997a). İş sektöründe kullanılabilecek iki ölçek: A tipi kişilik ölçeği ve iş doyumunu ölçeği. *Yayınlanmamış Çalışma*.
- Şahin, N.H., Durak-Batıgün, A. (1997b). Bir özel hastane sağlık personelinde iş doyumunu ve stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12 (39), 57-71.
- Şahin, N.H., Rugancı, N., Taş, Y., Kuyucu, S., Sezgin, N. (1992). Stress related factors and effectiveness of coping among university students. *25th International Congress of Psychology*, Brussels, July 19-24.

- Tanrıdağ, Ş.R. (1992). Ankara'daki Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Çalışan Personelin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.
- Taşdemir, G. (1999). Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Taylor, S.E. (1979). Hospital patient behaviour: Reactance, helplessness or control? *Journal of Social Issues*, 35, 156-184.
- Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology*. (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Thakkar, B.M., Kanekar, S. (1989). Dispositional Empathy and casual attribution as determinants of estimated willingness to help. *The Irish Journal of Psychology*, 10 (3), 381-387.
- Tosun, M. (1981). *Örgütsel Etkililik*. TODAİE Yayınları, No:196. Ankara.
- Tosunoğlu, H. (1998). Fırat Üniversitesi Öğretim Elemanlarında İş Doyumu. Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ.
- Tubbs, S.L., Moss, S. (1974). *Human Communication: An Interpersonal Perspective*. New York: Randon House.
- Turgut, F., Baykul, Y. (1992). *Ölçekleme Teknikleri*. Ankara: Meteksan.
- Turnipseed, D.L., Turnipseed, P.H. (1991). Personal coping resources and the burnout syndrome. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6 (3), 473-488.
- Ullrich, A., Fitz Gerald, P. (1990) Stress experienced by physicians and nurses in cancer ward. *Social Science Medicine*, 31 (9), 1013-1022.
- Ulusal, E. (1998). İş Doyumu Verimlilik İlişkisinde Yöneticinin Rolü. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Vitaliano, P.P., Russo, J.E., Maiuro, R., Becker, J. (1985). The ways of coping check list : revision and psychometric properties. *Mult. Behav. Results*, 20, 3-26.
- Volkan, V. (1993). *Life After Loss*. New York: Charles Scribner's Sons Inc.
- Vugia, H.D. (1991). Support groups in oncology: Building hope though the human bond. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9 (3), 89.

- Watson, M., Parr, M., Bliss, J.M. (1994). Are there particular implications for oncologist? *Psychosocial Oncology*, 3, 139-154.
- Weisman, C.S., Teitelbaum, M.A. (1985). Physician gender and physician- patient relationship: Recent evidence and relevant questions. *Social Sciences and Medicine*, 20, 1119-1127.
- Winnubst, J. (1993). Organizational Structure, Social Support and Burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington: Taylor & Francis.
- Yaşar, I. (1993). Hemşirelik Öğrencilerinin ve Hemşirelerin Psikolojik İhtiyaç Örüntüleri ve Empati Düzeyleri. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yavaş, Ö. (1993). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- Yıldırım, İ. (1993). Rehber öğretmenlerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 17, 54-63.
- Yıldırım, F. (1996). Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı.Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yıldırım,Y. (1999). Sağlık Bakanlığına Bağlı Genel Hastanelerde Çalışan Hastane Yöneticilerinin İş Doyumu. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Yıldız, N., Yolsal, N., Ay, P., Kıyan, A. (2003). İstanbul Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde iş doyumu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66 (1). <http://www.itfdergisi.org/about.php3>.
- Young, J.W. (1980).The effects of perceived physician competence on patients' symptom: Disclosure to male and female physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 279-290.
- Yüksel-Şahin, F. (1997). Grupla İletişim Becerileri Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin İletişim Becerileri Düzeylerine Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.

FORMLAR

EK-1

Sayın Katılımcı,

Bu form ve bundan sonra yanıtlayacağınız ölçekler bir yüksek lisans tez çalışmasında ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak ve değerlendirilmesi tamamen araştırmacıda saklı kalacaktır. Ölçeklere adınızı yazmanıza gerek yoktur.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Psk. Pınar İşçen
TC. İstanbul Üni. Onkoloji Enst.
Prevantif Onkoloji ABD
Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:**
3. **Medeni Durumunuz:**
 - a. Evli () Lütfen ne kadar süredir evli olduğunuzu belirtiniz _____
 - b. Bekar () Bu şıkkı işaretlediyseniz lütfen seçiniz:
 - duygusal bir ilişkim var ()
 - duygusal bir ilişkim yok ()
 - c. Boşanmış ()
4. **Evliyseniz lütfen yanıtlayınız:**
 - a. Eşim çalışıyor () Lütfen ne iş yaptığını belirtiniz: _____
 - b. Eşim çalışmıyor ()
5. **Çocuğunuz var mı?**
 - a. Evet () Lütfen kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz: _____
 - b. Hayır ()

6. Çalıştığınız Kurum:

7. Kurum içinde çalıştığınız bölüm: Lütfen belirtiniz:

- a. Radyasyon Onkolojisi b. Medikal Onkoloji c. Cerrahi d. Diğer

(açıklayınız):

8. Aşağıdakilerden hangisi sizin durumunuzu tanımlıyor?

- a. Öğretim Görevlisi – Profesör () d. Uzman Doktor ()
b. Öğretim Görevlisi – Doçent () e. Asistan Doktor ()
c. Öğretim Görevlisi – Yardımcı Doçent () f. Diğer (belirtiniz):

9. Meslekte çalışma süreniz: _____ (ay/ yıl)

10. Çalıştığınız bölümdeki çalışma süreniz: _____ (ay/yıl)

11. Çalıştığınız bölümden memnun musunuz?

- a. Memnun değilim ()
b. Kısmen memnunum ()
c. Memnunum ()
d. Çok memnunum ()

12. Çalışma şekliniz:

- a. Sürekli gündüz () d. Vardiyalı ()
b. Sürekli gece () e. Diğer (açıklayınız):
c. Gündüz ve bazen nöbet ()

13. Haftalık ortalama çalışma süreniz(bu kurumda) : _____ (saat)

14. Bu kurum haricinde başka bir yerde (muaynehane, tıp merkezi, özel hastane,vb) çalışıyor musunuz? Lütfen belirtiniz:

15. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- a. Evet () b. Hayır ()

16. Çalıştığınız alanı isteyerek mi seçtiniz?

- a. Evet () b. Hayır ()

24. Mesleğinizi uygulamadaki veriminiz konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyi () c. Ne iyi ne kötü ()
b. İyi () d. Kötü ()

25. Hastalarınızı anlayabilme konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyi anlıyorum ()
b. Anlıyorum ()
c. Bazen anlıyorum bazen anlamıyorum ()
d. Anlamıyorum ()

26. Hastalarınız onları anlamanız konusunda ne düşünüyorlar?

- a. Genellikle onları anladığımı düşünürler ()
b. Bazen anladığımı söylerler ()
c. Genellikle anlamadığımı söylerler ()
d. Onları hiç anlamadığımı söylerler ()
e. Bir fikrim yok ()

27. Hastalarınızla iletişim konusunda yaşadığınız sorunlar varsa nelerdir?

28. Lütfen aşağıda belirtilen her bir grup için “iletişim kurmakla ilgili görüşünüzü” ilgili kutucuğun içine “X” işareti koyarak belirtiniz.

	Çok zor	Zor	Kararsızım	Kolay	Çok kolay
Hastalar					
Hasta Yakınları					
Meslektaşlar					
Diğer Tedavi Ekibi Üyeleri					
Diğer (belirtiniz)					

29. İş stresinizle başa çıkma yöntemleriniz konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok yeterli ()
- b. Yeterli ()
- c. Kısmen yeterli ()
- d. Çok az yeterli ()
- e. Yetersiz ()

30. Son dönemde olumsuz bir yaşam olayıyla (ölüm, boşanma,vb) karşılaştınız mı?

- a. Evet () Lütfen belirtiniz:
- b. Hayır ()

31. Herhangibir hastalığınız var mı? Varsa tedavi altında mısınız? Lütfen açıklayınız:

ÇATIŞMA EĞİLİMİ ÖLÇEĞİ (ÇEÖ)

Bu ölçek, kişiler arasındaki etkileşimin niteliğini inceleyen bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Sizden istenen, aşağıda sıralanan cümlelerin her birini okuyarak, bu cümledeki fikre ne oranda katıldığınızı belirtmenizdir. Bu cümlelerin doğru yada yanlış cevapları yoktur; sadece ankete katılanların kişisel görüşleri önemlidir. Bu nedenle cümleler üzerinde uzun uzun düşünmeden, aklınızdan geçen ilk cevabı vermeniz uygun olacaktır.

Lütfen, aşağıda tanımlanan duyguların, düşüncelerin yada davranışların size ne kadar uyduğunu düşünerek her bir maddede size uygun olan şıkkın yanına “X” işareti koyunuz.

1. Tamamen aykırı 2. Oldukça aykırı 3. Kararsızım
4. Oldukça uygun 5. Tamamen uygun

	tamamen aykırı	oldukça aykırı	kararsızım	oldukça uygun	tamamen uygun
1. Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.....	1____	2____	3____	4____	5____
2. Sık sık bahse tutuşurum.....	1____	2____	3____	4____	5____
3. Başkalarından kendim için bir şey istemek bana güç gelir.....	1____	2____	3____	4____	5____
4. Bazen, iyi niyetim, karşımdaki tarafından yanlış anlaşılır.....	1____	2____	3____	4____	5____
5. Son zamanlarda sık münakaşa eder oldum.....	1____	2____	3____	4____	5____
6. Yakınlarımla zevklerim genellikle uyuşur.....	1____	2____	3____	4____	5____
7. Bazen alınganlığım tutar.....	1____	2____	3____	4____	5____
8. Öfkemi içime attığım çok olur.....	1____	2____	3____	4____	5____
9. Hatamın yüzüme söylenmesi beni rahatsız eder..	1____	2____	3____	4____	5____
10. Yakınlarıma zaman zaman küserim.....	1____	2____	3____	4____	5____
11. Konuşurken kelime oyunu yapmayı sevmem.....	1____	2____	3____	4____	5____
12. Birisiyle tartışırken, bazen, dikkatim onun lerinden çok vereceğim cevap üzerine yoğunlaşır...	1____	2____	3____	4____	5____
13. Özür dilemek bana güç gelir.....	1____	2____	3____	4____	5____
14. Şu anda dargın olduğum hiç kimse yok.....	1____	2____	3____	4____	5____
15. Aşık olduğumda bunu rahatlıkla aşık olduğum kişiye söyleyebilirim.....	1____	2____	3____	4____	5____
16. Lades tutuşmayı severim.....	1____	2____	3____	4____	5____
17. Konuşurken sözümün kesilmesine kızmam.....	1____	2____	3____	4____	5____
18. Sahip olduğum kişisel özelliklerden hoşnutum..	1____	2____	3____	4____	5____

	tamamen aykırı	oldukça aykırı	kararsızım	oldukça uygun	tamamen uygun
19. Dünyadaki her insanın sevicecek bir yanı olduğuna inanırım.....	1____	2____	3____	4____	5____
20. Bazen incir çekirdeğini doldurmayacak nedenlerden dolayı tartışmaya girerim.....	1____	2____	3____	4____	5____
21. Bazı tartışmalarda çok öfkelenip mekanı terk ettiğim oldu.....	1____	2____	3____	4____	5____
22. Mesleğimden memnunum.....	1____	2____	3____	4____	5____
23. Çok sinirlendiğimde gözüm hiç kimseyi görmez	1____	2____	3____	4____	5____
24. Yaşamı seviyorum.....	1____	2____	3____	4____	5____
25. Sinirli bir insanım.....	1____	2____	3____	4____	5____
26. Bazen, biriyle konuşurken, yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.....	1____	2____	3____	4____	5____
27. Bir tartışmada hatamı anlarsam hemen kabul ederim	1____	2____	3____	4____	5____
28. Öyle tanıdıklarım var ki, ne söyleseler sinirime dokunur.....	1____	2____	3____	4____	5____
29. Bazı kişilere içimden kızar, yüzlerine söylemem	1____	2____	3____	4____	5____
30. Bazen, yanlış anlaşılma korkusuyla fikrimi açıklamadığım olur.....	1____	2____	3____	4____	5____
31. Tartışmalarda, genellikle, ortaya attığım bir fikirden kolay kolay vazgeçmem.....	1____	2____	3____	4____	5____
32. Değiştirmek istediğim bazı huylarım var....	1____	2____	3____	4____	5____
33. Hatalı olduğumu fark etsem de, açıkça kabul etmek güç gelir.....	1____	2____	3____	4____	5____
34. İnsanların beni yeterince sevdiklerinden emin değilim.....	1____	2____	3____	4____	5____
35. İnsanlara çabuk kırılıyorum.....	1____	2____	3____	4____	5____
36. İnsanların çoğu bencildir.....	1____	2____	3____	4____	5____
37. Arkadaşlarım uysal ve anlayışlıdır.....	1____	2____	3____	4____	5____
38. İnsanların çoğu üzerlerine vazife olmayan işlere karışır.....	1____	2____	3____	4____	5____
39. Emir almak, beni rahatsız eder.....	1____	2____	3____	4____	5____
40. Bir düşüncemi, başkalarına tam olarak iletmekte güçlük çektiğim olur.....	1____	2____	3____	4____	5____
41. Dargın olduğum için selam vermediğim kişiler var.....	1____	2____	3____	4____	5____
42. İnsanlar, beni tam olarak anlamıyorlar....	1____	2____	3____	4____	5____

	tamamen aykırı	oldukça aykırı	kararsızım	oldukça uygun	tamamen uygun
43. Bazen öfkeye kapılıp karşımdakini azarlarım.	1____	2____	3____	4____	5____
44.Çevremde çok sevilen bir insanım.....	1____	2____	3____	4____	5____
45.Karşımdakinin övünmesi beni rahatsız etmez	1____	2____	3____	4____	5____
46.İnsanlarla genellikle iyi geçinirim.....	1____	2____	3____	4____	5____
47.Küs olduğum biriyle barışmak istediğimde ilk adımı atmakta güçlük çekmem.....	1____	2____	3____	4____	5____
48.Başkalarının dertlerini dinlemek beni genellikle sıkar.....	1____	2____	3____	4____	5____
49. Kendimden her bakımdan hoşnutum.....	1____	2____	3____	4____	5____
50.Bazen birisine öyle kırılırım ki uzun süre huzurum kaçır.....	1____	2____	3____	4____	5____
51. Yakınlarım, duygu ve düşüncelerimi tamamen değil, kısmen paylaşırlar.....	1____	2____	3____	4____	5____
52. Öğüt vermeyi severim.....	1____	2____	3____	4____	5____
53. Genelde insanlara güvenirim.....	1____	2____	3____	4____	5____

EMPATİK BECERİ ÖLÇEĞİ B FORMU (EBÖ-B)

Aşağıda altı durum ve her duruma ilişkin on iki tepki verilmiştir. Bu durumları ve bunlara ait tepkilerin her birini okuduktan sonra, her durum için , on iki tepkiden sorun sahibine söylemeyi tercih edeceğiniz dört tepkiyi seçiniz ve işaretleyiniz. (seçtiğiniz maddeyi yuvarlak içine alınız).

I. Kişi : bir ev hanımı

“Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alışveriş, çocuklar....Bütün gün tek başıma koşturuyorum, yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasında hapsolmuş gibi hissediyorum.”

1. Ev işlerine yardım edecek bir kadın tutmayı düşündün mü?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor?
3. Eşin hiç yardım ediyor mu?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünyada bir tek sen değilsin. Bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı gerçekten bunaltır.
7. Bence senin problemin işleri becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam ben de bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında kendini yalnız ve çaresiz hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum, ev işleri gerçekten kolaydır.
11. Annem de (veya bir başka yakınınız), senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

II. Kişi: bir arkadaşınız

“Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım ama daha da kötü oldu. Babam dün, “bir daha o adamla görüşmeyeceksin” dedi. Gerçi miras konusunda babam haklı gibi, ama amcamdan da vazgeçemem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için bu çektiğimize değer mi?”

1. Her ailede böyle problemler olabilir, kardeş kardeşin ne öldüğünü istemiş ne güldüğünü.
2. Bence üzülmen gereksiz, sonunda nasıl olsa barışırsınız.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsam ben de çok üzülürdüm.
5. Kendini sevdiğin iki kişinin arasında kalmış hissediyorsun, bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemlerini anlaşılarak çözümlemelerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurmalısınız.
8. Sevdiğin iki kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.
9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.
11. Baban “amcanla konuşma” sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

III. Kişi: bir dostunuz

“Son günlerde canım sıkılıyor, belli bir sebebi yok ama içimin daraldığını hissediyorum, canım hiçbir şey yapmak istemiyor, amaçsız dolanıyorum. Üstelik bu sıkıntıyı kimseyle paylaşmıyorum.”

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzuldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şeyler olacakmış gibi geliyor.
5. Bazen ben de senin gibi sıkıntı hissederim.
6. Sanırım şu sıralarda kendini yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinç altındaki bazı duygular böyle hissetmene yol açıyordu.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.
9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün de oluyor mu?
10. Kendini böylesine bırakman doğru değil.
11. Dünyada öyle büyük dertleri olan insanlar var ki onlar senin bu sebepsiz sıkıntıyı dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

IV. Kişi: bir genç

“Başımın yan tarafında bir tutam saç var, ne yapsam yatıramıyorum. İslatıyorum olmuyor, bağlıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor.”

1. Bu önemli bir problem değil, kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber halledemiyor mu?
6. Başkalarının yanında her zaman derli toplu gözükmek istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun.
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalmak seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu, önemli bir sorun değil ama bu işin seni rahatsız etmesine üzüldüm.
10. Bunu sakın arkadaşlarına söyleme. Seninle dalga geçebilirler, sen de üzülersün.
11. Küçük bir şey için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran, saçının yatmaması değil, bu işe çok fazla zaman harcıyor olman.

V. Kişi: bir genç kız

“Annem, geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de “Sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim” dedi. Dün ne öğrensem beğenirsiniz? Başka şehirde oturan bir ablam var. Annem bana aldığı atkının aynısını, üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda son derece kötü hissediyorum kendimi.”

1. Annene niçin böyle davrandığını sordun mu?
2. Annen hem sana hem de ablana özel bir hediye alabilir, çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olay seni üzmüş.
5. Bu olay karşısında, sanırım, kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkının tamamen benzer olduğuna emin misin?
8. Annenin sana, senin sandığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerinde olsaydım ben de üzülerdim.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmişsin, şimdi bu sevincin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi?
12. Annene oldukça öfkелisin.

VI. Kişi: bir öğrenci

Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor ama kahveden çıkarken her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum. Böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? Ne iş yaparım? Sonra anama, babama, konuya komşuya ne derim?

1. Bu durumu ailen öğrenirse herhalde çok üzürlüler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan başka arkadaşların da var mı?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okul bitirmek değildir. Okul bitirmemiş nice başarılı insan var.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun, kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikoloğa başvurmalısın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerine kafanı takma, kendini derslerine ver.
8. Bu problemin beni üzdü.
9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten hem de ana-babanı incitmekten korkuyorsun.
10. Hiçbir derse mi çalışmıyorsun yoksa bazı derslere mi?
11. Bence kendine fazla yükleniyorsun, telaşın ve sıkıntın bu yüzden.
12. Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.

İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Aşağıda, kişilerin iş yaşamlarıyla ilgili 32 konu verilmiştir. Her birinin yanında o konunun sizi ne kadar tatmin ettiğine (doyum verdiği) ilişkin %0 ile %100 arasında değişen bir ölçek vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyup sizi ne derece tatmin ettiğini uygun kutucuğa işaretleyin.

	Sizi Tatmin Derecesi				
	%0	%25	%50	%75	%100
1) Yaptığım iş karşılığı aldığım ücret.	☐	☐	☐	☐	☐
2) İşimde bana sağlanan yükselme imkanları.	☐	☐	☐	☐	☐
3) İş yerimdeki idari politikalar ve iş işleyiş biçimi.	☐	☐	☐	☐	☐
4) İş yerindeki idari yapılaşma (hiyerarşik yapı).	☐	☐	☐	☐	☐
5) İş yerimdeki hizmet içi eğitim programları.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Amirlerimin yöneticilik stili.	☐	☐	☐	☐	☐
7) İş yerimdeki kararlara katılma payım.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Birlikte çalıştığım grubun büyüklüğü.	☐	☐	☐	☐	☐
9) İş yeri arkadaşım ile ilişkilerim.	☐	☐	☐	☐	☐
10) İş yerimin fiziksel koşulları.	☐	☐	☐	☐	☐
11) İş yerimdeki sorunların çözülmesine idarenin yaklaşımı.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sizi Tatmin Derecesi				
	%0	%25	%50	%75	%100
12) İşimin kapsamı.	☐	☐	☐	☐	☐
13) İş yerimde yükselebilmem için neler yapmam gerektiğine ilişkin bilgilerin açıklığı.	☐	☐	☐	☐	☐
14) İş yerimdeki rollerin belirginlik (açıklık) düzeyi.	☐	☐	☐	☐	☐
15) İş yerimdeki performansımın değerlendirilme biçimi.	☐	☐	☐	☐	☐
16) İş yerimdeki ikramiye ya da prim olanakları.	☐	☐	☐	☐	☐
17) İş yerimde benden beklenenlerin belirtiliş biçimi.	☐	☐	☐	☐	☐
18) İdarenin personele karşı tavrı.	☐	☐	☐	☐	☐
19) İş yerimde personeli doğrudan ilgilendiren konularda kararların alınmış şekli.	☐	☐	☐	☐	☐
20) Yaptığım iş üzerindeki kendi kontrol düzeyim.	☐	☐	☐	☐	☐
21) İşimdeki çeşitlilik miktarı.	☐	☐	☐	☐	☐
22) İş yerimdeki insanlar arası iletişim tarzı.	☐	☐	☐	☐	☐
23) İş yerimdeki çalışma saatlerim.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sizi Tatmin Derecesi				
	%0	%25	%50	%75	%100
24) İş yerimdeki gürültü düzeyi.	☐	☐	☐	☐	☐
25) İş yerimdeki düzen ve temizlik.	☐	☐	☐	☐	☐
26) İş yerimdeki teknolojik imkanlar.	☐	☐	☐	☐	☐
27) İşimi yaparken bana tanınan özgürlük derecesi.	☐	☐	☐	☐	☐
28) İşimi yaparken bana verilen sorumluluk miktarı.	☐	☐	☐	☐	☐
29) İş performansıyla ilgili olarak bana verilen bilgi (geribildirim)	☐	☐	☐	☐	☐
30) Yaptığım işin yeteneklerime uygunluğu.	☐	☐	☐	☐	☐
31) Yaptığım işin eğitime uygunluğu.	☐	☐	☐	☐	☐
32) Yaptığım işin kişiliğime uygunluğu.	☐	☐	☐	☐	☐

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ (SBTÖ)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı yada stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların size uygunluk yada sizi tanımlama derecesini işaretleyin. Herhangibir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki parantez içine (X) işareti koyun, çok uygun ise %100'ün altını, diğer cevaplar için öteki seçenekleri kullanınız.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA ...	Sizi nasıl tanımlıyor? Size ne kadar uygun?			
	%0	%30	%70	%100
1.Kimsenin bilmesini istemem.	()	()	()	()
2.İyimser olmaya çalışırım.	()	()	()	()
3.Bir mucize olmasını beklerim.	()	()	()	()
4.Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5.Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	()	()	()	()
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	()	()	()	()
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.	()	()	()	()
8.Olayın/olayların değerlendirmesini yaparım ve en iyi kararı vermeye çalışırım.	()	()	()	()
9.İçinde bulunduğum kötü durumun kimse tarafından bilinmesini istemem.	()	()	()	()
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum.	()	()	()	()
11.Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.	()	()	()	()
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	()	()	()	()
13.“İş olacağına varır” diye düşünürüm.	()	()	()	()
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım.	()	()	()	()
15. Problemin çözümü için adak adarım.	()	()	()	()
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	()	()	()	()
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	()	()	()	()
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	()	()	()	()
19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.	()	()	()	()
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	()	()	()	()

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA ...	Sizi nasıl tanımlıyor? Size ne kadar uygun?			
	%0	%30	%70	%100
21. Mücadeleden vazgeçerim.	()	()	()	()
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	()	()	()	()
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24. Olaylar karşısında “kaderim buymuş” derim.	()	()	()	()
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	()	()	()	()
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.	()	()	()	()
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm.	()	()	()	()
28. “Hep benim yüzümden oldu.” diye düşünürüm.	()	()	()	()
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	()	()	()	()

EK 2

Araştırmaya Katılan Onkologların Kişisel Bilgi Formundaki Bazı Sorulara Verdikleri Cevap Örnekleri

1. Eşin Mesleği

- Diş hekimi
- Doktor
- Eczacı
- Hemşire
- Ekonomist
- Ziraat Mühendisi
- Bankacı
- Yayıncı
- Serbest Meslek
- Halkla İlişkiler Uzmanı
- Medikal Fizik Uzmanı
- Tekstilci

2.Yaptığımız İşin Zor Tarafları

A. Çalışma Koşullarıyla ve Meslekle İlgili Konular

- Kurumun fiziki şartları
- Bürokratik prosedürler
- İdari işlerle uğraşmak
- Teknolojik yetersizlik
- Organizasyon yetersizliği
- Güneş görmeyen mekanlarda çalışmak
- Makine bağımlısı olmak
- Teknolojik olarak dünya standartlarının yakalanamaması
- Teknik işlerle uğraşmak
- Zaman yetersizliği
- Aynı gün içinde birbirinden tamamen farklı birçok şeyle uğraşmak
- Çalışma koşullarının zorluğu (personel yetersizliği, teknik olanaksızlıklar)
- Yoğun çalışma
- Akademik çalışmalara az zaman kalması
- Radyoterapi ile uğraştığımdan tedaviye bağlı yan etkiler yıllar sonra çıkabiliyor
- İstedğim kişilere her an ulaşamamam
- İstedğim işlerin, tahlillerin sevk nedeni ile yapılamaması
- Havasız poliklinik koşulları, hastalar için yetersiz bekleme alanı olmaması
- Fazla sayıda hastayı kısa bir sürede değerlendirmek
- Sürekli okumak

- İlaç almada uygulanan fazla prosedürler
- Hastalara yeteri kadar zaman ayıramamak
- Hasta muayene ve tedavi planı dışındaki gereksiz işler ve prosedürler, bunlarla vakit kaybedilmesi
- Polikliniklerin mekan olarak yetersizliği, her bir poliklinikte asistan değil 3-4 doktorun çalışmak zorunda bırakılması
- Olanakların azlığı
- Nöbetli bir iş hayatı olması
- Nöbetlerde yalnız olmak
- Hastanemizin çok yoğun hasta potansiyeli olması nedeniyle hastaya ayrılan bilimsel çalışma ve tedavi uygulamasının yeterli yapılamaması
- Tıbbi sorumluluk
- Her konuda yeterli olma gerekliliği (tıbbi anlamda)
- Günlük ilgilenilmesi gerekli hasta sayısının çok fazla olması
- Sürekli efor ve yenilenme istiyor
- Yaşamsal sorumluluklar
- Maddi- manevi karşılık yetersizliği
- Çok çalışmak az para kazanmak
- Sorumluluk (bir başkasının hayati sorumluluğu)
- Mali sıkıntılar
- İş yükü altında, hastalara ihtiyaçları olan psikolojik desteği tam olarak sağlayıp herkesi memnun etmek

B. Hastalar ile İlgili Konular

- Hasta değil kanser hastası ile uğraşmak
- En zor, en güzel bazen en sıkıcı insan veya hasta ile uğraşıyoruz
- Hırçın hastalar
- Kanser hastasının psikolojisi ile uğraşmak (kanser hastasının psikolojisini taşıyorlar)
- Hastaların hastalığı ile beraber psikolojik sorunlarıyla da ilgilenmek
- Sosyoekonomik düzeyi düşük hasta grubu ile uğraşmak
- Hastaların Türkçe bile konuşamamaları
- Psikolojik olarak ümidini yitirmiş hasta grubu
- Mutsuz insanlarla uğraşmak
- Hasta grubunun sosyo-ekonomik ve kültürel düzeylerinin düşük olması
- Hastaların hastalığı kabullenmesi oldukça zor
- Hasta kooperasyon problemi
- Hastaların psikolojik durumları ve yaşadıkları sorunlar
- Hastaların cahilliği
- Hastalar ile iletişim kurmakta zorlanıyorum
- Hastaların, hastalığın seyri konusunda verilen bilgiyi algılamak zorluk çekmeleri
- Hastalar tarafından sürekli eleştirilmek

- Yapılan işin değerinin hastalar tarafından bilinmemesi
- Hastaların sosyoekonomik problemleri
- Sürekli mutsuz insanlarla birlikte olmak
- Hasta uyumsuzluğu
- Hastaya hastalığın ölümcül olduğunu anlatmak
- Hastalara yalan söylemek
- Hastalara durumu izah etmekte zorlanıyoruz
- Zamanı kalmamış, ölecek olan bir hastaya gerçekleri söyleyememek
- Hastaya öleceğini söylemek (terminal hasta)
- Ölmekte olan hastaya bunun ifade edilememesi
- Genç hastalarla yeni tanının tartışılması

C. Hasta Yakınları ile İlgili Konular

- Kanserli hasta yakını ile uğraşmak
- Ajite ve farklı istekleri olan hasta yakınları ile uğraşmak
- Hasta yakınlarının cahilliği
- Hasta yakınlarının hastalık ve tedavi ile ilgili konuları anlamakta zorlanmaları
- Hasta yakınları tarafından sürekli eleştirilmek
- Hasta yakınlarının yapılan işin değerini bilmemeleri
- Hasta yakınlarına durumu anlatmak
- Hasta yakınları hastaya hastalığını söylememizi istemiyor

D. Hastalık ve Tedavi ile İlgili Konular

- Tedavisi zor, kabul edilemez hastalıkla uğraşmak
- Bilinmeyenle uğraşmak
- Sonuçsuzluk
- Hayati kararlar verme
- Tedavilerin her zaman başarılı olmaması
- Hastaların çoğunu kaybetmek
- Sürekli kötü ve üzüntü veren sonuçlarla çalışmak
- Kür sağlanabilen hasta sayısının az olması
- Hastaların ölüme gidişlerini seyretmek
- Yüz güldürücü bir branş değil
- Hastaların verilen tedaviye hassasiyetlerinin azlığı
- Hastaları çok kısa sürede kaybetmek
- Çaresizlik
- İlgilendiğimiz hasta grubunun en dramatik grup olması
- Hayat beklentisi kısa insanlarla uğraşmak
- Hastaların çoğunun genel durumu çok kötü

- Sıkça ölüm vakaları ile karşılaşyoruz
- Yaptığım işlerin pek çoğunun aslında işe yaramadığını biliyor olmak
- Onkolojik hastaların pek azının tedavisinden olumlu sonuçlar alıyoruz.
- Sağkalımı kısa bir hasta grubuyla uğraşmak
- Kanser hastalığının ölümcül hastalık olarak kabul edilmesi

E. Hekimin Kendisi ile İlgili Konular

- Duygusal yük
- Yorgunluk
- Kendime ayırdığım sürenin az olması
- Duygusal bağı profesyonel ilişkiyle değiştirmek
- Mesleki fedakarlık
- Psikolojik zorluğu
- Psikolojik yük
- Çocuğum olduğu için nöbetlerde sıkıntı çekiyorum
- Manen yıpratıcı olması

F. Meslektaşlarla İlgili Konular

- Diğer branş hekimlerinin radyoterapi konusundaki eksik ve yanlış bilgilerini düzeltmeye çalışmak
- Hocaların, sorgusuz sualsiz baskı, yargılama ve aşağılamalarına bilimsel bir işi yapıyor olmamıza rağmen fikrini rahatça söyleyememek
- Meslektaşlarla kişisel ilişkilerde yaşanan zorluklar

3.Bu Alanda Çalışmanın Olumlu Yanları

- Psikolojik tatmin
- Maddi tatmin
- Çalışma Şartları
- Geleceği olan bir alan olması
- Başarılı olan kişilerle çalışma imkanı vermesi
- Olumlu yanı yoktur
- Hayattaki değerler kavramında kattığı boyut
- İnsani iletişim
- İnsanlara faydalı olmak, onları güldürebilmek
- Belli oranda başarılı tedavi sonuçları alabilmek
- Teknolojik gelişmelerle içiçe olmak
- Araştırmaya açık bir alan olması
- Büyük merkezlerde çalışma olanağı
- Hasta açısından özel olmak

4.İşten Ayrılamayı Düşünme Sebebi

- Stres
- Yetersizlik hissi
- Yoğun çalışma koşulları
- Yorgunluk
- Ekonomik yetersizlik
- Bölüm değiştirme isteği
- İstanbul’da kadrolu olarak çalışmak zor
- Daha düzgün koşullarda, motive edecek bir iş bulma isteği
- Maddi ve manevi tatmin yok

5. Hastalarla İletişim Konusunda Yaşanan Sorunlar

A.Hastaların Düşük Eğitim Seviyesi ve Düşük Sosyoekonomik-kültürel Seviyede Olmalarından Kaynaklanan Nedenler

- Verilen tedavileri yeterince uygulamamaları
- Eğitim düzeyi düşük hastalar anlatılan tedaviyi yeterince anlayamıyorlar
- Türkçe konuşamayan hastalarla yanlarında getirdikleri ilkokula giden refakatçileri aracılığıyla iletişim kurmaya çalışıyoruz.
- Hasta yakınlarının sosyoekonomik düzey düşüklüğü nedeniyle yapılması istenen şeylerin tekrar edilerek yaptırılması
- Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin düşüklüğü
- Hastaların birçoğu cahil ve ne istediklerini ifade edemiyorlar. Hastalıklarının önemini hatta hastalığın ne olduğunu bilmiyorlar
- Kendilerinden istenileni algılayamamaları
- Söylenilenin algılanmasında ve istenilenin yapılmasında güçlük, defalarca anlatmam gerekiyor.
- Hastalar genelde hastane ortamına girdiklerinde muhtemelen anksiyeteden dolayı algıları düşüyor ve aynı şeyi tekrar tekrar anlatmak zorunda kalıyoruz. Vakit sıkıntısı çektiğimiz için bize ek bir yük oluyor.
- Sosyal ve ekonomik güvenlik sistemindeki sorunların yansımaları olabiliyor
- Düşük sosyokültürel seviye iletişimi zorlaştırıyor
- Sosyoekonomik konumu ve eğitim düzeyi düşük hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimi sürdürmek maalesef zor oluyor
- Yönlendiren ve tanıyı koyan doktorlar tarafından koşullandırılmış olmaları (bazen yanlış olarak)
- Okuma yazma bilmemeleri

- Eğitim seviyelerinin düşük olması nedeniyle bir poliklinikte aynı anda birden fazla hastaya bakmam için ısrar etmeleri
- Genel olarak hastanemizin hasta profilinin eğitim seviyesi düşük olduğu için hastaya bilgi verme ve yönlendirme konusunda zorlanıyoruz

B. Hastaya Hastalığı ile İlgili Gerçeklerin Söylenememesinden Kaynaklanan Sorunlar

- Her şeyi açık açık konuşamamak
- Hastaya tanısının söylenememesi
- Kesin tanıyı, komplikasyon olasılıklarını veya tedavi başarı olasılıklarını net söylemek gerektiğinde sorun çıkabiliyor
- Hastaların tanıılarını bilmemeleri
- Hastaya hastalığı ile ilgili gerçekleri söyleyememek

C. Hekimle İlgili Konulardan Kaynaklanan Sorunlar

- Tüm hastalara eşit mesafede olamıyorum. Ekonomik kaygılardan dolayı hastalarla ilişkilerimde olumsuz etkileniyorum
- Anlasam da çözüm getiremediğimden anlamamazlığa geliyorum

D. Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunlar

- Yoğun çalışma tempomuz nedeniyle her hastaya yeterli zamanı ayıramıyoruz. Sıkıntı ve problemlerini anlamak için gereken zamanımız olmuyor
- Enerji ve zaman azlığı nedeniyle empati her zaman mümkün olmuyor

E. Hastalıktan Kaynaklanan Psikolojik Sorunlar

- Genel durumu bozuk hastalar daha tepkili oluyor
- Sadece ağır psikolojik bozukluğu olan hastalarla iletişim kurmak zor olabiliyor
- Çoğunlukla depresif oluyorlar. Bu durum onlarla iletişim kurmamızı zorlaştırıyor.

F. Hasta ve Hasta Yakınlarının, Hastalığa ve Hekimlere İlişkin Tutum ve Davranışlarından Kaynaklanan Sorunlar

- Hayatlarından vazgeçip tüm sorumluluğu sağlık personeline yüklemek istemeleri
- Sadece tek pencereden bakmaları
- Bana bağlı olmayan sebepler yüzünden yerine getiremediğim olayları hasta ve yakınlarının anlamamaları, her türlü problemi halletmemiz gerektiğini ısrarla diretmeleri
- Nadir de olsa hasta yakınlarının doktorları da düşünmesi gerektiğinin kendisine hatırlatılması gerekiyor
- Hastalarla iletişim konusunda hiçbir sorun yaşamıyorum. Ancak hasta yakınları, her zaman olmasa da sorun çıkarabiliyorlar, söylediklerimizi dinlemiyorlar. Ajite, öfkeli davrandıkları olabiliyor.
- Özellikle hasta yakınları ile iletişim konusunda zorluklar yaşıyorum. Çünkü dinlemiyorlar ve anlamak istemiyorlar. Sadece kendi kafalarındaki soruya fiske olup farklı cevapları yada seçenekleri algılamıyorlar

6.Olumsuz Yaşam Olayı

- Anne kaybı
- Baba kaybı
- Dede kaybı
- Yakın kaybı
- Ailede kanser
- Babada kolon kanseri
- Boşanma

7. Hastalık

- Kardiyak sorunlar, by-pass
- Meme kanseri
- Migren
- Böbrek taşı
- Nefrolithiosis
- Hipertansiyon
- Alerjik astım
- Depresyon
- Lumbal disk hernisi
- Alerjik rinit
- Alerjik astım
- Ülseratif kolit
- Seronejatif artrit
- Hipertiroidi
- Hiperlipidemi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	PINAR	Soyadı	İŞÇEN
Doğ.Yeri	Gelibolu-Ç.kale	Doğ.Tar.	10.04.1980
Uyruğu	TC	TC Kim No	27994414392
Email	pinariscen@yahoo.com	Tel	0532 467 84 54

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İÜ Sağlık Bilimleri Enst.-Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı	2006
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü	2002
Lise	Fenerbahçe Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Psikolog	Acıbadem Huzurevi	2003-2006
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Excel	Orta
Powerpoint	İyi
SPSS	Orta

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Psikodrama ve gitar eğitimi alıyor.