

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALKOLE BAĞLI SİROZ HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNİN VE DAMGALAMA
DÜZEYLERİNİN TERAPÖTİK İLİŞKİ DÜZEYLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Ebru TAN
ORCID:0009-0003-5287-7509

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
EYLÜL 2025

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc 2022970084

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

**ALKOLE BAĞLI SİROZ HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNİN VE DAMGALAMA
DÜZEYLERİNİN TERAPÖTİK İLİŞKİ DÜZEYLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Ebru TAN
ORCID:0009-0003-5287-7509**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
ORCID:0000-0002-7447-874X**

**İZMİR
EYLÜL 2025**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun şekilde hazırlayıp sunduğum “Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Özelliklerinin ve Damgalama Düzeylerinin Terapötik İlişki Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Ebru TAN

Tarih: 24.07.2025

TEŞEKKÜR

Bu tez sürecinde bana yol gösteren, desteğini ve bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman’a teşekkür ederim.

Canım annem ve babam... Hayatım boyunca bana verdiğiniz emek, gösterdiğiniz sabır ve sağladığınız destek sayesinde bugün buradayım. Eğitime ve evlatlarına verdikleri değer, bana kazandırdıkları ahlak, çalışma disiplini ve sabır sayesinde bu zorlu yolu yürüyebildim. Yorulduğumda “sen yaparsın” diyerek beni ayağa kaldırdınız. Annemin sevgisi ve duaları, ne zaman yorulsam içimi ferahlattı. Babamın arkamda dağ gibi duruşunu her zaman hissettim. Sizin emeğinizin karşılığı hiçbir zaman ödenemez. Her şey için sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, lise yıllarımdan bu yana birlikte büyüdüğümüz, her adımda birbirimize destek olduğumuz eşime... Sabrıyla ve anlayışıyla beni hep güçlü tuttun. Bu süreci senin desteğin olmadan tamamlayamazdım. Varlığın benim için her zaman en büyük şanstı.

Ve canım oğluma... Sen bu sürecin en güzel, en özel yanısın. Yorulduğumda, umutsuz hissettiğimde sadece yüzüne bakmak, gülüşünü duymak bana yetti. Varlığın bana hem güç verdi hem de neden başladığımı hatırlattı. Bu yolda ilerlerken seni düşünmek, senin geleceğine bir katkı sunmak en büyük motivasyonumdu. Senin varlığın bu sürecin en kıymetli desteği oldu. Senin için her zaman en iyisini yapmaya çalışacağım.

Yüksek lisansın ilk gününden beri birlikte yürüdüğüm, her anında yanımda olan canım arkadaşlarım Sinem ve Sena... Varlığınız bu süreci çok daha katlanabilir hale getirdi. İyi ki varsınız, iyi ki birlikteydik.

Ve son olarak halam Ayşe Figen Tan... Bu süreçte en çok yanımda olanlardan biri sendin. Ne zaman bunalsam, ne zaman duraksasam “hadi devam” diyerek beni cesaretlendirdiğin ve bana inandığın için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Soruları	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Alkol Kullanımı	8
2.1.1. Alkol Kullanımının Tanımı, Özellikleri, Sıklığı ve Yaygınlığı	8
2.1.2. Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	9
2.1.3. Alkol Kullanımının Fiziksel Etkileri	10
2.1.3.1. Alkol Kullanımının Psikolojik Etkileri	11
2.2. Alkol İlişkili Karaciğer Hastalığı	12
2.2.1. Karaciğer Sirozu.....	14
2.2.1.1. Karaciğer Sirozunun Epidemiyolojisi.....	14
2.2.1.2. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi.....	15
2.3. Alkole Bağlı Siroz Hastalarında Hemşirelik Girişimleri.....	16
2.4. Terapötik İlişki.....	18
2.4.1. Terapötik İlişkiyi Etkileyen Faktörler	20
2.5. Terapötik İletişim Becerileri	22
2.6. Sağlık Çalışanlarının Alkol ve İlişkili Hastalıklara Yönelik Tutumları ve Terapötik İlişki.....	24
2.7. Damgalama.....	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Türü	33
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı	33
3.3. Araştırmanın Örneklemi	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	35

3.5. Veri Toplama Araçları.....	36
3.6. Veri Toplama Süreci	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
3.9. Araştırmanın Etiği	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	40
4.2. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	42
4.3. T-Testleri ve ANOVAs.....	45
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Hemşirelerin Damgalama utumları ve Terapötik İlişki Düzeyleri	50
5.2. Hemşirelerin Terapötik İlişki Düzeyleri ve Demografik Değişkenlerin İlişkisi	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	56
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	59

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1: İş Akışı	34
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 4.2: Demografik Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum Değerleri.....	41
Tablo 4.3: Katılımcıların Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 4.4: Tüm Sürekli Değişkenlerin Birbirleriyle Olan Korelasyon Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 4.5: Medeni Duruma Göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6: Meslek Yılına göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.7: Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Yılına göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABSSÖ	: Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği
ALT	: Alanin Aminotransferaz
AST	: Aspartat Aminotransferaz
DALY	: Disability Adjusted Life Years
HSC	: Hepatic Stellate Cells
ICN	: International Council of Nurses
IL-1 β	: Interlökin 1 beta
IL-6	: Interlökin 6
INR	: International Normalized Ratio
MELD	: Model for End-stage Liver Disease
MEOS	: Mikrozomal Etanol Oksidasyon Sistemi
NAFLD	: Non-Alcoholic Fatty Liver Disease
ROS	: Reactive Oxygen Species
SOD2	: Süperoksit Dismutaz 2
TİDÖ	: Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği
TNF- α	: Tümör Nekroz Faktörü Alfa
WHO	: World Health Organization

**ALKOLE BAĞLI SİROZ HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNİN VE DAMGALAMA DÜZEYLERİNİN
TERAPÖTİK İLİŞKİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ebru TAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Tezin Sayfa Sayısı: 98

ÖZET

Bu çalışmada, alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ve damgalama düzeylerinin terapötik ilişki kurma becerileri ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tasarım benimsenerek yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, belirli bir bölgede yer alan sağlık kurumlarında alkole bağlı siroz hastalarına doğrudan bakım veren hemşireler oluşturmuştur.

Veriler, sosyodemografik veri formu, Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi, t-testi ve varyans analizi (ANOVA) gibi parametrik istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Araştırmada hemşirelerin Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ortalama puanı 32.28 (± 4.32) olup, bu değer orta düzeyde damgalayıcı tutumları göstermektedir. Demografik değişkenlerle damgalama arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği genel puanı ise 95.3 (± 13.94) olarak bulunmuş ve hemşirelerin terapötik ilişki kurma becerilerinin orta-üst düzeyde olduğunu göstermiştir. ABSÖ ile TİDÖ arasında genel olarak anlamlı bir ilişki görülmezken, yalnızca “kendini tanıma” alt boyutu ile damgalama arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .27, p < .05$) saptanmıştır.

Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin demografik özelliklerinin ve mesleki deneyimlerinin terapötik ilişki düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Özellikle genç yaş grubunda ve meslekte deneyimi az olan hemşirelerin terapötik ilişki puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, empati ve profesyonel rol algısının güçlendiği, buna bağlı olarak terapötik ilişki becerilerinin de olumlu yönde geliştiği saptanmıştır.

Genel olarak hemşirelerin bireysel ve profesyonel gelişimine yönelik eğitimlerin artırılması, kurumlarda etik ve empatik bakım kültürünün yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinde damgalama ile mücadeleye yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu bulgular, alkole bağlı karaciğer sirozu tanılı bireylere bakım veren hemşirelerin uygulamalarının geliştirilmesine ve bakım politikalarının oluşturulmasına katkı sunacaktır.

Anahtar Sözcükler: alkole bağlı siroz, damgalama, hemşirelik, terapötik ilişki

**AN EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE
CHARACTERISTICS AND LEVELS OF STIGMA OF NURSES PROVIDING
CARE TO PATIENTS WITH ALCOHOL-RELATED CIRRHOSIS AND
THEIR THERAPEUTIC RELATIONSHIP LEVELS**

Master's Thesis

Ebru TAN

**DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
Department of Nursing**

Advisor: Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Thesis page: 98

ABSTRACT

The aim was to observe the various influences of personal and professional attributes and degrees of stigmatization by nurses for alcohol-related cirrhosis patients in the development of a therapeutic relationship. The research was descriptive and correlational. The population for the study were those nurses who directly interact with alcohol-related cirrhosis patients in hospitals within a given geographical area.

The data were gathered by sociodemographic data form, Alcohol Dependence Stigmatization Scale, and Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse Form. Data were analyzed using the SPSS package. Along with descriptive statistics, variance association among variables was calculated using parametric statistical analysis including Pearson correlation analysis, t-test, and analysis of variance (ANOVA).

Findings of the research indicated that demographic and career experience of nurses who worked with patients having alcohol-related cirrhosis significantly affected levels of therapeutic relationships. The nurses were observed to be scoring more towards therapeutic relationships if they were younger and less experienced in their careers. It was found that as the level of education improves, professional role perception and empathy increase, thus skills for a therapeutic relationship are established in a positive manner. High and negative correlation between nurses'

patients' levels of stigma with alcoholic cirrhosis and their ability towards a therapeutic relationship was found in this study.

By and large, it highlights the importance of expanding training in nurses' professional and personal development, creating an ethical and compassionate care culture in institutions, and establishing ways to counteract stigma in healthcare environments. The findings have offered a rich source of reference for enhancing health policy and nursing practice.

Keywords: alcohol-related cirrhosis, nursing, stigma, therapeutic relationship



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Genel olarak kronik karaciğer hastalıkları, günümüzde küresel sağlık sistemlerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve yüksek düzeyde morbidite ile mortaliteye yol açmaktadır. Bu hastalıklar arasında yer alan alkole bağlı siroz, önlenabilir olmasına karşın hem klinik açıdan karmaşık yönetimi hem de beraberinde getirdiği sosyal sonuçlar nedeniyle dikkat çekici bir patoloji olarak öne çıkmaktadır (1). Alkolün kronik ve aşırı düzeyde kullanımı sonucunda gelişen hepatoselüler hasar, zamanla fibrozis ve geri dönüşümsüz doku yıkımı ile karakterize olan siroza evrilmektedir. Siroz, sağlıklı karaciğer dokusunun yerini fibroz dokunun almasıyla karakterize, kronik, ilerleyici ve küresel çapta önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan bir hastalıktır (2). Karaciğerdeki sürekli hasar ve inflamasyon, bağ dokusunun aşırı birikmesine ve karaciğer hücrelerinin fibroz dokuyla çevrili düzensiz nodüller oluşturmaya yol açar. Bu yapı değişiklikleri, karaciğerin kan akışını bozarak portal hipertansiyona neden olur. Mikrovasküler değişiklikler, karaciğerin kanı filtreleme kapasitesini daha da azaltır ve bu da karaciğerin detoksifikasyon, metabolizma ve protein sentezi gibi hayati işlevlerini etkiler (3).

Siroz küresel halk sağlığı açısından oldukça kritik bir sorundur (4). Dünya genelinde siroz prevalansının ve buna bağlı ölüm oranlarının son yıllarda kayda değer bir artış gösterdiği, özellikle gelişmekte olan ülkelerde vaka sayısında artışının ve Avrupa'da ise siroza bağlı kaybedilen potansiyel yaşam yıllarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sağlık sistemlerine ve ekonomilere önemli bir yük getirdiği bildirilmiştir (3, 4). 1999-2018 yılları arasında yapılan bir incelemede, siroz Afrika'da onuncu, Güneydoğu Asya ve Avrupa'da dokuzuncu, Doğu Akdeniz'de beşinci ve Batı ülkelerinde altıncı ölüm nedeni olarak tespit edilmiştir (3, 5). 2019'daki küresel değerlendirmelere göre siroza bağlı ölümler 2 milyona ulaşmış ve çoğu karaciğer yetmezliği ve komplikasyonlar nedeniyle olmuştur (4). Ayrıca siroz, küresel olarak Engelliliğe bağlı yaşam yıllarının (DALY) 15. önde gelen sakatlık nedeni olarak kabul edilmektedir. Alkol, tüm dünyada ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık kötüye kullanılan uyuşturucudur ve Amerika Birleşik Devletleri'nde karaciğer hastalığının önde gelen nedeni olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Amerika Birleşik

Devletleri nüfusunun %61'ini etkilediği ve bunların %10-12'sinin ağır içici olduğu bildirilmiştir. Bu durum çeşitli ve çok sayıda ruhsal ve fiziksel sorunları da beraberinde getirmektedir (6). Türkiye'de 2000 yılında gerçekleştirilen Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkililik çalışmasına göre, ülke genelinde ölüme yol açan ilk 20 hastalık listesinde siroz kırsal bölgelerde 14. sırada yer alırken, kentsel bölgelerde 19. sırada bulunmaktadır (7). Benzer şekilde 2011-2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada da karaciğer sirozu prevalansının giderek yükseldiği, karaciğer sirozunun en yaygın etyolojik faktörünün Hepatit B virüsü olduğu, erkeklerin %49,5'nin Hepatit B virüsüne bağlı karaciğer sirozu olduğu, kadınların ise %40,9'unun kriptojenik karaciğer sirozu tanısı aldığı belirlenmiştir (8). Çelik ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ise siroz etiyolojisinde alkol oranının %18,2 olduğu belirlenmiştir (9). Alkole bağlı siroz, karaciğerin aşırı alkol tüketimi nedeniyle hasar görmesi ve bu hasarın ilerleyerek karaciğerin normal yapısını bozması ile karakterizedir (1). Hastalık, başlangıç aşamasında belirgin semptomlar göstermeyebilir, ancak ilerledikçe hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açar (2). Dolayısıyla erken evrelerde ortaya çıkan yorgunluk, halsizlik ve kilo kaybı gibi nonspesifik belirtiler hastalık ilerledikçe yerini sarılık, asit, ödem, portal hipertansiyon, hepatomegali ve splenomegali gibi daha belirgin semptomlara bırakır (4). Ancak erken tanı, tedavi ve etkili bakım hastalığın ilerlemesini yavaşlamasına, tedavi edilmesine ve hastanın yaşam kalitesinin artmasına olanak sağlamaktadır (9, 10).

Türkiye'de de benzer şekilde alkol, hepatit B ile karaciğer sirozunun başlıca etyolojik nedenlerinden biri olarak bildirilmiştir (2, 3). Alkole bağlı siroz yalnızca biyolojik yönüyle değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileriyle de çok boyutlu bir klinik tablo sunmaktadır. Özellikle alkol kullanım bozukluğu, bireyin yalnızca fiziksel sağlığını değil, sosyal rollerini, benlik saygısını ve toplumsal kabulünü de zedelemekte, bu durum da damgalanma riskini artırmaktadır. Nitekim literatürde alkol kullanımına bağlı gelişen siroz hastalarının toplum içinde sıklıkla olumsuz etiketlemelere maruz kaldığı, sağlık sisteminde ise tedaviye geç başvurma eğilimleri gösterdiği vurgulanmaktadır. Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde, sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin rolü, terapötik iletişim becerileri ve ve hastalara yönelik tutumları hastanın yaşam ve bakım kalitesi açısından

oldukça önemlidir. Literatür siroz hastalığının yönetiminde hemşirelerin tutum ve iletişim becerilerinin belirleyici bir etkiye sahip olduğunu, hemşirelerin hasta bakımında sergilediği yaklaşım ve kurdukları iletişimin, hastaların tedaviye uyumunu doğrudan etkilediğini, hastanın psikolojik ve fizyolojik sağlık sonuçları üzerine olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir (11, 12, 13, 14). Bissell ve ark. (2004) hasta ile kurulan güçlü terapötik ilişkinin, hastaların hastalık yönetimi konusundaki motivasyonlarını artırdığını, hastaların bu sayede daha iyi sağlık sonuçlarına ulaştığını bildirmişlerdir (15). Hall ve ark. (2002), terapötik ilişkinin hasta-sağlık çalışanı etkileşimlerinde güven ve iş birliğini nasıl artırdığını incelemiş, hemşirelerin hastalarla kurduğu olumlu ilişkilerin, hastaların tedaviye olan güvenini ve bağlılıklarını güçlendirdiğini ortaya koymuşlardır (16). Casler ve Chaney tarafından yapılan çalışmada (2021) ise karaciğer sirozunda hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimi ve bakımın etkinliği arttıkça hastaların tedavi sürecinin olumlu prognoz gösterdiğini bildirilmiştir (17). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastalara karşı damgalayıcı, önyargılı ve negatif tutumlarının hastaların yeterli ve kaliteli bakım alamamalarına, hastaların kendilerini suçlu veya utanmış hissetmelerine neden olarak tedaviye uyumlarını ve sağlık hizmetlerine erişimlerini olumsuz etkilediği saptanmıştır (18, 19). Konuyla ilişkili olarak Joukar ve ark., (2012) tarafından yapılan bir çalışmada İran'ın kuzey eyaleti Guilan'da sağlık profesyonellerinin hepatit C virüsü enfeksiyonu olan hastalara yönelik bilgi düzeyleri ve tutumları incelenmiş, çalışma sonucunda sağlık profesyonelleri arasında hepatit C hastalarına yönelik ayrımcı tutumların yaygın olduğu, konuyla ilişkili bilgi düzeylerinin ve tutumlarının geliştirilmesi gerektiği bildirilmiştir (20). Van Boekel ve ark. (2013), sağlık çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığı olan hastalara karşı genellikle olumsuz tutumlar sergilediklerini ve bunun hasta bakımını olumsuz etkilediğini, damgalamanın azaltılmasının hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının yararına olacağını vurgulamışlardır (19). Schomerus ve ark. (2011), alkolizm ve alkoliklere yönelik damgalamanın, tedavi arayışındaki engelleri artırdığını ve bu bireylerin yardım arama davranışlarını olumsuz etkilediğini, hastaların tedaviye olan güvenini azaltarak, sağlık sonuçlarını kötüleştirebileceğini bildirmiştir (21). Benzer şekilde Johnson ve ark. (2022) sağlık profesyonellerinin alkol kullanım bozukluğu ve sirozu olan hastalara yönelik yanlış ve damgalayıcı tutumlarının hastaların tedavi sürecini etkilediğini

saptamışlardır (11). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin damgalayıcı tutumlarının incelenmesi ve bu tutumların azaltılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği bildirilmiştir (22).

Alkole bağlı siroz hastalarının hemşirelerin olumsuz tutumlarına maruz kalması, ruhsal açıdan olumsuz etkilere neden olabilir. Bu hastalar, toplumda damgalanma ve dışlanma hissini derinden yaşarken, sağlık hizmeti sunan kişilerin olumsuz tutumları bu yükü daha da artırabilir. Hastalar, hemşirelerin soğuk, yargılayıcı veya mesafeli davranışları ile karşılaştığında, kendilerini değersiz, suçlu ve yalnız hissetme eğiliminde olabilirler (23). Özellikle zaten zor bir hastalık süreci geçiren bireyler için, bu tür tutumlar depresyon, anksiyete gibi ruhsal problemleri tetikleyebilir ve tedavi sürecinde motivasyon kaybına yol açabilir (24).

Hemşirelerin olumsuz tutumlarının nedenlerine bakıldığında, bu durumun birçok faktörden kaynaklandığı görülmektedir. Alkolizm genellikle kişisel sorumluluk eksikliği ya da iradesizlik olarak değerlendirilir ve bu da hemşirelerin hastaları “kendi kendine zarar veren” kişiler olarak algılamasına yol açabilir. Farklı birimlerde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının alkol bağımlılığı gibi durumlarla çalışmayı diğer hastalıklara kıyasla daha az tercih ettiklerini göstermiştir (19, 25).

Alkolizm, çoğunlukla kişisel bir irade ya da ahlaki zayıflık olarak görüldüğünden, bu durum sağlık çalışanlarının hastalara yönelik önyargılı tutumlar geliştirmelerine yol açmaktadır. Hemşireler, alkol bağımlılığı olan hastaları “kendi kendine zarar veren” bireyler olarak algılayarak onlara karşı daha az empati gösterebilirler (27). Zhang ve arkadaşlarının (2023) konuyla ilişkili olarak Hunan Eyaletindeki hepatolojik cerrahi hemşireleri arasında tükenmişlik üzerine yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma açısından endişe verici derecede yüksek tükenmişlik seviyeleri belirlenmiştir (28). Bu da hemşirelerin duygusal olarak mesafeli bir yaklaşımı benimsemelerine veya hastalara karşı sabırsız bir tutum sergilemelerine neden olabilir. Hemşirelerin bu tutumlarının ardında mesleki zorlanmalar ve tükenmişlik olabileceği göz önüne alındığında, hemşirelerin desteklenmesi ve farkındalık kazandırılması büyük önem taşımaktadır (29). Mutlu ve arkadaşlarının araştırmasına göre, hemşireler ve diğer

sağlık personeli, alkol ve madde bağımlılığı olan kişilere yönelik damgalayıcı inançlara sahiptir. Bu inançlar, madde bağımlısı bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalarını engellemektedir (29). Molina-Mula ve ekibinin araştırması da acil servis ve ruh sağlığı hemşirelerinin alkol bağımlılığı olan bireylerle çalışmaktan memnun olmadıklarını ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonellerinin alkol ve madde bağımlılarına karşı geliştirdiği bu olumsuz inanışlar; erken teşhis ve tedavi imkânı, tedaviye uyum, tekrarlayan yatışlar ve bireylerin her an gerekli yardımı alabilmeleri; korunma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma gibi durumları olumsuz etkilemektedir. (30).

Damgalama, sağlık hizmetlerinin bütüncül ve eşitlikçi sunumunun önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Terapötik ilişki, hemşire ile hasta arasında güven, empati ve etik sorumluluk temelinde gelişen ve hasta merkezli bakımın gerçekleştirilmesini sağlayan profesyonel bir etkileşim biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda terapötik ilişkinin kurulması, hastanın tedaviye katılımını, bakım sürecine olan bağlılığını ve sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (1).

Araştırmalar, hemşirelerin alkol bağımlılığı gibi sosyal olarak damgalanmış hasta gruplarına karşı zaman zaman mesafeli ve yargılayıcı tutumlar sergileyebildiklerini göstermektedir. Bu tür tutumların arkasında mesleki bilgi eksikliği, etik eğitimin yetersizliği, kurumsal destek eksikliği ve kişisel önyargılar yer almaktadır (31, 32). Örneğin Van Boekel ve arkadaşları (2013) sistematik derlemesinde sağlık çalışanlarının madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inanç ve tutumlarının hemşirelik bakımının kalitesini azalttığı vurgulanmıştır (19). Benzer şekilde Ercan ve arkadaşları (2021), damgalamanın hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim dinamiklerini zayıflattığını göstermiştir (33). Ayrıca alkole bağlı siroz hastaları, çoğu zaman yalnızca fizyolojik düzeyde değil, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon gibi psikiyatrik semptomlar açısından da risk altındadır. Bu hastaların bakım süreçlerinde hemşirelerin empatik ve etik yaklaşımla hareket etmeleri, bakım kalitesi, hasta güvenliği ve tedaviye uyum açısından belirleyici bir rol oynamaktadır (2). Hemşirelerin terapötik ilişki kurma yeterliliklerinin yüksek olması, hasta merkezli bakımın başarılı şekilde uygulanmasına olanak tanımakta, bu da hasta memnuniyetini ve iyilik halini artırmaktadır (34, 35).

Tüm bunlarla beraber alkole bağıli siroz gibi sosyal olarak damgalanan hasta gruplarına yönelik hemşirelik bakımında etik ilkelere dayalı, empatik ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi, yalnızca hasta sağlığı açısından değil, sağlık hizmetlerinin adaleti ve etkililiğı açısından da elzemdir. Bu bağlamda terapötik ilişkinin niteliğı, hemşire ve hasta etkileşiminde merkezi bir belirleyici olarak öne çıkmakta ve bu ilişkinin güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Alkole bağıli siroz hastalarının sağlık hizmetlerinden yararlanma süreçlerinde karşılaştıkları en temel sorunlardan biri, toplumsal ve kurumsal düzeyde maruz kaldıkları damgalayıcı yaklaşımlardır. Bu hastalık grubu, alkol kullanımının bireysel irade ile ilişkilendirilmesi nedeniyle sıklıkla ahlaki yargılamalara, dışlayıcı tutumlara ve sağlık hizmetlerinde örtük ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Damgalama, yalnızca bireyin ruhsal ve sosyal bütünlüğünü zedelemekle kalmamakta, aynı zamanda bakım süreçlerinin kalitesini ve etkinliğini de doğrudan etkilemektedir (30, 31). Bu noktada hemşirelerin hastaya yönelik yaklaşımları, terapötik ilişki kurma biçimleri ve profesyonel etik duyarlılıkları büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin damgalama düzeyleri ve terapötik ilişki kurma kapasiteleri üzerindeki etkilerini değerlendirmesi bakımından, hemşirelik mesleğı ve sağlık politikaları açısından özgün bir katkı sunmaktadır. Literatürde damgalama olgusunun daha çok psikiyatri, HIV/AIDS, obezite ya da akıl hastalıkları gibi alanlarda incelendiğı görülmekte; alkole bağıli siroz gibi somatik ve aynı zamanda yüksek toplumsal yargıya maruz kalan hasta grupları üzerine yapılan çalışmalar sınırlı kalmak ayrıca hemşirelerin damgalama düzeylerinin terapötik ilişki düzeyleri ile ilişkisi bilinmemektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, alkole bağıli siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri ile damgalama düzeylerinin, terapötik ilişki kurma becerileri ile ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Alkole bağıli siroz hem klinik seyri hem de toplumsal algılanışı açısından diğer kronik hastalıklardan ayrılmakta, alkol kullanımının bireyin tercihiyle ilişkili görülmesi, hastaların sağlık sistemi içinde damgalanma olasılığını artırmaktadır. Bu durum hem hasta hem de sağlık çalışanı

açısından terapötik ilişki kurulmasını zorlaştırmakta ve bakım süreçlerinde etik ikilemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, hemşirelerin önyargı ve damgalama düzeylerinin, hasta ile kurulan profesyonel ilişkinin niteliğini ne ölçüde etkilediğini ortaya koymaktır. Çalışma, aynı zamanda hemşirelerin demografik özelliklerinin eğitim düzeylerinin mesleki deneyimlerinin, empatik eğilimlerinin ve mesleki tutumlarının terapötik ilişki kurma becerileriyle nasıl bir ilişki içinde olduğunu analiz etmeyi hedeflemektedir. Böylece hemşirelerin sahip olduğu bireysel ve profesyonel niteliklerin, damgalayıcı eğilimlerle ne şekilde etkileşim kurduğu anlaşılmakta, bu etkileşimin terapötik süreci nasıl etkilediğı bilimsel verilerle desteklenerek ortaya konmaktadır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama düzeyleri nedir?
2. Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri nedir?
3. Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri arasındaki ilişki var mıdır?
4. Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin bazı mesleki ve demografik özelliklerine göre damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri açısından fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Kullanımı

Alkol kullanımı, bireysel ve toplumsal düzeyde ciddi sağlık sorunlarına yol açmakta, özellikle kronik hastalıkların gelişimi, kazalar, yaralanmalar, ruh sağlığı bozuklukları ve ölüm oranları üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Bu durum, alkolün yalnızca kişisel bir tercih olmaktan ziyade halk sağlığı açısından müdahale gerektiren bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Alkol kullanım düzeyi; düşük riskli kullanım, riskli kullanım, zararlı kullanım ve bağımlılık olmak üzere dört temel düzeyde sınıflandırılmaktadır. Düşük riskli kullanımda birey fiziksel ya da psikolojik olarak olumsuz etkilenmemekteyken riskli kullanım, henüz bir sağlık sorununa neden olmamakla birlikte potansiyel tehlike arz etmektedir (1, 36). Zararlı kullanım, bireyin fiziksel, psikolojik ya da sosyal yönden olumsuz etkilenmesiyle sonuçlanan bir kullanım biçimi olarak tanımlanmakta, alkol bağımlılığı ise bireyin içki tüketimi üzerinde kontrolünü kaybettiği, sürekli kullanım eğiliminde olduğu ve yoksunluk belirtileri yaşadığı bir klinik tabloyu ifade etmektedir. Bu çerçevede alkol kullanımının fizyolojik etkileri arasında hepatik sistem üzerine olan toksik etkiler ön plana çıkmaktadır (1,36). Karaciğer, alkol metabolizmasında birincil organ olarak görev yapmakta ancak uzun süreli ve yoğun alkol tüketimi, karaciğer hücrelerinde irreversible hasarlara neden olarak siroz gibi geri dönüşümsüz hastalıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Genel olarak alkol kullanımı, sadece biyolojik bir sorun olarak değil, aynı zamanda psikososyal ve kültürel bağlamda ele alınması gereken çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Kültürel normlar, sosyoekonomik durum, stresle baş etme mekanizmaları ve sosyal çevre gibi faktörler, bireyin alkol kullanım davranışlarını şekillendirmektedir (36, 37).

2.1.1. Alkol Kullanımının Tanımı, Özellikleri, Sıklığı ve Yaygınlığı

Alkol kullanımı, psikoaktif madde içeren içkilerin tüketilmesiyle bireyin fizyolojik, psikolojik ve davranışsal durumunda değişikliklere yol açan bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Alkol, merkezi sinir sistemi üzerinde baskılayıcı etki göstermekte ve tüketim miktarına bağlı olarak bireyde geçici öfori, inhibisyon kaybı, koordinasyon bozukluğu ve ileri düzeyde bilişsel yeti kayıplarına neden

olabilmektedir (38, 39). Alkol kullanımının birey üzerindeki etkileri, yalnızca kısa vadeli psikofizyolojik değişimlerle sınırlı kalmamakta, uzun süreli kullanımda fizyolojik sistemlerde kalıcı tahribatlar oluşturmakta ve çeşitli kronik hastalıkların gelişimini tetiklemektedir. Alkol kullanımının karakteristik özellikleri arasında tolerans gelişimi, yoksunluk belirtileri, kompulsif tüketim davranışı ve sosyal ya da mesleki işlevselliğin bozulması yer almaktadır. Bu özellikler, alkol kullanım bozukluğunun temel klinik göstergeleri arasında sayılmaktadır. Tolerans, bireyin aynı etkiyi elde edebilmek için zamanla daha yüksek miktarda alkol tüketmesiyle kendini göstermektedir (38, 39). Yoksunluk ise alkol alımı kesildiğinde ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomlarla tanımlanmakta, bu semptomlar arasında irritabilite, tremor, anksiyete, terleme, bulantı ve halüsinasyonlar yer almaktadır. Bu bağlamda, alkol kullanımı sadece bir alışkanlık değil, tedavi gerektiren bir bağımlılık durumu olarak ele alınmaktadır. Alkol kullanımı, küresel ölçekte en yaygın bağımlılık türlerinden biri olup, sıklığı ve yaygınlığı ülkelerin sosyo-kültürel özellikleri, ekonomik düzeyleri ve toplumsal normları doğrultusunda farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, alkol tüketimi özellikle genç ve yetişkin bireyler arasında yaygın olup, alkol kullanımına bağlı gelişen sağlık sorunları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Türkiye’de ise alkol kullanımı Batı toplumlarına kıyasla daha düşük düzeylerde seyretmesine rağmen, son yıllarda kullanım sıklığında artış eğilimi olduğu ve özellikle genç nüfus açısından risk oluşturduğu bildirilmektedir (39, 41).

2.1.2. Alkol Kullanımını Etkileyen Faktörler

Alkol kullanımını etkileyen faktörler, bireyin biyopsikososyal yapısıyla doğrudan ilişkili olan çok boyutlu etmenleri kapsamaktadır. Bu faktörler, alkol kullanım davranışının başlamasını, sürdürülmesini ve sorunlu hale gelmesini belirleyen dinamikleri içermekte, bireyden topluma kadar farklı düzeylerde etkisini göstermektedir. Alkol kullanımına yönelik eğilim, yalnızca bireysel tercihler çerçevesinde şekillenmemekte, aynı zamanda çevresel, kültürel, psikolojik ve genetik faktörlerin etkileşimi ile belirginleşmektedir (38, 39). Biyolojik faktörler, bireyin alkol kullanımına yatkınlığını belirleyen en temel değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Genetik geçişin, alkol kullanım bozukluklarının oluşumunda

belirleyici olduğu çeşitli epidemiyolojik ve nörobiyolojik çalışmalarla ortaya konulmaktadır. Özellikle birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı bulunan bireylerin, genel popülasyona göre daha yüksek risk taşıdığı bildirilmektedir. Genetik yatkınlık, alkolün metabolize edilme hızını etkileyen enzimatik farklılıklarla ve dopaminerjik sistem üzerindeki duyarlılıkla ilişkili olabilmektedir (4, 6, 38, 39).

Psikolojik etmenler, alkol kullanım davranışının oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı, bireyin alkolü bir başa çıkma mekanizması olarak kullanmasına yol açmaktadır. Düşük benlik saygısı, yetersiz stres yönetimi becerileri, duygusal regülasyon güçlükleri ve içsel denetim odağının zayıf olması gibi bireysel özellikler de alkol kullanım riskini artırmaktadır. Bu bağlamda alkol kullanımının çoğu zaman bir kendilik düzenleme stratejisi olarak işlev gördüğü ve bireyin ruhsal gerilimle başa çıkma çabasıyla ilişkilendiği değerlendirilmektedir (4, 6, 38, 39). Sosyokültürel faktörler, bireyin içinde bulunduğu toplumsal yapının ve kültürel normların alkol kullanımına etkisini yansıtmaktadır. Aile yapısı, ebeveyn tutumları, arkadaş çevresi ve sosyal öğrenme süreçleri, bireyin alkolle ilk karşılaşma yaşını ve tüketim sıklığını doğrudan etkilemektedir. Ailede alkol kullanımının normalleştirilmiş olması, aile içi çatışmaların varlığı ve denetimsiz bir sosyal ortam, alkol kullanım davranışını tetikleyebilmektedir. Medyanın ve dijital platformların alkol tüketimini özendirici içerikler sunması da bu süreci pekiştirmektedir (4, 6, 38, 39).

2.1.3. Alkol Kullanımının Fiziksel Etkileri

Alkol kullanımı, insan sağlığı üzerinde çok yönlü ve derinlemesine etkiler oluşturmakta, bu etkiler fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarda kendini göstermektedir. Alkol kullanımı, insan sağlığı üzerinde fizyovlojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarda çok yönlü etkiler oluşturmaktadır. Uzun süreli ve yüksek miktarda alkol tüketimi özellikle karaciğer başta olmak üzere birçok organ sisteminde yapısal ve işlevsel bozulmalara yol açmaktadır. Karaciğerde alkol, asetaldehite dönüştürülerek oksidatif stres, inflamasyon ve fibrozis süreçlerini tetiklemekte; bu durum yağlı karaciğer, alkolik hepatit, fibrozis ve ileri evrede siroz gibi patolojik tablolara dönüşmektedir. Alkolik siroz, karaciğerin işlevsel kapasitesinin azalmasıyla

portal hipertansiyon, hepatik ensefalopati, koagülopati ve asit gibi ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Merkezi sinir sistemi üzerinde ise alkol, GABA aktivitesini artırıp glutamati baskılayarak kısa vadede sedatif ve öforik etkiler oluştururken, süregelen kullanımda nörokimyasal dengenin bozulmasına, sinaptik iletimde aksamaya ve frontal lob işlevlerinde azalma, bellek sorunları ve yürütücü işlev bozuklukları gibi kalıcı nörolojik tablolara yol açmaktadır. Kardiyovasküler sistemde hipertansiyon, aritmi, koroner arter hastalığı ve alkole bağlı kardiyomiyopati gelişimine neden olan alkol, miyokard hücrelerinde yapısal bozulmalara yol açarak kalp kasının pompalama gücünü zayıflatmakta ve kalp yetmezliği riskini artırmaktadır. Ayrıca trombosit fonksiyonları ve koagülasyon mekanizmalarını etkileyerek hem tromboz hem de kanama eğilimini artırmakta, bu da gastrit, ülser, özofajit, reflü ve pankreatit gibi gastrointestinal komplikasyonların gelişimini kolaylaştırmaktadır. Kronik pankreatit tabloları ise pankreasın endokrin fonksiyonlarını bozarak insülin sekresyonunun azalmasına ve diyabet riskinin artmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte alkol, bağışıklık sistemi üzerinde baskılayıcı etki göstererek makrofaj fonksiyonlarını ve sitokin üretimini azaltmakta, enfeksiyonlara yatkınlığı artırmakta ve yara iyileşme süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca endokrin sistem üzerinde hormonal dengesizliklere neden olarak üreme ve metabolik işlevleri de bozabilmektedir.

2.1.3.1. Alkol Kullanımının Psikolojik Etkileri

Alkol kullanımının psikolojik etkileri, bireyin duygu, düşünce ve davranış örüntülerini çok yönlü olarak etkileyen bir dizi bilişsel, duygusal ve davranışsal bozulmayı içermektedir. Alkol, merkezi sinir sistemi üzerinde depresan etkisi göstererek nörotransmitter düzeylerinde çeşitli değişikliklere neden olmakta, bu durum bireyin psikolojik işlevselliğinde belirgin dalgalanmalara yol açmaktadır (6). Özellikle uzun süreli ve yoğun alkol tüketimi, duygu durum dengesizlikleri, bilişsel çöküş, kişilik değişimleri ve psikiyatrik bozuklukların gelişimi ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. Alkol kullanım bozuklukları ile en sık ilişkili olan psikiyatrik durumlardan biri depresyondur. Alkol, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin salınımını etkileyerek geçici bir rahatlama sağlasa da uzun vadede bu kimyasalların regülasyonunda bozulmalara neden olmakta, bu da depresif belirtilerin ortaya

çıkmasına ya da mevcut semptomların şiddetlenmesine yol açmaktadır. Depresyon ve alkol bağımlılığı çoğu zaman komorbid olarak seyretmekte, birey yaşadığı olumsuz duygulanımı hafifletmek amacıyla alkolü bir başa çıkma aracı olarak kullanmakta, ancak bu döngü zamanla bağımlılığı derinleştirmektedir (3). Tüm bunlar bağlamında Teke ve arkadaşları, (2010) sirozlu hastalarda laparoskopik kolesistektomi uygulamalarını değerlendirmiştir. Operasyonun güvenliği, komplikasyon oranları ve hasta sonuçları ışığında cerrahi müdahalelerin sirozlu hastalardaki yeri ve önemi ele alınmıştır (45).

Anksiyete bozuklukları da alkol kullanımının psikolojik etkileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Alkol, kısa vadede kaygıyı azaltıcı bir etki gösterse de uzun dönemde anksiyete düzeyini artırmakta ve özellikle yoksunluk dönemlerinde belirgin bir huzursuzluk ve panik hali gözlenmektedir. Sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerin alkol kullanma eğilimi daha yüksek olmakta, bu bireylerde alkol kullanımı genellikle bir kaçış ya da anlık rahatlama yöntemi olarak benimsenmekte fakat bu durum, psikopatolojinin daha karmaşık bir hale gelmesine neden olmaktadır (3, 6). Alkol, bireyin bilişsel işlevleri üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Özellikle dikkat, bellek, karar verme ve yargılama gibi yürütücü işlevlerde bozulmalar meydana gelmekte, bu da bireyin sosyal, mesleki ve akademik performansını olumsuz etkilemektedir. Uzun süreli alkol kullanımında kalıcı bilişsel gerilemelerin yanı sıra demans benzeri tablolara kadar ilerleyen nörodejeneratif süreçler gözlemlenmektedir (45). Kişilik yapısında da zamanla belirgin değişiklikler gözlenmektedir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtü kontrol bozuklukları, öfke patlamaları, sosyal izolasyon ve sorumluluklardan kaçınma gibi davranışsal değişiklikler yaygın olarak görülmektedir. Bu durum, yalnızca bireyin içsel dünyasını değil, aynı zamanda aile ilişkileri, arkadaşlık bağları ve toplumsal rollerini de derinden etkilemektedir.

2.2. Alkol İlişkili Karaciğer Hastalığı

Alkol ilişkili karaciğer hastalığı (AİKH), uzun süreli ve aşırı alkol kullanımına bağlı olarak karaciğerde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel bozulmaları ifade etmekte olup patogenezinde hem direkt toksik etkiler hem de immünolojik ve metabolik mekanizmalar yer almaktadır. AİKH, klinik ve histopatolojik olarak

birbirini izleyen üç temel evre şeklinde seyretmektedir. Bunlar alkole bağlı yağlı karaciğer, alkole bağlı hepatit ve alkole bağlı siroz şeklindedir. Bu evreler tek başına görülebileceği gibi aynı hastada bir arada da bulunabilmektedir (2). AİKH, karaciğer hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerinden biri olup özellikle gelişmiş ülkelerde sirozun başlıca etiyolojik faktörü olarak kabul edilmektedir. Alkol, karaciğerde asetaldehit adı verilen toksik bir metabolite dönüşmekte ve bu madde hepatositlerde oksidatif stres, inflamasyon ve hücrel apoptozu tetiklemektedir. Asetaldehitin hücrel proteinlerle kovalent bağlar oluşturması sonucu oluşan aduktlar, bağışıklık sisteminin yanıtını uyararak sitokin salınımını artırmakta ve karaciğer dokusunda inflamatuvar yanıtın sürekliliğine neden olmaktadır (46, 47). Bu süreç, hepatositlerde yapısal bozulmalara, mitokondriyal disfonksiyona ve endoplazmik retikulum stresine yol açarak hücre ölümünü hızlandırmaktadır.

Eş zamanlı olarak aktive olan stellat hücreler, kollajen üretimini artırmakta ve ekstraselüler matriksin birikimiyle sonuçlanan fibrozis süreci başlamaktadır. AİKH'nin ilk evresi olan alkolik steatoz, genellikle asemptomatik seyretmekte ve çoğu zaman tesadüfen tespit edilmektedir. Bu evrede alkolün metabolizması sonucu oluşan trigliseridlerin hepatositlerde birikmesi ile karaciğerin yağlanması söz konusudur (2, 44). Alkolik hepatit ise klinik olarak daha belirgin semptomlarla seyreden inflamatuvar bir süreçtir. Bu tabloda hastalarda sarılık, karın ağrısı, ateş, halsizlik, iştahsızlık ve karaciğer enzimlerinde yükselme gibi belirtiler gözlenmektedir. Şiddetli olgularda mortalite oranı oldukça yüksek olmakta, bu nedenle erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Hastalık süreci ilerlediğinde fibrozisin artması ile birlikte alkolik siroz gelişmektedir. Bu evre, geri dönüşümsüz olup, portal hipertansiyon, hepatik ensefalopati, özofagus varisleri, asit ve hepatoselüler karsinom gibi komplikasyonlarla seyretmektedir (25). AİKH'nin gelişiminde yalnızca alkol miktarı değil, kullanım süresi, kullanım paterni, bireysel genetik yatkınlık, beslenme durumu, cinsiyet ve eşlik eden hepatotropik virüs enfeksiyonları gibi faktörler de önemli rol oynamaktadır. Kadınlar, genetik olarak alkolün hepatotoksik etkilerine karşı daha duyarlı olmakta ve aynı miktarda alkol tüketseler dahi erkeklere göre daha hızlı karaciğer hasarı geliştirmektedir. Bununla birlikte, malnütrisyon, özellikle protein ve vitamin eksiklikleri, AİKH'nin ilerleyişini hızlandırmakta ve prognozu olumsuz yönde etkilemektedir (46-48).

2.2.1 Karaciğer Sirozu

Karaciğer sirozu, hepatositlerin kronik ve ilerleyici hasarı sonucunda karaciğerin normal lobüler yapısının bozulması, rejeneratif nodüllerin oluşması ve yaygın fibrozis ile karakterize geri dönüşümsüz bir hastalık tablosu olarak tanımlanmaktadır. Bu patolojik süreç, karaciğerin fonksiyonel rezervlerini kaybetmesine neden olmakta ve sistemik komplikasyonlar açısından ciddi riskler barındırmaktadır (34). Siroz, etiyolojik olarak viral hepatitler, otoimmün hastalıklar, metabolik sendrom, primer biliyer kolanjit gibi nedenlerin yanı sıra en sık olarak kronik alkol kullanımı sonucu gelişmektedir. Alkolik siroz, bu bağlamda toksik metabolitlerin karaciğer parankimi üzerindeki yıkıcı etkisi ile ortaya çıkan yaygın bir klinik durum olarak değerlendirilmektedir.

Sirozun klinik seyri, kompensasyon durumuna göre değişmektedir. Kompanse siroz evresinde karaciğer henüz bazı işlevlerini sürdürebilmekte olup belirti ve bulgular hafif düzeyde seyretmektedir. Bu evrede hastaların yaşam kalitesi önemli ölçüde düşmekte, aynı zamanda prognoz da belirgin şekilde kötüleşmektedir (42).

2.2.1.1. Karaciğer Sirozunun Epidemiyolojisi

Karaciğer sirozu, dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmakta hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı açısından ciddi bir yük oluşturmaktadır. Sirozun görülme sıklığı ve etiyolojik dağılımı, bölgesel farklılıklar, sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetlerine erişim, alkol tüketim alışkanlıkları, viral hepatit prevalansı ve obezite oranları gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (49). Siroz kaynaklı ölümler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde artış eğilimi göstermektedir. Epidemiyolojik veriler, sirozun en sık nedenleri arasında kronik hepatit B ve C enfeksiyonları, alkol kullanım bozukluğu ve alkole bağlı karaciğer hastalıkları ile metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit gibi durumların öne çıktığını göstermektedir.

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, karaciğer sirozunun en sık nedenleri arasında kronik viral hepatitler ve alkole bağlı karaciğer hastalıkları ön planda yer almaktadır. Türkiye'de alkol tüketim oranları Batı Avrupa ülkelerine kıyasla düşük seviyelerde olmasına rağmen, alkol kullanımına bağlı siroz sıklığı

özellikle belirli risk gruplarında önemli düzeyde seyretmektedir. Bununla beraber Başıyigit ve arkadaşları, (2015) Türkiye’de sirozun en yaygın etiyolojik faktörü olarak Hepatit B virüsünü tespit eden saha çalışması sonuçlarını raporlamaktadır (8). Tek merkez verileri ışığında Hepatit B’nin siroz gelişimindeki baskın rolü ortaya konmuş ve erken tanı ile korunma stratejilerinin önemi vurgulanmıştır. Alkol kullanımının sıklıkla gizlenmesi ya da beyan edilmemesi, bu alandaki gerçek prevalansın daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, karaciğer sirozu erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu durum, alkol kullanım prevalansının erkeklerde daha yüksek olması ve hormonal düzeylerin karaciğer hasarındaki farklı etkilerinden kaynaklanmaktadır (50, 51). Sirozun ortaya çıkışı genellikle 40–60 yaş arasında pik yapmakta, bu da hastalığın uzun süren, sinsi ilerleyen bir patofizyolojik süreç sonucunda ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar, düşük eğitim düzeyine ve sosyoekonomik statüye sahip bireylerde siroz gelişme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

2.2.1.2. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi

Karaciğer sirozu, hepatositlerin kronik ve geri dönüşsüz hasarı sonucunda gelişen bir hastalık tablosu olmakla birlikte, bu süreci başlatan etiyolojik faktörler oldukça çeşitlilik göstermektedir. Karaciğerin histolojik yapısında belirgin fibrozis, rejeneratif nodül formasyonu ve mikrosirkülasyon bozuklukları ile seyreden sirozun oluşumunda hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan nedenler rol oynamaktadır (34, 42, 49, 50). Bu nedenler, coğrafi bölgelere, toplumsal yaşam biçimlerine, sosyoekonomik koşullara ve bireysel risk faktörlerine göre değişkenlik göstermektedir. Sirozun başlıca nedenlerinden biri, kronik viral hepatit enfeksiyonlarıdır. Özellikle hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonları, dünya genelinde siroza en sık yol açan viral etmenler arasında yer almaktadır (54).

Alkole bağlı karaciğer hastalıkları da sirozun önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Kronik ve yüksek dozda alkol tüketimi, karaciğerde yağlanma, inflamasyon ve fibrozis süreçlerini tetiklemekte, bu durum zamanla alkolik hepatit ve nihayetinde alkolik siroz tablosuna evrilmektedir (54). Alkol metabolizması sırasında ortaya çıkan asetaldehit, oksidatif stres ve inflamatuvar sitokinlerin artışı, hepatosit hasarını derinleştirmekte ve fibrojeniz sürecini hızlandırmaktadır. Alkolik siroz,

özellikle gelişmiş ülkelerde erkek bireylerde daha sık görülmekte olup; hastalığın prognozu alkol kullanımının bırakılmasıyla doğrudan ilişkili olmaktadır. Metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit, sirozun giderek artan nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet ve dislipidemi gibi metabolik sendrom bileşenleri, karaciğer yağlanması ve inflamasyon gelişimine zemin hazırlamaktadır (55). Bu durum, ilk olarak basit steatoz şeklinde başlayarak ilerleyen süreçte non-alkolik steatohepatit ve sirozla sonuçlanabilmektedir. MASLD, özellikle Batı toplumlarında sirozun başlıca nedeni haline gelmekte, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de yaşam tarzındaki değişiklikler nedeniyle giderek artan bir risk oluşturmaktadır (54, 55).

Otoimmün karaciğer hastalıkları da siroz etiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Otoimmün hepatit, primer biliyer kolanjit ve primer sklerozan kolanjit gibi otoimmün kökenli hepatobiliyer hastalıklar, bağışıklık sisteminin karaciğer dokusuna karşı geliştirdiği saldırı sonucu kronik inflamasyon ve fibrozis ile seyretmektedir. Bu hastalıklar, özellikle kadın bireylerde daha sık görülmekte ve tedavi edilmedikleri takdirde siroza ilerleme riski taşımaktadır. İmmünsupresif tedavilere rağmen ilerleyen olgularda karaciğer nakli gerekebilmektedir (33, 56, 57). Genetik ve metabolik hastalıklar da sirozun daha nadir fakat önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Wilson hastalığı, hemokromatozis, alfa-1 antitripsin eksikliği ve glikojen depo hastalıkları gibi herediter hastalıklar, karaciğerin metabolik dengesini bozarak hücresel düzeyde hasar oluşturmakta ve zaman içinde siroz gelişimine neden olabilmektedir.

2.3. Alkole Bağlı Siroz Hastalarında Hemşirelik Girişimleri

Siroz hastalarında hemşirelik girişimleri, hastalığın sistemik etkileri, komplikasyonları ve bireyin psikososyal durumu göz önünde bulundurularak çok boyutlu bir yaklaşımla planlanmaktadır. Karaciğerin yapısal ve fonksiyonel bozulmaları nedeniyle gelişen fizyopatolojik süreçler, sıklıkla metabolik, hematolojik, gastrointestinal, nörolojik ve renal sistemleri etkileyerek karmaşık klinik tablolar oluşturmakta, bu da hemşirelik bakımının özgün ve kapsamlı şekilde yapılandırılmasını gerektirmektedir (1, 2, 6). Hemşirelik süreci çerçevesinde, siroz hastalarında girişimler öncelikle bireyin gereksinimlerinin değerlendirilmesiyle

başlamaktadır. Bu değerlendirme, hastanın klinik bulguları, laboratuvar değerleri ve yaşam kalitesine ilişkin algısı temelinde yapılmaktadır. Değerlendirme süreci sonucunda belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik girişimler planlanmakta, uygulanmakta ve yeniden değerlendirilmektedir. Bu bağlamda Griffin ve arkadaşları, (2023) ABD’de Medicare kapsamındaki popülasyonda karaciğer sirozu ile ilişkili ölüm oranlarının düşük tahmin edildiğini Sirozun mortalite üzerindeki gerçek etkisinin daha yüksek olduğu vurgulamıştır (3). Bu bağlamda Hjorth ve arkadaşları, (2020) karaciğer sirozu hastalarının yaşam deneyimlerini nitel yöntemle incelemiştir. Bulgular, hastaların yaşamlarının öngörülemez bir roller coaster gibi olduğunu ve bu durumun psikosoyal stres yarattığını ortaya koymaktadır (5).

Siroz hastalarında en sık karşılaşılan sorunlardan biri olan asit varlığı durumunda, hemşire sıvı dengesini yakından takip etmekte, günlük kilo ölçümü yapmakta, abdominal çevre ölçümünü düzenli biçimde gerçekleştirmektedir (2, 6, 17). Ayrıca diüretik tedavi alan hastalarda elektrolit dengesizliklerinin önlenmesi amacıyla potasyum ve sodyum düzeyleri izlenmekte, hastaya düşük sodyumlu diyetin önemi açıklanmaktadır. Gerekli durumlarda parasentez sonrası vital bulguların stabil seyretmesi açısından yakın izlem yapılmaktadır. Alkole bağlı siroz hastalarında görülen hepatik ensefalopati (hes), bilinç bulanıklığı, oryantasyon bozukluğu ve ileri evrelerde koma ile karakterize olup, hemşireler için yönetimi oldukça zorlu bir tablodur. Bu süreçte hemşireler, hastanın bilinç düzeyi ve davranışlarını sürekli izlemek, düşme ve yaralanmalara karşı güvenlik önlemleri almak, beslenme ve sıvı-elektrolit dengesini dikkatle sağlamak gibi fiziksel bakım sorumluluklarını üstlenirler. Bunun yanı sıra, alkol yoksunluğu döneminde hastalar ajitasyon, tremor, anksiyete ve nöbet gibi ciddi belirtiler gösterebilir; bu durum hemşireler açısından hem fiziksel hem de psikolojik açıdan yüksek dikkat ve sabır gerektiren bir süreçtir. Psikolojik olarak, hemşirelerin hastaların korku, kaygı ve huzursuzluk duygularını fark ederek empatik yaklaşım göstermeleri, güven ortamı yaratmaları ve gerektiğinde psikolojik destek sağlamaları, hem hastaların ruhsal stresini azaltmak hem de terapötik ilişkiyi sürdürmek açısından kritik öneme sahiptir. Hepatik ensefalopati gelişimi riski taşıyan ya da bu durumu yaşayan hastalarda, hemşire bilinç düzeyini düzenli olarak değerlendirmekte, konfüzyon ve davranış değişikliklerini izlemektedir. Amonyak düzeyini artırabilecek faktörler (örneğin yüksek proteinli beslenme, gastrointestinal

kanama, konstipasyon) hakkında hasta ve bakım verenler bilgilendirilmekte, laktüloz ve rifaksimın tedavilerinin düzenli kullanımı sağlanmaktadır (2, 6, 17). Ensefalopati sürecinde oryantasyonun korunması, güvenli çevre düzenlemesi ve aspirasyon riskinin azaltılması yönünde önlemler alınmaktadır.

Sirozun neden olduğu immün sistem baskılanması ve portal hipertansiyona bağlı varis oluşumları nedeniyle hastalar gastrointestinal kanamalara yatkın hale gelmektedir. Bu bağlamda hemşire, dışkı rengini ve hematemez bulgularını izlemekte, kanama belirtilerine karşı erken uyarı sistemlerini kullanmakta ve acil müdahale için hazırlıklı olmaktadır. Özofagus varisleri bulunan hastalarda profilaktik tedavinin sürekliliği, ilaç yan etkilerinin takibi ve endoskopi sonrası bakım da hemşirelik sorumlulukları arasında yer almaktadır. Siroz hastalarının sık karşılaştığı bir diğer durum ise yetersiz beslenmedir. Malnütrisyon, hem hastalığın seyrini kötüleştirmekte hem de komplikasyon riskini artırmaktadır. Hemşire, hastanın günlük kalori ve protein alımını değerlendirmekte, beslenme desteği gereken durumları ilgili uzmanlara iletmekte ve gerekli takviyelerin kullanımını izlemektedir (1, 2, 6). Özellikle alkol bağımlılığı geçmişi olan hastalarda tiamin eksikliğine bağlı Wernicke ensefalopatisi gelişme riski göz önünde bulundurularak vitamin desteği izlenmektedir. Özellikle alkol bağımlılığı öyküsü bulunan bireylerde damgalanma algısı, suçluluk duygusu ve tedaviye uyum problemleri yaşanabilmektedir. Bu durumlarda hemşirenin yargılayıcı olmayan, empatik ve terapötik bir iletişim biçimi benimsemesi, hasta ile güvene dayalı bir ilişki kurmasını sağlamaktadır (58).

2.4. Terapötik İlişki

Terapötik ilişki, sağlık profesyoneli ile hasta arasında, sağlık hedeflerine ulaşmayı kolaylaştıran, güven, saygı, empati ve açıklık temelli profesyonel bir etkileşim biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu ilişki modeli, hemşirenin yalnızca fiziksel bakım veren bir uygulayıcı değil, aynı zamanda hastanın duygusal, bilişsel ve sosyal yönlerini dikkate alan bütüncül bir sağlık hizmeti sunucusu olduğunu ortaya koymaktadır (58, 59). Özellikle kronik hastalıklarla yaşayan bireylerde, terapötik ilişki hem tedaviye uyumu artırmakta hem de yaşam kalitesini yükseltmeye katkı sunmaktadır. Terapötik ilişkinin temelinde güven, empati, aktif dinleme, saygı ve profesyonel sınırların korunması yer almaktadır. Hemşire, bu ilişkiyi kurarken hasta

merkezli yaklaşım sergilemekte, bireyin duygularını ve deneyimlerini anlamaya yönelik çaba göstermektedir. Empatik tutum, yalnızca hastanın duygularını anlamayı değil, aynı zamanda bu duygulara yargılamadan ve etiketlemeden karşılık vermeyi de içermektedir. Bu yönüyle terapötik ilişki, hastanın hem duygusal rahatlamasını sağlamak hem de kendi sağlık sorumluluğunu üstlenme sürecini desteklemektedir (58, 59).

Terapötik ilişkinin kurulmasında ilk adım, güvenin tesis edilmesi olmaktadır. Hasta, özellikle kronik ve stigmatize edici hastalıklarda sağlık profesyoneline karşı çekingenlik, suçluluk ya da dışlanmışlık hissi taşıyabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin yargılayıcı olmayan bir iletişim tarzı benimsemesi, hastanın öznelliğini tanıması ve duygusal güven ortamı yaratması son derece önem arz etmektedir (34, 58, 59, 60-63). Güven temelli ilişkiler, hastaların sağlık profesyonelleri ile daha açık iletişim kurmalarını ve tedavi sürecine daha etkin katılım göstermelerini kolaylaştırmaktadır. Terapötik ilişkinin sürdürülebilirliği ise süreklilik, tutarlılık ve açıklık ilkelerine dayanmaktadır. Terapötik ilişki, hemşirelik mesleğinin insani yönünün en belirgin biçimde ortaya çıktığı uygulama alanlarından biridir. Hemşire, yalnızca teknik uygulamaları yerine getiren bir sağlık çalışanı değil, aynı zamanda bireyin acısını paylaşan, korkularını anlayan ve duygusal ihtiyaçlarını gözetten bir profesyonel olarak hareket etmektedir (3, 58). Hemşirenin hasta ile kurduğu iletişimin rastlantısal değil, bilinçli, planlı ve hedef odaklı olması gerekmektedir. Her etkileşim, hasta ile hemşire arasında kurulan ilişkinin bir halkasını oluşturmakta ve bu halkalar arasında tutarlılık sağlanması, hastada güven duygusunun pekişmesini desteklemektedir. Hemşirenin sözlü ve sözsüz iletişim biçimleri bu süreçte büyük önem taşımakta, beden dili, ses tonu ve göz teması gibi unsurlar, terapötik ilişkinin niteliğini doğrudan etkilemektedir (34, 58, 59, 63). Terapötik ilişkinin başarısı, hemşirenin kendi duygularını yönetebilme becerisiyle de yakından ilişkilidir. Özellikle alkol bağımlılığı gibi toplumsal önyargıların yoğun olduğu hasta gruplarında, hemşirelerin kendi değer yargılarının bakım sürecini etkilememesi için içgörü geliştirmeleri gerekmektedir (51).

Genel olarak araştırmalar, terapötik ilişkinin hasta memnuniyetini, tedaviye uyumu ve sağlık çıktıları üzerinde doğrudan etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin yüksek düzeyde terapötik ilişki algısı olan bireylerin ilaç tedavisine daha fazla

bağlı kaldıkları, hastalık yönetimine daha aktif katıldıkları ve sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde tatmin sağladıkları bildirilmektedir. Bu durum, hemşirelik uygulamalarında iletişim temelli yaklaşımların ne denli etkili olduğunu göstermektedir (34, 58). Ayrıca terapötik ilişki, yalnızca hasta için değil, hemşirenin mesleki doyumu açısından da önemli bir motivasyon kaynağı oluşturmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında kurulan güçlü ilişkiler, mesleki tükenmişlik düzeyini azaltmakta ve empatik doyum hissini artırmaktadır. Bu nedenle, hemşirelik eğitim programlarında terapötik ilişki kurma becerilerinin sistematik biçimde kazandırılması, meslek pratiğinde kaliteyi artıran bir unsur olarak değerlendirilmektedir (58). Terapötik ilişkinin etkin biçimde kurulması ve sürdürülmesi hem bireyin hem de bakım verenin iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir.

Terapötik ilişki süreci, genellikle belirli aşamalardan oluşmaktadır. Bu aşamalar; yönlendirme, çalışma ve sonlandırma evreleri olarak tanımlanmaktadır. Yönlendirme evresinde hemşire, hasta ile ilk teması kurmakta ve güven oluşturmaya çalışmaktadır. Çalışma evresinde hemşire ve hasta birlikte sorun çözme, baş etme ve değişim üzerine çalışır. Sonlandırma evresinde ise Tedavi veya bakım süreci tamamlanır, ilişki profesyonel biçimde sonlandırılır ve hastanın bağımsızlığı desteklenir.

2.4.1. Terapötik İlişkiyi Etkileyen Faktörler

Alkol kullanım bozukluğu ve alkol ilişkili hastalıklar bağlamında değerlendirildiğinde, terapötik ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi, hastanın tedaviye motivasyonunu, bakım sürecine katılım düzeyini ve genel sağlık sonuçlarını belirleyen başlıca etmenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Hasta özellikleri terapötik ilişkiyi etkileyen en önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Hastanın hastalık algısı, yardım arama davranışı, psikolojik durumu, savunma mekanizmaları, iletişim becerileri, alkol kullanımına dair farkındalık düzeyi ve önceki sağlık hizmeti deneyimleri, ilişki dinamiğini şekillendirmektedir. Ayrıca komorbid psikiyatrik bozukluklar da kognitif bozulmalar, terapötik ilişkinin yapılandırılmasını daha karmaşık hale getirmektedir (64, 65).

Sağlık çalışanının bireysel tutumları, bilgi düzeyi, mesleki yeterliliği, empati kapasitesi, iletişim becerileri ve etik duyarlılığı da terapötik ilişkiyi etkileyen kritik parametreler arasında yer almaktadır. Özellikle alkol kullanımına yönelik önyargılı, dışlayıcı ya da yargılayıcı tutumlar, hastanın savunma mekanizmalarını tetiklemekte ve tedavi sürecine olan katılımını azaltmaktadır. Sağlık çalışanının, hastanın yaşadığı sorunlara karşı duyarlı ve anlayışlı bir yaklaşım benimsemesi, hasta ile güvene dayalı bir ilişki kurulmasını kolaylaştırmakta ve sağlık hizmetinin niteliğini artırmaktadır (61-65). Bununla birlikte sağlık çalışanının mesleki tükenmişlik yaşaması, duygusal yıpranma ya da ikincil travma gibi durumlar içinde bulunması, terapötik ilişkiyi zayıflatmakta ve iletişimi yüzeysel düzeyde sınırlamaktadır. Terapötik ilişkiyi etkileyen bir diğer önemli etken, sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel ve örgütsel çevredir. Sağlık kurumunun altyapısı, zaman kısıtlılığı, hasta yoğunluğu, gizlilik koşullarının sağlanamaması ve insan gücü eksikliği gibi yapısal sorunlar, sağlık çalışanının hasta ile yeterli düzeyde birebir ilişki kurmasını güçleştirmektedir. Özellikle bağımlılık alanında çalışan birimlerde, hasta profiline yönelik özel eğitim almamış personelin görevlendirilmesi, terapötik ilişkinin niteliğini ciddi biçimde zedelemektedir (60, 61). Ayrıca sağlık politikalarında alkol kullanım bozukluğuna yönelik bütüncül ve insan haklarına dayalı bir yaklaşımın yeterince yer almaması, sağlık çalışanlarının uygulamada karşılaştığı etik ikilemleri artırmakta ve hizmet sunumunu güçleştirmektedir. Toplumsal normlar ve kültürel değerler de terapötik ilişkinin dinamiklerini etkilemektedir. Özellikle alkol kullanımının dini, ahlaki ya da kültürel düzlemde olumsuz algılandığı toplumlarda, sağlık çalışanları bu algıyı içselleştirebilmekte ve hastaya karşı bilinçsiz biçimde mesafe koyabilmektedir (62). İletişim engelleri de terapötik ilişkiyi zayıflatan faktörler arasında yer almaktadır. Hemşirenin bireyle aynı dili konuşmaması, karmaşık tıbbi terimler kullanması, bireyin sağlık okuryazarlığını dikkate almaması ya da bireyin fiziksel ya da bilişsel engellerinin göz ardı edilmesi, terapötik etkileşimi ciddi biçimde sınırlamaktadır. Ayrıca hemşirenin stres, tükenmişlik ya da mesleki doyumsuzluk gibi kişisel sorunlar yaşamaması durumunda, bireyle kuracağı ilişkide empatik eksiklik ve duygusal mesafe gelişebilmektedir (12). Terapötik ilişkinin zayıflamasına neden olan bir başka faktör ise rol karmaşasıdır. Hemşirelik rolünün sınırlarının belirsizleştiği, duygusal yakınlığın profesyonelliği gölgelediği ya da aşırı mesafe ile bireyin duygusal

ihtiyaçlarının görmezden gelindiği durumlar, terapötik ilişkinin doğasını bozmaktadır. Bu nedenle hemşirenin mesleki rolünü tanımlaması, ilişkide profesyonel sınırları gözetmesi ve kişisel duygularını kontrol edebilmesi büyük önem arz etmektedir (58-64). Bu faktörlerin olumlu yönde yönetilmesi, hem birey merkezli bakımın kalitesini artırmakta hem de sağlık hizmetlerinin insani, etik ve bütüncül bir biçimde sunulmasını sağlamaktadır. Terapötik ilişkiyi güçlendiren faktörlerin bilinçli biçimde desteklenmesi ve zayıflatıcı unsurların önlenmesi, hemşirenin profesyonel yeterliliği kadar sağlık sisteminin bütüncül yaklaşımıyla da yakından ilişkilidir. Bu bağlamda Steindl ve arkadaşları (2023) terapötik ilişki ile terapötik teknik arasındaki etkileşimi incelemiştir. Çalışma, ilişkinin ve tekniklerin birlikte etki yarattığını, tedavi etkinliğinin bu etkileşimle arttığını göstermiştir (58).

Terapötik ilişki, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan profesyonel bir etkileşim biçimi olup bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik haline ulaşmasında önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla terapötik ilişkiyi güçlendiren ya da zayıflatan çeşitli bireysel, çevresel ve sistemsel faktörler, bu sürecin başarısı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (58, 59). Terapötik ilişkiyi güçlendiren başlıca faktörlerden biri, hemşirenin iletişim becerileri ve duygusal zek  düzeyidir. Empati kurabilme, etkili dinleme, açıklık, beden dilini doğru kullanma ve uygun zamanlarda destekleyici sessizlik oluşturma gibi beceriler, bireyin kendisini ifade etmesini kolaylaştırmakta ve güven duygusunu pekiştirmektedir. Özellikle empatik tutum, bireyin yargılanmadan kabul gördüğünü hissetmesini sağlamakta, bu da terapötik ilişkinin derinleşmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca hemşirenin profesyonel görünüm, tutarlılık ve etik değerlere bağlılık sergilemesi, bireyin bakım verenle arasında duygusal bağ geliştirmesini kolaylaştırmaktadır (58-60).

2.5. Terapötik İletişim Becerileri

Terapötik iletişim becerileri, hasta ile sağlık profesyoneli arasında kurulan ilişkinin niteliğini doğrudan belirleyen, bakımın etkinliğini ve hasta memnuniyetini artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır. Hemşirenin terapötik ilişkiyi sürdürebilmesi için sahip olması gereken bu beceriler, yalnızca teknik bilgi aktarımını değil, aynı zamanda duygusal destek, empati, güven ve anlayış temelli bir iletişim sürecini içermektedir. Terapötik iletişim, bireyin hastalığını ve tedavi sürecini

anlamlandırmasına yardımcı olmakta, yaşadığı kaygı ve belirsizlikleri azaltmakta, sağlık hizmetine olan bağlılığını artırmaktadır (60-63). Terapötik iletişim süreci, bireyin yalnızca sözel ifadelerini değil, aynı zamanda sözel olmayan mesajlarını da kapsayan çok boyutlu bir etkileşim olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hemşirenin beden dili, yüz ifadesi, ses tonu, göz teması gibi sözel olmayan iletişim unsurlarını bilinçli biçimde kullanması gerekmektedir. Özellikle hasta bireylerin duygularını doğrudan ifade etmekte zorlandığı durumlarda, hemşire bu tür ipuçlarını okuyarak bireyin içinde bulunduğu durumu daha doğru değerlendirebilmekte ve uygun yanıtlar geliştirebilmektedir (58-62).

Etkili dinleme, terapötik iletişim becerilerinin temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. Etkili dinleme, yalnızca bireyin söylediklerine kulak vermeyi değil, aynı zamanda onun duygularını, beklentilerini ve ihtiyaçlarını aktif bir şekilde anlamayı gerektirmektedir. Hemşire, etkili dinleme yoluyla bireyin kendisini ifade etmesine olanak tanımakta, söylenenlerin özetlenmesi ve geri yansıtılması gibi tekniklerle bireyin anlaşılmasını hissettirmektedir. Bu yaklaşım, bireyin konuşmaya devam etme isteğini artırmakta ve terapötik ilişkinin derinleşmesini sağlamaktadır (61-63). Empatik yanıt verebilme becerisi, hemşirenin bireyin duygularına duyarlı olduğunu gösteren önemli bir iletişim unsurudur. Bu beceri, bireyin deneyimlediği acı, korku, öfke ya da çaresizlik gibi yoğun duyguların kabul gördüğünü ve anlaşılmaya çalışıldığını ifade etmektedir. Empatik yanıtlar, bireyin yalnız olmadığını hissetmesine katkı sağlamakta ve güven ortamını pekiştirmektedir. Bu bağlamda hemşirenin kendi kişisel yargılarını askıya alarak, bireyin deneyimlerine saygı duyması gerekmektedir (13, 63).

Açık uçlu sorular kullanma, terapötik iletişimi güçlendiren bir diğer önemli tekniktir. Açık uçlu sorular, bireyin yalnızca evet ya da hayır yanıtlarıyla sınırlı kalmaksızın kendisini daha ayrıntılı biçimde ifade etmesine olanak tanımaktadır. Bu tür sorular, bireyin düşüncelerini ve duygularını keşfetmeye, yaşadığı sorunlara dair farkındalık kazanmasına ve iç gözü geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Hemşire bu tür sorularla bireyin düşünsel süreçlerine katkıda bulunmakta ve birlikte çözüm üretme olasılığını artırmaktadır (11). Sessizlik, terapötik iletişimde etkili şekilde kullanıldığında, bireyin duygularını düzenlemesine ve derin düşüncelerini organize etmesine fırsat tanımaktadır. Sessizlik, özellikle yoğun duyguların yaşandığı anlarda

hemşirenin bireye alan tanıdığı, yargılamadan yanında olduğunu gösterdiği bir destek biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bu süreçte hemşirenin beden dili ile destekleyici bir tutum sergilemesi, sessizliğin terapötik etkisini artırmaktadır. Ayrıca doğrulama ve netleştirme becerileri de terapötik iletişim kapsamında değerlendirilmektedir. Bireyin aktardığı bilgilerin hemşire tarafından doğru anlaşıldığının teyit edilmesi, yanlış anlamaların önlenmesini sağlamakta ve iletişimde açıklık ilkesini güçlendirmektedir (20). Netleştirme, bireyin belirsiz ifadelerini somutlaştırmasına yardım etmekte ve karışıklıkların giderilmesine katkı sunmaktadır. Bu süreç, aynı zamanda hemşirenin hastaya verdiği değer bir göstergesi olarak da algılanmaktadır. Son olarak, terapötik iletişim sürecinde profesyonel sınırların korunması büyük önem taşımaktadır. Hemşire, bireyle duygusal yakınlık kurarken, profesyonellikten ödün vermemeye özen göstermektedir. Fazla mesafeli bir yaklaşım bireyin kendini dışlanmış hissetmesine, aşırı yakın bir ilişki ise rol karmaşasına neden olabilmektedir (66).

2.6. Sağlık Çalışanlarının Alkol ve İlişkili Hastalıklara Yönelik Tutumları ve Terapötik İlişki

Alkol kullanım bozuklukları ve bu bozukluklara bağlı gelişen hastalıklar, bireyin yalnızca fizyolojik değil, psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini de olumsuz yönde etkilemekte, bunun sonucunda çok yönlü ve disiplinler arası bir sağlık hizmeti ihtiyacı doğmaktadır. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının alkol ve alkol ilişkili hastalıklar karşısındaki bilgi düzeyleri, algıları, mesleki deneyimleri ve kişisel tutumları, hem hastaya sunulan bakım kalitesini hem de hasta ile kurulan terapötik ilişkinin niteliğini doğrudan etkilemektedir (66-68). Sağlık profesyonelleri, özellikle de hemşireler, alkol kullanımına bağlı hastalıkların önlenmesi, tanınması, yönetilmesi ve rehabilitasyonu süreçlerinde kritik bir role sahip bulunmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuruları sıklıkla acil durumlar, hepatolojik komplikasyonlar, nörolojik bozukluklar ya da psikotrop semptomlar eşliğinde olmaktadır (27, 67, 68). Bu durumda, ilk temas noktası genellikle sağlık çalışanları olmaktadır. Bu ilk temas, hem hastanın sağlık hizmetine yönelik tutumunu hem de tedavi sürecine olan uyumunu belirleyebilecek düzeyde önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının bu bireylere yönelik damgalayıcı, önyargılı veya dışlayıcı tutumlar sergilemesi, tedavi sürecinde kırılmaların yaşanmasına, hasta motivasyonunun

düşmesine ve hizmetten yararlanma oranlarının azalmasına neden olmaktadır (66-68). Yine Joukar ve arkadaşları, (2012) hepatit C enfeksiyonlu hastalara yönelik sağlık profesyonellerinin bilgi ve tutum düzeylerini değerlendirmiştir. Çalışma, sağlık çalışanlarının bilgi eksiklikleri ve olumsuz tutumlarının hasta bakımını olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (20).

Sağlık çalışanlarının alkol kullanımına yönelik tutumları; yaş, cinsiyet, mesleki deneyim yılı, eğitim düzeyi, çalıştığı birim, daha önce alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle çalışma deneyimi gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda bu alanda eğitim almış, danışmanlık deneyimi bulunan ve bağımlılık alanında çalışan sağlık profesyonellerinin daha empatik, daha az damgalayıcı ve daha kapsayıcı tutumlar geliştirdiği ortaya konulmaktadır (69, 70). Buna karşın bağımlılık ya da hepatoloji alanında özel eğitimi olmayan sağlık çalışanlarında alkol kullanımıyla ilgili stereotiplere, olumsuz genellemelere ve hastayı suçlayıcı tutumlara daha sık rastlanmaktadır. Bu durum, sadece bireysel bir önyargı meselesi olmayıp, aynı zamanda sağlık sistemindeki yapısal yetersizliklerin de bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Terapötik ilişki, hasta ile sağlık çalışanı arasında kurulan güvene dayalı, profesyonel ve duygusal olarak destekleyici bir bağ olup özellikle alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyumun ve sürdürülebilirliğin sağlanmasında temel belirleyicilerden biridir (58). Özellikle hemşirelik pratiğinde terapötik ilişki, yalnızca bilgi aktarımı ve müdahale sunumu ile sınırlı kalmamakta, hastanın duygusal ihtiyaçlarının fark edilmesi, bakım sürecine katılımının desteklenmesi ve güven ortamının tesisi açısından da kritik bir rol üstlenmektedir. Alkol kullanımına bağlı hastalıkları olan bireylerin bakımında, hemşirenin gösterdiği tutumun niteliği; hastanın hastalık sürecini kabul etmesini, tedaviye uyumunu ve psikososyal uyum sürecini doğrudan etkilemektedir.

2.7. Damgalama

Damgalama, bireylerin ya da grupların, toplum tarafından olumsuz biçimde etiketlenmesi, dışlanması ve değersizleştirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, bireyin sahip olduğu belirli bir özellik ya da duruma yönelik olumsuz yargılarla şekillenmekte ve sosyal ilişkilerde ayrımcılığa neden olmaktadır. Damgalama, yalnızca bireyin toplumsal statüsünü zedelemekle kalmamakta, aynı zamanda

psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlık üzerinde ciddi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (32, 33). Bu çerçevede Erving Goffman, damgalamayı istenmeyen farklılıklar üzerinden bireyin sosyal açıdan değersizleştirilmesi olarak tanımlamakta ve damgalamanın toplumsal yapılar içerisinde öğrenilen bir kalıp olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda stigma, bireyler arası ilişkilerde olduğu kadar sağlık sistemlerinde, mesleki uygulamalarda ve kurumsal yapılarda da kendisini göstermektedir. Damgalama, çoğunlukla bilinçsiz önyargılardan, kültürel değerlerden, dini yargılardan ve sosyopolitik söylemlerden beslenmektedir (73, 74).

Damgalama kavramı, toplumsal normlara ve değer yargılarına uymadığı düşünülen bireylerin ya da grupların, olumsuz biçimde etiketlenmesi, dışlanması ve marjinalleştirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, bireyin sahip olduğu gerçek ya da atfedilen bir özellik nedeniyle öteki konumuna yerleştirilmesi ve bu özelliğı üzerinden toplumun geri kalanından ayrıştırılması anlamına gelmektedir. Damgalama süreci, yalnızca bireyin sosyal kimliğini olumsuz biçimde yeniden tanımlamakla kalmamakta, aynı zamanda bireyin kendilik algısını, sosyal etkileşimlerini ve sağlıkla ilgili davranışlarını da doğrudan etkilemektedir.

Damgalama süreci genellikle üç temel bileşeni içermektedir. Bunlar stereotipleştirme (kalıp yargılar geliştirme), ayrımcılık (davranışsal dışlama) ve güç eşitsizliğı (toplumsal hakimiyetin sürdürölmesi) şeklindedir. İlk aşamada bireyin bir özelliğı hakkında genelleştirilmiş olumsuz yargılar üretilmekte, bu yargılar doğrultusunda birey dışlanmakta ya da değersizleştirilmekte, son aşamada ise bu dışlama yapıları toplumsal güç ilişkileri aracılığıyla kurumsallaşmaktadır (26). Bu süreç, bireyin yaşam alanlarını, karar alma özgürlüğünü ve sağlık hizmetlerine erişimini sistematik biçimde sınırlamaktadır. Sağlık alanında damgalama kavramı, bireyin hastalık durumu, ruhsal sorunları, bulaşıcı hastalık taşıyıcılığı ya da bağımlılık öyküsü gibi nedenlerle toplumun negatif tutumuna maruz kalması anlamında kullanılmaktadır (76-82). Bu bağlamda alkol bağımlılığı, HIV/AIDS, psikiyatrik hastalıklar, obezite ve cilt hastalıkları gibi bazı durumlar hem birey hem de sağlık çalışanları nezdinde yoğun damgalama nesnesi haline gelmektedir. Alkol kullanım bozukluğu özelinde yapılan çalışmalarda, bireylerin sıklıkla iradesiz, sorumsuz ya da kendi tercihiyle hastalanmış olarak etiketlendikleri görölmektedir.

Damgalama, sadece dışsal bir toplumsal baskı biçimi olmamakta, aynı zamanda bireyin kendini algılayış biçimini de dönüştürmektedir. İçselleştirilmiş damgalama olarak adlandırılan bu olguda, birey toplumun kendisine yönelttiği olumsuz etiketleri kabul etmekte ve bu etiketlere uygun bir kimlik geliştirmektedir. Bu durum, bireyin benlik saygısını zedelemekte, öz yeterlilik inancını azaltmakta ve sosyal rollerini yerine getirme kapasitesini düşürmektedir. Özellikle tedavi süreçlerinde içselleştirilmiş damgalama, bireyin yardım arama davranışını engellemekte ve sağlık hizmetlerine olan güvenini sarsmaktadır (22, 26).

Her toplumun kendi normatif değerleri, ahlaki kabulleri ve sosyal kabul sınırları farklılık göstermekte, bu farklılıklar damgalamanın içeriğini ve hedefini belirlemektedir. Örneğin bazı toplumlarda alkol kullanımı bir hastalık olarak değerlendirilmekte ve birey tıbbi destekle iyileştirilmeye çalışılmakta iken, bazı toplumlarda ise alkol bağımlılığı bir ahlaki zayıflık ya da karakter bozukluğu olarak görülmekte ve birey dışlanmaktadır (21). Bu nedenle damgalamanın yalnızca bireysel önyargılardan değil, aynı zamanda yapısal eşitsizliklerden ve kültürel anlatılardan beslendiği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinde eşitlikçi, insan haklarına dayalı ve kapsayıcı bir yaklaşım benimsenmediği sürece damgalama hem birey hem de toplum düzeyinde kalıcı zararlara yol açmaktadır. Özellikle ruhsal hastalıklar, HIV/AIDS, obezite, cinsel yönelim farklılıkları ve alkol-madde bağımlılığı gibi konular, damgalama pratiklerinin yoğunlaştığı alanlar arasında yer almaktadır. Genel olarak Schomerus ve arkadaşları, (2011), alkol bağımlılığının toplumsal stigmatizasyonunu diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştıran bir derleme sunmuştur (21). Alkol bağımlılığının özellikle güçlü bir damgalama ile karşılaştığı, bu durumun tedavi arayışını ve sosyal entegrasyonu olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Sağlık alanında damgalama, bireyin hizmet alma hakkını doğrudan etkileyen, tedaviye erişimini engelleyen ve sağlık çıktılarında eşitsizliklere yol açan ciddi bir sorunu temsil etmektedir. Sağlık çalışanlarının bilinçli ya da bilinçsiz önyargıları, bireyleri ya sağlık hizmetinden uzaklaştırmakta ya da hizmetin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, alkol bağımlılığı nedeniyle karaciğer sirozu tanısı alan bireyler, sıklıkla kendi hatası sonucu hastalanmış kişi olarak etiketlenmekte, bu da onların hem psikolojik olarak izole olmalarına hem de sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına neden olmaktadır (73-75). Araştırmalar, damgalanmış bireylerin

sağlık kuruluşlarına daha geç başvurduğunu, tedaviye uyumlarının düşük olduğunu ve sıklıkla sağlık profesyonelleri ile kurdukları ilişkinin yüzeysel kaldığını göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalama ise bireyin toplum tarafından kendisine yöneltilen olumsuz yargıları kabul etmesi, kendisini yetersiz, değersiz ya da suçlu olarak görmesi süreciyle tanımlanmaktadır (73, 74). Bu durum, bireyin benlik saygısını düşürmekte, öz yeterlilik algısını zayıflatmakta ve tedaviye olan motivasyonunu azaltmaktadır. Alkol bağımlılığına bağlı siroz hastalarında içselleştirilmiş damgalamanın depresyon, sosyal çekilme ve umutsuzluk düzeylerini artırdığı bilinmektedir (69). Bu psikolojik yük, hastanın tedavi sürecine aktif katılımını engellemekte ve klinik sonuçların olumsuzlaşmasına zemin hazırlamaktadır.

Hemşirelik pratiği açısından damgalama, etik ve profesyonel sorumluluklar bağlamında dikkatle ele alınması gereken bir konudur. Hemşireler, bireye karşı yargılayıcı, dışlayıcı ya da mesafeli tutumlar sergilediklerinde, terapötik ilişki sekteye uğramakta ve bakım kalitesi düşmektedir. Oysa profesyonel hemşirelik anlayışı, bireyin içinde bulunduğu durumu anlamaya, yargılamadan kabul etmeye ve bireysel gereksinimlerine duyarlılıkla yanıt vermeye dayanmaktadır (29, 58, 69). Bu nedenle hemşirelerin damgalayıcı tutumlara karşı farkındalık geliştirmeleri, önyargılarını sorgulamaları ve birey merkezli bakım anlayışını benimsemeleri büyük önem taşımaktadır. Damgalamayı önlemeye yönelik stratejiler arasında sağlık çalışanlarına yönelik etik eğitimin güçlendirilmesi, empati temelli iletişim becerilerinin geliştirilmesi, bireysel farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması ve kurumsal politikaların damgalamayı önleyici yönde şekillendirilmesi yer almaktadır (73-76). Bu bağlamda Gilchrist ve arkadaşları, (2011) Avrupa’da madde kullananlarla çalışan personelin tutumlarını karşılaştırmalı olarak araştırmıştır. Olumsuz tutumların tedavi sürecini zorlaştırdığı, personelin eğitim ihtiyacının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (25). Ayrıca toplumsal düzeyde farkındalık kampanyaları, medya dilinin dönüştürülmesi ve hukuki düzenlemeler yoluyla damgalamanın önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Sağlık hizmetlerinde etik, eşitlikçi ve kapsayıcı bir yaklaşımın benimsenmesi, damgalamayı azaltmakta ve bireylerin onurlu bir yaşam sürdürebilmelerini mümkün kılmaktadır.

Damgalama ilk olarak toplumsal damgalama olarak ortaya çıkar. Toplumsal damgalama kişinin özelliğinin toplum tarafından ayırt edici bir şekilde tanımlanması ile başlar (72).

Toplumsal damgalama, bireyin topluma tam katılımını engellemekte, sosyal ilişkilerini zayıflatmakta ve ekonomik üretkenliğini düşürmektedir. Özellikle sosyal kimliklerin kesişiminde bulunan bireyler çoklu damgalamalara maruz kalmakta ve toplumsal dışlanma süreçleri daha yoğun yaşanmaktadır. Alkol bağımlılığı, bu bağlamda modern toplumlarda hem tıbbi hem de ahlaki anlamlar taşıyan karmaşık bir damgalama nesnesi olarak öne çıkmaktadır (71-74). Alkol bağımlılığı olan bireyler, sıklıkla zayıf iradeli, sorumsuz, kendine zarar veren gibi sıfatlarla etiketlenmekte ve bu etiketler, bireyin sosyal statüsünü düşürmekte, sosyal destek kaynaklarını zayıflatmakta ve tedaviye başvurma davranışını olumsuz etkilemektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde gizli ayrımcılığa ve bireyin tedaviye uyum sürecinde motivasyon kaybına yol açmaktadır. Damgalama, böylece yalnızca bir algı meselesi değil, bireyin yaşam deneyimini dönüştüren ve sınırlayan bir sosyal yapı haline gelmektedir (71-74). Ayrıca Shabanloei ve arkadaşları, (2016) siroz hastalarında stigma deneyimlerini nitel bir yaklaşımla analiz etmiştir. Çalışma, hastaların sosyal izolasyon, utanç ve damgalanma yaşadıklarını ortaya koymuş, psikososyal desteklerin önemini vurgulamıştır (73).

Genel olarak damgalamanın toplumsal boyutu, medyanın söylem dili, siyasal iktidar yapıları ve kültürel temsiller aracılığıyla sürekli yeniden üretilmektedir. Medyada bağımlılıkla ilgili haberlerde kullanılan dil, bireyleri suçlayıcı, küçültücü ve dışlayıcı bir biçimde konumlandırmakta, bu da kamusal algının şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Aynı şekilde, sağlık hizmeti sunucularının kullandığı dil ve beden dili, damgalayıcı tutumların klinik ortamlara taşınmasına neden olmaktadır (1, 78, 79). Bu bağlamda sağlık alanında çalışan tüm profesyonellerin, kullandıkları dile, tutumlarına ve hizmet sunumundaki eşitlik ilkesine dikkat etmeleri, toplumsal damgalamayı azaltma yönünde atılacak en etkili adımlardan biri olarak değerlendirilmektedir. (75-79).

Sağlık profesyonelleri tarafından sergilenen damgalayıcı davranışlar, çoğu zaman farkında olmadan gerçekleştirilmekte ve dolaylı yollarla bireyin sağlık hakkını

ihlal etmektedir. Bu davranışlar arasında bireyin şikayetlerinin dikkate alınmaması, bakım sürecinde pasif konumda bırakılması, mahremiyetine özen gösterilmemesi, küçümseyici beden dili kullanılması ve bireyin hastalığının kişisel kusur gibi ele alınması yer almaktadır (76-79). Özellikle hemşirelik uygulamalarında gözlemlenen bu tutumlar, terapötik ilişkinin bozulmasına, hasta güveninin azalmasına ve bireyin tedavi sürecinden erken ayrılmasına neden olmaktadır.

Damgalama süreci, yalnızca birey ile profesyonel arasındaki ilişkide değil, sağlık kurumlarının yapısal işleyişinde de kendini göstermektedir. Örneğin bağımlılık tanısı almış bireyler, kimi zaman acil servislerde daha az öncelikli değerlendirilmekte, psikososyal destek hizmetlerine yönlendirilmemekte ya da sağlık sigortası kapsamında daha düşük önceliklerle karşılaşmaktadır (65, 72). Benzer biçimde ruh sağlığı alanında hizmet alan bireyler, tedavi kararlarına daha az katılım sağlayabilmekte ya da kararları sıklıkla hekim merkezli olarak belirlenmektedir. Genel olarak Molina-Mula ve arkadaşları, (2018), acil ve ruh sağlığı hemşirelerinin alkol bağımlı hastalara yönelik algı ve tutumlarını araştırmıştır. Hemşirelerin bu hastalarla çalışırken karşılaştığı zorluklar ve destek gereksinimleri ortaya konmuştur. Bu yapısal eşitsizlikler, damgalamanın yalnızca bireysel tutumlarla değil, kurumsal politikalar ve sağlık sistemi düzenlemeleri ile de beslendiğini göstermektedir (27). Alkol bağımlılığı özelinde sağlık alanında damgalama süreci daha da belirginleşmektedir. Bu bireyler hem toplum hem de sağlık çalışanları tarafından kendi tercihiyle hastalanmış birey olarak algılanmakta, bu durum onların tedaviye katılım hakkını, destek görme ihtiyacını ve saygın bir birey olarak kabul edilme taleplerini zedelemektedir. Yapılan çalışmalar, alkol bağımlılığı olan bireylerin tedaviye başvurma oranlarının damgalama algısı ile ters orantılı olduğunu, damgalanma düzeyi arttıkça tedaviye başvuru oranının düştüğünü ortaya koymaktadır (76, 78, 80). Bu durum, bireyin yalnızca biyolojik değil, psikolojik, sosyal ve etik düzlemde de derin bir yıpranma yaşamasına neden olmaktadır.

Genel olarak sağlık çalışanlarının damgalama sürecine katılımı, çoğu zaman bilinçdışı önyargılardan kaynaklanmakta ve mesleki eğitim süreçlerinde etik farkındalık eksikliğine dayanmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelik eğitiminin etik, insan hakları ve sosyal adalet ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması büyük önem taşımaktadır (7, 72). Ayrıca sağlık çalışanlarının kendi önyargılarının farkına

varmaları, sosyal stereotiplere karşı eleştirel bakış geliştirmeleri ve empatik becerilerini artırmaları, damgalayıcı tutumları azaltıcı etkiler yaratmaktadır. Kurum içi hizmet içi eğitimler, süpervizyon programları ve bireysel yansıtma uygulamaları bu süreci desteklemektedir. Bu nedenle, damgalamanın önlenmesi yalnızca etik bir sorumluluk değil, aynı zamanda birey merkezli, kaliteli ve insana yakışır sağlık hizmeti sunumunun vazgeçilmez bir koşulu olarak değerlendirilmektedir (73, 74).

Hemşirelik mesleği, insan haklarına saygı, eşitlik, empati ve bakım odaklılık ilkelerine dayanan profesyonel bir disiplin olarak tanımlanmakta, bireyin sağlık durumundan, sosyoekonomik konumundan ya da yaşam tarzından bağımsız olarak nitelikli bakım alma hakkını öncelemede fakat sağlık hizmetlerinin pratik uygulamaları incelendiğinde, hemşirelerin de çeşitli hasta gruplarına yönelik damgalayıcı eğilimler sergileyebildiği ve bu tutumların bireylerin sağlık hizmetine erişimini, tedaviye katılımını ve bakım sürecini olumsuz etkileyebildiği görülmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin damgalama eğilimleri, bireysel değer yargıları, mesleki deneyim, kurumsal kültür ve toplumsal önyargılarla şekillenen çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir (7, 74). Hemşirelerin damgalama eğilimleri, genellikle alkol ve madde kullanımı, ruhsal hastalıklar, HIV/AIDS, obezite ve cinsel yönelim farklılıkları gibi toplumsal açıdan hassas ve önyargıya açık hasta gruplarına yönelik olarak öne çıkmaktadır. Özellikle alkol bağımlılığı olan bireyler hem toplum hem de sağlık çalışanları tarafından irade zayıflığı, sorumluluk eksikliği ya da ahlaki yetersizlik gibi sıfatlarla etiketlenmekte, bu etiketler hemşirelerin bilinçdışı tutumlarına yansımaktadır. Hemşireler, bu bireylerin tedaviye uyumsuz olduklarına, iyileşmeyi istemediklerine ya da kendilerine zarar vermeyi hak ettiklerine dair yargılar taşıyabilmekte, bu yargılar ise bakım sürecinde mesafeli, soğuk ya da mekanik bir iletişim biçimiyle sonuçlanmaktadır (75).

Literatürde hemşirelerin damgalama eğilimlerinin sıklıkla içselleştirilmiş sosyal normlardan beslendiği ve mesleki reflekslerin dışına taşabildiği ifade edilmektedir. Hemşirelik eğitiminin özellikle bağımlılık, ruh sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar gibi alanlarda sınırlı etik içerik sunması, profesyonel davranış ile kişisel değerlerin çeliştiği durumlarda önyargıların bakım sürecine yansımaya neden olmaktadır. Bu durum, hemşirenin terapötik ilişkiyi etkili biçimde kuramamasına, bireyin bakım sürecine yabancılaşmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Ayrıca

hemşirelerin iş yükü, zaman kısıtlılığı ve hasta yoğunluğu gibi kurumsal baskılar altında çalışmaları, damgalayıcı tutumları pekiştiren bir başka faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (35, 75). Hemşirelerin damgalama eğilimleri yalnızca sözlü ya da davranışsal tutumlarla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda bakımın niteliğine, bireye ayrılan zamana ve iletişim kurma biçimine de yansımaktadır. Örneğin alkol bağımlılığı öyküsü olan bir bireyin ağrı şikayetlerinin yeterince ciddiye alınmaması, semptomlarının abartılı olarak değerlendirilmesi ya da tedavi planına aktif biçimde dahil edilmemesi, damgalayıcı eğilimlerin uygulamaya yansıyan biçimlerini temsil etmektedir. Bu tutumlar, yalnızca bireyin iyilik halini olumsuz etkilememekte, aynı zamanda sağlık sistemine olan güvenini de zedelemektedir.

Araştırmalar, hemşirelerin damgalama eğilimlerinin farkında olmadıklarını ve bu tutumların sıklıkla klinik gerçeklik ya da mesleki sezgi gibi gerekçelerle meşrulaştırıldığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle damgalayıcı eğilimlerle mücadele süreci, yalnızca tutum değişikliğini değil, aynı zamanda mesleki etik eğitimin güçlendirilmesini, öz farkındalığın artırılmasını ve hemşirelerin sosyal önyargılarla yüzleşebileceği güvenli öğrenme ortamlarının oluşturulmasını gerektirmektedir (19, 74). Özellikle bağımlılık ve ruh sağlığı alanlarında çalışan hemşirelerin, terapötik sınırlar, empatik tutumlar ve yargılayıcı olmayan bakım ilkeleri konusunda sürekli hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda etik kurullara erişimlerinin olması, danışma mekanizmalarının aktif biçimde işletilmesi ve multidisipliner ekip çalışmasına katılımın teşvik edilmesi, damgalayıcı eğilimlerin kurumsal düzeyde engellenmesine katkı sağlamaktadır (19, 74). Bu eğilimlerin fark edilmesi, dönüştürülmesi ve mesleki etik ilkelerle yeniden yapılandırılması, hem birey merkezli bakımın niteliğini artırmakta hem de hemşirelik mesleğinin insan onuruna dayalı felsefesini güçlendirmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin alkole bağlı siroz hastalarına yönelik terapötik ilişki düzeyleri ile damgalayıcı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı, ve ilişki arayıcı desen kullanılarak yürütülmüştür. Tanımlayıcı araştırma, çalışmanın konusuna ilişkin mevcut durumun sistematik olarak ortaya konulmasına olanak sağlamıştır. İlişki arayıcı desen kapsamında ise, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki istatistiksel ilişkiler incelenmiştir. Bu sayede alkol bağımlılığına ilişkin stigmatizasyon düzeyi ile terapötik ilişki kurma becerisi arasındaki bağlantının bilimsel temellerle değerlendirilmesi mümkün olmuştur.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Bu araştırma, etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra Kasım 2024-Eylül 2025'te tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nin; 17 hemşirenin görev aldığı 10'u Endokrin 30'u gastroenteroloji hastası olmak üzere 40 hasta kapasiteli gündüz mesaisinde 4, gece mesaisinde 4 hemşirenin çalıştığı Gastroenteroloji Kliniği dahil edilmiştir.

Ege Üniversitesi Hastanesi'nde; 36 hemşirenin görev aldığı 38'i servis 10'u yoğun bakım olmak üzere 48 yatak kapasiteli gündüz mesaisinde 8, gece mesaisinde 7 hemşirenin çalıştığı Gastroenteroloji Kliniği dahil edilmiştir.

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde; 2 klinikten oluşan toplam 51 yatak kapasiteli 18 hemşirenin bünyesinde bulunan Gastroenteroloji Kliniği dahil edilmiştir.

Tablo 3.1: İş Akışı

İŞ AKIŞI	TARİH
1. Literatür İncelemesi ve Hipotez Geliştirme:	Nisan 2024
• Önceki çalışmaların ve literatürün incelenmesi.	
• Araştırmanın temel hipotezlerinin belirlenmesi.	
2. Araştırma Tasarımı:	Mayıs 2024-Eylül 2025
• Araştırma yöntemlerinin ve ölçüm araçlarının belirlenmesi.	
• Katılımcı seçim kriterlerinin belirlenmesi.	
3. Veri Toplama:	Mart 2025
• Anketlerin veya ölçeklerin hazırlanması.	
• Katılımcıların seçilmesi ve bilgilendirilmesi.	
• Veri toplama sürecinin yürütülmesi.	
4. Veri Analizi:	Mayıs 2025
• Toplanan verilerin analiz edilmesi.	
• İlişkilerin ve bulguların istatistiksel olarak değerlendirilmesi.	
5. Sonuçların Değerlendirilmesi:	Haziran 2025
• Elde edilen bulguların yorumlanması.	
• Hipotezlerin doğruluğunun değerlendirilmesi.	
6. Sonuçların Raporlanması:	Eylül 2025
• Araştırma sonuçlarının yazılı bir rapor haline getirilmesi.	
• Raporun sunulması ve yayınlanması.	

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir ili sınırları içinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji kliniklerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimi için olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla güç analizi yapılmış ve literatürde benzer çalışmaların sınırlı olması nedeniyle Cohen'in standart etki büyüklüğü değerleri esas alınmıştır. Büyük etki büyüklüğü ($r = 0.50$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %80 güç ($1 - \beta = 0.80$) ile yapılan analiz sonucunda, 60 kişilik örneklem yeterli güçte veri sağlayacağı belirlenmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olarak katılım sağlayan 60 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
2. En az 6 ay karaciğer sirozu tanısı alan hastalara bakım veren hemşire olmak
3. İletişim sürecini olumsuz etkileyebilecek herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalık tanısı olmamak
4. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5. Araştırmadan dışlama kriterleri

Dahil etme kriterlerini karşılamayan hemşireler araştırmaya alınmayacaktır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Çalışmada Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği puanları bağımlı değişkendir.

Bağımsız Değişken: Çalışmada hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek deneyimi, alkole bağlı siroz hastalarına bakım verme deneyimi ve Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği puanları bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında üç temel araç kullanılmıştır. İlk araç, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleki deneyimi gibi demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 sorudan oluşan “Sosyodemografik Veri Formu” olmuştur.

Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği:

Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği Dinç ve ark. (2019) tarafından alkol bağımlılığına ilişkin tutumları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (80).

Ölçek, toplam 12 sorudan oluşan dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Sorular 0-3 puan arasında puanlanmakta olup, yanıt seçenekleri şu şekilde sıralanmıştır: “(3) Tamamen katılıyorum”, “(2) Katılıyorum”, “(1) Katılmıyorum” ve “(0) Hiç katılmıyorum”. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 36 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan “(A2) Alkol bağımlısı olan bir kişiyle birlikte yaşayabilirim”, “(A3) Alkol bağımlısı olan bir kişiyle birlikte çalışabilirim”, “(A7) Alkol bağımlılığı bir hastalıktır”, “(A8) Alkol bağımlılığı tedavi edilebilir” gibi sorular ters kodlanmıştır, bu da bu sorulara verilen yüksek puanların, ölçek puanının genel yönüyle ters anlamda değerlendirileceği anlamına gelmektedir. Puanın yüksek olması, bireyin alkol bağımlılığına karşı daha fazla stigmatize edici bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası belirtilmemiştir, yani belirli bir puan sınırı kullanılarak sınıflandırma yapılmamaktadır. Değerlendirme, toplam puan üzerinden yapılmakta olup, ölçek alt boyutlara ayrılmadan toplam puan bazında değerlendirilmektedir. Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği, üç faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır: ahlaki etiketleme, sosyal ayrımcılık ve kişiliğe yönelik tutum. Ölçeğin genel güvenilirliği, Cronbach α katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır. Ahlaki etiketleme faktörü, bireylerin alkol bağımlılarına yönelik ahlaki yargılara dayalı olumsuz tutumlarını temsil eder ve alkol bağımlılığını ahlaki bir sorun olarak gören bireylerin düşüncelerini içerir. Sosyal ayrımcılık faktörü, alkol bağımlısı bireylere karşı sosyal mesafe koyma ve onları toplumsal hayattan dışlama eğilimlerini yansıtır. Örneğin, alkol bağımlısı bir kişiyle çalışmak ya da yaşamak istememe gibi sosyal uzaklaştırma davranışları bu faktör altında incelenir. Kişiliğe yönelik tutum ise alkol

bağımlısı bireylerin kişiliklerine dair tutumları ve alkol bağımlılığının bir hastalık olarak kabul edilip edilmediğine dair algıları içerir. Bu faktör, alkol bağımlılığının tedavi edilebilir olup olmadığına ilişkin tutumları da kapsar. Ters kodlanan maddeler arasında "Alkol bağımlılığı bir hastalıktır" ve "Alkol bağımlılığı tedavi edilebilir" gibi ifadeler yer almaktadır. Bu alt faktörler, bireylerin alkol bağımlılığına karşı tutumlarını çok boyutlu bir şekilde değerlendirmeyi sağlar. Ölçeği doldurmak yaklaşık 5 dk sürmektedir(83).

Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu:

Üçüncü araç ise Coelho ve arkadaşları (2021) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Uslu ve arkadaşları (2023) tarafından yapılmış olan “Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu”dur (34, 35). Bu ölçek, hemşirelerin hasta ile kurdukları terapötik ilişkiyi değerlendirmeye yönelik 25 maddeden oluşmakta olup empati, kendini tanıma, bakıma katılım ve oryantasyon olmak üzere dört alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçeğin ilk alt boyutu olan **oryantasyon (yönelim)**, hemşirenin hastayı bilgilendirmesi, yönlendirmesi ve bakım sürecine odaklanmasını sağlamaya ilişkin tutumlarını değerlendiren 1., 2., 3., 4., 5. ve 6. maddeleri içermektedir. **Empati** alt boyutu ise hemşirenin hastanın duygu ve düşüncelerini anlaması, yargılamadan kabul etmesi ve uygun biçimde karşılık vermesiyle ilgili olup 7., 8., 9., 10. ve 11. maddelerden oluşmaktadır. **Kendini tanıma** alt boyutu, hemşirenin kendi duygu ve tutumlarının farkında olmasını ve bu öz farkındalığı terapötik sürece yansıtmasını ölçen 12., 13., 14., 15., 16. ve 17. maddeleri kapsamaktadır. Son alt boyut olan **bakıma katılım** ise hemşirenin hasta bakımına aktif biçimde katılımını, sorumluluk almasını ve sürece etkin katkısını değerlendiren 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24. ve 25. maddeleri içermektedir. Hemşirelerin hasta ile kurdukları terapötik ilişkiyi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, toplam 25 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 25 ile 125 arasında değişmekte olup yüksek puanlar terapötik ilişkinin daha güçlü olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmada ölçeğin güvenirlik analizleri sonucunda tüm ölçek için Cronbach’s α değeri 0,93, alt boyutlar için ise empati 0,81, kendini tanıma 0,86, bakıma katılım 0,89 ve oryantasyon 0,76 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu ve hemşirelerin

terapötik ilişki düzeylerini değerlendirmede güvenle kullanılabileceğini göstermektedir (38).

3.8. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci, gerekli etik kurul onayı ve ilgili kurumlardan izin alınmasının ardından Mart 2025 - Nisan 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Katılımcı hemşirelere araştırmanın amacı, kapsamı ve gizlilik ilkeleri hakkında detaylı bilgi verilmiş, yazılı onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi tercih edilmiş ve her katılımcıya “Sosyodemografik Veri Formu”, “Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği” ve “Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu” uygulanmıştır. Veri toplama işlemi katılımcıların klinik çalışma saatleri göz önünde bulundurularak planlanmış ve her görüşme yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Tüm süreç boyunca gönüllülük ilkesi gözetilmiş, katılımcıların mahremiyetine ve etik ilkelere titizlikle riayet edilmiştir. Araştırma verilerinin güvenli biçimde toplanması ve analiz sürecine aktarılması için gerekli önlemler alınmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizine geçmeden önce, eksik veri kontrolü yapılmış ve aykırı değerler değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun veriler için parametrik testler (bağımsız gruplar t-testi, ANOVA), uygun olmayan veriler için ise non-parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi) kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, kapsamı ve yöntemi itibarıyla belirli sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle araştırma, yalnızca hastanelerin gastroenteroloji kliniklerinde yatan alkole bağlı siroz tanısı konulmuş hastalara bakım veren hemşireleri kapsamaktadır, başka kliniklerde yatan bu tanılı hastalara bakım veren hemşireler dahil edilmemiştir. Bu nedenle farklı kliniklerdeki alkole bağlı karaciğer sizozu hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama düzeyleri ve terapötik ilişki kurma kapasiteleri

değerlendirme dışı bırakılmaktadır. Ayrıca araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin belirli bir bölgedeki sağlık kurumlarında görev yapıyor olmaları, bulguların evrensel genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü kurumların fiziki, yönetsel ve kurumsal yapılarının farklılık göstermesi, verilerin kurumsal etkilerden bağımsız olarak değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları öz-bildirim temelli ölçeklerden oluşmakta ve bu durum katılımcıların sosyal beğenirlik eğiliminden etkilenme riskini artırmaktadır. Hemşirelerin damgalama eğilimleri, empatik yaklaşımları ya da terapötik ilişki düzeyleri hakkında verdikleri yanıtların, kendi mesleki rollerine dair olumlu bir imaj sunma arzusu doğrultusunda şekillenmesi olasılığı göz ardı edilememektedir. Bu durum, verilerin nesnelliği üzerinde sınırlayıcı bir etki oluşturmaktadır. Bununla birlikte çalışmanın yürütüldüğü kurumlarda yöneticilerin ve meslektaşların etkisi, hemşirelerin cevaplarını şekillendiren bir diğer faktör olabilir. Kurumsal denetim algısı, bazı katılımcıların duygu ve düşüncelerini tam olarak yansıtmaya engel oluşturabilmektedir.

3.11. Araştırmanın Etiği

Öncelikle araştırmanın etik kurulu alınmıştır. Etik kurul dosya no: 9307-GOA, izin alınma tarihi 20/11/2024'tür. Veriler araştırmada kullanılması planlanan veri toplama araçları ile yüz yüze toplanmış, örnekleme katılan bireylere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı olmak üzere onamları alınarak uygulanmıştır.

Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu kullanım izni 16/07/2024 tarihinde Dr. Öğr. Üyesi Esra Uslu'dan alınmıştır.

Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği kullanım izni 17/10/2024 tarihinde Uzman Klinik Psikolog Aylin Işık'tan alınmıştır.

Çalışmanın kurum izni İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 11/03/2025 tarihinde alınmıştır.

Çalışmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi kurum izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının analiz sonuçları yer almaktadır.

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Değişkenler		N	%
Yaş	23-30	25	41.67
	31-38	19	31.67
	39-49	16	26.66
Medeni Durum	Evli	38	63.33
	Bekar	22	36.67
Eğitim Durumu	Lise	1	1.67
	Ön lisans	2	1.67
	Lisans	47	78.33
	Lisansüstü	11	18.33
Çalışılan Hastane	Atatürk Eğitim Araştırma	8	13.33
	Dokuz Eylül Üniversitesi	16	26.67
	Ege Üniversitesi	36	60.00
Meslek Yılı	1-4	10	16.67
	5-9	24	40.00
	10+	26	43.33
Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Yılı	1-4	18	30.00
	5-9	19	31.67
	10+	23	38.33
Alkol Bağımlılığı Eğitimi	Evet	3	5.00
	Hayır	57	95.00
TOPLAM		60	100.00

Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında, toplam 60 katılımcı katılmış ve katılımcıların yaşları incelendiğinde, hemşirelerin %41.67'si (n = 25) genç yetişkin hemşirelerden, %31.67'si (n = 19) 31-18 yaş aralığındakilerden ve %26.67'si ise (n = 16) 39-49 yaş aralığında bulunan hemşirelerden oluşmaktadır. Medeni durum

açısından, katılımcıların %63.33'ü evli hemşirelerden (n = 38), %36.67'si bekar hemşirelerden (n = 22) oluşmaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğu %78.33 (n = 47) ile lisans mezunu, %18.33'ü ise (n = 11) lisansüstü mezundur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %60'ı (n = 36) Ege Üniversitesi Hastanesinde çalışmaktadır, bunu %26.67 ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi (n = 16) ve %13.33 ile Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi takip etmektedir. Hemşirelerin %43.33'ü (n = 26) meslekte 10 ve daha fazla çalışan katılımcı, %40 (n = 24) 5-9 yıl grubunda ve %16.67'si (n = 10), ise 1-4 yıldır meslekte çalışmaktadır. Hemşirelerin alkole bağlı siroz hastalarıyla ilgilenme yıllarına göre, katılımcıların %38.33'ü (n = 23) 10 yıl ve üzeri alkole bağlı siroz hastalarının bakımlarını, %31.67'si (n = 19) 5-9 yılları arasında ve %30'u (n = 18) 1-4 yıl aralığında alkole bağlı siroz hastalarının bakımlarını yapmaktadırlar. Hemşireler arasında alkol bağımlılığı eğitimi alan ise yalnızca 3 kişi vardır ve örneklemin %5'ni oluşturmaktadırlar.

Tablo 4.2: Demografik Değişkenlerin Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum Değerleri

Demografik Değişkenler	$\bar{X}$	$\pm SS$	Min	Maks
Yaş	33.73	6.36	23	49
Eğitim Durumu	3.13	0.50	1	4
Meslek Yılı	9.96	6.45	1	28
Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Yılı	8.80	6.55	1	28

Not: *Eğitim durumu ordinal olarak kodlanmıştır: 1 = Lise, 2 = Ön lisans, 3 = Lisans, 4 = Lisansüstü.

Katılımcıların yaş ortalaması $\bar{X} = 33.73$, (± 6.36) eğitim ortalamaları 3.13 yıl (± 0.50)'dır. Meslekte çalıştıkları yıl ortalaması 9.96 (± 6.45) yıl ve alkole bağlı siroz hastalarına bakım yılı ortalamaları ise 8.80 yıl (± 6.55) bulunmuştur.

Tablo 4.3: Katılımcıların Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Min	Maks
ABSÖ	32.28	4.32	22	45
TİDÖ	95.3	13.94	66	125
TİDÖ EMPATİ	18.90	3.29	11	25
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	23.25	3.32	16	30
TİDÖ BAKIMA KATILIM	30.63	5.00	22	40
TİDÖ ORYANTASYON	22.51	4.38	14	30

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDÖ = Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği

Katılımcıların Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeğinden aldıkları minimum toplam puan 22 maksimum toplam puan 45 olup katılımcıların puan ortalaması 32.28 (± 4.32)'dir.

Katılımcıların Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları en düşük puan 66 en yüksek puan ise 125 olup puan ortalamaları 95.3 (± 13.94)'dir.

Katılımcıların TİDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelerin terapötik ilişki kurarken empatik eğilim ortalaması 18.90 (± 3.29), kendi duygu ve düşüncelerini tanımayla ilgili ortalamaları 23.25 (± 3.32), bakım sürecine katılım ortalaması 30.63 (± 5.00) ve hastalara rehberlik etme ile yönlendirme ortalaması 22.51 (± 4.38)'dir.

4.2. Korelasyon Analizi Sonuçları

Korelasyon tablosuna araştırmada kullanılan iki temel ölçeğin ve alt boyutlarının haricinde sürekli değişkenler olan yaş, meslek yılı ve bakım yılı dahil edilmiştir. Ölçeklerin ve demografik değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini araştırmak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Böylelikle, değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin hem yönü hem de gücü hakkında bilgi elde edilmiştir. Analizlerin tamamı

%95 güven düzeyinde yapılmış olup, istatistiksel anlamlılık eşiği $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.4: Tüm Sürekli Değişkenlerin Birbirleriyle Olan Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Yaş	-								
Meslek Yılı	.95***	-							
Bakım Yılı	.90***	.95***	-						
ABSÖ	-.15	-.16	.16	-					
TİDÖ	.35**	.36**	.37**	.17	-				
TİDÖ EMPATİ	-.10	-.11	-.15	.03	.77***	-			
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	-.22	-.24	-.25*	.27*	.85***	.66***	-		
TİDÖ BAKIMA KATILIM	-	-	-	.19	.93***	.58***	.72***	-	
	.43***	.46***	.46***						
TİDÖ ORYANTASYON	-.34**	-.35**	-.35**	.11	.89***	.54***	.64***	.82***	-

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDÖ = Terapötik İlişki Değerlenme Ölçeği. Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. Koyu numaralar anlamlı sonuçları göstermektedir ($p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$).

Bu çalışmanın temel amacı kapsamında ABSÖ ve TİDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, ABSÖ, TİDÖ genel puanı, empati, bakıma katılım ve oryantasyonla anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Yalnızca ABSÖ, TİDÖ'nun alt ölçeklerinden kendini tanıma ile pozitif ve zayıf fakat anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ($p < .05$, $r = .27$). Özetle, damgalayıcı tutum ile terapötik ilişki becerileri arasında anlamlı güçlü bir ilişki görülmemektedir, bu da damgalayıcı tutum ile terapötik ilişki becerilerinin birbirinden bağımsız gelişebileceğine işaret edebilir.

Yaş ($p = .238$, $r = -.15$), meslek yılı ($p = .210$, $r = -.16$) ve hasta bakım yılı ($p = .218$, $r = -.16$) istatistiksel olarak Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği (ABSÖ) ile

ilişkili bulunmamıştır. Demografik değişkenlerle ABSÖ arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir.

Yaş, meslek yılı ve bakım yılı ile TİDÖ genel puanı ve TİDÖ'nün bazı alt boyutları arasında orta düzeyde negatif ve anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Yaş ($p < .01$, $r = -.35$), meslek yılı ($p < .01$, $r = -.36$) ve bakım yılı ($p < .01$, $r = -.37$) arttıkça TİDÖ genel ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır. Ayrıca yaş ($p < .001$, $r = -.43$), meslek yılı ($p < .001$, $r = -.46$) ve bakım yılı ($p < .001$, $r = -.46$) güçlü düzeyde ve negatif olarak TİDÖ'nün alt ölçeği olan bakıma katılım ile ilişkilidir. Ek olarak TİDÖ'nün diğer bir alt ölçeği olan oryantasyon puanları yaş ($r = -.34$, $p < .01$), meslek yılı ($p < .01$, $r = -.35$) ve bakım yılının ($p < .01$, $r = -.35$) artışına bağlı olarak düşüş göstermektedir. Özetle, deneyim ve yaş arttıkça terapötik ilişki kurma eğilimi düşmektedir. Özellikle, deneyim ve yaş arttıkça bakıma katılım ve oryantasyon azalmaktadır. Fakat alt ölçeklerden kendini tanıma ve empati, yaş meslek yılı ve bakım yılı istatistiksel olarak korelasyon göstermemiştir (Kendini tanıma ve bakım yılı hariç, ($p < .05$, $r = -.25$)).

Tablo 4'te görüldüğü üzere, Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği'nin (TİDÖ) alt boyutları ve genel puanı arasında anlamlı ve yüksek korelasyonlar bulunmuştur. Bu sonuç, terapötik ilişki bileşenlerinin birbirleriyle tutarlı bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar arasında özellikle **bakıma katılım** ile **oryantasyon** arasında güçlü bir negatif ilişki ($p < .001$, $r = -.82$) saptanmıştır; bu durum, bir alt boyuttaki puan yükseldiğinde diğer alt boyuttaki puanın azaldığını ifade etmektedir.

4.3. ANOVAs

Hemşirelerin Yaşlarına Göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş								
	23-301(n=25)		31-382(n=19)		39-493(n=16)				
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F(2,57)	P	Post-hoc
ABSÖ	32.64	4.54	32.21	4.55	31.81	3.92	0.177	0.838	-
TİDÖ	100.36	12.51	95.32	14.73	87.38	12.01	4.771	0.012	1>3a
TİDÖ EMPATİ	19.32	3.52	18.84	3.13	18.31	3.22	0.453	0.638	-
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	24.16	3.26	22.89	3.74	22.25	2.65	1.82	0.171	-
TİDÖ BAKIMA KATILIM	32.76	4.31	30.95	5.12	26.94	3.87	8.319	0.000	3<1,2a
TİDÖ ORYANTASYON	24.12	3.81	22.63	4.63	19.88	3.88	5.226	0.008	1>3a

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDÖ = Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği. Anova - tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. a: Tukey Testi. Koyu yazılanlar anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Tablodaki veriler incelendiğinde, ABSÖ puanları hemşirelerin yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($F(2,57) = 0.177$, $p = .838$). TİDÖ ve alt ölçekleri bakımından, hemşirelerin empati ve kendini tanıma puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Fakat, hemşirelerin TİDÖ genel puanları $F(2,57) = 4.771$, $p = .012$ ve oryantasyon puanları $F(2,57) = 5.226$, $p = .008$, hemşirelerin yaş gruplarına göre anlamlı bir fark göstermiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi sonuçları, 23-30 yaş grubundaki ($\bar{X} = 100.36$, $SS = 12.51$) hemşirelerin 39-49 yaş grubundaki ($\bar{X} = 87.38$, $SS = 12.01$) hemşirelere kıyasla TİDÖ genel puanları anlamlı

derecede büyüktür. Yine 39–49 yaş grubundaki ($\bar{X}$ = 19.88, SS = 3.88) hemşirelerin, 23–30 yaş grubuna ($\bar{X}$ = 24.12, SS = 3.81) göre oryantasyon puanları anlamlı derecede daha düşüktür. Ek olarak, katılımcıların bakıma katılım puanları yaşlara göre farklılık göstermektedir. Tukey testi incelendiğinde, 39–49 yaş grubundaki ($\bar{X}$ = 26.94, SS = 3.87) hemşireler, özellikle 23–30 yaş ($\bar{X}$ = 32.76, SS = 4.31) ve 31–38 yaş gruplarına ($\bar{X}$ = 30.95, SS = 5.12) göre bakıma daha az katılmaktadır. Özetle, 39–49 yaş grubu, TİDO toplam, bakıma katılım ve oryantasyon alt ölçeklerinde daha düşük puanlar almıştır. Bu durum, yaş ilerledikçe terapötik ilişki dinamiklerinde azalma olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.5: Medeni Duruma Göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum						
	Evli(n=38)		Bekar(n=22)				
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	T	Sd.	P
ABSÖ	32.39	3.89	32.09	5.08	0.24	35.347	0.810
TİDÖ	90.94	12.87	102.81	12.66	-3.47	44.596	0.001
TİDÖ EMPATİ	18.10	2.82	20.27	3.64	-2.40	35.741	0.021
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	22.5	3.03	24.54	3.46	-2.30	39.464	0.026
TİDÖ BAKIMA KATILIM	29.02	4.81	33.40	4.07	-3.74	50.087	0.000
TİDÖ ORYANTASYON	21.31	4.32	24.59	3.75	-3.07	49.231	0.003

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDO = Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği. Bağımsız Örneklem T-Testi uygulanmıştır. Koyu yazılanlar anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Medeni duruma göre ABSÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken ($t(35.3) = 0.24, p = .810$), TİDO puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($t(44.6) = -3.48, p = .001$). Bekar hemşirelerin ($\bar{X} = 102.82, SS = 12.66$) terapötik ilişki düzeyleri, evli hemşirelere ($\bar{X} = 90.94, SS = 12.84$) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Medeni durumun terapötik ilişki bileşenleri üzerindeki etkisi incelendiğinde; bekar hemşirelerin empati ($t(35.7) = -2.40, p = .021$), kendini tanıma ($t(39.4) = -2.40, p = .026$), bakıma katılım ($t(50.08) = -3.74, p < .001$) ve oryantasyon ($t(49.2) = -3.07, p = .003$) puanları evli hemşirelere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, bekar hemşirelerin terapötik ilişki kurma süreçlerine daha güçlü bir katılım gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.6: Meslek Yılına göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Meslek Yılı								
	1-41(n=10)		5-92(n=24)		10+3(n=26)				
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F(2,57)	p	Post-hoc
ABSÖ	32.40	6.64	32.67	3.55	31.88	4.06	0.202	0.817	-
TİDÖ	107.50	11.28	95.83	13.13	90.12	12.91	6.741	0.002	1>2,3a
TİDÖ EMPATİ	21.30	3.50	18.38	2.68	18.46	3.43	3.46	0.038	1>2,3a
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	25.70	2.71	23.04	3.77	22.20	2.70	3.748	0.029	1>3a
TİDÖ BAKIMA KATILIM	34.40	3.41	31.67	4.82	28.23	4.56	7.814	0.001	3<1,2a
TİDÖ ORYANTASYON	26.10	3.25	22.75	4.19	20.92	4.20	5.927	0.004	1>3a

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDO = Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği. Anova - tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. a: Tukey Testi. Koyu yazılanlar anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Meslek yılı grupları arasında ABSÖ puanlarında anlamlı bir fark yoktur. Damgalayıcı tutum düzeyleri, meslek yılına göre değişmemektedir. Diğer yandan, meslek yılı grupları, TİDÖ genel puanları bakımından anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($F(2,57) = 6.741, p = .002$). Tukey post-hoc test sonuçlarına göre, 1–4 yıl arası çalışan hemşireler ($\bar{X} = 107.50, SS = 11.28$), hem 5–9 yıl çalışan hemşire grubuna ($\bar{X} = 95.83, SS = 13.13$) hem de 10+ yıl çalışan hemşire grubuna ($\bar{X} = 90.12, SS = 12.91$) göre anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Mesleklerinin başında olan hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

TİDÖ'nün alt ölçekleri açısından, tüm alt bileşenler, TİDÖ genelde olduğu gibi empati ($F(2,57) = 6.741, p = .002$), kendini tanıma ($F(2,57) = 3.46, p = .038$), bakıma katılım ($F(2,57) = 3.748, p = .029$) ve oryantasyon puanları ($F(2,57) = 7.814, p = .001$), meslek yıllarına göre anlamlı fark tespit edilmiştir. 1–4 yıl arasında çalışan hemşireler ($\bar{X} = 21.30, SS = 3.50$), hem 5–9 yıl ($\bar{X} = 18.38, SS = 2.68$) hem de 10+ yıl ($\bar{X} = 18.46, SS = 3.43$) çalışan hemşire grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek empati puanı almıştır. 1–4 yıl çalışan hemşire grubu ($\bar{X} = 25.70, SS = 2.71$), 10+ yıl çalışan hemşire ($\bar{X} = 22.20, SS = 2.70$) grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek kendini tanıma puanı bildirmişlerdir. Bakıma katılım açısından, farklılık 10+ grubundan kaynaklanmaktadır. 10+ yıl grubu ($\bar{X} = 28.23, SS = 4.56$), hem 1–4 yıl ($\bar{X} = 34.40, SS = 3.41$) hem de 5-9 yıl ($\bar{X} = 31.67, SS = 4.82$) grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bakıma katılım puanı almıştır. Son olarak, 1–4 yıl çalışan hemşire grubu ($\bar{X} = 26.10, SS = 3.25$), 10+ yıl çalışan hemşire ($\bar{X} = 20.92, SS = 4.20$) grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oryantasyon puanı bildirmişlerdir. Genel olarak 1–4 yıl deneyime sahip hemşireler, terapötik ilişki bileşenlerinde daha yüksek puanlara sahip görünüyor.

Tablo 4.7: Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Yılına göre Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği ve Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Bakım Yılı								
	1-41(n=18)		5-92(n=19)		10+3(n=23)				
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F(2,57)	P	Post-hoc
ABSÖ	33.11	5.83	31.47	2.75	32.30	4.07	0.654	0.524	-
TİDÖ	107.27	11.91	91.31	11.13	89.21	11.85	13.76	0.000	1>2,3 a
TİDÖ EMPATİ	21.00	3.32	17.89	2.70	18.08	3.05	6.17	0.003	1>2,3 a
TİDÖ KENDİNİ TANIMA	25.61	3.22	22.10	3.14	22.34	2.63	8.08	0.000	1>2,3 a
TİDÖ BAKIMA KATILIM	34.66	4.11	30.10	4.40	27.91	4.10	13.25	0.000	1>2,3 a
TİDÖ ORYANTASYON	26.00	3.36	21.21	3.59	20.86	4.25	10.84	0.000	1>2,3 a

Not. ABSÖ = Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği; TİDÖ = Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği. Anova - tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. a: Tukey Testi. Koyu yazılanlar anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir.

Tabloya göre, alkole bağlı siroz hastalarına bakım yılı gruplarına göre ABSÖ puanları farklılık göstermemektedir. Damgalayıcı tutum düzeyleri, hastalara verilen

bakım hizmetine göre değişmemektedir ($F(2,57) = 0.654, p = .524$). Alkole Bağlı siroz hastalarına bakım yılına göre (TİDÖ genel) terapötik ilişki düzeyleri anlamlı biçimde farklılık göstermektedir ($F(2,57) = 13.76, p < .000$). Tukey post-hoc test sonuçlarına göre, 1–4 yıl çalışan hemşire grubu ($\bar{X} = 107.27, SS = 11.91$), hem 5–9 yıl grubuna ($\bar{X} = 91.31, SS = 11.13$) hem de 10+ yıl grubuna ($\bar{X} = 89.21, SS = 11.85$) göre anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Alkole bağlı siroz hastalarına yeni bakım veren hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

TİDÖ'nun alt ölçekleri açısından, tüm alt bileşenler, TİDÖ genelde olduğu gibi empati ($F(2,57) = 6.17, p = .003$), kendini tanıma ($F(2,57) = 8.08, p < .000$), bakıma katılım ($F(2,57) = 13.25, p < .000$) ve oryantasyon puanları ($F(2,57) = 10.84, p < .000$), meslek yıllarına göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Tukey testine göre, bu farklılık 1-4 yılları arasında çalışan hemşire grubundan kaynaklanmaktadır. 5-9 yılları ve 10+ yılları arasında çalışan hemşirelerde ölçeklerden alınan puanlarda anlamlı farklılık yoktur. 1–4 yıl arasında çalışan hemşire grubu ($\bar{X} = 21.00, SS = 3.32$), hem 5–9 yıl ($\bar{X} = 17.89, SS = 2.70$) hem de 10+ yıl ($\bar{X} = 18.08, SS = 3.05$) grubundaki hemşirelere göre anlamlı derecede daha yüksek empati puanı almıştır. 1–4 yıl grubundaki hemşireler ($\bar{X} = 25.61, SS = 3.22$), hem 5–9 yıl ($\bar{X} = 22.10, SS = 3.14$) hem de 10+ yıl ($\bar{X} = 22.34, SS = 2.63$) grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek kendini tanıma puanı bildirmişlerdir. 1–4 yıl grubundaki hemşireler ($\bar{X} = 34.66, SS = 4.11$), hem 5–9 yıl ($\bar{X} = 30.10, SS = 4.40$) hem de 10+ yıl ($\bar{X} = 27.91, SS = 4.10$) grubundaki hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek bakıma katılım bildirmişlerdir. Son olarak, 1–4 yıl grubundaki hemşireler ($\bar{X} = 26.00, SS = 3.36$), hem 5-9 yıl ($\bar{X} = 21.21, SS = 3.59$) hem de 10+ yıl ($\bar{X} = 20.86, SS = 4.25$) grubundaki hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek oryantasyon puanı bildirmişlerdir.

Özetle, bakım yılına göre yapılan karşılaştırmalar, 1–4 yıl deneyime sahip hemşirelerin TİDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarda (empati, kendini tanıma, bakıma katılım ve oryantasyon) anlamlı şekilde daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada elde edilen bulgular, alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin demografik özellikleri ve, damgalama düzeylerinin terapötik ilişki düzeyleri ile olan ilişkisini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 33.73 (± 6.36) olup mesleki deneyim ortalamaları 9.96 yıl (± 6.45), alkole bağlı siroz hastalarına bakım verme süreleri ise ortalama 8.80 yıl (± 6.55) olarak bulunmuş fakat bu ortalamanın yüksekliğine karşın, hemşirelerin yalnızca %5'i alkol bağımlılığına ilişkin özel bir eğitim almış (n = 3). Hyde ve arkadaşlarının (2020) alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan hastalara bakım veren hemşirelerin bilgi düzeyleri, tutumları ve algıları araştırıldığı kesitsel bir çalışmada. Yedi farklı tıp ünitesinde görev yapan toplam 93 hemşire katılmıştır. Katılımcıların ortalama mesleki deneyim süresi 9,9 yıl olup hemşirelerin yalnızca %22,6'sı, AKB'li hastalara bakım konusunda önceden yapılandırılmış bir eğitim aldığını ve çoğunluğu alkol kullanımı ve sonuçları hakkında sınırlı düzeyde bilgiye sahip olduklarını belirtmiştir. Hemşirelerin büyük bir kısmı, AUD'li hastalara bakım vermeyi mesleki görevlerinin bir parçası olarak görsede, sadece %15,7'si bu hasta grubuyla çalışmaya yönelik motivasyona sahip olduğunu ifade etmiştir (66).

5.1. Hemşirelerin Damgalama tutumları ve Terapötik İlişki Düzeyleri

Damgalama düzeyleri incelendiğinde hemşirelerin Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği'nden alınan ortalama puan 32.28 (± 4.32) olup bu değerin orta düzeyli bir damgalayıcı tutum göstermektedir. Bununla birlikte hemşirelerin yaş, meslek yılı ve bakım yılı gibi demografik değişkenlerle damgalayıcı tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (tablo:4.2.1). Van boekel ve ark. (2013) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında, sağlık profesyonellerinin alkol ve madde kullanımı bozukluğu olan hastalara yönelik damgalayıcı tutumları incelenmiştir. Çalışma, farklı ülkelerden 26 nicel ve nitel araştırmayı analiz ederek, sağlık çalışanları arasında alkol ve madde kullanı karşı yaygın bir damgalama olduğu sonucuna varmıştır. Bu tutumların, hastaların tedaviye erişimini ve sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Sistematik inceleme, hemşirelerin de içinde bulunduğu sağlık profesyonellerinin damgalayıcı tutumlarının terapötik ilişkiyi zayıflatarak hasta bakımını olumsuz yönde etkileceği belirtilmektedir (19). Mutlu ve

arkadaşlarının (2014) kesitsel çalışmasında, hemşireler, hekimler ve sağlık teknisyenleri gibi farklı sağlık çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığına yönelik tutumlarının incelendiği çalışmada sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının bağımlılığa karşı damgalayıcı tutumlar sergilediğini ve bunun terapötik ilişkiyi olumsuz etkileyerek bakım kalitesini düşürebileceğini belirtmişlerdir (29). Literatürde, madde ve alkol bağımlılığı olan bireylere yönelik sağlık çalışanlarının damgalayıcı yaklaşımlarının terapötik iletişim ve ilişkiyi olumsuz etkilediği sıklıkla belirtilmektedir. Ancak, araştırmanın temel ölçeklerinden biri olan Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği'nin genel puan ortalaması 95.3 (± 13.94) olarak saptanmıştır. Bu, hemşirelerin terapötik ilişki kurma becerilerinin genel olarak orta-üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar bağlamında ise bakım sürecine katılım ($\bar{X}=30.63$) ve kendini tanıma ($\bar{X}=23.25$) puanlarının daha yüksek olması, hemşirelerin hasta merkezli bakım süreçlerine dahil olma eğilimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, Akdoğan ve Ceyhan'ın (2011) terapötik ilişkide bireyin kendini tanımasının ve empatik yaklaşımının temel olduğu yönündeki vurgusunu desteklemektedir (88). Bununla birlikte korelasyon analizleri sonucunda ABSÖ ile TİDÖ genel puanı ve alt boyutlarının büyük kısmı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tablo:4.2.1). Bu bulgu, damgalayıcı tutumların terapötik ilişki becerilerini doğrudan etkilemediği, bu iki boyutun birbirinden bağımsız gelişebileceğini düşündürmektedir. Ancak dikkat çekici bir şekilde, kendini tanıma alt boyutu ile ABSÖ arasında anlamlı bir ilişki ($p < .05$, $r = .27$) saptanmıştır. Bu sonuç, kendini tanıyan ve kendine dönük farkındalığı yüksek olan hemşirelerin, damgalayıcı eğilimlerinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu durum, bazı hemşirelerin içsel değerleriyle çelişen hasta profillerine yönelik daha katı yargılara sahip olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Buna karşın, empatik eğilim, hasta bakımına katılım ve oryantasyon gibi daha dışa dönük ve uygulamaya dayalı becerilerin damgalayıcı tutumlarla ilişkili olmaması, bu becerilerin daha çok profesyonel rol gereklilikleriyle şekillendiğini gösterebilir.

Literatürde damgalayıcı tutumların, bireyin değer sistemleri, inanç yapısı ve kişisel deneyimleriyle şekillendiği öne sürülmektedir (73-79). Bu bağlamda, “kendini tanıma” becerisi, bireyin içsel süreçlerini fark etmesini ve bu süreçleri düzenlemesini sağlarken, bazı durumlarda bireyin kişisel değerleri ile toplumsal normlar ve katı

sosyal yargılar arasında örtüşmelerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Özellikle alkol bağımlılığı gibi toplumda olumsuz çağrışımları olan klinik durumlarda, bireyin kendi değerlerine göre değerlendirme yapması, damgalayıcı tutumları tetikleyebilmektedir. Hemşirelerin klinik uygulamalarda kişisel değerleri ile profesyonel tutumları arasında içsel bir gerilim yaşayabileceğini göstermektedir. Çalışmada, Alkol Bağımlılığı Stigmatizasyon Ölçeği (ABSÖ) ile Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği'nin (TİDÖ) “kendini tanıma” alt boyutu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < .05$, $r = .27$). Bu durum, hemşirelerin kendi içsel süreçlerini ve değerlerini fark etme becerilerinin artmasının, bazı durumlarda alkol bağımlılığına karşı tutumlarını hafifçe daha yargılayıcı hâle getirebileceğini düşündürmektedir. Başka bir deyişle, kendini tanıma becerisinin gelişmiş olması, hemşirelerin kişisel değerleri ile toplumsal veya mesleki beklentiler arasında zaman zaman çelişki yaşamasına yol açabilmektedir. Diğer yandan, empati, bakıma katılım ve oryantasyon gibi daha davranışsal ve dışa dönük beceriler ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (4.3.3). Bu durum, söz konusu becerilerin bireysel değer sistemlerinden ziyade, profesyonel eğitim ve kurumsal beklentiler doğrultusunda geliştirilen ve uygulamada sürdürülen yetkinlikler olduğunu düşündürmektedir. El-Shahat ve ark. (2025) tarafından yapılan bir çalışma, psikiyatri hemşireleri arasında empati ile damgalama arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir: damgalama arttıkça empati puanlarının düştüğü belirlenmiştir (82). Bu bulgu, empati geliştirme müdahalelerinin hem damgalamayı azaltmada hem de terapötik ilişki kalitesini artırmada etkili olabileceğini destekler niteliktedir. Ancak bu çalışmada, empati puanları ile damgalama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, bu da empatik davranışın profesyonel rolün bir gerekliliği olarak öğrenilmiş ve standart biçimde uygulanıyor olabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, özellikle “kendini tanıma” gibi bireysel farkındalık boyutlarının, içsel önyargıların etkisini yansıtmaya potansiyeli taşıdığı, buna karşın empati gibi davranışsal becerilerin profesyonel sınırlar içinde yönetildiği söylenebilir. Öte yandan, bazı çalışmalar sağlık çalışanlarının kişisel tutumları ile profesyonel davranışları arasında belirgin bir ayrım olduğunu rapor etmektedir (77, 84). Dolayısıyla, damgalamayı azaltmaya yönelik müdahalelerin yalnızca davranışsal değil, aynı zamanda bireyin değer sistemi, benlik algısı ve içsel farkındalığına da odaklanması gerektiği anlaşılmaktadır.

Bu bağlamda, elde edilen bulgular damgalama ve terapötik ilişki arasındaki ilişkinin karmaşık ve çok katmanlı olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde damgalamanın terapötik ilişkiyi olumsuz etkilediği ifade edilse de, bu çalışmanın sonuçları bu ilişkinin her zaman paralel ilerlemediğini ve terapötik becerilerin damgalamadan bağımsız olarak gelişebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde hem damgalayıcı tutumların azaltılması hem de empati ve iletişim becerilerinin eş zamanlı geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

5.2. Hemşirelerin Terapötik İlişki Düzeyleri ve Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Yaş, meslek yılı ve bakım yılı ile terapötik ilişki düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça, özellikle TİDÖ'nün alt boyutları olan bakıma katılım ($p < .001$, $r = -.46$) ve oryantasyon ($p < .01$, $r = -.34$) puanları düşmektedir. Bu bulgu, meslekte geçen sürenin veya yaşın artmasıyla birlikte bakım motivasyonunda ve rehberlik etme kapasitesinde bir azalma yaşanabileceğine işaret etmektedir. Bu sonuç, Zhang ve arkadaşlarının (2023) karaciğer sirozu hastalarına bakım veren 623 hemşirede yaptığı kesitsel çalışmada, meslek yıllarının artışına paralel olarak hemşirelerde iş motivasyonunun azalmasına bağlı olarak tükenmişlik riskinin yükseldiğini belirttiği bulgularla da örtüşmektedir (72). Ayrıca hemşirelerin TİDÖ genel puanlarının yaş, medeni durum, meslek yılı ve bakım yılına göre yapılan varyans analizlerinde anlamlı farklar göstermesi dikkat çekicidir. Özellikle genç hemşirelerin (23–30 yaş), bekar hemşirelerin 1–4 yıldır çalışan hemşirelerin ve kısa süredir alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin terapötik ilişki düzeylerinin daha yüksek olması, meslek hayatının başındaki motivasyon, idealizm ve mesleki tükenmişlik düzeyinin düşük olmasının etkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Liao ve arkadaşlarının (2023) 5.063 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmada da benzer şekilde, tükenmişlik düzeylerinin kariyerin ilk yıllarında düşük olduğu, yaklaşık 8. yıl civarında en yüksek seviyeye ulaştığı görülmüştür (89). Hemşirelerin, terapötik ilişki kurma becerileri yaş ilerledikçe azalmaktadır. 23–30 yaş grubundaki hemşirelerin TİDÖ toplam puanı ortalaması 100.36 ($SS = 12.51$) iken, bu puan 39–49 yaş grubunda 87.38 ($SS = 12.01$) düzeyine düşmektedir. Aynı eğilim, bakıma katılım (23–30 yaş = 32.76; 39–49 yaş = 26.94) ve oryantasyon (23–30 yaş = 24.12; 39–49 yaş = 19.88) alt boyutlarında da gözlenmektedir. Bu düşüşler, yaşla birlikte hemşirelerin hastaya yönlendirme, bakımda aktif olma ve empatik süreçlere katılım

düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir. Benzer biçimde, karaciğer sirozu ya da alkole bağlı karaciğer sirozu tanısı almış hastalarla yapılan bazı çalışmalar da hemşirelik bakımına ilişkin önemli bulgular sunmaktadır. Örneğin, Hjorth ve arkadaşları (2020), 20 karaciğer hastası ile gerçekleştirdikleri nitel çalışma sonucunda dört ana tema belirlemiş, bu temalardan birinin hastaların kendilerini damgalanmış hissetmeleri olduğunu bildirmiştir. Çalışmada ayrıca, bakım süreçlerinin yüksek belirsizlik ve duygusal yük içerdiği belirtilmiş; bu nedenle bireylerin deneyimlerinin anlaşılmasının, sağlık gereksinimlerinin etkili şekilde karşılanabilmesi açısından kritik olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda, klinik hemşirelerin, hastaların karşılaştıkları yeni yaşam koşullarına uyum sağlayabilmeleri için onları destekleyici ve güçlendirici, kişi merkezli bakım yaklaşımlarını benimsemelerinin önemi ortaya konmuştur. Buna ek olarak, Carol ve arkadaşlarının (2022), 197 karaciğer sirozu hastasıyla yürüttükleri çalışmada, hastalığın ölümcül ve stigmatize edici doğasının hemşire-hasta ilişkisinde zorlayıcı bir etken olduğu ve bu zorlanmaların zaman içinde bakım kalitesine de yansiyebileceği ifade edilmiştir. Ancak bu noktada, damgalayıcı tutumların ve terapötik ilişki düzeylerinin hastalar üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen, hemşireleri ya da hemşirelik bakım süreçlerini kapsayan daha güncel ve kapsamlı çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu durum, alandaki literatürün sınırlı olduğunu ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir. Dolayısıyla, bu çalışmaların bulgularını açıklarken, bizim çalışmamızın amacının damgalayıcı tutumların hastalar üzerindeki etkilerini analiz etmek olmadığını belirtmek önemlidir. Ancak söz konusu literatür, çalışmamızın sonuç ve öneriler kısmında –özellikle terapötik ilişki bağlamında hemşire-hasta etkileşimi üzerine yapılacak çıkarımlarda– destekleyici bir çerçeve sunabilir.

Hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri incelendiğinde, meslekte 1–4 yıl deneyimi olan hemşirelerin TİDÖ puanı 107.50 (SS = 11.28) iken 10 yıl ve üzeri deneyimi olan hemşirelerin TİDÖ puanı 90.12 (SS = 12.91)’e düşmektedir. Bu bulgu, mesleğe yeni başlayan hemşirelerin motivasyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bakım sürecine daha aktif katıldıklarını göstermektedir. Özellikle bakıma katılım alt ölçeğinde 1–4 yıl çalışan hemşirelerin TİDÖ ortalaması 34.40 iken, bu değer 10+ yıl çalışan hemşirelerde 28.23’e düşmektedir. Bu durum, Gümüsoğlu ve Tambağ (2023)’nın ileri yaş ve deneyimde olan hemşirelerin bakım rollerinde azalma eğilimi

gösterdiklerini ortaya koyan çalışmalarıyla örtüşmektedir (18). Ayrıca Gedük (2018), mesleki idealizmin ve etik duyarlılığın meslek hayatının başında daha yüksek olduğunu ve yıllar içinde sistematik yıpranma ile azaldığını vurgulamaktadır (64). Literatür de özellikle kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda çalışan hemşirelerin, zamanla emosyonel olarak tükenme riski taşıdığı bilinmektedir (2, 73).

Hemşirelerin alkole bağlı siroz hastalarına bakım yılına göre de benzer bir bulgu elde edilmiştir. 1–4 yıl bakım veren hemşirelerin TİDÖ puanı 107.27 (SS = 11.91) iken, 10+ yıl bakım verenlerde bu değer 89.21 (SS = 11.85)'e gerilemektedir. Tüm alt boyutlar açısından da bu grup anlamlı biçimde daha yüksek puanlara sahiptir (empati: 21.00, kendini tanıma: 25.61, bakıma katılım: 34.66, oryantasyon: 26.00). Bu sonuçlar, özellikle yeni bakım veren hemşirelerin hasta ile kurduğu ilişkiye daha fazla önem verdiklerini ve motivasyonlarının daha güçlü olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Hall ve ark. (1988), hasta-hemşire iletişimde samimiyetin, kişisel ilgilinin ve rehberliğin terapötik süreci doğrudan etkilediğini ve bu bileşenlerin zamanla azaldığını belirtmektedir (16). Zugai ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği alanında terapötik ittifak kavramının gelişim süreci incelenmiştir. Çalışma, kavramsal analiz yöntemiyle terapötik ittifakın hemşire ve hasta arasındaki karşılıklı iş birliği ve güven ilişkisi olduğunu vurgulamıştır. Araştırmada hemşirelerin kişilik özellikleri ve kariyer evrelerinin, terapötik ittifakın gücünü etkileyen önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (63). Bu bulgu, hemşirelerin bireysel özellikleri ve mesleki deneyimlerinin, hasta ile kurulan güvene dayalı ilişkinin kalitesinde belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Sonuç olarak, hemşirelerin kişisel ve profesyonel gelişimlerinin desteklenmesinin, terapötik ittifakın güçlendirilmesi açısından kritik olduğu ifade edilmiştir(85).

Hemşirelerin demografik değişkenleri ile ABSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin yaşı ile ABSÖ puanı arasında($p > .05$, $r = -.15$) düzeyinde zayıf ve anlamsız bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde hemşirelerin çalışma yılı ($r = -.16$), bakım yılı ($r = -.16$) gibi değişkenlerde de anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, Yılmaz ve arkadaşları (2021) ile Avcil ve arkadaşları, (2016)'nın sağlık çalışanlarının damgalama eğilimlerinin sadece yaş ve deneyimle değil, daha çok tutumlar, inançlar, bilgi düzeyi ve eğitimle ilişkili olduğunu ifade eden çalışmalarıyla tutarlıdır (32, 41).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin bazı özellikleri damgalama düzeyleri ile terapötik ilişki becerileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bunun sonucunda;

- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama düzeyleri orta düzeydedir. Hemşirelerin alkol bağımlılığı olan hastalara yönelik damgalayıcı tutumları tamamen olumsuz olmayıp belirli düzeyde varlığını sürdürmektedir.
- Hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri genel olarak yüksektir. Bu durum, hemşirelerin hastalarıyla kurdukları terapötik ilişki düzeylerinin genel olarak güçlü olduğunu göstermektedir.
- Alt boyutlarda en yüksek ortalama puan “Bakıma Katılım” (30,63), en düşük ortalama puan ise “Empati” (18,90) boyutuna aittir.
- Damgalama düzeyi ile terapötik ilişki düzeyi arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir.
- ABSÖ ile TİDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > .05$, $r = .17$).
- Ancak ABSÖ ile "Kendini Tanıma" alt boyutu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$, $r = .27$). Bu sonuç, damgalama düzeyi arttıkça hemşirelerin kendilerini tanıma eğilimlerinin artabileceğini göstermektedir.
- Hemşirelerin bazı demografik özelliklerine göre damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.
- Yaş, meslek yılı ve bakım yılı arttıkça terapötik ilişki puanları da artmaktadır (TİDÖ ile yaş: $r = .35$, meslek yılı: $r = .36$, bakım yılı $r = .37$).
- Buna karşılık, yaş ve mesleki deneyim arttıkça “Bakıma Katılım” ve “Oryantasyon” alt boyutlarında puanlar azalmaktadır (örneğin yaş ile Bakıma Katılım ($p < .001$, $r = -.43$)).

- ABSÖ puanları ise yaş, meslek yılı ve bakım yılı gibi demografik değişkenlerle anlamlı ilişki göstermemiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalayıcı tutumlarının ve terapötik ilişki becerilerinin gelişimi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışmada hemşirelerin damgalama düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve büyük çoğunluğunun alkol bağımlılığı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür. Bu durum, eğitim eksikliğinin damgalayıcı tutumlar üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Alkol bağımlılığına yönelik damgalayıcı tutumların azaltılması amacıyla hemşirelere yönelik farkındalık ve duyarlılık eğitimleri düzenlenmelidir.
- Hemşirelik eğitim programlarına, bağımlılıkla ilgili terapötik iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik kuramsal ve uygulamalı içerikler eklenmelidir.
- Alkole bağlı siroz ve benzeri birçok fiziksel hastalık gelişebildiğinden sağlık kurumları, hemşirelerin alkol bağımlılığı olan bireylerle etkili iletişim kurmasını destekleyecek hizmet içi eğitim programları geliştirmelidir.
- Deneyimle birlikte bazı terapötik iletişim boyutlarında düşüş yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu durum, zamanla gelişen tükenmişlik ya da mesleki yabancılaşma gibi faktörlere bağlı olabilir. Alkol bağımlılığı olan siroz hastalarıyla çalışmak, hemşireler açısından duygusal açıdan zorlayıcı ve tükenmişlik riski taşıyan bir süreç olabilir. Bu nedenle, hemşirelerin empatik yaklaşımlarını koruyabilmeleri ve bakım kalitesini sürdürebilmeleri için düzenli süpervizyon, destek grupları ve psikolojik danışmanlık gibi yapılandırılmış destek mekanizmalarının geliştirilmesi önemlidir.
- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin, empatik iletişimlerini sürdürebilmeleri ve terapötik ilişkiyi güçlendirebilmeleri için psikolojik destek sistemleri oluşturulmalıdır.

- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin bu hastalara yönelik tutumlarını derinlemesine inceleyen kalitatif çalışmaların yapılması önerilir.
- Bu çalışmada hemşirelerin yaşı, çalışma yılı alkole bağlı siroz hastalarına bakım verme yılı gibi özelliklerin ve damgalayıcı tutumların terapötik ilişkisi incelenmiştir. Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin terapötik ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen kapsamlı değişkenlerin dahil edildiği daha büyük örneklemde çalışmaların yapılması önerilir.
- Katılımcıların büyük çoğunluğunun alkol bağımlılığına ilişkin herhangi bir eğitim almadığı (%95) belirlenmiştir. Bu durum, eğitimin damgalama düzeyini etkileyebilecek bir faktör olarak ele alınabileceğini göstermektedir.
- Alkole bağlı siroz hastalarının ruhsal gereksinimlerinin erken dönemde tanılanması ve damgalamanın azaltılması amacıyla sağlık kurumlarında Konsültasyon-Liyezn Psikiyatrisi (KLP) birimlerinin etkinliği artırılmalıdır. KLP birimleri aracılığıyla hastalara psikososyal destek sunulmalı, aynı zamanda hemşirelerin bağımlılık ve ruhsal sorunlarla baş etme, terapötik iletişim kurma ve empatiyi sürdürme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve süpervizyon programları düzenlenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Seitz HK, Bataller R, Cortez-Pinto H, Gao B, Gual A, Lackner C, Mathurin P, Mueller S, Szabo G, Tsukamoto H. Alcoholic liver disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):16.
2. Fabrellas N, K nzler-Heule P, Olofson A, Jack K, Carol M. Nursing care for patients with cirrhosis. *J Hepatol*. 2023;79(1):218-25.
3. Griffin C, Agbim U, Ramani A, Shankar N, Kanwal F, Asrani SK. Underestimation of cirrhosis-related mortality in the Medicare eligible population, 1999–2018. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21(1):223-5.
4. Asrani SK, Devarbhavi H, Eaton J, Kamath PS. Burden of liver diseases in the world. *J Hepatol*. 2019;70(1):151-71.
5. Hjorth M, Svanberg A, S  berg D, Rorsman F, Kaminsky E. Liver cirrhosis turns life into an unpredictable roller coaster: A qualitative interview study. *J Clin Nurs*. 2020;29(23-24):4532-43.
6.  ekin A, K ker G,  ahint rk Y. Alkolik karaci er hastalıkları. *G ncel Gastroenteroloji*. 2019;23(2):66-71.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2004:411-430.
8. Ba yigit S, Asiltürk Z, Sapmaz F, Kefeli A, Yeniova A, Uzman M, Nazlıg l Y. Hepatitis B virus is still the most common etiologic factor of liver cirrhosis: Results from a single center in Turkey. *Dicle Med J*. 2015;42(4):416-21.
9.  elik F, Tekin F,  nal NG,  z temiz  . Karaci er sirozlu 225 hastanın retrospektif irdelenmesi: Tek merkez deneyimi. *Akad Gastroenterol Derg*. 2017;16(2):47-53.
10.  elik F, Bekta  H. Preventive and treatment interventions for abdominal ascites of patients with liver cirrhosis: a systematic review of randomized controlled trials. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2021;29(2):250.
11. Johnson E, Ghosh SM, Daniels VJ, Wild TC, Tandon P, Hyde A. Clinicians' perspectives and perceived barriers to caring for patients with alcohol use disorder and cirrhosis. *Addict Sci Clin Pract*. 2022;17(1):9.

12. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020;12:100198.
13. Jacobsen BG, Lauridsen MM, GrønkJaer LL. Knowledge needs in patients with liver disease: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2023;22(1):406.
14. Johnson E, Ghosh SM, Daniels VJ, Wild TC, Tandon P, Hyde A. Clinicians' perspectives and perceived barriers to caring for patients with alcohol use disorder and cirrhosis. *Addict Sci Clin Pract.* 2022;17(1):9.
15. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020;12:100198.
16. Jacobsen BG, Lauridsen MM, GrønkJaer LL. Knowledge needs in patients with Liver Disease: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2023;22(1):406.
17. Burnham B, Wallington S, Jillson IA, Trandafili H, Shetty K, Wang J, Loffredo CA. Knowledge, attitudes, and beliefs of patients with chronic liver disease. *Am J Health Behav.* 2014;38(5):737-44.
18. Bissell P, May CR, Noyce PR. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Soc Sci Med.* 2004;58(4):851-62.
19. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657-75.
20. Casler K, Chaney A. Cirrhosis: An evidence-based approach. *Nursing.* 2021;51(2):24-34.
21. Gümüőğlu F, Tambağ H. Hemşirelerin yaşlı hastalara karşı tutumları ve bakım davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2023;10(3):256-63.
22. Van Boekel LC, Brouwers EP, Van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2013;131(1-2):23-35.

23. Joukar F, Mansour-Ghanaei F, Soati F, Meskinkhoda P. Knowledge levels and attitudes of health care professionals toward patients with hepatitis C infection. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2012;18(18):2238.
24. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(2):105-12.
25. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(2):143-55.
26. Carol M, Pérez-Guasch M, Solà E, Cervera M, Martínez S, Juanola A, Ma AT, Avitabile E, Napoleone L, Pose E, Graupera I. Stigmatization is common in patients with non-alcoholic fatty liver disease and correlates with quality of life. *PloS One*. 2022;17(4):e0265153.
27. Kalyoncuo S, Tekinsoy KP. Siroz hastalığı olan bireyler için web tabanlı hemşirelik eğitim programı. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2023;8(3):569-579.
28. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, Baldacchino A. Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction*. 2011;106(6):1114-1125.
29. Pilge E, Baysan AL. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Bağımlılığın Nedenleri ve Tedavisine İlişkin Algı ve Tutumları. *J Psychiatr Nurs/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 2016;7(3).
30. Molina-Mula J, González-Trujillo A, Simonet-Bennassar M. Emergency and mental health nurses' perceptions and attitudes towards alcoholics. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1733.
31. Zhang H, Xiao Y, Dai T, Li Q, Huang L, Huang X, Liu D, Yu Y, Guo J. A cross-sectional study on burnout and its individual and environmental correlates among hepatological surgery nurses in Hunan Province, China. *PLoS One*. 2023;18(3):0283373.
32. Mutlu E, Bilici R, Çetin MK. Sağlık çalışanlarının bağımlılık hakkında tutumları. *Bağımlılık Dergisi*. 2014;15(3):118-123.
33. Karadağ F, Babaoğlu E. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin alkol ve madde bağımlılığına yönelik tutumları. *Bağımlılık Dergisi*. 2022;23(4):430-439.

34. Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Derg. 2019;10(2):129-34.
35. Yılmaz FT, Yıldız E, Çevik BE. Hemşirelerin iş stresi ile damgalama eğilimleri arasındaki ilişki. Pearson Journal. 2021;6(12):190-203.
36. Ercan F, Karakaş M, Gürhan N, Demircan Ü, Kaya HM. Psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2021;24:499-512.
37. Coelho JC, Sampaio FM, Nogueira MJ, Sequeira CA, Lleixa Fortuno MD, Roldan Merino J. Development and psychometric properties of the therapeutic relationship assessment scale-nurse. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2021;28(6):981-94.
38. Uslu E, Kendirkıran G, Bilgin M, Polat M. Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu'nun Türkçe Geçerliliği ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2023;15(2) :499-507.
39. Acar A. Karaciğer sirozunun klinik ve etyolojik açıdan değerlendirilmesi, 1052 vaka. [tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1994.
40. Açıkgöz G, Baykal U. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hemşirelerin mesleki rolleri ve özerklik. Istanbul Kent Univ J Health Sci. 2023;2(1):29-34
41. Bradley KA, Bobb JF, Ludman EJ, Chavez LJ, Saxon AJ, Merrill JO, et al. Alcohol-related nurse care management in primary care: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178(5):613-21.
42. Xu H, Liu D. Nursing interventions in the management of mental illness and alcohol use disorders: a comprehensive review. Galen Med J. 2023;12:2999.
43. Auriol C, Raynal P, Cantisano N. Stigmatization of drinking patients with liver cancer: the role of socioeconomic status. Heliyon. 2024;10(7).
44. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar Univ Sosyal Bilimler Derg. 2016;(2):175-202.
45. Wang M, Zheng S, Li X. Multi-omics strategy toward identifying and managing hereditary and metabolic liver diseases. Front Genet. 2024;15:1520721.
46. Büyükbayram A, Arabacı LB, Taş G, Kurt A. Psikiyatri hemşireliği dersi alan ve almayan öğrenci hemşirelerin psikiyatrik damgalamaya ilişkin görüşleri. İzmir Katip Çelebi Üniv Sağlık Bilimleri Fak Derg. 2020;5(3):263-75.

47. Yıldız Y, Sivri HS. Inborn errors of metabolism in the differential diagnosis of fatty liver disease. *Turk J Gastroenterol*. 2020;31(1):3-16.
48. Teke Z, Ercan M, Ulaş M, Dalgıç T, Bostancı EB, Akoğlu M. Karaciğer sirozlu hastalarda laparoskopik kolesistektomi. *Turk J Surg*. 2010 Sep;26(3):146-52.
49. Díaz LA, Arab JP, Louvet A, Bataller R, Arrese M. The intersection between alcohol-related liver disease and nonalcoholic fatty liver disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(12):764-783.
50. Liu SY, Tsai IT, Hsu YC. Alcohol-related liver disease: basic mechanisms and clinical perspectives. *Int J Mol Sci*. 2021;22(10):5170.
51. Önal H. Doğumsal metabolizma bozukluklarına yaklaşım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;10(4):0-0.
52. Devarbhavi H, Asrani SK, Arab JP, Nartey YA, Pose E, Kamath PS. Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of Hepatology*. 2023;79(2):516-537.
53. Younossi ZM, Wong G, Anstee QM, Henry L. The global burden of liver disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2023;21(8):1978-1991.
54. Cheemerla S, Balakrishnan M. Global epidemiology of chronic liver disease. *Clinical Liver Disease*. 2021;17(5):365-370.
55. Zhou WC, Zhang QB, Qiao L. Pathogenesis of liver cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2014;20(23):7312-7324.
56. Üçbilek E, Yıldırım AE, Ellik Z, et al. Changing trends in the etiology of cirrhosis in Türkiye: A multicenter nationwide study. *Turkish Journal of Gastroenterology*. 2024;35(10):772-777.
57. Topdağı O, Ökcü N, Bilen N. The frequency of complications and the etiology of disease in patients with liver cirrhosis in Erzurum. *Eurasian Journal of Medicine*. 2014;46(2):110-114.
58. Akarsu M, Dolu S, Harputluoglu M, Yilmaz S, Akyildiz M, Gencdal G, et al. Changing trends in the etiology of liver transplantation in Türkiye: A multicenter study. *Hepatol Forum*. 2024;5(1):3-6.
59. Başyigit S, Asiltürk Z, Sapmaz F, Kefeli A, Yeniova A, Uzman M, Nazligul Y. Hepatitis B virus is still the most common etiologic factor of liver cirrhosis: Results from a single center in Turkey. *Dicle Med J*. 2016;42(4):416-21.

60. Bayan K, Yilmaz S, Tuzun Y, Yildirim Y. Epidemiological and clinical aspects of liver cirrhosis in adult patients living in Southeastern Anatolia: leading role of HBV in 505 cases. *Hepatogastroenterology*. 2008;55(82–83):574–7.
61. Steindl SR, Matos M, Dimaggio G. The interplay between therapeutic relationship and therapeutic technique: The whole is more than the sum of its parts. *J Clin Psychol*. 2023;79(7):1686-92.
62. Dobson KS. Therapeutic relationship. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2022;29(3):541-544.
63. Kandemir Af. Psikolojik danışman adaylarının terapötik ittifak düzeylerinin bir modelle incelenmesi: Beş faktör kişilik özellikleri ve sosyal problem çözme becerileri. *SSS Journal*. 2024;7(79):982-992.
64. Soygüt G. Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: Psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2004;7(13):63-77.
65. Soygüt G, Uluç S. Bilişsel davranışçı terapi sürecinde terapötik ittifak ölçeği-gözlemci formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(4):367-375.
66. Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(4):249-57.
67. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(2):253-258.
68. Laranjeira C. Therapeutic relationship in mental health nursing: a scoping review. *Eur Psychiatry*. 2021;64(Suppl 1):730–1.
69. Hyde A, Johnson E, Bray C, Meier T, Carbonneau M, Spiers J, Tandon P. Understanding nurses' perceptions of caring for patients with alcohol use disorder: a cross-sectional study. *Addict Nurs J*. 2024;35(2):76–85.
70. Tsai YF, Tsai MC, Lin YP, Weng CE, Chou YL, Chen CY. An alcohol training program improves Chinese nurses' knowledge, self-efficacy, and practice: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35(5):976–83.

71. Bazzi A, Ghazanfari MJ, Aghaei I, Sigaroudi AE, Moosazadeh M, Assadi T, Karkhah S. A systematic review of nurses' knowledge and attitudes toward substance use or users. *Addict Health*. 2024;16(4):297–306.
72. Soares J, Vargas D, Formigoni MLOS. Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):792–9.
73. Oute Y. Stigma of mental health professionals toward users with addiction. *J Subst Use*. 2020;25(4):341–9.
74. Hou W, Huang Y, Shang T, Wang Z, Zhang W, Wang K, Gao Y, Zhang M, Zheng S. Analysis of the Disease Spectrum Characteristics of Inherited Metabolic Liver Diseases in Two Hepatology Specialist Hospitals in Beijing over the Past 20 Years. *J Clin Transl Hepatol*. 2025;13(5):367.
75. Zhang Y, Xiao L, Liu Q, Zhang X, Li M, Xu Y, Dai M, Zhao F, Shen Y, Salvador JT, Yang P. The mediating role of social support in self-management and quality of life in patients with liver cirrhosis. *Sci Rep*. 2025;15(1):4758.
76. Shabanloei, R, Ebrahimi, H, Ahmadi, F, Mohammadi, E, Dolatkah, R. Stigma in cirrhotic patients: a qualitative study. *Gastroenterology Nurs*. 2016;39(3):216–226.
77. Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rüsch N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *J Ment Health*. 2016;25(1):10-15.
78. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54(3):400-23.
79. Tan HT, Lui YS, Peh LH, Winslow RM, Guo S. Examining the attitudes of non-psychiatric practicing healthcare workers towards patients with alcohol problems in general hospital setting. *Subst Abuse Res Treat*. 2022;16:11782218211065755.
80. Thibodeau MA, Welch LM, Sareen J, et al. A systematic review and meta-analysis of implicit stigma toward mental health professionals. *J Clin Psychol*. 2019;75(11):2034-50.
81. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci*. 2014;59(3):681-6.

82. El-Shahat W, Babegi A, Elamin HA, Kamel N, Escolano-Castillo AM, Dailah HG, El-Etreby RR. Stigmatizing attitudes and predictors of empathy toward mentally ill patients among psychiatric and mental health nurses. *BMC Nurs.* 2025;24(1):454.
83. Dinç, M, Şimşek, G, Işık, A, Ögel, K. Poster: Alkol bağımlılığı stigmatizasyon ölçeğinin geliştirilmesi. 13. Uluslararası Katılımlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi; 28 Kasım – 1 Aralık 2019; Girne, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.
84. Hernaez R, Kramer JR, Khan A, Phillips J, McCallister K, Chaffin K, Hernandez AP, Fullington H, Ortiz C, Blackwell JM, Loewen A. Depression and anxiety are common among patients with cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(1):194-203.
85. Sondaç N. Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin psikolojik semptomları ile utanç, öfke ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi; 2021.
86. Durmuş, SÇ, Yıldırım, A. Hemşireler arası iş birliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2018;5(3):210-216.
87. Gökçe, E, Atıcı, M, Arslan, S. Hemşireler ile hastalar arasındaki iletişim sorunları ve beklentiler: Nitel bir araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2021; 8(2):171-180.
88. Akdoğan R, Ceyhan E. Terapötik ilişkide insan faktörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(1):117-41.
89. Liao T, Liu Y, Luo W, Duan Z, Zhan K, Lu H, Chen X. Non-linear association of years of experience and burnout among nursing staff: a restricted cubic spline analysis. *Front Public Health.* 2024;12:1343293.

8. EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”

İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BU BÖLÜM AYNEN KORUNACAKTIR

Araştırmanın Adı: ALKOLE BAĞLI SİROZ HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNİN VE DAMGALAMA DÜZEYLERİNİN
TERAPÖTİK İLİŞKİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Yardımcı Araştırmacının Adı: Ebru TAN

Destekleyici (varsa):

“ALKOLE BAĞLI SİROZ HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİNİN VE DAMGALAMA DÜZEYLERİNİN
TERAPÖTİK İLİŞKİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ” isimli
araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma bilimsel
araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden
ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup
anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan
şeyler varsa, ya da fazla bilgi isterseniz size iletişim bilgileri verilen araştırmacıya
sorabilirsiniz.

Araştırmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu araştırmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı, alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin
özelliklerinin ve damgalamanın terapötik ilişki ile ilişkisinin incelenmesidir. .
Araştırmanın veri toplama süreci Kasım 2024-Aralık 2024 tarihlerinde Dokuz Eylül
Üniversitesi Hastanesinde ;17 hemşirenin görev aldığı 10’u Endokrin 30’u
gastroenteroloji hastası olmak üzere 40 hasta kapasiteli gündüz mesaisinde 4 gece
mesaisinde 4 hemşirenin çalıştığı Gastroenteroloji kliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi
de; 36 hemşirenin görev aldığı 38’i servis 10’u yoğun bakım olmak üzere 48 yatak
kapasiteli gündüz mesaisinde 8 gece mesaisinde 7 hemşirenin çalıştığı Gastroenteroloji

kliniği ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde; 2 klinikten oluşan toplam 51 yatak kapasiteli 18 hemşirenin bünyesinde bulunan Gastroenteroloji Kliniğinde Yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılırsam beni ne bekliyor?

1. Araştırma Sorusu

- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama düzeyleri nedir?
- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin terapötik ilişki düzeyleri nedir?
- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri arasındaki ilişki var mıdır?
- Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşirelerin özelliklerine göre damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri arasında fark var mıdır?

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
2. En az 6 ay karaciğer sirozu tanısı alan hastalara bakım veren hemşire olmak
3. İletişim sürecini olumsuz etkileyebilecek herhangi bir ruhsal veya fiziksel hastalık tanısı olmamak
4. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmadan dışlama kriterleri

1. Dahil etme kriterlerini karşılamayan hemşireler araştırmaya alınmayacaktır.

BU BÖLÜM AYNEN KORUNACAKTIR

Bu araştırmaya katılmalı mıyım?

Bu araştırmada yer almak tamamen size bağlıdır. Şimdi bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya araştırmadan ayrılırsanız, sizin için en uygun tedavi planı bu kararınızdan etkilenmeksizin uygulanacaktır. Eğer araştırmayı yürüten araştırmacı devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verirse sizi araştırma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için standart olarak verilmesi gereken en uygun tedavi uygulanacaktır.

Araştırmanın olası riskleri nelerdir?

Yok

BU BÖLÜM AYNEN KORUNACAKTIR

Araştırmanın olası riskleri konusunda ne gibi önlemler alınacaktır?

Araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık probleminde her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Bu araştırmaya katılmamın maliyeti nedir?

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırma için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında oluşabilecek masraflar size ve bağlı olduğunuz kuruma ödetilmeyecektir.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmayı yapan araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz tıp etiği ve KVKK düzenlenmelerine uygun şekilde gizli tutulacaktır. Araştırma için kullanılacak bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Gastroenteroloji Anabilim dalında, Ebru Tan tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve tedavimi yapan kişi ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen

benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Ebru Tan, Adres: Ege Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği 'den arayabileceğimi biliyorum. (Araştırmacı ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir) Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ebru TAN

Adres: Ege Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği

Tel:

İmza:

Tarih:

EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş:

2. Medeni durum:

Evli ()

Bekar ()

3. Eğitim durumu:

Lise ()

Ön lisans ()

Lisans ()

Lisansüstü ()

4. Çalıştığınız klinik:

5. Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

6. Kaç yıldır alkole bağlı karaciğer sirozu hastalarına bakım veriyorsunuz?

7. Alkol bağımlılığına ilişkin bir eğitim aldınız mı?

*EVET *HAYIR

(Eğer cevabınız EVET ise)

8. Alkol bağımlılığına ilişkin bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? (0:en düşük 10:en yüksek) *0, *1, *2, *3 *,4, *5, *6, *7, *8, *9, *10

EK 3: ALKOL BAĞIMLILIĞI STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİ

YEDAM ALKOL BAĞIMLILIĞI STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİ

A1. Alkol bağımlıları toplum içinde serbest dolaşmamalıdır

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A2. Alkol bağımlısı olan bir kişiyle birlikte yaşayabilirim

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A3. Alkol bağımlısı olan bir kişiyle birlikte çalışabilirim

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A4. Alkol bağımlıları tehlikeli olurlar

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A5. Alkol bağımlıları kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamaz

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A6. Alkol bağımlılığı bir ruhsal zayıflık halidir

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A7. Alkol bağımlılığı bir hastalıktır

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A8. Alkol bağımlılığı tedavi edilebilir

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A9. Alkol bağımlıları kendilerinden başkasını düşünmezler

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A10. Alkol bağımlıları psikopat insanlardır

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A11. Alkol bağımlılığı bir irade sorunudur

☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

A11. Alkol bağımlılarının sözüne güvenilmez

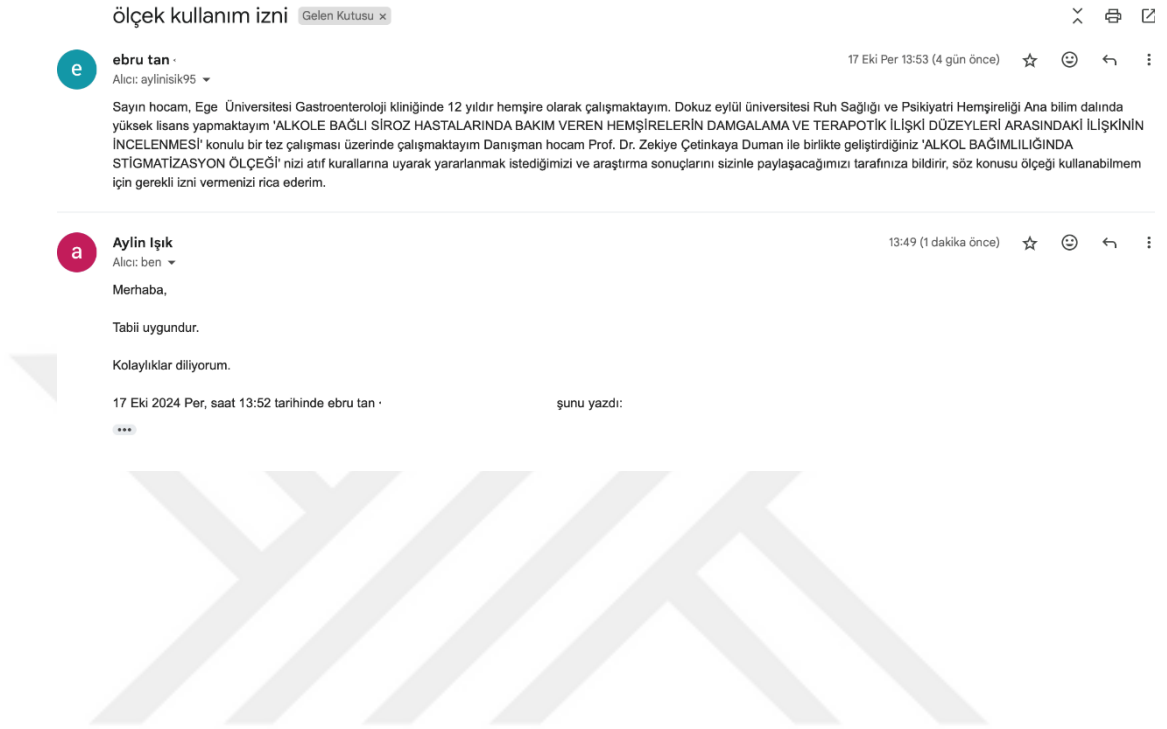
☐ Hiç katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Tamamen katılıyorum

EK 4: TERAPÖTİK İLİŞKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-HEMŞİRE FORMU

TERAPÖTİK İLİŞKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ - HEMŞİRE FORMU

			Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
EMPATİ	1	Hastanın sözlü ifadelerini anlar ve kabul ederim.					
	2	Hastanın şimdiki ve/veya geçmişteki sözleri ne olursa olsun aynı şekilde desteklerim.					
	3	Davranışları ne olursa olsun hastayı anlar ve kabul ederim.					
	4	Hastanın şimdiki ve/veya geçmişteki davranışları ne olursa olsun aynı şekilde desteklerim.					
	5	Hastanın duygularını anlayabilirim.					
KENDİNİ TANIMA	6	Kendi sorunlarımın hastayla olan ilişkimi engellemesine izin vermem.					
	7	Hastayla olan ilişkimde yaşadığım duyguları kabul ederim.					
	8	Düşüncelerimi, duygularımı ve davranışlarımı tanırım.					
	9	Düşüncelerimin, duygularımın ve davranışlarımın hastayla olan ilişkim üzerindeki olası etkisini derinlemesine düşünürüm.					
	10	Kişilerarası ilişkilerle ilgili becerilerimi derinlemesine düşünür ve tanımlarım.					
	11	Kişilerarası ilişkilerle ilgili sınırlılıklarımı derinlemesine düşünür ve tanımlarım.					
BAKIMA KATILIM	12	Hastanın ihtiyaçlarını, beklentilerini ve potansiyelini kendisiyle birlikte belirlerim.					
	13	Hastaya sorununu tanımlamasında yardım ederim.					
	14	Hastaya sorunuyla başa etmesi/ sorununu çözmesi için stratejiler belirlemesinde yardım ederim.					
	15	Hastaya bir sorununu çözmemesinin temelinde yatan faktörleri belirlemesinde yardım ederim.					
	16	Hastayla ulaşılması gereken hedefleri görüşürüm.					
	17	Hastayla kendisine uygulanacak girişimlerin ana hatlarını görüşürüm.					
	18	Hastaya ihtiyacı olan zamanı ayırırım.					
	19	Hastaya ihtiyacı olan ilgiyi gösteririm.					
ORYANTASYON	20	Hastaya kendimi tanıtırım.					
	21	Hastaya kendisine nasıl hitap etmemi istediğini sorarım.					
	22	Hemşire-hasta ilişkisinde hemşirenin ve kendisinin rolü hakkında hastayı bilgilendiririm.					
	23	Hastayı açıkça konuşması için cesaretlendiririm.					
	24	Hastaya onun güvenini kazanacak şekilde davranırım.					
	25	Terapötik bir ilişkinin doğasında olması gereken etik ve deontolojik ilkeleri uygulayım.					

EK 5: ALKOL BAĞIMLILIĞI STİGMATİZASYON ÖLÇEĞİ İÇİN UZMAN KLİNİK PSİKOLOG AYLİN IŞIK'TAN E-POSTA YOLUYLA ALINAN ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



EK 6: TERAPÖTİK İLİŞKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-HEMŞİRE FORMU İÇİN DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA USLU'DAN E-POSTA YOLUYLA ALINAN ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Re: Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu



ESRA USLU
Alıcı: ben

16 Tem Sal 13:37 ☆ 😊 ↩ ⋮

Sayın Tan;

Ekte ölçek ile ilgili bilgiler mevcuttur.

Ölçek hemşirenin bakım rolleri kapsamında geliştirildiği için hekimler için uygun olmayabilir. Roller, sorumluluklar bu iki meslek grubu için ayrılabilir. Ayrıca hasta-hemşire ifadelerine de yer verildiği için genel fikrim hekimler için uygun olmayacağı yönünde. Yine de ölçeği geliştiren ekibe yazabilirsiniz diye düşünüyorum.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Esra

Dr. Öğr. Üyesi Esra USLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Tel:

Kimden: "ebru tan"

Kime: "ESRA USLU"

Gönderilenler: 12 Temmuz Cuma 2024 16:22:38

Konu: Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu

Sayın hocam

Ege Üniversitesi Gastroenteroloji Kliniği'nde 12 yıldır hemşire olarak çalışmaktayım. Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği'nde yüksek lisans öğrencisiyim "Alkole bağlı siroz hastalarına bakım veren hemşire ve hekimlerin damgalama ve terapötik ilişki düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" konusunda bir tez çalışması yapıyorum. Danışmanım Prof. dr. Zekiye Çetinkaya Duman ile birlikte Türkçe'ye uyarladığınız "Terapötik İlişki Değerlendirme Ölçeği-Hemşire Formu"nuza atf kurallarına uyarak yararlanmak istediğimizi ve araştırma sonuçlarını sizinle paylaşacağımızı tarafınıza bildirir, söz konusu ölçeği kullanabilmem için gerekli izni vermenizi rica ederim. Bu formun geçerlilik güvenilirlik çalışması Hemşirelerde yapılmış. Hekimlere de kullanılabilmesi konusunda görüşlerinizi belirtebilirsiniz. Kıymetli katkınız için teşekkürler.

EK 7: GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	9307-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Özelliklerinin Ve Damgalama Düzeylerinin Terapötik İlişki Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman Hemşirelik Fakültesi
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Ebru Tan
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2024/39-03	Tarih:20.11.2024
	Prof.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman 'ın sorumlusu olduğu "Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Özelliklerinin Ve Damgalama Düzeylerinin Terapötik İlişki Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi " isimli bilimsel araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

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

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

EK 8: İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-42056799-619-272001285
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Karar No: 17

24.03.2025

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN' ın hazırlamış olduğu "Alkole Bağlı Siroz Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Özelliklerinin ve Damgalama Düzeylerinin Terapötik İlişki Düzeyleri ile İlişkinin İncelenmesi " konulu araştırma dosyası incelenmiş olup, çalışmanın kurumunuzda yapılması **uygun görülmüştür**. Karar ekte iletilmiştir.

Mart 2025 - Nisan 2025 tarihleri arasında yapılması öngörülen çalışma sona erdikten sonra, taahhütnamede belirtildiği gibi 1 (bir) yıllık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasının İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne sunulması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Uzm. Dr. Hüseyin BOZDEMİR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek: Komisyon Kararı

Dağıtım:
Gereği:
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgi:
Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğüne
İzmir Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 2

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 87171BE2-CFF7-43B1-9EC0-E7242A9A6157

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-baknligi-ebys>

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No:1 KONAK 35000

Telefon No: 02324452495

e-Posta: İnternet Adresi: <https://izmiril.saglik.gov.tr>

Kep Adresi: izmiril.saglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ayşe Nurya TOSUN

Doktor

Telefon No: 02324831499 - 429



EK 11: ÖZGEÇMİŞ



EBRU TAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

09 Eylül 2022 - Şu Anda (2 yıl 11 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.09 / 4.0

02 Eylül 2008 - 19 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.

Diploma Numarası: 472

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 66.78 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

Ekim 2012 - Şu Anda (12 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	ÜİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0