



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM SERVİSLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERE  
UYGULANAN SORUN ÇÖZME EĞİTİMİNİN, HEMŞİRELERİN  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARINA, TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİNE VE SORUN ÇÖZME BECERİLERİNE OLAN  
ETKİSİ**

HAVVA AKPINAR  
DOKTORA TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
DOÇ. DR. GÜL ÜNSAL BARLAS

İSTANBUL-2014

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans ( ) Doktora (x)

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği AD

Tez Sahibi : Havva AKPINAR

Tez Başlığı : Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin ,Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına,Tükenmeşlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine Olan Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sınav Tarihi : 10/ 07/ 2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)**

Doç.Dr.Gül ÜNSAL BARLAS

**Kurumu**

Marmara Üniversitesi

**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)**

Prof.Dr. Sevim BUZLU

Prof.Dr.Şule ECEVİT ALPAR

Doç.Dr.Leyla KÜÇÜK

Yrd.Doç.Dr. Özlem İŞİL

İstanbul Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Bilim Üniversitesi

**İmza**

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 23/07/2014 tarih ve 16 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## I. BEYAN

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



Havva Akpınar

## II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın oluşmasında fikir ve önerilerinden dolayı değerli hocam Prof. Dr. Gülten ÖZALTIN'a ;

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS'a;

Danışmanlık ve desteklerinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a;

Bilgi ve deneyimini paylaşan Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e;

İstatistiksel değerlendirmede yol gösteren Yrd. Doç. Dr. Özgür TOSUN'a

Dostluğunu esirgemeyen ve bana destek olan arkadaşım Uzman Hemşire Melahat BAYRAM'a;

Çalışmanın yapılmasında gerekli izinleri sağlayarak destek olan kurum, kuruluş ve müdürlüklerine;

Destek ve yardımlarından dolayı kurum başhemşiresine, klinik sorumlu hemşirelerine ve çalışmaya katılan tüm hemşirelere;

Desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan eşim Dr. Deniz Akpınar'a ve oğlum Hayri Kayra Akpınar'a;

TEŞEKKÜR EDERİM

### **III. İÇİNDEKİLER**

|                                                                     | <b>Sayfa no</b> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>1. ÖZET</b>                                                      | <b>1</b>        |
| <b>2. SUMMARY</b>                                                   | <b>2</b>        |
| <b>3. GİRİŞ ve AMAÇ</b>                                             | <b>3</b>        |
| <b>4. GENEL BİLGİLER</b>                                            | <b>7</b>        |
| <b>4.1. Stres</b>                                                   | <b>7</b>        |
| <b>4.1.1. Stresör</b>                                               | <b>8</b>        |
| <b>4.1.2. Stres kuram ve modelleri</b>                              | <b>10</b>       |
| <b>4.1.3. İş stresi</b>                                             | <b>12</b>       |
| <b>4.2. Baş Etmek</b>                                               | <b>14</b>       |
| <b>4.2.1. Baş etme modelleri</b>                                    | <b>15</b>       |
| <b>4.2.2. Baş etmeyi etkileyen faktörler</b>                        | <b>18</b>       |
| <b>4.2.3. Baş etmenin etkinliği</b>                                 | <b>19</b>       |
| <b>4.2.4. Baş etme teknikleri</b>                                   | <b>21</b>       |
| <b>4.3. Tükenmişlik</b>                                             | <b>22</b>       |
| <b>4.3.1. Tükenmişlikle ilgili geliştirilen modeller</b>            | <b>22</b>       |
| <b>4.3.2. Tükenmişliğin evreleri</b>                                | <b>27</b>       |
| <b>4.3.3. Tükenmişliğin belirtileri</b>                             | <b>28</b>       |
| <b>4.3.4. Tükenmişliği etkileyen faktörler</b>                      | <b>29</b>       |
| <b>4.3.5. Tükenmişliğin sonuçları</b>                               | <b>31</b>       |
| <b>4.3.6. Tükenmişliğin önlenmesi ve azaltılması</b>                | <b>31</b>       |
| <b>4.4. Sorun Çözme</b>                                             | <b>34</b>       |
| <b>4.4.1. Sorun çözme programının amaçları</b>                      | <b>36</b>       |
| <b>4.4.2. Sorun çözmede etkili faktörler</b>                        | <b>37</b>       |
| <b>4.4.3. Sorun çözmenin bileşenleri</b>                            | <b>38</b>       |
| <b>4.4.4. Kuramsal açıdan sorun çözme</b>                           | <b>40</b>       |
| <b>4.4.5. Sorun çözmede işlem aşamaları</b>                         | <b>43</b>       |
| <b>4. 5. Hemşirelerin Çalışma Koşulları ve Hemşireliğe Etkileri</b> | <b>52</b>       |
| <b>4.5.1. Yoğun bakım hemşireliği ve iş stresi</b>                  | <b>55</b>       |

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5. GEREÇ YÖNTEM</b>                                                                      | <b>58</b> |
| 5.1. Araştırmanın Amacı                                                                     | 58        |
| 5.2. Araştırmanın Hipotezleri                                                               | 58        |
| 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi                                                       | 58        |
| 5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar                                             | 59        |
| 5.4.1. Tanımlayıcı anket formu (Ek:2)                                                       | 59        |
| 5.4.2. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (Ek:3)                                            | 59        |
| 5.4.3. Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ) (Ek:4)                                              | 60        |
| 5.4.4. Problem çözme envanteri (PÇE) (Ek:5)                                                 | 60        |
| 5.5. Araştırmanın Uygulanması                                                               | 62        |
| 5.6. Araştırmanın Uygulama Şeması                                                           | 63        |
| 5.7. Verilerin Değerlendirilmesi                                                            | 64        |
| 5.8. Araştırmanın Etik Yönleri                                                              | 64        |
| 5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları                                                            | 64        |
| <b>6. BULGULAR</b>                                                                          | <b>65</b> |
| 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular                                 | 66        |
| 6.2. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular            | 68        |
| 6.3. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular                   | 74        |
| 6.4. Hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular                 | 78        |
| <b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>                                                                 | <b>84</b> |
| 7.1. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması | 84        |
| 7.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması        | 88        |
| 7.3. Hemşirelerin Sorun Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması        | 92        |
| <b>8. KAYNAKLAR</b>                                                                         | <b>99</b> |

|                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>9. EKLER</b>                                                  | <b>108</b> |
| <b>EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu</b>                            | <b>109</b> |
| <b>EK 2. Tanımlayıcı Anket Formu</b>                             | <b>110</b> |
| <b>EK 3. Stresle Başaçıkma Tarzları leği</b>                   | <b>111</b> |
| <b>EK 4. Maslach Tükenmişlik leği</b>                          | <b>112</b> |
| <b>EK 5. Problem özme Envanteri</b>                             | <b>113</b> |
| <b>EK 6. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı</b> | <b>115</b> |
| <b>EK 7. Kurs Belgesi</b>                                        | <b>116</b> |
| <b>EK 8. Kurum İzin Belgeleri</b>                                | <b>117</b> |
| <b>EK 9. Sorun özme Eğitimi alışma Planı</b>                   | <b>121</b> |
| <b>10. ZGEMİş</b>                                              | <b>136</b> |

#### **IV. KISALTMALAR LİSTESİ**

ANOVA: Analysis of Variance

ICN: International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

LSD: Least Significant Difference

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

PÇE: Problem Çözme Envanteri

THD: Türk Hemşireler Derneği

## V. TABLOLAR LİSTESİ

| Tablo No   | Tablo Adı                                                                                                                           | Sayfa No |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Tablo 5.1. | Araştırmanın Uygulama Şeması                                                                                                        | 63       |
| Tablo 6.1. | Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı                                                                                     | 66       |
| Tablo 6.2. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 3 Ay Sonrası Dönemde, Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları           | 68       |
| Tablo 6.3. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 72       |
| Tablo 6.4. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamaları                             | 74       |
| Tablo 6.5. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması        | 77       |
| Tablo 6.6. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamaları                           | 78       |
| Tablo 6.7. | Hemşirelerin Eğitim öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması      | 82       |

## **VI. ÇİZELGELER LİSTESİ**

| <b>Çizelge No</b> | <b>Çizelge Adı</b>                                                             | <b>Sayfa No</b> |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Çizelge 1.</b> | <b>Şikâyetleri ve Nedenlerini Belirleme Çizelgesi</b>                          | <b>129</b>      |
| <b>Çizelge 2.</b> | <b>Sorunları Belirleme Çizelgesi</b>                                           | <b>130</b>      |
| <b>Çizelge 3.</b> | <b>Hedef Kayıt Çizelgesi</b>                                                   | <b>131</b>      |
| <b>Çizelge 4.</b> | <b>Çözüm Seçenekleri Kayıt Çizelgesi</b>                                       | <b>132</b>      |
| <b>Çizelge 5.</b> | <b>Çözüm Seçeneklerini Değerlendirme Çizelgesi</b>                             | <b>133</b>      |
| <b>Çizelge 6.</b> | <b>Uygun Çözüm Seçeneği Kayıt Çizelgesi</b>                                    | <b>134</b>      |
| <b>Çizelge 7.</b> | <b>Çözümü Uygulama ve Uygulamanın Sonuçlarının Değerlendirilmesi Çizelgesi</b> | <b>135</b>      |

**Yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine olan etkisi**

**Öğrencinin Adı:** Havva AKPINAR

**Danışmanı:** Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

**Anabilim Dalı:** Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

## **1. ÖZET**

**Amaç:** Araştırma, yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Deney ve kontrol gruplarını içine alan, ön-test ve son-test ölçümlü deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesinin yoğun bakım servislerinde çalışan 84 hemşire, örneklemini ise 63 hemşire oluşturmuş olup, 32'si deney 31 ise kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmada Tanımlayıcı Anket Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır. Deney grubuna, sekiz seanslık, birebir görüşme şeklinde, 20-30 dk sorun çözme eğitimi verilmiş, kontrol grubuna hiçbir işlem yapılmamıştır. Eğitim bitiminde ve üç ay sonra her iki gruba ölçekler tekrar uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Ki-kare, Student t, ANOVA, LSD testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubuna göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrasında, SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma puan ortalamasının arttığı, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamasının azaldığı, MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma puan ortalamasının azaldığı, kişisel başarı puan ortalamasının arttığı, PÇE alt boyutlarından sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol ve toplam puan ortalamasının azaldığı saptanmıştır. Sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır.

**Sonuçlar:** Hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin etkin başa çıkma yöntemleri geliştirmesinde, tükenmişliği azaltmada, sorun çözme becerilerini geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** eğitim, sorun çözme, stresle başa çıkma, tükenmişlik, yoğun bakım hemşiresi

**The effectiveness of problem solving training on their ways of coping with stress, burnout situations, and problem solving skills to nurses who work at intensive care units**

**Student name:** Havva AKPINAR

**Advisor:** Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

**Department:** Psychiatric Nursing

## **2. SUMMARY**

**Purpose:** This experimental study was applied to intensive care unit nurses for the purpose of evaluating the effect of problem solving training on their ways of coping with stress, burnout situations, and problem solving skills.

**Material and Method:** Universe of the study was consisted of 63 nurses who work at intensive care units of a research-education hospital. Information Form, Ways of Coping Inventory, Maslach Burnout Inventory and Problem Solving Inventory were distributed to volunteers (32 nurses for experimental group and 31 nurses for control group). A training program which consisted of eight sessions, durations of each were about 20-30 minutes, was applied to each nurse of experimental group individually. On the other hand, control group was not subjected to any training. Scales were again filled immediately after the training ended and three months after the training ended both groups. In evaluation of the data chi-square, student-t, ANOVA and Least Significant Difference was used.

**Results:** It was determined that in nurses of experimental group according to nurses of the control groups both immediately after the training ended and three months after the training ended increased mean score of self confident, optimistic, and seeking of social support and decreased mean score of helpless, and submissive from sub-dimensions of Ways of Coping Scale; decreased mean score of emotional exhaustion and increased mean score of personal accomplishment from sub-dimensions of Maslach Burnout Inventory; decreased mean score of total and sub-dimensions of Problem Solving Inventory. Results were statistically significant.

**Conclusion:** Our findings indicated that problem solving training applied to nurses was affect at decrement of burnout and at development of effective coping style and problem solving skills.

**Keywords:** burnout, coping with stress, intensive care nurse, problem solving, training

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

İş stresi, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak, gerilim ve bireyin yeteneklerinde yetersizlikler oluşturan bir durumdur. Bu durum çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olarak görülmektedir. Ancak, iş stresinin sıklığı ve uzun sürmesi bireyin başa çıkma gücünden fazla olduğunda, kişiler çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır (Kirsta 2004, Baltaş ve Baltaş 2008, Emmett 2009).

İş stresinin en yoğun yaşandığı alanlardan birisi de sağlık alanıdır. Sağlık bakım yaklaşımları, organizasyon değişiklikleriyle ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, kişilerarası sorunlar, yoğun bakımda ve ölmek üzere olan hastalarla çalışma gibi durumlara bağlı olarak sağlık çalışanlarının iş stresleri artmaktadır. Ayrıca, sağlık alanında çalışanların yoğun stres yaşayan kişilere hizmet vermesi ve stresli olaylarla çok sık karşılaşması da diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresi yaşamasına sebep olmaktadır (Payne 2001, Ebrinç, Açikel, Başoğlu, Çetin, Çeliköz 2002, Sharma, Sharp, Walker, Monson 2007, Braithwaite 2008, Shimizutani et al. 2008).

Kişilerin sağlığının tehdit altında olduğu, belirsizlik ve bilinmezlikle yoğun stresin yaşandığı sağlık alanında, hasta birey kadar sağlık çalışanları da etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda iş stresinin, sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği, iş başarısını düşürdüğü ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, uzun süre iş stresi yaşayan çalışanlarda, migren, uyku sorunları, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, yorgunluk, anksiyete, depresyon, madde kullanımında artma, iş veriminde azalma, işi bırakma, aile ilişkilerinde bozulma, iletişim sorunları yaşama ve tükenmişlik sendromu gibi sorunların olduğu da belirtilmektedir (Gillespie and Melby 2003, Kılıçoğlu 2007, Walker and Monson 2007, Shimizutani et al. 2008).

Sağlık alanında özellikle hemşireler, yönetici desteğinin olmaması, iş yerleriyle ilgili prosedürler, hasta ve hasta ailesiyle ilişkilerde bozulma, bilgi yetersizliği, çalışma ekibindeki olumsuz ilişkiler, ağır iş yükü, yetersiz ödüllendirme,

bakım verilen hastanın ölümü, araç-gereç eksikliği ve gece mesaisinin olması gibi faktörlere bağlı olarak daha fazla strese maruz kalmaktadır. Bu faktörlerin yanında çalışma ortamı da hemşirelerin yoğun stres yaşamasına sebep olmaktadır. Acil servis, yanık ünitesi, yoğun bakım gibi alanlarda çalışan hemşirelerde iş stresi daha yüksek oranda yaşanmakta ve tükenmişlik sendromu yaşanmasına yol açmaktadır. Özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler, ölmek üzere olan hastalara bakım vermeleri ve ağır iş yüklerinin olması gibi faktörlere bağlı olarak diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yoğun strese maruz kalmaktadır. Ayrıca hemşirelik mesleğini seçenlerin büyük çoğunluğunun kadın olmasından dolayı bu kişilerde kadın, eş, anne olmak, evde ve iş yaşamında çeşitli sorumlulukların olması bu zorlanmayı attırmaktadır (Payne 2001, Ebrinç ve ark. 2002, Çıtak 2006, Demirkan 2007, Altıntoprak, Karabilgin, Çetin, Kitapçıoğlu, Çelikkol 2008, Braithwaite 2008, Oğuzberk ve Aydın 2008, Rodriguez and Chaves 2008, Sertöz, Binbay, Mete 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hemşireler iş stresi kaynaklarının, mesleki sınırların tam belirlenmemesi, uzun mesai saatleri/gece mesaisinin olması, ödüllendirmenin olmaması ve meslekte yeterli doyuma ulaşamama olduğu belirlenmiştir (Altıntoprak ve ark. 2008).

Uzun süreli ve yüksek oranda stres yaşayan çalışanlarda tükenmişlik sendromu ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının, özellikle yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik sendromunu daha fazla yaşadığı ifade edilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bireylerde, depresyon, ümitsizlik, aile içi ilişkilerde bozulma, öfkelenme, sabırsızlık, huzursuzluk, güçsüzlük, yorgunluk, baş ağrısı, bulantı, uyku sorunları, işe karşı ilgide azalma, işe ve kendine karşı negatif duygular besleme gibi belirtiler görülmektedir. Tükenmişlik sendromu hemşirelerde, hastaya bakım vermede azalma, işe gelişte sorun yaşama, kuruma bağlılıkta ve empatide azalma, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimde bozulma, iş arkadaşlarıyla ilişkilerde olumsuzluk yaşama, iş ile ilgili yapılan hatalarda artma ve özel yaşamda sorunlara sebep olmaktadır. Hasta güvenliğinin ve bakımının azalmasıyla birlikte kişilerin ruhsal durumlarının bozulması da, en önem verilmesi gereken sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Gillespie and Melby 2003, Aras 2006, Çıtak 2006, Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın 2006, Beumer 2008, Braithwaite 2008, Sertöz ve ark. 2008, Şahin ve ark. 2008, Hansen, Sverke, Naswall 2009).

Kişilerin ruhsal durumlarını olumsuz etkileyen ve iş başarısını düşüren iş stresini ve tükenmişliği önlemek ve üstesinden gelmek büyük önem taşımaktadır. Bu durumda yapılması gereken en önemli yöntem bireysel başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesidir. Yapılan bir araştırmada (Aras 2006), kişilerin stres kaynaklarını değiştirmek, sorunlarla yüzleşmelerini sağlamak, olaylardaki olumlu yönleri görmek gibi başa çıkma yöntemleri kullanıldığında tükenmişlik düzeyinde azalma olduğu, stres kaynaklarını görmezden gelme, sorunlardan kaçma gibi pasif başa çıkma yöntemleri kullanıldığında tükenmişlik düzeylerinde artma olduğu belirlenmiştir (Payne 2001). Ayrıca tükenmişlik yaşayan hemşire grubuyla yapılan bir çalışmada (Sharma et al. 2007), başa çıkma olarak, arkadaşlarıyla vakit geçirme, daha fazla sigara/alkol kullanma, yemek yeme, manevi destek alma gibi etkisiz baş etmeler kullandıkları ortaya çıkmıştır. Bir diğer çalışmaya bakıldığında ise (Rodriguez and Shaves 2008), hemşireler, olumlu düşünme ve sorunlardan kaçmayı başa çıkma olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Diğer yandan hemşirelerin kullandığı başa çıkma davranışları, sigara içme, ağlama, alkol alma, düzensiz yemek yeme, inkâr etme ve içe kapanma olarak bulunmuştur (Gillespie and Melby 2003).

Yüksek düzeyde mesleki beceri, ekip çalışması ve sürekli hizmet vermeyi gerektiren ve bu nedenlerle iş stresinin ve tükenmişliğin daha fazla yaşandığı bir meslek olan hemşirelik mesleğinin etkinliğinin artırılması için, stres ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla, çalışanların iş stresinin ve başa çıkma durumlarının belirli aralıklarla belirlenmesi gereklidir. İş stresine neden olan stresörlerin tanınması, stresle etkin başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, kendini tanıma ve sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik rehberlik yapılması ve eğitim verilmesi son derece önemlidir (Healy and McKay 2000, Gillespie and Melby 2003, Tel, Karadağ, Tel, Aydın 2003, Kelleci ve Gölbaşı 2004, Aras 2006, Aydın 2006, Demiralp ve Oflaz 2007, Altıntoprak ve ark. 2008, Braithwaite 2008, Hansen et al. 2009).

Kişilerin günlük hayatlarında karşılaştıkları sorunlar karşısında gelişen ruhsal sorunlarının çözülmesinde sorun çözme eğitimi büyük önem taşımaktadır. Amacı, bireylerin sorunlar karşısında nasıl bir yaklaşım sergilemeleri gerektiği ve

problem çözme için izlenecek yolun öğretilmesi olan sorun çözme eğitimi, hem sorunlarla ortaya çıkan ruhsal sıkıntıların tedavilerine destek olmakta, hem de psikolojik sorunların ortaya çıkmasını önlemektedir. Ayrıca, kişilerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesiyle, sorunlar karşısında oluşan olumsuz etki giderilmekte ve etkin başa çıkma biçimleri geliştirilmektedir (Öğülmüş 2006, Leahy 2007, Türkçapar 2008, Eskin 2009).

İnsan odaklı çalışan, en önemli sorumluluğu bütüncül hasta bakımı vermek olan hemşirelik mesleğinin etkinliğinin artırılması için, öncelikle hemşirelerin ruhsal durumlarının iyi olması gerekmektedir. Bunu sağlamak amacıyla yapılması planlanan bu araştırmanın, hemşirelerin kişisel gelişimlerine olumlu katkıda bulunacağı ve dolayısıyla hasta bakımına da büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Özellikle ülkemizde tükenmişlik düzeylerine ve stresle başa çıkma tarzlarına olumlu katkıları olabilecek, bu araştırmayla bağlantılı yayınların bulunmaması, yapılacak olan araştırmanın önemini daha da kuvvetlendirmektedir.

Bu bilgilerin ışığında, deney ve kontrol gruplarını içine alacak şekilde planlanan çalışmamızda, yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Stres

Stres sözcüğü Latince “Estrictra” fiilinden türetilmiştir. 17. yüzyılda felaket, bela, dert, elem, keder anlamında kullanılan strese 18. ve 19. yüzyıllarda ise güç, baskı, zor, gerilim gibi anlamlar yüklenmiştir. En çok kabul edilen şekliyle stres, bireylerin iç veya dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum yaptığı ve dengesini sürdürdüğü, kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreçtir (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009, Aytaç 2013).

Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre stres dört farklı biçimde tanımlanmaktadır. Stres birinci tanımlama da ruhsal gerilim, ikinci tanımlamada canlı organizmasında savunma uyandırıcı etkilerle (stres faktörü) buna karşı oluşan savunması mekanizması şeklinde tanımlanmaktadır. Üçüncü tanımlamaya göre stres, dayanıklılığı azaltan fiziksel veya mental gerilim, gerginlik olarak belirtilirken, dördüncü tanımlama da, canlıların yaşamı için uygun olmayan koşullar olarak ifade edilmektedir (<http://www.tdk.gov.tr>. Erişim tarihi: 30.05.2014). Ayrıca, Baltaş ve Baltaş (2008), Selye’nin stresi “bireyin aşırı çevresel uyaran ya da stres oluşturan tehdide fizyolojik, heyecansal ve zihinsel yanıtı” olarak, Lazarus’un psikolojik stres üzerinde durarak stresi “organizmanın gereksinimlerinin, organizmanın kaynaklarını aştığında ortaya çıkan durum” olarak tanımladığını belirtmektedir.

Tıp alanında stres sözcüğü ilk kez 19. yüzyılın 2. yarısında, ünlü Fransız fizyolog Claude Bernard tarafından kullanılmış ve “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlanmıştır. Literatürde Cannon ve Selye’nin öncülüğünü yaptığı fizyolojik stresin, bedenin tepkilerini ve dokusal sistemdeki bir takım bozuklukları tanımladığı görülmektedir. Bedenin stres karşısında gösterdiği tepkileri tanımlayan Cannon, stresle ilgili olarak homeostazis (denge) terimini kullanarak

organizmanın kendi iç dengesinde sürekliliği koruma özelliğinden söz etmiş ve strese karşı gösterilen tepkileri “savaş ya da kaç” olarak tanımlamıştır (Aydın 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Stres sözcük olarak bazı kavramlarla karıştırılmaktadır. Bazen uyarıcı yerine kullanılmaktadır. Ancak uyarıcı, organizmada bir tepkiye yol açan herhangi bir şeydir. Stres ise, uyarıcının belli bir duyu organı için önceden programlanmış olan rahatlık eşiğini aşıp sistemin dengesini bozmasıdır. Gerilim ise stres etkenlerinin veya uyarıcıların sistem üzerindeki etkileridir. Gerilim nedeniyle sistem stres durumunu algılar ve stresin farkına varmaktadır. Stres kavramına ilişkin tanımlar incelendiğinde kavramın “zararlı uyarıcı”, “zararlı uyarıcıya tepki”, “zararlı uyarıcıyla organizma arasında etkileşim” şeklinde ele alındığı görülmektedir (Aydın 2007, Onan 2009, Güler ve Çınar 2010).

#### **4.1.1. Stresör**

Stresör birey veya organizmanın uyumunu bozan, zarar veren yani zorlanma yaratan, stres deneyimlemesine neden olan iç yada dış ortamdan kaynaklanan uyarıcılardır. Bunlar fiziksel, psikososyal (günlük, gelişimsel ve hayat krizleri niteliğindeki stresörler) ruhsal, toplumsal, bilişsel, çevresel ve iş stresörleri olarak gruplanabilmektedir. Zararlı etkenler ancak belirli ölçüler içinde organizma için uyarıcı niteliği taşıyabilir. Bazı etkenler ise niceliği ve niteliğinden dolayı, devamlı zararlı etken olarak kabul edilmektedir (Baltaş ve Baltaş 2008, Polat 2008, Onan 2009, Aytaç 2013).

Stresörlerin algılanması ve etkileri, bütünsel ve bireyselleşmiş olup, devamlı ve dinamik bir süreçtir. Stresörlerin etkisi bazı durumsal faktörler, fiziksel çevre (ışık, gürültü, kalabalık, vb), stresörle ilgili önceki deneyim, genel sağlık durumu (beslenme, egzersiz, alışkanlıklar, uyku, genetik yatkınlık, vb), ego gücü, benlik saygısı, yaş, yaşam dönemi, dünyaya bakış açısı ve var olan başa çıkma kaynaklarına bağlıdır. Organizma tehdit ve zorlanmalar karşısında bir dizi tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir (Aydın 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Stres tepkisinde, bireyin algılaması, stresörün yapısı, yoğunluğu, süresi ve var olan başa çıkma yöntemleri önemli rol oynamaktadır. Bireylerin stres düzeylerinde farklılıkların görülmesi, bilişsel değerlendirme, başa çıkma kaynakları, uyaranların süresi, şiddeti ve anlamı, daha önce benzer bir deneyimin yaşanması, kişilik özelliği, durum üzerindeki kontrol algısı, sağlık durumu gibi faktörlere bağlanmaktadır. Stresörler organizmayı zorladığında sırasıyla biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler oluşmakta ve bu değişiklikler organizmanın bozulan dengesinin yeni duruma uyum sağlamasına neden olmaktadır. Organizmanın strese uyum gücünün az olması veya uyum sağlayıcı sistemlerin uzun süre kullanılması sonucunda hastalıklar gelişebilmektedir (Murray 2005, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Bireylerin stresörlere verdiği yanıtlar fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

- Fizyolojik yanıtlar: Kalp atım sayısı artar, kan basıncı yükselir, solunum hızlanır ve yüzeyselleşir, kas gerilim artar, pupilla dilatasyonu ve terleme olur, ağız kurur, kan şekeri yükselir.

- Davranışsal yanıtlar: Yerinde duramama, uyku düzeninde bozulma, yemek yeme düzeninde bozulma, tremor ve spazmlar, iş/okul bırakma, alkol/madde kullanımı, özkıyım girişimi görülebilir.

- Psikolojik yanıtlar: Bilişsel olarak, konsantrasyon problemleri, kararsızlık, unutkanlık, eleştiriye tahammülsüzlük, kendini eleştirme görülebilir. Duygusal olarak, sinirlilik, irritabilite, öfke, düşmanlık, suçluluk, utanma, mutsuzluk görülmektedir. Strese karşı verilen tepkiler uzun zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine neden olabilir. Bu hastalıklar baş ağrısı, hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel rahatsızlıklar olabileceği gibi depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklarda olabilir (Murray 2005, Kılıçoğlu 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

#### 4.1.2. Stres kuram ve modelleri

##### 4.1.2.1. Selye'nin genel stres kuramı

Stres kavramının babası sayılan Hans Selye, biyolojik bağlamda stres tepkisini tanımlayan ilk kişi olarak kabul edilmektedir. Selye ilk çalışmasını 1930'lu yılların sonlarında ve 1940'lı yıllarda strese tepkilerle ilgili olarak yapmıştır. Strese yanıtların yaşam boyu sürdüğünü ve stresten tam olarak kurtulmanın ölümle mümkün olduğunu belirtmiştir (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Selye, çeşitli uyaranlar ile aynı belirtilerin ortaya çıktığını göstermiştir. Organizmaya zarar veren uyaranları **stresör**, organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepkiyi de **stres** olarak tanımlayarak özgül olmayan genel uyum belirtileri üzerinde durmuş ve stresin, organizmanın zararlı etkenler karşısında hastalık belirtileri göstermesi olduğunu ileri sürmüştür. Tüm hastalıkların birkaç spesifik belirtisi olduğunu belirtmiştir. Stres tepkisinde, sempatik sinir sistemi ve kortikoidlerin önemli rolü olduğunu ve bir stresörün bir tepkiyi nasıl başlatabileceğini açıklamıştır (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Selye, stres kaynaklarına karşı organizmanın verdiği tepkileri sınıflandırarak birbirini etkileyen Genel Adaptasyon Sendromu (GAS) ve Lokal Adaptasyon Sendromunu (LAS) tanımlamış ve stres karşısında bedenin alarm, direnç ve bitkinlik aşamalarında tepki gösterdiğini açıklamıştır. Alarm aşamasında, stres yaratıcı faktör fark edilir ve sempatik sinir sisteminin çalışması etkinlik kazanır, biyokimyasal tepkiler harekete geçer ve beden kendini korumaya hazırlanır. Strese uyum yapıldıkça, direnç ortaya çıkar. Stres yaratıcı faktör ortadan kalkmaz ve etkisini sürdürmeye devam ederse, beden bitkinlik aşamasına girer ve her türlü hastalığa açık hale gelmektedir (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Selye, başlangıçta stresi olumsuz ya da patolojik olarak ifade etmesine rağmen daha sonra belirli ölçüler içinde olumlu, yararlı, uyumun sürdürülmesini sağlayan durumları 'eustres' ve hoş olmayan, zarar veren patolojik durumları

‘distres’ olarak adlandırmıştır. Model, stres sürecinin birçok temel fizyolojik değişiklikten oluştuğunu ortaya koymasına karşın insanı, düşman bir çevreye reaksiyon veren bir varlık olarak göstermektedir (Onan 2009, Aytaç 2013).

#### **4.1.2.2. Yaşam değişikliklerine uyum modeli (uyarı modeli)**

Bu modele göre stres, bireyin dışında ve çevresinde onu etkileyen bir durumun varlığı ile ortaya çıkmaktadır. Bu durumlar aşırı gürültü, aşırı soğuk, evsiz olma, eşin ölümü, belirsizlik olabilmektedir. Stresin sonucunda gerilim belirtilerinin ortaya çıktığı (baş ağrısı, sırt ağrısı, depresyon, öfke, yorgunluk) ve ortaya çıkan tüm bu belirtilerin nedeninin ve bireyler üzerindeki etkilerinin benzer olduğu kabul edilmektedir (Onan 2009, Aytaç 2013).

Bu modelde Richard Rahe ve Thomas Holmes hastalık ve yaşam değişiklikleri ilişkisini somutlaştırmışlar ve değişik hastalıkların oluşumunda insan yaşamındaki köklü değişikliklerin rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Bu görüşe göre değişiklik, fizyolojik ya da psikolojik uyum gerekmektedir. Aynı zamanda değişime uyum yaşamla ilgili “sabit bir durumu sürdürmek” için gerekli olandan daha fazla enerji tüketimine neden olur. Uyum ise, değişiklik meydana getiren hayat olaylarına alışma olarak kabul edilmektedir. Her olayın stres düzeyi, olayın yol açtığı değişikliğe uyum gücü ile orantılı olarak hesaplanmaktadır. Kısa bir zamanda pek çok değişikliklere uyum sağlamak kişiyi daha fazla tüketir ve hastalığa daha eğilimli kılar. Her olayın sebep olduğu stresin şiddeti olayın yol açtığı değişikliğe uyum yapma güçlüğü ile orantılıdır. İşte bu nedenle de stresi sadece olumsuz olay ve durumlarda aramamak gerekmektedir (Onan 2009, Aytaç 2013).

Holmes ve Rahe’ye göre kişinin yaşamı ne kadar fazla değişikliğe uğrarsa bu değişim sonucu ortaya çıkacak hastalıklar o kadar artacaktır. Kişilerin kısa bir zaman içinde pek çok değişime uyum göstermek zorunda kaldıklarında 1-2 yıl içinde ciddi bir hastalığın ortaya çıkabileceğini de yaptıkları çalışmalarda göstermişlerdir. Yaşam değişiklikleri ile hastalıklar arasında ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalara göre de olumlu ve olumsuz yaşam değişikliklerinin devamında ciddi hastalıklar, depresyon,

intihar girişimleri ortaya çıkabilmektedir. Bunun yanı sıra, yaşam değişiklikleri fazla olan bazı kimselerin direnci daha fazla olabilmektedir. Modele göre, kişinin olayı ya da durumu olumlu veya olumsuz, beklenen veya beklenmeyen, kontrol edilebilir veya kontrol edilemez olarak değerlendirebilmesine karşın, başa çıkma yeteneğini dikkate almamaktadır (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

#### **4.1.2.3. Lazarus'un stres ve başa çıkma modeli (transaksiyonel model)**

Bu modele göre bilişsel değerlendirme stres yaratan durumu belirlemede ve stresle başa çıkmada odak nokta olarak kabul edilmektedir. Model stres ve başa çıkmayı belirlemede, olayın düşünülmesini, hatırlanmasını, tanımlanmasını odak nokta kabul ettiği için bilişseldir. Özdeş durumların algılanmasında bireysel farklılığı ve tehdit edici algılanmayan bir durumun zamanla tehdit edici olarak algılanabileceğini kabul ettiği için olgusaldır. Birey ile çevresi arasındaki dinamik ilişkiye yoğunlaştığı için transaksioneldir (Kanbay ve Üstün 2009, Onan 2009).

Model stres-kışı-çevre ilişkileri ile stresin orta ve uzun süreli sonuçlarında, bilişsel değerlendirme sürecinin önemini açıklamaktadır. Bu, durumun anlamını tanımlama, mantıksal analiz ve yeniden değerlendirme sürecidir. Bu süreç, kişisel geçmiş, kültürel tutumlar, kişilik özellikleri, dini inançlar, değerler, amaç ve beklentiler, sağlık durumu ve çevresel kaynaklardan etkilenmektedir. Lazarus'a göre stres ve başa çıkma olaylar değil süreçlerdir. Başa çıkma süreci bir isteğe ya da strese yanıt verirken biçimlenir ve sonucu etkileyebilir. Modelin olası eleştirisi, bilişsel değerlendirme sürecinin ne kadar sürdüğünün açık olmamasıdır. Bu sürenin tehdit, olayın önemi ve başa çıkma kaynaklarına göre değiştiği, sıklıkla bir anda olduğu, tam olarak farkında olunmadığı ifade edilmektedir (Baltaş ve Baltaş 2008, Kanbay ve Üstün 2009, Onan 2009).

#### **4.1.3. İş stresi**

İş hayatında yaşanan stresler ve bunların sonuçları doğrudan veya dolaylı olarak dünyadaki herkesi ilgilendirmektedir ve bu nedenle önemli bir problem olarak

görülmektedir. İş stresi, bireyde yetersizliklere, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır. Stres tepkisini doğuran iş koşulları çalışanlar üzerinde baskı ve zorlanma yaratır. Çalışma hayatıyla ilişkili tipik stresler genellikle kolayca saptanabilirken bazıları birim ya da kurumun doğasında olan bazı özelliklerden kaynaklanabilmektedir. Yaşanan stresli olayların sıklığı ve yoğunluğu hem iş yerinin koşulları, hem de bireyin kişiliğinin etkileşimi ile ilgilidir. Stresli olaylar bazı iş ortamlarında diğerlerine göre daha fazlayken, bazı insanlarda diğerlerine göre daha yoğun yaşanmaktadır (Aydın 2006, Aydın 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

İş hayatında strese yol açan durumlar, rollerdeki belirsizlik, rol çatışması, kişilerarası anlaşmazlıklar, yöneticilerle çatışmalar, çok fazla ya da az sorumluluk, yoğun iş yükü, zaman sınırlamaları, mekân ve yer sorunları, işe özgü stresörler, yeni teknoloji, yetersiz personel, gerçek dışı ve belirlenmemiş amaçlar, özel yaşam ve aile yaşamı, işin niteliksel yönü, iş güvenliği, ücret ve vardiyalı çalışmadır. İş stresi çalışma yaşantısında kaçınılmaz bir deneyim olmakla birlikte, iş stresinin sıklığı ve süresi bireyin baş edebilme gücünden fazla olduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır (Aydın 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de çalışan personelin stres yaşantıları ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir. Tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süre temas, aşırı hasta yükü, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma, ölümle baş etmek, karmaşık ilişkiler, özel ve iş yaşamında çatışmalar, mesleki beklentilerini gerçekleştirememesi, mali endişeler ve kişisel hastalık gibi durumlar sağlık bakım sistemlerinde çalışanlar için önemli stresörlerdir (Aydın 2007, Onan 2009, Polat 2008, Garrosa, Jimenez, Munoz, Carvajal 2011).

## 4.2. Baş Etmek

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre baş etmek, bir işi bitirmek, başa çıkmak, gücü yetmek, hakkından gelmek, yenmek, üstesinden gelmek, mücadele etmek anlamına gelmektedir. Ayrıca, başa çıkmak ise güçlükler çıkaran biriyle/bir şeyle olan işini kendi istediği yolda sonuçlandırabilmek anlamını taşımaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>. Erişim tarihi: 30.05.2014). Baş etmek, kişinin kaynaklarını aşan ya da zorlayan çevreden ve içten gelen istek ve çatışmaları kontrol etmeye yönelik dinamik, bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalaradır. Baş etmede en önemli unsur kişiyi tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayın varlığıdır. Baş etmenin amacı, bireyin içten ya da dıştan gelen tehdit üzerinde kontrol kazanmasıdır. Bir diğer tanıma göre baş etme, stresli yaşam olayını takiben gelişen otomatik, biyolojik temelli davranışlar değil, bilinçli, amaçlı olarak yapılan davranışsal ve bilişsel değişikliklerdir. Baş etmek süreç yönelimli bir kavramdır ve kişi ile çevre arasındaki etkileşimi sürekli ve yeniden değerlendirme işlevidir. Ayrıca başa çıkma süreci, stresörlere uyum yapma veya stresörleri dengeleme sürecidir (İşçen 2006, Temel, Bahar, Çuhadar 2007, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Tarihsel olarak bakıldığında, stresle başa çıkma mekanizmalarının 5 farklı açıdan ele alındığı görülmektedir.

- Freud'un psikanalitik kuramında önerdiği bilinçdışı **savunma mekanizmaları** (daha sonraki adıyla ego mekanizmaları),
- Erikson'un yaşam dönemleri yaklaşımında, özgüven, özyeterlilik ya da içsel kontrol gibi **bireysel kaynaklar**,
- Evrim kuramı ve davranışçı akımdaki **problem çözme çabaları**,
- Cannon ve Selye gibi araştırmacıların ileri sürdüğü, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında gösterdiği, **genetik olarak programlanmış bir tepki**,
- Organizmanın, kendi fizyo-psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, **uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar** olarak sıralanabilir (Şahin ve Durak 1995, Küçük 2006, Onan 2009).

#### **4.2.1. Baş etme modelleri**

##### **4.2.1.1. Kişilik özelliği olarak baş etme modeli**

Bu modele göre, baş etmede bireyin kişiliğinin etkisi ve her kişinin kendine özgü bir başa çıkma stili vardır. Durumun objektif özelliklerine bakılmaksızın kişinin, tehdit olarak algıladığı durumlarda benzer şekilde baş ettiği belirtilmektedir (İşçen 2006, Onan 2009).

##### **4.2.1.2. Duruma özgü baş etme modeli**

Bu modelde, baş etme davranışının durumun özelliklerine göre değiştiğini, duruma uygun başa çıkma stratejilerinin gelişmesinde öğrenmenin ve bireysel farklılıkların önemli olduğunu vurgulanmaktadır. Baş etmenin işlevsel olduğu, baş etmenin amacının durumu değiştirmek, baskın olan tehdidi azaltmak olduğu ifade edilmektedir. (İşçen 2006, Onan 2009).

##### **4.2.1.3. Fenomenolojik-transaksiyonel baş etme modeli**

Model, tüm başa çıkma görüşlerini içeren ve aynı zamanda algılanan tehdit ile başa çıkmanın tekrar değerlendirilmesine izin veren dinamik bir yaklaşımdır. Başa çıkma süreci ile başa çıkma işlevi arasındaki ilişki, bilişsel değerlendirme özel başa çıkma tiplerinin yoğunluğu ve esnekliği, stresörün yapısı, beklenen sonuç, benzer durumdaki önceki deneyimler, kişi ve çevreye yönelik yanlış inançlar, fiziksel güç ya da sorun çözme becerileri gibi kişisel yeteneklerden, sosyal destek ve çevresel kaynaklardan etkilenmektedir. Başa çıkma tepkilerinin sonucunda durum tekrar değerlendirilmektedir. Bu, sorunun çözümlendiğini ya da başa çıkma sürecinin yeniden başlaması gerektiğini göstermekte ve etkileşimin herhangi bir aşamasında oluşabilmektedir (İşçen 2006, Onan 2009).

Bu modelde, başa çıkma birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme ve başa çıkma olmak üzere üç aşamadan elde edilen bir süreç olarak ele alınmaktadır.

Birincil değerlendirmede olması yakın bir olayın vereceği zarar ya da kaybın, tehdit içerip içermediğinin kişisel olarak saptanması durumudur. Burada kişinin kendisi ve dünya hakkındaki görüşleri, inançları, değerleri ve hayattaki hedefleri gibi özellikler bu süreci etkileyebilir. Bu aşamada olay stres verici olarak değerlendirilmişse, ikincil değerlendirmede herhangi bir başa çıkma davranışının seçilmesi yer alır. Bireyin bu aşamadaki davranışını toplumsal statü, kişiye özgü strese direnç davranışları, gelecekle ilgili beklentiler, zaman, para, bilgi gibi enerji kaynakları etkileyebilir. Son aşama olan başa çıkma süreci, kişinin tehdit edici duruma tepkide bulunması ve başa çıkma için herhangi bir stratejiyi uygulamasının beklendiği aşama olarak tanımlanmaktadır (Günüşen 2009, Onan 2009).

Başa çıkma iki temel işleve sahiptir. Birincisi, sıkıntı veren sorunu değiştirmek veya yönetmek, ikincisi, soruna karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemektir. Baş etmenin her iki şeklinin de stresli durumlarda kullanıldığı belirtilmektedir (İşçen 2006, Onan 2009).

Sıkıntı veren sorunu değiştirmek veya yönetmek üzere kullanılan **sorun odaklı baş etme**, bilişsel sorun çözme, karar verme, kişilerarası anlaşmazlıkları çözümleme, öğüt alma, amaç belirleme ve zamanı iyi değerlendirmeyi içeren bilinçli çabalardır. Durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, girişimleri içermektedir. Sorun odaklı baş etme, stresin kaynağını uzaklaştırma veya değiştirmeyi içeren çabalardır. Bunlar bilgi ve öneri isteme, sorunu çözen eylemleri uygulama, yeni doyum kaynaklarını yaratma, otonomi ve bağımsızlık için yeni beceriler öğrenmedir (Şahin ve Durak 1995, Küçük 2006, Onan 2009).

**Duygusal odaklı baş etme**, duygusal dengeyi sürdürmeye çalışma ve strese bağlı duyguları kontrol etme çabalarıdır. Bunlar, duyguları kontrol etme, durumu kabullenme ve duygusal boşalımla ilgili stratejilerdir. Soruna karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemek üzere kullanılan duygu odaklı baş etme, stresli duyguları aşmak için bilişsel ve davranışsal çabalardır. Emosyonel stresi azaltarak kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Duygu odaklı baş etmenin tanımlanmış şekilleri, tehdidi azaltma, duygusal destek arama, kendini kontrol etme, kaçma/kaçınma,

mesafe koyma, olumlu tekrar değerlendirme ve kendini sorumlu tutmadır. Duygu odaklı baş etmede, relaksasyon ve madde kullanma gibi dolaylı ya da palyatif olarak değerlendirilen girişimler de yer almaktadır. Sorun odaklı baş etmenin iş, kontrol edilebilir veya değiştirilebilir olarak değerlendirilen durumlarda, uygu odaklı baş etmenin ise sağlık, aile ve değiştirilemez ve kabul edilmesi gerekir olarak değerlendirilen durumlarda daha fazla kullanıldığı belirtilmektedir (Şahin ve Durak 1995, Küçük 2006, Onan 2009).

Lazarus ve arkadaşları, önce baş etmeyi sorun odaklı ve duygulanım odaklı olarak sınıflandırmışlardır. Ancak, bu sınıflandırmanın insandaki başa çıkma olgusunun zenginliği ve karmaşıklığını göstermede yetersiz kaldığını belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışmaların sonucunda baş etmeyi planlı sorun çözme, yüzleşerek başa çıkma, olumlu tekrar değerlendirme ve sosyal destek arama olarak sınıflandırmışlardır (Küçük 2006, Lazarus 2006, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Bilişsel modeller bilgi arama ve değerlendirmeye yönelmiştir. Lazarus ve Lauiner baş etmeyi **dolaysız, dolaylı ve palyatif** olmak üzere gruplandırarak, baş etmenin durumla ve zamanla değişebileceğini kontrol ile dengenin tekrar kazanılacağını belirtmişlerdir. **Dolaysız baş etme**, bireyin durumla ilgili algıladığı istekleri en aza indirmek için dolaysız eylemde bulunmasıdır. **Dolaylı baş etme**, isteklerle baş edilemeyeceği ya da edilmemesi gereken durumlarda kişinin, çevre ile ilgili zihinsel imajını değiştirmesi, o çevreden ayrılması ve daha uygun bir ortam seçmesi ve bu sırada bazı teknikleri (solunum, relaksasyon gibi) kullanmasıdır. **Palyatif baş etme**, algılanan ya da deneyimlenen tehdidi geçici olarak azaltan eylemlerdir (madde kullanımı vb). Bu geçici rahatlama zamanla daha fazla strese neden olabilmektedir (Lazarus 2006, Onan 2009).

Billings ve Moos (1986) başa çıkma yanıtlarını mevcut çalışmalara göre genel olarak, **değerlendirici yaklaşım, problem çözücü yaklaşım, duygulara yönelik yaklaşım** şeklinde üç grupta toplamıştır. Billings ve Moos'a göre, sorun odaklı başa çıkma çabaları stresin kaynağını uzaklaştırma veya değiştirmeyi amaçlayan çabalar olarak tanımlanmaktadır. Bilgi ve öneri isteme, sorunu çözen

eylemleri uygulama, yeni doyum kaynakları yaratma, otonomi ve bağımsızlık için yeni beceriler öğrenmedir. Duygulanım odaklı baş etme, duygusal dengeyi sürdürmeye çalışma ve strese bağlı duyguları kontrol etme çabalarıdır. Bunlar, duyguları kontrol etme, durumu kabullenme ve duygusal boşalımla ilgili stratejilerdir (Şahin ve Durak 1995, Onan 2009).

#### **4.2.1.4. Baş etme ile ilgili kişisel-sosyal model**

Bu modele göre, baş etmenin birbiriyle etkileşen kişisel ve sosyal yönlerin bir işlevi olduğu büyük önem taşımaktadır. Kişisel yönler, benlik saygısının varlığı ve yokluğu, beceriler, yetenekler, motivasyon ve emosyonel durumlardır. Sosyal yönler ise, toplumdaki bireylerin beceri ve yeterliliğini geliştirdiği resmi ve resmi olmayan kurumlar, performansla yönelik teşvik, ödül ya da değerlendirme sistemleridir. Kişisel yeterlilik, stresli olarak algılanan durumlarda önemli olmasına karşın sosyal yeterliliğin düşük olmasının kurumların yetersizliğinden kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Kişisel beceri ve yetenekler ne kadar yeterli ise savunma gereksiniminin de o kadar az olacağı belirtilmektedir. Bu model, baş etmenin bütüncül anlayışını arttırmakta, güç, çatışma ve liderliğin örgütsel yapıdaki rolünü anlamayı kolaylaştırmaktadır (İşçen 2006, Onan 2009).

#### **4.2.2. Baş etmeyi etkileyen faktörler**

Kişi, çevre ilişkilerinin değerlendirilmesi ve başa çıkma sürecini etkileyen faktörler kişisel özellikler ve çevresel özellikler olarak iki grupta incelenmektedir. Kişisel özellikler, ruhsal ve fiziksel sağlık durumu, sorun çözme becerileri, ego gelişimi, benlik saygısı, kontrol odağı, cinsiyet, yaş, eğitim, değerler, motivasyon şekli ve kişilik özelliğidir. Çevresel özellikler veya durumsal faktörler, sosyal destek kaynaklarının varlığı ve niteliği, kurumsal destekler, maddi kaynaklar, tehlikenin yapısı, tehdit edilen şey ve tehdit derecesi, tehdit edilen şeyin sonucunun ve başa çıkma seçeneklerinin ne olacağı konusunda belirsizlik, stresin sıklığı, süresi ve kronikliği, şeklinde belirtilmektedir (Küçük 2006, Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Baş etmede, davranışsal ve bilişsel süreçlerin organizasyonu için bazı öğeler gereklidir. Bunlar, durumun kişisel öneminin ortaya konulması, gerçeklerle yüzleşmek ve dış durumun gerektirdiği gereksinimlere cevap verme, krizin çözümlenmesine yardımcı olabilecek kişiler, aile bireyleri ve arkadaş ilişkileri sağlamadır. Bunun yanı sıra, durumun ortaya çıkardığı duyguların üstesinden gelerek duygusal dengeyi koruma, yeterli derecede benlik duygusu, üstünlük ve yeterlik duygusunu koruma ve devam ettirme de son derece önemlidir (Küçük 2006).

#### **4.2.3. Baş etmenin etkinliği**

Baş etmenin etkinliğinin değerlendirilmesi tartışmalı olmakla beraber değerlendirmede önemli faktörler, etkinliği değerlendirme zamanı, stresli durumun kontrol edilebilmesi, istekler ile başa çıkma arasında uyumun olmasıdır. Etkili baş etmede, doğru değerlendirme, yeterli bir başa çıkma repertuarı, başa çıkma kaynaklarının uygun gelişimi ve stres belirtilerinin olumlu yönde değişmesi gerekmektedir (Onan 2009).

Baş etmenin etkinliğini değerlendirme zamanı, baş etmenin kısa ve uzun süreli sonuçlarını kapsamaktadır. Başa çıkma yolunun kısa süreli etkinliği, durumla ilgili istekleri yönetme, azaltma ya da doyum bulma, duyguları düzenleme düzeyidir. Bu, kişinin değerlerine, hedeflerine ve beklentilerine dayanmaktadır. Strese neden olan sorun çözümlenmese bile, kişi istekleri yönetebildiğini hissederse sonuç olumlu, sorun çözümlense bile değerler ve hedefler ile uyumlu değilse, başarı beklenenden düşükse ve sosyal şartlarda ek çatışma yaratıyorsa sonuç olumsuz olarak değerlendirilebilmektedir (Baltaş ve Baltaş 2008, Onan 2009).

Folkman ve Lazarus içsel-dışsal kontrolden çok durumun kontrolü ile ilgili değerlendirmenin başa çıkma davranışı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Kişisel kontrol, benlik imajını ve değer sistemini değiştirebilmektedir. İstekler ile başa çıkma arasında uyum olması için, kullanılan başa çıkma stratejileri ile çevresel talepler, kısıtlamalar, kişinin yaşamındaki diğer durumlar uyumlu ve

bütünleşmiş olmalıdır. Başa çıkma konusundaki yaklaşımların çoğu, en iyi baş etmenin doyumlu kişi çevre ilişkisinin yeniden kazanılması olduğunu belirtmektedir (Lazarus 2006, Onan 2009).

Gerçeğe uygun değerlendirmenin olmaması etkisiz baş etmenin kullanılmasına neden olmaktadır. Süreç sonucunda kontrol elde etmek isteniyorsa sorun odaklı baş etmenin, istenen sonuç kişinin kontrolünde değilse duygulanım odaklı baş etmenin kullanılması uygundur. Durumla zayıf bir uyumu olan başa çıkma şekillerinin duygusal tepki üzerinde olumsuz etkileri olabilecek, engellenme ve kızgınlık yaratabilecektir. Bir sonucun değişip değişmeyeceği başlangıçta belirsizdir. Bu nedenle bilgi arama gibi sorun odaklı baş etmenin kullanılması yararlıdır. Kaçma/kaçınma ve durumu inkâr etme, bilgi aramayı engelleyerek başa çıkma seçenekleriyle ilgili gerçekçi bir değerlendirmeyi engelleyebilmektedir. Durumun değiştirilemeyeceğine ilişkin bilgi elde edildikten sonra kaçma/kaçınma, mesafe koyma ve olumlu tekrar değerlendirmenin kullanımı yararlı olmaktadır (Onan 2009).

Stres verici olaya uygun başa çıkma yolları kullanılarak sorun çözümlendiyse, soruna hakim olma, durumu ortaya çıkmaktadır. Başa çıkma yolu genel olarak uygun, fakat derece olarak yetersizse “tükenme” durumu ortaya çıkar. Bu durumda, yeni bir başa çıkma stratejisi aranır ya da eski yaklaşım sürdürülür. Başa çıkma dönemi uzadıkça, yorgunluk, ortaya çıkmakta ve depresyon, umutsuzluk, konsantrasyon güçlüğü, fiziksel güçsüzlük görülmektedir (Küçük 2006).

Gerçeğe uygun değerlendirmelerden ciddi saptamalar “maladaptif baş etme” ortaya çıkarabilir. Örneğin, hatalı olarak bir durumu “değiştirilemez” diye değerlendirmek, etkili strateji uygulamayı engeller. Kişi baş edebileceği halde uygulayamaz. Aynı şekilde, kişi çevresindeki olayları gerçekçi şekilde değerlendirdiği halde, kendi yetenek ve kaynaklarını değerlendirmede gerçekçi olamıyorsa, onları kullanamayabilir. Tersine, kendi kaynaklarını aşırı iyimser olarak değerlendiren bir kişi de hoş olmayan bir sonuç elde ettiğinde aşırı bir hayal kırıklığı yaşayabilmektedir (Küçük 2006).

#### 4.2.4. Baş etme teknikleri

Etkili baş etme ile stresin psikolojik ve somatik sağlık üzerine olumsuz etkilerini azaltmak mümkün olmaktadır. Etkili baş etme ile ilgili programlar kişiye, stres oluşturan durumları, stres tepkisini arttıran ve sürdüren düşünce ile davranış şekillerini tanımayı, fizyolojik süreç üzerinde kontrol kazanmayı, stresle baş etmek için potansiyel olarak yararlı stratejileri uygulama ve değerlendirmeyi, çevresel talepler ile bireysel gereksinimleri değiştirmek için başa çıkma tekniklerini kullanmayı öğretmektedir. Bu teknikler üç gruba ayrılabilir (Aydın 2006, Çıtak 2006, Aytaç 2013).

**-Bedenin gevşemesini sağlayan teknikler:** Santral sinir sistemi ve sempatik sinir sistemi üzerinde kontrol kazanmayı sağlar. Böylece kaslar gevşemekte, hormonal denge sağlanmış ve beden metabolizması yavaşlamış olmaktadır. Bu teknikler solunum egzersizi, relaksasyon teknikleri, biofeedback, egzersiz, düzenli uyku ve beslenmedir (Krista 2004, Çıtak 2006).

**-Bilişsel teknikler:** Sorunun kaynağının, tetiği çeken olayların ve tepkilerin ne olduğunun farkına varılmasını, çözüm yolları ile hangi çözüm yolunun en iyi olduğunun değerlendirilmesini, olaylar ile yorumların kontrolünün kazanılmasını sağlamaktadır. Bu teknikler zihinsel düzenleme tekniği ve sorun çözme becerileridir (Çıtak 2006, Eskin 2009).

**-Davranışçı teknikler:** Sosyal yeterliliğin arttırılmasını sağlayan bu teknikler, davranış biçiminin değiştirilmesi, sosyal destek, zaman düzenlenmesi, girişkenlik ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi, öfkeyle başa çıkmayı içermektedir. Bu teknikler bir gruba katılarak yürütülebileceği gibi bir denetimin nezaretinde bireysel olarak da yapılabilmektedir (Krista 2004, Aydın 2006, Çıtak 2006, Baltaş ve Baltaş 2008, Emmett 2009, Aytaç 2013).

### **4.3. Tükenmişlik**

Tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974'te klinik psikolog Helbert Freudenberger tarafından, daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde çalışanlarda, fiziksel ve psikolojik yorgunluk, hayal kırıklığı, bireyin başarısız olması, yıpranması ve iş bırakmasıyla karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. İş stresinin bir işlevi olarak da kabul edilen tükenmişlik, aşırı stres ve doyumsuzluğa tepki duyarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi şeklinde de ifade edilmektedir (Maslach and Goldberg 1998, Işık 2005, Kavlu 2008, Şahin ve ark. 2008, Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009). Tükenmişlikle ilgili çalışmaların öncülerinden olan Maslach (2001) tükenmişliği, iş yerinde kronik strese verilen tepkinin sonucunda oluşan psikolojik sendrom olarak ifade etmiştir (Maslach, Wilmar, Leither 2001). Tükenmişlikle ilgili en son tanım Shirom (2005) tarafından, bireysel kaynaklar, esneklik ve duygusal enerjide azalma olarak tanımlanmış ve tükenmişliğin ana teması bireyin enerji kaynaklarının bitmesi durumu şeklinde açıklanmıştır (Shirom 2005).

Çoğunlukla doğrudan insana hizmet eden, hizmetin kalitesinde insanın çok önemli bir yere sahip olduğu alanlarda görüldüğünden dolayı, tükenmişliğin var olması, o alanda sunulan hizmeti, hizmetin kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Tükenmişliğin, ekonomik ve iş kaybından aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk, depresyon gibi ruhsal hastalıklara kadar uzanan çok çeşitli ciddi sonuçlara sebep olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak özellikle son 20 yıldır tükenmişlik kavramıyla ilgili çalışmalar büyük önem kazanmıştır (Maslach 2003, Işık 2005, Oğuzberk ve Aydın 2008, Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009).

#### **4.3.1. Tükenmişlikle ilgili geliştirilen modeller**

##### **4.3.1.1. Cherniss modeli**

Cherniss (1980) tükenmişliği, iş stresine yanıt olarak, kişinin, işe ilişkin tutum ve davranışlarında negatif ilişkiler göstermesi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca

tükenmişliği, hizmet alanına ilginin kaybı ve bitkinliğin yanı sıra, artan hayal kırıklığının, bireyin işe motivasyonunun, bağlılığının azalmasını, yaratıcılığının kaybını içeren bir olgu olarak ifade etmektedir. Tükenmişlik, zamana yayılmış bir süreç sonunda ortaya çıkan durum olarak ele alınmakta, iş ortamında ortaya çıkan stres kaynaklarına uyum yapma ve stresle başa çıkma yolu olarak görülmektedir. Bu modele göre, taleplerin kaynakları aşması nedeniyle stres yaşayan birey, stresle başa çıkma yolu olarak ilk adımda stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçer. Kısacası, tükenmişlik kontrol edilemeyen stres durumlarına karşı, bireyin verdiği bir başa çıkma tepkisidir (Işık 2005, Taze 2008, Onan 2009).

#### **4.3.1.2. Pines modeli**

Bu modelde tükenmişlik, fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan bitkinlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Kronik yorgunluk ve enerji azalması fiziksel bitkinliğin, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı duygusal bitkinliğin, insanlara, işe, yaşama ve kendine karşı olumsuz tutumlar ise zihinsel bitkinliğin belirtileridir (Işık 2005, Onan 2009). Tükenmişliğin altında yatan neden, bireyi sürekli baskı altında tutan iş ortamıdır. Bu tür iş ortamlarında, sadece işe karşı güdülenme düzeyi düşük olan bireylerin tükenmişlik durumu yaşamaları söz konusu değildir. Güdülenme düzeyi yüksek bireyler, iş çevresini destekleyici olarak algıladıkları durumlarda, genellikle beklentilerini gerçekleştirir ve hedeflerine ulaşırlar. Bu durum kendilerini önemli olarak algılamalarına ve meslek yaşamlarının başındaki güdülerinin pekişmesine yol açar. Birey iş çevresini destekleyici, kendisini de başarılı hissettiği sürece bu döngü devam eder. Buna karşın, bu tür kişiler, destek ve ödül boyutu düşük olan iş ortamlarında, çoğu kez başarılı olmak için gerekli fırsatları elde edemezler. Varoluşlarının anlamını başarıda bulan bu bireyler için başarısızlıklar tükenmişliğin en önemli nedenini oluşturur. Bu süreç başladıktan sonra tükenmişlik, güdülenme düzeyini giderek azaltır ve bazı bireylerde işten ayrılmaya, hatta mesleği tamamen terk etmeye kadar gidebilir (Işık 2005, Onan 2009).

Model, gerçek yaşamda hiçbir iş çevresinin tamamen destekleyici ya da tamamen engelleyici olmadığını vurgulayarak, tükenmişlik durumunun ortaya çıkma olasılığının iş çevresindeki destekleyici ve engelleyici unsurlar arasında bir denge kurulup kurulmamasına bağlı olarak değişeceğini belirtmektedir. Ayrıca, başarı ve başarısızlığa, çevrenin destekleyici ya da engelleyici olmasına ilişkin algılar bireyden bireye de değişebilir. Dolayısıyla, aynı ortamda çalışan iki bireyden birisi tükenmişlik belirtileri gösterirken diğeri göstermeyebilir (Işık 2005, Onan 2009).

#### **4.3.1.3. Edelwich ve Brodsky modeli**

Bu modelde, tükenmişlik, iş koşullarına bağlı olarak enerjinin ve amacın yitirilmesi, duygusal yükü ağır işlerde uzun süre çalışma sonucunda fiziksel, ruhsal ve zihinsel tükenme olarak tanımlanmaktadır. Çok fazla kişiye hizmet verip çok az ücretle uzun saatler çalışma, hizmet verilen kişilerin hizmeti takdir etmeme durumu, yüksek idealler ile ulaşılabilen nokta arasındaki uçurum, bürokratik ya da politik zorlamalar tükenmişliğe yol açan iş koşullarına en iyi örneklerdir. Bu modele göre tükenmişlik, birbirini izleyen aşamalardan geçen bir süreç sonunda ortaya çıkmaktadır (Işık 2005, Kavlu 2008, Onan 2009).

İlk aşama heves ya da şevk aşamasıdır. İşe yeni başlanan dönemlerde görülen bu aşamada birey enerjik, umutlu ve gerçekçi olmayan beklentilere sahiptir. Enerjiyi gereksiz biçimde harcama, işi yaşamın amacı olarak görme, işin kendisine her şeyi sağlayacağı beklentisi, bulunulan pozisyonun sorumluluklarını ve faaliyet alanlarını kestirememe bu dönemde gözlenebilen tehlike belirtileridir. İş ortamındaki önyargı, uygulama sorunları ve eleştiriyle çok sık karşılaşılması, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zaman ve enerji ayıramama sonucunda yavaş yavaş durgunlaşma başlar. İkinci aşama durgunluktur. Bu aşamada bireyin ilgisi daha fazla para kazanma, daha iyi yaşama, boş zamanları daha iyi değerlendirme gibi iş dışı faaliyetlere kaymaya başlar. Eğer yeterli gelir, dinlenecek zaman, doyurucu sosyal ilişkiler gibi insanca gereksinimleri karşılanmazsa, bir süre sonra meslek yaşamı çıkmaza girer. Engellenme olarak adlandırılan üçüncü aşamada birey yaptėı işteki etkinliğini, işin anlamını ve kendini değer açısından sorgulamaya başlar. Duygusal, davranışsal ve

fiziksel sorunlar ortaya çıkar. Eğer kişi kendini ifade etmek yerine içine kapanır, sorunlarından ve hizmet vermekten de kaçınmaya başlarsa, bu tutum bir süre sonra kişiyi tükenmişliğin son evresine götürür. Dördüncü aşama umursamazlık, apati aşamasıdır. Bu aşamada birey güvenli pozisyonunu korumaya yetecek en az düzeyde iş yapacak ve her türlü mücadeleden kaçınacaktır (Işık 2005, Onan 2009).

#### 4.3.1.4. Maslach modeli

Bu model diğer modellerden farklı olarak tükenmişliği, tek boyutlu bir durum olarak değil, üç bileşenli belirtiler grubu olarak ele almaktadır. Modelde tükenmişlik, **duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğine** ilişkin duyguları içeren üç ayrı kategori ile bölümlendirilmiştir. Burada önemli olan tükenmişliğin sürekli bir değişken olması ve bireylerin ya hep ya hiç şeklinde sınıflandırılmamasıdır (Maslach and Goldberg 1998, Maslach et al 2001, Işık 2005, Taris, Le Blanc, Schaufeli, Schreurs 2005, Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, Toobaee 2008, Şahin ve ark. 2008, Günüşen 2009, Onan 2009, Dikmetaş, Top, Ergin 2011).

**Duygusal tükenme**, kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tükenmiş olma duyguları ile tanımlanır. Kişi işi ve kendisi arasına duygusal ve bilişsel olarak mesafe koyar. Tükenmişlik yaşayan kişinin başka insanlarla ve başka projelerle karşılaşacak enerjileri kalmamıştır. Duygusal tükenme, işin taleplerinin ve değişikliklerin yarattığı strese verilen ilk tepkidir. Tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir; daha çok insanlarla yüz yüze ilişkilerin yoğun olduğu sektörlerde çalışanlarda görülür. Bu bileşen daha çok iş stresi ile ilgilidir (Maslach et al 2001, Işık 2005, Taris et al 2005, Günüşen 2009, Onan 2009, Dikmetaş ve ark 2011, Şahinoğlu ve Arkar 2011).

Duygusal tükenme enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği hissine kapılmasıyla ortaya çıkar. Bu duygusal yorgunluğu yaşayan kişiler, hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür. Gerginlik ve engellenmişlik duyguları ile yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe

gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır. Bu insanların duygusal kaynakları tamamen tükenmiş olup, tekrar doldurabilmek için ise kaynak bulamamaktadır (Maslach et al 2001, Işık 2005, Taris et al 2005, Günüşen 2009, Onan 2009, Şahinoğlu ve Arkar 2011).

**Duyarsızlaşma**, kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir. Bu dönemde sıradanlaşmış bir iç sıkıntısı ve bıkkınlık duygusu vardır, birey işini teknik boyutta yürütmektedir. Çalışanların hizmet verdikleri kişilere, bir insan yerine nesne gibi davranmaları ile kendini gösterir. Duygusal tükenmeyi yaşayan kişi, kendini diğer insanların sorunlarını çözmede başarısız hisseder, işine ve işteki insanlara karşı uzak, soğuk bir tavır sergiler. Üzerindeki duygusal yükü hafifletmek için kaçış yolları arar. İnsanlarla olan ilişkilerini en az düzeye indirir ve kişilere duyarsız davranır. Geliştirilen soğuk, ilgisiz, katı yapı duyarsızlaşmayı oluşturur. Dozu gittikçe artan bu negatif davranış, çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranabilir, çalıştığı kişilere olumsuz, alaycı tutum ve duygular geliştirebilir; kişi karşısındakilerin rica ve taleplerini görmezden gelebilir veya gerekli yardım ve hizmeti sağlamada başarısız ve ilgisiz kalabilir (Maslach et al 2001, Işık 2005, Taris et al 2005, Günüşen 2009, Onan 2009, Dikmetaş ve ark 2011, Şahinoğlu ve Arkar 2011).

Duygusal tükenme yaşayan birey kendini sorun çözmede güçsüz hissedebilir ve duyarsızlaşmayı başa çıkma yolu olarak görebilir. Duyarsızlaşma yaşayan birey, diğer insanlarla arasında bir tür duygusal tampon oluşturmaktadır. Duyarsızlaşma ile diğerlerinden bilişsel uzaklaşmaya yönelen bireyin kendini uzaklaştırması aslında, duygusal tükenmişliğe yönelik bir tepki, bir anlamda kişinin kendini koruma stratejisidir (Günüşen 2009).

**Kişisel başarı eksikliği**, sorunun başarı ile üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarıda azalma, kendini negatif değerlendirme eğilimi olarak da ifade edilmektedir. Bireyin başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin de

olumsuz nitelik kazanmasına yol açar. Kendisini kimsenin sevmediğine inanır. İşte bu noktada kişi kendisine olan saygısını yitirir ve bu kayıp kişinin iş hayatının yanı sıra, hayatında tüm yaptığı işler ve girişimlerde de başarısız olduğu gibi bir düşünce içine girmesine yol açabilmektedir. İşe bağlı motivasyonu düşmüştür, kontrol eksikliği ve çaresizlik yaşamaktadır. Bunun sonucunda çeşitli psikosomatik hastalıklar ve depresyon ortaya çıkabilmektedir. Bu durumu yaşayan kimi kişiler kişisel problemlerini çözümleyebilmek için uzmanlara başvururken, kimileri de bu düzeyde mesleklerini değiştirme kararı alabilirler. Tükenmişliğin üç faktörlü yapısının olduğu ancak özünde duygusal tükenme boyutunun bulunduğu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğinin buna eşlik eden değişkenler olduğu ileri sürülmektedir (Maslach et al 2001, Işık 2005, Taris et al 2005, Kavlu 2008, Günüşen 2009, Onan 2009, Dikmetaş ve ark 2011, Şahinoğlu ve Arkar 2011).

#### **4.3.2. Tükenmişliğin evreleri**

Tükenmişlik aşama aşama yaşanan bir süreçtir. Bireylerin tükenmişlik düzeyleri değerlendirildiğinde bütünüyle tükenmişlik var ya da yok denilmemekte, her döneme ilişkin ayrı değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu dönemlerin birbirini izlemesi erken tanı ve önleme açısından büyük önem taşımaktadır. Edelwich ve Brodsky tükenmişliği dört dönemde incelemektedir (Taze 2008).

**4.3.2.1. Şevk ve coşku evresi:** Bu evrede yüksek mutluluk, enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler görülmektedir. Birey için mesleği her şeyden önemlidir. Uykusuzluğa, gergin çalışma ortamına, gereksiz yüklerle, kendine, yaşamın diğer yönlerine zaman ve enerji ayırlamamaya karşı üstün bir uyum çabasıdır (Taze 2008).

**4.3.2.2. Durağanlaşma:** Bireyin çalışma motivasyonu, istek ve mutluluğunda azalma olması, işinin hayal ettiği gibi olmadığını fark edilmesi, beklentilerinin gerçekleşmemesine bağlı olarak hayal kırıklığının yaşaması evresidir. Kişi “işten başka bir şey yapmıyor” olmayı sorgulamaya başlar. Çalışma yavaşlar, kişiler ilgisi işin dışında bireysel gereksinimleri karşılamaya yönelik olmaktadır (Taze 2008).

**4.3.2.3. Engellenme:** Birey mesleğini sürdürüp sürdürmemeyi sorgulayacak düzeyde, mesleğin özüyle ilgili engellenme yaşamaktadır. İş yerinde yaşadığı güçlükler yaptığı işin amacını gerçekleştirmede tehdit olarak görülür. Duygusal, davranışsal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sağlık bakımı verenlerde hasta bakımı bozulmakta, bu da olumsuz etki yaparak tükenmişliği derinleştirmektedir. Böyle bir durum yaşayan birey, adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptatif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme durumundan kendini çekme ve kaçınmadır (Taze 2008).

**4.3.2.4. Apati:** Bireyler bu dönemde çok derin duygusal kopma ve kısırlaştırma derin inançsızlık ve umutsuzluk yaşar. Kişiler iş iştir düşüncesiyle işi için çok az zaman harcamakta, mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, işinden zevk almamaktadır. İş yaşamı birey için, bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, bireye sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan haline gelmiştir (Taze 2008).

#### **4.3.3. Tükenmişliğin belirtileri**

Tükenme yavaş ve sinsi başlamasına rağmen ortaya çıkışı ani olup, gelişimi süreklilik göstermektedir. Tükenmişliği yaşayan kişi kendisinde olan kişisel, mesleki doyumsuzluğu ve yorgunluğu fark etmektedir. Duyguların dile getirilmesindeki zorluk, belirgin belirtilerin olmaması, belirtilerin iyiye gideceğinin beklenmesi, önemsenmemesi durumun göz ardı edilmesine neden olmakta ve kişi işinden soğumaktadır. **Psikofizyolojik belirtiler**, yorgunluk, bitkinlik, kronik soğuk algınlığı, sıkı sık olan baş ağrısı, gastro-intestinal bozukluklar, koroner kalp rahatsızlığı sıklığında artma, solunum güçlüğü, genel ağrılar. **Psikolojik belirtiler**, duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme, birçok konuyla şüphe ve endişeyle karşılama, alaycı ve suçlayıcı olma, alınganlık, çaresizlik, takdir edilmediğini düşünme ve kolay ağlama, öz saygı ve öz güvende azalma, konsantrasyon güçlüğü ve unutkanlık, olumsuz iş tavırları, hastalara ilgisizlik ve depresyon. **Davranışsal belirtiler**, fiziksel ve psikolojik olarak hastalardan uzaklaşma, hatalar yapma, ağır davranma, bazı

konuları erteleme ya da sürüncemede bırakma, işe geç gelme, izinsiz veya hastalık nedeniyle işe gelmeme, izin sonunda iznini uzatma, işi bırakma eğilimi, hizmetin niteliğinde bozulma, iş ve iş dışındaki ilişkilerde bozulma, iş performansında azalma, iş doyumsuzluğu, yeni bir meslek için eğitime başlama, kaza ve yaralanmalarda artma, istekleri erteleme, eş, aile bireyleri ve arkadaşlarla çatışma, onlardan uzaklaşma, sigara, alkol kullanma rol çatışması ve kurumuna ilginin kaybı, işten ayrılma ve ölümdür (Johnstone 1999, Marina, Ruotsalainen, Serra, Verbeck 2009, Onan 2009).

#### **4.3.4. Tükenmişliği etkileyen faktörler**

Tükenmişlik bireysel baskı ve anksiyeteden kaynaklansa da tükenmişliği hazırlayan etkenler bireysel ve organizasyonel üzere iki grupta toplanmaktadır (Maslach ve ark. 2001, Maslach 2003, Taze 2008, Günüşen 2009)

##### **4.3.4.1. Bireysel faktörler**

**Cinsiyet**, kadın ve erkekler tükenmişlik sendromunda birbirine benzer deneyimler yaşamalarına rağmen, kadınlar duygusal tükenmeye daha yatkın olduğu ve erkeklerden daha yoğun yaşadığı belirtilmektedir. Erkeklerin ise, kişisel başarı eksikliğini, kadınlara göre daha fazla yaşadığı görülmektedir. Maslach ve ark. (2001) ise tükenmişlikte cinsiyetin önemli bir belirleyici olmadığını, bazı çalışmalarda erkeklerin, bazı çalışmalarda kadınların daha fazla tükenmişlik yaşadığını ifade etmişlerdir. **Yaş**, Tükenmişliği etkileyen değişkenlerden birisinin yaş olduğu görülmektedir. Genç ve deneyimsiz olanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bu durumun nedenleri, beklenti düzeyinin yüksekliği, genç yaşta olanların başa çıkma mekanizmalarının etkisiz olması olarak düşünülmektedir. **Medeni durum**, aile sahibi olmak, bireye güç ve kararlılık sağlamakta, insan ilişkilerinden doğan sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirerek, yaşamı ve mesleki başarıyı olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda da evli olan hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin bekâr olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. **Eğitim**, kişilerin mesleki

otonomisinin, başa çıkma becerilerinin gelişmesinde ve iş doyumunun artmasında alınan mesleki ve hizmet içi eğitim büyük önem taşımaktadır. **Kişilik**, kaygılı, mükemmeliyetçi, hırslı, otoriter, sabırsız, girişken olmayan, ilişkilerinde sınır koymayan, mesleğinde karşılanması zor beklentileri olan bireylerin daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Ayrıca, bireylerin iş deneyiminin ve maddi koşullarının da yetersiz olması tükenmişliği etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009). Bunun yanı sıra, kötümser kişilik özelliği olan bireyler, duygusal tükenme ve kişisel başarı eksikliğini daha çok yaşamaktadır (Garrosa et al 2011).

#### **4.3.4.2. Organizasyonel faktörler**

Tükenmişliği etkileyen organizasyonel değişkenler, iş yükünün fazla olması, iş doyumunun az olması, rol belirsizliği, otonomi yetersizliği, ekip üyeleriyle yaşanan çatışmalar, sosyal desteğin az olması, kariyer beklentilerinin karşılanmaması, çalışılan saatlerin fazla olması, nöbet usulü çalışma, bakım verilen hasta sayısının fazla olması gibi faktörlerdir. Bunun yanında, rol karmaşası, ücretin düşük olması, iş ile ilgili belirsizlikler, takdir görememe, yöneticilerin yetersiz oluşu, bürokratik işlerin fazla olması, fiziki koşulların kötü olması gibi faktörlerde, kişilerin tükenmişlik düzeylerini arttırmaktadır (Taze 2008, Onan 2009).

Hemşirelik mesleği açısından bakıldığında, çalışan hemşire sayısının az olması, iş yükünün fazla olması, uzun çalışma saati, vardiya usulü çalışma, rollerin açık olarak tanımlanmaması, terfi imkânlarının sınırlı olması, ekip içi yaşanan çatışmalar ve ücretlerin düşük olması tükenmişliğe neden olmaktadır. Bununla birlikte kayıp, ağrı ve travmatik hastalık durumları gibi unsurlar da hemşirelerin daha fazla tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, Shapiro 2004, Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009). Ayrıca, tükenmişlikle ilgili yapılan bir tarama çalışmasında, onkoloji, psikiyatri, yoğun bakım birimlerinde ve AIDS tanısı almış hastalarla çalışan hemşirelerin, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (Bernardi, Catania, Marceca 2005).

#### **4.3.5. Tükenmişliğin sonuçları**

Tükenmişlik yaşayan bireylerin sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu kişiler kendisini sürekli yorgun, fiziksel açıdan güçsüz hissetmekte, uyku problemleri yaşamakta, sık sık ağrı kesici kullanmaktadır. Ayrıca, kendini zorlanmış hissetmekte, sinirlilik, suçluluk duymakta, kendine olan saygısı, güveni azalmakta, anksiyete ve depresyon gelişmektedir. İnsanlara karşı olumsuz duygular içinde olup, sürekli işinden şikayet etmekte, kendisini ve diğer insanları olumsuz değerlendirmektedir (Çıtak 2006, Günüşen 2009).

Tükenmişlik yaşayan kişilerin bu durumdan sağlığı olumsuz etkilenirken, iş performansları da düşmektedir. Tükenmişliğin sonucunda kişiler işten ayrılmakta ya da yapabileceğinin en azını yaparak iş verimini düşürmektedir. Çalışma ortamında yapılan hataların artması, işe gelmeme ya da geç gelmelerin olması, sık sık izin kullanma, iş değişikliği ve iş günü kayıplarının olması gibi sorunlar kurumsal açıdan tükenmişliğin olumsuz sonuçlarıdır. Hemşirelik mesleği açısından bakıldığında, tükenmişlik yaşayan hemşirelerin hasta bakım kalitesinin azaltmakta, ekonomik açıdan da büyük maliyetlere sebep olmaktadır (Johnstone 1999, Çıtak 2006, Günüşen 2009).

#### **4.3.6. Tükenmişliğin önlenmesi ve azaltılması**

Genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etmenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkan tükenmişliğin, bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınması gerekmektedir. Tükenme birden ortaya çıkan bir olgu olmayıp, belirli bir süreç sonunda gelişen bir durumdur. Ayrıca tedavisi ve engellenmesi mümkündür. Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. En önemlisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi, yeterli olmazsa erken dönemde tanınarak hızla müdahale edilmesidir. Bunun yanı sıra, problemin farkında olmak, kendini denetlemek, stres etkenlerinin tanımlanması, beklentilerin ve zorlukların gözden geçirilmesi, pozitif duygusal dengelerin korunması, başarı

kriterlerini bilmek, yardım ve destek sistemlerini kullanmak da son derece önemlidir (Johnstone 1999, Çıtak 2006, Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009).

#### **4.3.6.1. Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler**

Demokratik, yatay sorumluluk ve yetkileri paylaştıran yönetim yaklaşımının benimsenmesi, sistemdeki ödül kaynaklarının arttırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorunun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının arttırılması çalışan personelin tükenmişliğini önleme ve azaltmada büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, personel yetersizliği sorununun giderilmesi, hastanelerin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve yaşama geçirilmesi de son derece önemlidir. (Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009).

#### **4.3.6.2. İşyeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler**

Tükenmişliğin kaynağı bireysel olmaktan çok kurumsal olduğu için, çözümlerinde iş yeri içinde aranması gerekmektedir. Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayan kişilerin uyum programlarına alınması ve süpervizyon sağlanması, iş ile çalışan arasında uyumu sağlamak için işin yeniden düzenlenerek bölümlerin özelliklerine göre etkin personel planının yapılması, düzenli ekip içi toplantıları ile öneri ve eleştirilerin alınması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, sorun çözmede kalıcı mekanizmaların oluşturulması, sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınması, yöneticilerin çalışanı desteklemeleri, elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, sistemdeki ödül kaynaklarının çoğaltılması, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve çalışanın alınan kararlara katılımın sağlanması da büyük önem taşımaktadır. Ayrıca yöneticilerin tükenmişliğin belirtilerinin farkında olmaları, erken müdahale yapmaları, kişileri dinlemeleri, olumlu geri bildirimlerde bulunmalarının önemi kaçınılmazdır. Hoşgörülü, esnek, adaletli davranma, çalışana değer verilmesi, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasında kolaylık gösterilmesi ve önemsenmesi de tükenmişliği önlemede büyük önem taşımaktadır (Quattrin et al. 2006, Taze 2008, Onan 2009).

#### **4.3.6.3. Bireysel düzeyde yapılması gerekenler**

İş ortamını kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde bireysel başa çıkma yöntemleri öncelik kazanmaktadır. Tükenmişlik seviyesine gelmiş olan bireyin en önemli ihtiyacı güç ve inançtır. Bu nedenle bakış açılarının, düşünce sisteminin, değer ve algıların değiştirilmesi ve geliştirilmesi olumsuz düşüncelerin yeniden yapılandırılması gerekmektedir.“ Her şey benim kontrolümde olsun, mükemmel olursam kontrolü ele alabilirim, başkalarını memnun etmek zorundayım, insanları incitmemem gerekir, herkes beni sevsin” gibi otomatik düşüncelerin yeniden yapılandırılması önemlidir. İşe başlamadan önce kişi yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi, kişinin kendisinde oluşan durumu erkenden tanıması ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayabilmesi için tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi son derece önemlidir (Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009).

Kişilerin duygularını ve zorluklarını paylaşmaları gerektiğinde yardım istemesi, kişinin sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilmektedir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmesi gerekmektedir. Kişilerin yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmesi, kişinin tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanması, iş çıkışı rahatlatıcı aktivitelerde bulunması, nefes alma, gevşeme teknikleri, meditasyon yapabilmesi ve zaman yönetimi uygulanması önemlidir (Taze 2008, Günüşen 2009, Onan 2009).

#### **4.3.6.4. İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler**

Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte hoşça vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini arttırmaktadır. Birlikte çalışanların uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem

hizmetin kalitesini arttırır, hem de ilişki sorunlarını önlemektedir. Birlikte çalışmadan doğan sorunların zamanında, sorun kronikleşmeden çözülmesi gerekli ve işte karşılaşılan sorunların, duygusal zorlukların paylaşılabileceği destekleyici grupların oluşturulması da yararlıdır. Daha kıdemli çalışanların, işe yeni başlayan kişilere karşı gerçekçi rol modeli ve destekleyici bir ortam içinde bulunmaları önemli unsurlardandır. (Onan 2009).

#### **4.3.6.5. Aile düzeyinde yapılması gerekenler**

İş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir, ayrıca bu yolla kişi, işi dışında var olduğu ve takdir edildiği bir alan bulmuş olacaktır (Onan 2009).

#### **4.4. Sorun Çözme**

Sorun, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, araştırılıp, öğrenilmesi, düşünülüp, çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>. Erişim tarihi: 30.05.2014). Ayrıca sorun, bir amaca ulaşmaya çalışırken karşımıza çıkan engel ya da bireyin hedefe ulaşmaya çalışırken karşılaştığı engeller karşısındaki çatışma durumu olarak da tanımlanmaktadır. Sorun araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum olmasının yanı sıra bireyin kendisinin belirleyeceği kişisel hedef ve amaçlar doğrultusunda çözülmesinin de gerektiği oldukça önemlidir (Kelleci 2006, Küçük 2006, Eskin 2009).

Sorun bir amaca ulaşmaya çalışırken karşımıza çıkan engeldir. Diğer bir deyişle bireyin hedefe ulaşmaya çalışırken karşılaştığı engeller karşısındaki çatışma durumu olarak da tanımlanmaktadır. Engeller hedefe ulaşmayı güçleştirmekte, bir durumun sorun olarak algılanabilmesi için kişinin bunu sorun olarak algılaması gerekmektedir (Kelleci 2006, Küçük 2006, Eskin 2009).

Başka bir tanıma göre sorun, sağlıklı bir işlevsellik için bireyden tepki gerektiren fakat kişinin karşılaştığı engeller yüzünden o an için etkili bir tepkinin olmadığı günlük yaşamla ilgili bir durum veya iş şeklinde yapılmaktadır (Nezu 2004). Kişilerin günlük hayatlarında karşılaştıkları sorunlar, kişisel sorunlar (sağlık, davranışsal, duygusal), kişiler arası sorunlar, kişisel olmayan sorunlar (maddi sıkıntı, araba arızası) ve toplumsal sorunlar (siyasi, terör, trafik) olmak üzere dört kategoride toplanmıştır (Eskin 2009).

Sorun amaca ulaşmayı engelleyen herhangi bir durum olduğuna göre, sorun çözme, bireyin amacına ulaşmasını engelleyen bir durumu ortadan kaldırması için çaba göstermesi ve çabaların amaca ulaşması şeklinde belirtilmektedir (Kelleci 2006, Küçük 2006, Eskin 2009). **Sorun çözme**, Heppner ve Krauskopf (1987) tarafından, kişinin kendisi ve çevresi kaynaklı gereklilik ve zorluklara uyum sağlayabilmesi için gerekli olan bilişsel, duyuşsal işlemler ve davranışsal tepkilerdir, şeklinde tanımlanmaktadır. Sorun çözme süreci karar verme işinden çok, bir başa çıkma sürecidir. Sorunun özellikleri, kişinin sorun çözme basamaklarını kullanıp kullanmaması ve sorunu çözecek kişinin kişisel özelliklerinin etkileşimi sorun çözmede önemli unsurlardır (Eskin 2009).

Sorun çözmenin bir diğer tanımı da, birey, çift veya grubun gündelik yaşamda karşılaştıkları sorunlarına etkili çözüm yolları bulmak için giriştikleri amaç yönelimli bilişsel ve davranışsal süreç, şeklinde yapılmaktadır (Nezu 2004). Bilişsel ve davranışsal sorun çözme sürecinin, sorun için olası çözüm yollarının ortaya çıkması ve olası çözüm seçeneklerinin arasından en etkili seçeneğin bulunması, olmak üzere iki önemli işlevi vardır. Ayrıca sorun çözme, bilinçli, akılcı, çaba gerektiren ve amaç yönelimli bir etkinlik olarak da değerlendirilmektedir (Eskin 2009).

Sorun çözme, kişinin problemle karşılaşmasından onu çözüme götüren süreçte, sorunla karşılaşma, sorun çözme için işlemlerde bulunma ve sorunun ortadan kalkmasını sağlama şeklinde üç aşamayı kapsamaktadır. Sorunla karşılaşma aşamasında bireyin sorunu algılaması, görmesi ve “benim bir sorunum var” diyebilmesi büyük önem taşımaktadır. Sorun çözmek için işlemlerde bulunma

aşamasında, sorunla mücadele etme tarzı önemlidir. Sorunun ortadan kalkması aşamasında ise, kişinin karşılaştığı sorunu doğru yöntemlerle çözmesi, ortada sorunun olmaması gerekmektedir (Eskin 2009).

Sorun çözme yolları sorunun niteliğine göre değişir. Bazı sorunların çözümü duygusal olgunluğu, bazıları mantıksal süreci, bazıları ise zihinde bazı algılamalar ve yeni örgütlenmeleri gerektirir. Bireyde sorun çözme becerilerinin gelişmiş olması günlük yaşamada ona güç sağlar. Sorun çözme yeteneği; sürekli değişim, rekabet ve güçlüklerin egemen olduğu bir ortamda yaşayan bireyin karşılaştığı güçlüklerle çözüm getirebilmesi ve yaşamını sürdürebilmesi için öncelikli gerekliliklerden birisidir. Günlük yaşamda karşılaşılan pek çok olay, temelde sorun çözme durumudur. Birey sorun çözme yeteneği kazandığı zaman başarılı bir sorun çözücü haline gelir ve her çeşit sorunu rahatlıkla çözebilir. Sorunu çözmemek, amaca ulaşmamak anlamına gelir. Sorun çözme sürecinde güçlü yönler, zayıf yönler, olanaklar ve darboğazlar değerlendirilerek soruna yaklaşım adımlarına geçilmesi, çözümün başarı olasılığını arttırmaktadır (Kelleci 2003, Küçük 2006, Eskin 2009).

Sorun çözme programı sistematik, uygulanabilir ve amaca ulaştırıcı bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, intihar, kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu, saldırganlık, şizofreni, somatizasyon bozukluğu ve minör emosyonel bozukluklarda bu programın etkili olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Sorun çözme programı en iyi ve doğru çözümü bulma yöntemidir (Kelleci 2003, Kendrick et al 2005, Eskin, Akoğlu, Uygur 2006, Küçük 2006, Eskin 2009, Hoek, Schuurmans, Koot, Cuijpers 2009, Alexopoulos et al. 2011). Ayrıca yapılan bir çalışmada, sorun çözme terapisi uygulanan hastaların sosyal ilişkilerinde, rol, duygusal sorunlarında ve genel sağlık sorunlarında uygulanmayan hastalara göre iyileşme olduğu belirlenmiştir (Hassink-Franke et al 2011).

#### **4.4.1. Sorun çözme programının amaçları**

- Rahatsızlığın nedeni olan sorunu belirlemede bireye yardım etmek,
- Bireyin güçlerini ve destek faktörlerini tanımasına yardım etmek,

- Bireye sorunlarını çözme için sistematik bir yol öğretmek,
- Bireye yaşamını kontrol edebileceği duygusunu kazandırmak,
- Bireye gelecekte karşılaşılabileceği sorunları çözmesi için etkili yöntemlerle güçlendirmek ve buna hazırlamaktır (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Sorun çözme becerilerini geliştirme programında birey, sorunun ne olduğunu anlar, bu sorunun çözümü için ne istediğini belirler ve belirlediği hedefe ulaşmasını sağlayacak yolları görür. Eğer seçtiği yollar işe yaramazsa hedefe ulaşmaya ya da bu hedefe ulaşmanın olanaksız olduğunu görünceye kadar başka yollar dener. Sorun çözme becerilerini geliştirmede çeşitli yollar tanımlanmıştır. Bunların arasında en fazla üzerinde durulan süreç ve performans geliştirmedir. Süreci geliştirmede sorunu tanımlama ve çözüm adımları öğretilmektedir. Performans geliştirmede bir sorunun çözümü öğretilirken bireyin davranışlarını işe katmaya odaklanılmaktadır. Burada sözel ve sözel olmayan davranışlar üzerinde çalışılmaktadır. Göz ilişkisi, ses tonu, beden duruşu, jestler ve mimikler gibi sözel olmayan davranışların önemi vurgulanmaktadır. Performans öğretimi etkili eylemlerde bulunmaya yardım etmektir (Kelleci 2003, Küçük 2006).

#### 4.4.2. Sorun çözmede etkili faktörler

Bir sorunun çözülmesi ya da çözülmemesi birçok değişkene bağlıdır. Sorunun kişinin yaşına uygunluğu, çözüm için ön bilgi ya da eğitime sahip olma derecesi, yeteneği, sağlığı, tutumu, çözümün kişiye getireceği yarar, kişilik özellikleri gibi faktörler sorun çözmede etkili olabilir. İnsanın farklı sorunları, farklı kişilikleri ve farklı başa çıkma yolları vardır. Bu nedenle sorun çözmede farklı değişkenleri tanımlamak gerekmektedir (Küçük 2006).

**Bilişsel stil**, bu alan, kavramsal düzey ya da bilişsel yetenek olarak adlandırılmakta ve biyolojik yapı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. **Değerler**, kişinin değerleri, seçimleri, amaçları ve motivasyonu sorun çözme sürecinde önemli bir etkiye sahiptir. **Duygular**, kişilerarası sorunları çözmek için iyi planlar yapmayı engeller. **Kendine değer biçme**, kendine yönelik bütünsel değerlendirme, sorun çözme sürecini etkileyen diğer değişkenlerle ilişkilidir. Örneğin, kişinin kendisi

hakkındaki olumlu veya olumsuz düşüncesi, sorunlara yaklaşma veya sorunlardan kaçınmasında etkili olur. **İçe-dışa dönüklük**, içe ya da dışa dönüklük genellikle bir kişilik özelliği olarak tanımlanır. İçe dönükler, çevredeki sorunları belirlemede, diğerleri tarafından açık bir şekilde görülen sorunları algılamada güçlük çekerler. Dışa dönükler ise sorunları uygun şekilde kodlama ve farklı insanlardan aldıkları bilgileri birleştirmede sıkıntı yaşar. İçe dönükler olası sorunlar için çevrenin yardımına gereksinim duyar, oysa dışa dönükler bir sorun oluşmadan önce çevrenin yardımına gereksinim duymazlar. **Güdülenme**, insanlar sorunlarını çözmek için güdülenmiş olmalıdır. Güdülenme, düşünceyi yönlendirir. Böylece yalnızca sorunun amacına yönelik düşünceler üzerinde durulur. **Kuruluma hazır olma**, kurulumlar bir önceki yaşantı ya da yerleşmiş alışkanlıklar yoluyla oluşturulabilir ve sorunun başında bireyin düşüncelerini belli bir doğrultuda yönlendirerek düşüncenin yanlı olmasına yol açar. **Denetim odağı**, denetim odağı kavramı bireyin inancı ile olayların nedensellik odağına ilişkin genelleştirilmiş beklentidir. Denetim odağı, kişinin iyi ya da kötü, kendisini etkileyen olayları kendi yetenek, özellik ve davranışlarının sonuçları ya da şans kader talih ve güçlü kişiler gibi kendi dışındaki güçlerin işi olarak algılaması eğilimidir. İçten denetimli birey, sorunlara yönelik daha fazla bilgi araştırır ve sorun çözmede duygusal değil görev merkezlidir. Kendi eylemlerini değerlendirebilir ve kendine olumlu ve olumsuz geribildirim verebilir, mücadele gerektiren işleri sever, yetersiz koşullarda bile eylemlerini sürdürür. Yaşadığı deneyimlerden ilerde daha iyi yararlanır. Kendini daha etkili, güvenli ve bağımsız algılayarak, daha uyumlu davranışlar gösterir. Dış denetimli bireyler, eylemlerine yönelik olarak çevrelerinden pekiştirme bekler, dıştan yönlendirmeli daha az mücadele gerektiren işleri tercih eder (Nezu 2004, Küçük 2006, Eskin 2009).

#### 4.4.3. Sorun çözmenin bileşenleri

Kişilerin sorun çözerken kullandıkları yetenek ve becerilerinin doğasıyla ilgili tüm yönleri sorun çözmenin bileşenlerini oluşturmaktadır. Sorun çözmenin bileşenleri, bilişsel yön, meta bilişsel yön ve güdüsel yön olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Eskin 2009).

**Bilişsel yön:** Sorun çözme sürecinde sorunun doğru algılanıp algılanmadığı kişinin bilişsel yönüyle yakından ilgilidir. Sorun çözmeyle ilgili bilişsel beceriler, farklı çözümleri düşünebilme, adım adım hedefe ulaşmayı düşünebilme, sonucu düşünebilme, sosyal olaylarda sonuç ve nedeni düşünebilme, perspektif alabilme (başkalarına kendisiymiş gibi, kendisine başkasıymış gibi bakabilme) olmak üzere beş alt grupta toplanmıştır (Eskin 2009).

**Meta Bilişsel Yön:** Sorun çözmenin meta bilişsel yönü, kişilerin problem çözme stratejisini kontrol edebilme ve gözden geçirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Çeşitli becerilerin ne zaman kullanılacağı, nasıl eşgüdümüneceği ve nasıl denetleneceği meta bilişsel yön ile belirlenmektedir. Ayrıca bu bilgilerin insanların belleğinde tekrar kullanılmak üzere saklanması gerekmektedir. Saklanan bu bilgilerin insan hafızasında tutulmasına da, **otobiyografik bellek** denilmektedir. Sorun çözmede üst bilişsel beceriler büyük önem taşımaktadır. Bu becerilerin otobiyografik bellekte sağlıklı bir şekilde depolanmadığı ve geri çağrılmadığı durumlarda kişiler sorun çözme ile ilgili sıkıntı yaşamaktadır (Eskin 2009).

**Güdüsel Yön:** Sorun çözmenin güdüsel yönü, kişilerin problem duruma ilgi duyup duymaması ya da o soruna yönelip yönelmemesiyle ilgilidir. Diğer bir deyişle, bireyin bir sorun karşısında o sorunla uğraşmayı isteyip, istememesi şeklinde de açıklanmaktadır. Güdüsel yön, sorun duruma ilgi duyma, öz yeterlik algısı, atfetme tarzı şeklinde üç grupta ifade edilmektedir. **Soruna ilgi duyma**, kişilerin kişisel özellikleri ve problemin özellikleri arasındaki bağlantıyla yakından ilgilidir. Ayrıca, kişinin kendisi için önemli olan sorunlar daha fazla ilgi duyulan sorunlar olarak görülmektedir. **Öz yeterlik algısı**, öz yeterlik, bireyin amaçlarına ulaşabileceği duygusunun derecesi, öz yeterlik beklentisi ise, kişinin bir davranışı gerçekleştirip, gerçekleştiremeyeceği ile ilgili beklentisi olarak tanımlanmaktadır (Eskin 2009).

Sorun çözme açısından **öz yeterlik algısı**, bireyin karşılaştığı probleme ilişkin kendi yeterlik ve yetenekleri konusundaki öznel algı ve inançlarıdır. Mayer (1998), dört önemli öz yeterlik şekli açıklamıştır. Bunlar, kişinin kendi performansına dayanarak geliştirdiği öz yeterlik inancı, başkalarının

performanslarına dayanılarak geliştirilen öz yeterlik inancı, kendi performansının başkalarının değerlendirmesine dayanarak geliştirilen öz yeterlik inancı, fizyolojik durumların değerlendirmesine dayanarak geliştirilen öz yeterlik inancı şeklinde belirtilmektedir. **Atfetme tarzı**, atıf, Westen (1999) tarafından, “insanların ruhsal durumlarının veya davranışlarının nedenlerini çıkarsama süreci” olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin sorun çözmekte başarılı olup olmayacağı ile ilgili yaptığı yargı ve çıkarsamaları o kişileri sorun çözmeyle ilgili atıflarını kapsamaktadır (Eskin 2009).

#### **4.4.4. Kuramsal açıdan sorun çözme**

- 1- Sosyal sorun çözme süreç modeli
- 2- Birinci basamakta kullanılan sorun çözme modeli
- 3- Sorun çözmenin bilgi işleme modeli

##### **4.4.4.1. Sosyal sorun çözme süreç modeli**

Sosyal sorun çözme davranışında eksiklik olmasının, özellikle ergen ve çocuklarda, depresyon ve intihar girişiminde bulunma davranışlarıyla doğrudan bağlantılı olduğu görülmektedir (Becker-Weidman, Jacobs, Reinecke, Silva, March, 2010). D’Zurilla ve ark.’na (2004) göre, sosyal sorun çözme süreç modelinde, kişilerin bir sorunla karşılaştıkları zaman gösterdikleri duyuşsal tepkiler, “sorun yönelimi” olarak adlandırılmaktadır. Sosyal sorun çözme süreç modeli temel olarak iki unsurdan oluşmaktadır. Bunlar, sorun yönelimi ve sorun çözme tarzlarıdır (Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

##### **4.4.4.1.A. Sorun yönelimi**

Sorun yönelimi, Nezu ve Nezu (2001) tarafından, kişinin sorunla karşılaştığı ilk anda gösterdiği bilişsel ve duyuşsal tepkilerini içeren güdüsel süreç olarak tanımlanmıştır. Diğer bir ifadeyle, kişilerin soruna ilişkin bilişsel, duyuşsal, davranışsal tavırlarına sorun yönelimi denilmektedir. İnsanların sorunla

karşılaştıklarında oluşabilecek tepkiler, yapıcı ve işlevsel olmayan tepkiler olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Yapıcı tepkiler olumlu sorun yönelimi, işlevsel olmayan tepkiler olumsuz sorun yönelimi şeklinde de ifade edilmektedir. Bir sorunla karşılaşan kişinin soruna yapıcı bir tavırla yaklaşması “**olumlu sorun yönelimi**”, işlevsel olmayan tarzda yaklaşmak “**olumsuz sorun yönelimi**” şeklinde ifade edilmektedir (Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

**Olumlu sorun yönelimine** sahip olan kişiler sorunları tehdit veya olmaması gereken unsurlar olarak görmek yerine, sorunların kaçınılmazlığını bilerek, onları fırsat olarak görme eğilimindedir. Ayrıca soruna olumlu yönelen kişiler sorunların sonuçlarını olumlu değerlendirmekte, sorun çözüldüğünde olumlu bir sonuç elde edeceğine inanmaktadır. Olumlu sorun yönelimine sahip kişilerin özelliklerine bakıldığında, sorunları doğru algılayan, sorunları yaşamın parçası olarak gören, sorunların nedenlerini doğru kaynaklara atfeden, sorunu faydalananca olumlu bir şey olarak algılayan, sorunları çözmek için yetenekleri olduğuna inanan, sorunları çözmek için zaman ve çaba gerektiğini bilen, sorunlarını çözmekte kararlı olan kişiler olduğu görülmektedir (Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

**Olumsuz sorun yönelimine** sahip kişilerin psikolojik uyumsuzluk göstergeleriyle olan ilişkisi büyük önem taşımaktadır. Olumsuz sorun yönelimi, depresyon, intihar, stres, anksiyete, akademik başarısızlık gibi uyumsuzluk göstergeleriyle yakından ilişkilidir. Olumsuz sorun yönelimi sorunların çözümünde işlevsel olmadığından, sorunlara olumsuz yaklaşan kişilerin özellikleri son derece önemlidir. Bu kişilerin özelliklerine bakıldığında, sorunların nedenlerini yanlış ya da başkalarına atfeden, sorunlar ortaya çıktığında göremeyen ya da görmezden gelen, sorunları tehdit olarak algılayan kişiler olduğu görülmektedir. Ayrıca bu kişilerin diğer özellikleri de, çözümün çok zor olduğu yönünde beklentisi olan, çözümle ilgili kendi yetenek ve becerileri hakkında şüphesi olan, sorunla karşılaşınca hüsrana uğrayan ve tedirgin olan kişiler olarak görülmektedir (Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

#### 4.4.4.1.B. Sorun çözüme tarzları

Sosyal sorun çözüme süreç modeline göre, kaçınan, dürtüsel-dikkatsiz ve akılcı sorun çözüme tarzı olmak üzere, üç tür sorun çözüme tarzı bulunmaktadır. Kaçınan, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözüme tarzları işlevsel olmayan, akılcı sorun çözüme tarzı ise işlevsel sorun çözüme tarzıdır. Akılcı sorun çözüme tarzı kullanıldığında sorunla ilgili olumlu sonuçlar, dürtüsel-dikkatsiz ve kaçınan sorun çözüme tarzları kullanıldığında sorunla ilgili olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Nezu 2004, Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

**Kaçınan sorun çözüme tarzı:** Kaçınan sorun çözüme tarzını kullanan kişiler, sorunla karşılaştıkları zaman sorunları görmezden gelmekte ya da o sorunla ilgili girişimde bulunmamaktadır. Sorumluluk almaktan kaçınmakta, sorunu çözmeyi başkalarına bırakmakta ya da ertelemektedir (Nezu 2004, Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

**Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözüme tarzı:** Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözüme tarzını benimseyen kişiler, sorunlarını düşünmeden aceleyle ve akıllarına gelen ilk fikir doğrultusunda çözüme girişiminde bulunmaktadır. Bu tarzı kullanan kişiler çözüm ararken sadece bir veya birkaç çözüme odaklanır ve aklına ilk gelen düşünceyle hareket etmektedir. Bu kişiler dürtüsel davranmakta, aceleci, sabırsız, cezaya karşı duyarsız olmakta ve kontrol eksikliği yaşamaktadır (Nezu 2004, Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

**Akılcı sorun çözüme tarzı:** Akılcı sorun çözüme tarzı ise, işlevsel bir sorun çözüme yaklaşımı olarak görülmekte olup, bu tarzı kullanan kişiler sorunlarını doğru ve net olarak algılamakta, belirli bir sistem doğrultusunda çözüm için girişimde bulunmaktadır. Bu sorun çözüme tarzını kullanan kişiler, sorunu tanımlamakta, olası çözüm seçeneklerini üretmekte, en iyi çözüm seçeneğini seçmekte, çözümü uygulamakta ve değerlendirme yapmaktadır (Nezu 2004, Bell and D’Zurilla 2009, Eskin 2009).

#### **4.4.4.2. Birinci basamakta kullanılan sorun çözme modeli**

Bu model, Gath ve Maynors-Wallis (2000) tarafından, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişiler arasındaki ruhsal sorunların sağaltımı için önerilen bir sorun çözme sürecidir. Bu sürecin aşamaları, tedavi ve mantığının açıklanması, sorunların netleştirilmesi ve tanımlanması, ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi, çözüm seçeneklerinin üretilmesi, uygun çözüm seçeneğinin seçilmesi, seçilen çözüm seçeneğinin uygulamaya koyulması, değerlendirme şeklindedir (Eskin 2009).

#### **4.4.4.3. Sorun çözmenin bilgi işleme modeli**

Heppner ve Krauskopf (1987) tarafından geliştirilen bu modele göre, insanlar karşılaştıkları sorunlarla ilgili bilgileri almakta ve aldıkları bilgi ile sorunun çözümüyle ilgili hareket planları oluşturmakta ve bu hareket planları da uygulanmaktadır. Bu model, algılama, hedef belirleme, planlama-örüntü eşleştirmesi ve sorun çözme işlemleri olmak üzere dört süreçten oluşmaktadır (Eskin 2009).

#### **4.4.5. Sorun çözmede işlem aşamaları**

Sosyal sorun çözme süreç modeline göre sorun çözme süreci sekiz aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar, değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi, soruna yönelim eğitimi, sorunların tanımlanması, hedeflerin belirlenmesi, çözüm seçeneklerinin oluşturulması, uygun bir çözüm seçeneğinin seçilmesi, seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması ve uygulamanın değerlendirilmesidir (Eskin 2009).

##### **4.4.5.1. Değerlendirme görüşmesi**

Bu görüşme de danışanla tanışma, terapötik ilişki kurulması, danışan hakkında genel bilgi toplanması, gelişim öyküsünün alınması, ana geliş nedeninin öğrenilmesi, beklentilerinin alınması, danışanın değerlendirme için daha önceden belirlenmiş olan ölçüm araçlarının doldurması ve danışanın tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi gibi işlemler yapılmaktadır. Danışanın sorun çözme tedavisi hakkında

bilgilendirilmesi bu görüşmede yapılacak işler arasında kritik bir öneme sahiptir. Sağaltım sürecine danışanın aktif bir biçimde katılmasının sağlanabilmesi için problem çözme tedavisinin mantığını öğrenmiş ve benimsemiş olması gerekir. Eğer bu gerçekleşmezse danışan kendisine verilecek ev ödevleri ve seans sırasındaki çalışmalar konusunda isteksiz olacaktır. Değerlendirme görüşmesinde ele alınacak konular şu şekilde sıralanabilir

- Danışanla tanışma ve sağaltımsal işbirliğine temel oluşturacak ilişki kurulması.
- Danışanın sorun çözme terapisinin mantığı hakkında bilgilendirilmesi.
- Danışanın tedaviye geliş nedeni ve sağaltımdan beklentilerinin belirlenmesi.
- Danışanın kişisel sıkıntılarının ve gelişim öyküsünün alınması.
- Danışanın sorun çözme terapisi için uygun olup olmadığının belirlenmesi.
- Danışanın belirlenmiş ölçüm araçlarını doldurmasının sağlanması (Eskin 2009).

#### **4.4.5.2. Soruna yönelim eğitimi**

Bu aşamada danışanın sorunlar karşısında takındığı tavrının, duygusal tepkilerinin ve davranışsal özelliklerinin değerlendirilmesi ve ele alınması gerekmektedir. Soruna yönelim eğitiminin gerçekleştirildiği görüşmede, danışanın karşılaştığı problemleri çözülebilecek olumsuz durumlar olarak görebilmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Unutmayın sorunların fark edilmesi çözüme %50 yaklaştırır. Sorun, insanların çözümü görememelerinde değil, sorunu görememelerindedir. Sorun yönelimi, danışanın sorunlar karşısında duygusal, davranışsal ve bilişsel işlevsel tepkiler gösterebilmesini sağlayacak beceriler öğretmeyi amaçlamaktadır. Amaç, işlevsel olmayan tutum, davranış ve bilişleri azaltmaktır. Bunun için:

- Danışanın, sorunları kendisine birer tehdit olarak görmesi yerine onları birer fırsat olarak değerlendirmesi.
- Sorunları çözülebilecek durumlar olarak algılaması.
- Kendi yeteneklerinin, sorunları çözebilmek için yeterli olacağını düşünmesi.

- Sorunları çözdüğünde yaşamın nasıl olacağı, nelerin değişeceği ve nelerin aynı kalacağını düşündürmesi.
- Kaçmanın sorunları çözmediğini bilmesi.
- Sorunlarla karşılaşınca aceleci davranmaması gerektiğini öğrenmesi.
- Sorunla karşılaşınca akla ilk gelen fikirle hareket etmek yerine durup biraz düşünmesi ve daha sonra çözüm için harekete geçmesi.
- Danışanın karşılaştığı sorunların kendi sorumluluğunda olduğu ve çözümlerinin de kendi sorumluluğunda olduğunu bilmesi ama gerekirse diğerlerinden yardım alabileceğini öğrenmesi gerekmektedir (Eskin 2009).

#### **4.4.5.3. Sorunun tanımlanması**

Sorun çözmede tanımlama tüm süreç boyunca devam etmektedir ve yeni bilgiler sürecin sürekliliğine katkı sağlamaktadır. Sorun tanımlama aşamasında, kişinin yaşadığı sorunları belirleme, desteklerini, kaynak ve güçlerini belirleme, sorunun çözümünde uygun olan yaklaşımları belirleme, durum, zaman ve sınırlılıkları belirleme, orunun çözümünde uygulayıcı ve kişinin sorumluluklarını belirleme önem taşımaktadır. Sorunun tanımının hedefi, sorunun doğasını netleştirmek ve anlamaktır. Sorunu anlamak çözümün yarısıdır (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Sorunun ifade ediliş tarzı, soruna yaklaşım biçimini büyük ölçüde etkilemektedir. Eğer sorun iyi tanımlanmazsa sorun yerine başka bir konu üzerinde dikkat çekilebilir. Sorun genel düzeyde ifade edilince, çözüm üretmek zorlaşır. Özel bir davranış sorun olunca, söz konusu davranışı değiştirebilmek daha olası hale gelir. Bazen sorun baştan yanlış tanımlandığından gözde o kadar büyüyebilir ki, çözüm için seçenekler aramaya bile girilmez. Sorunun kapsamı daraltılıp belli bir davranışa indirgenince gerçekçi çözüm yolları aramak olasılığı artmaktadır. Sorunun özünü doğru ve gerçekçi bir biçimde ifade edebilmek için “Hangi sonuçlara ulaşmak istiyorum?” sorusunu kişi kendine sorarak nasıl bir sonuç beklediğinin, neye ulaşmak istediğinin bilinmesi gerekir. Her sorun şu andaki durumu, her hedef de bireyin

olmasını istediği yani ulaşmak istediği durumu tanımlamaktadır. Bu nedenle hedefin, sorunun tam tersi olduğu söylenebilir (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Bu görüşmenin amacı danışanın sıkıntı yaşamasına neden olan sorun durumların tanımlanmasıdır. Sorunları tanımlama temel olarak üç evreden oluşmaktadır. Söz konusu işlem basamaklarını içeren üç evre şunlardır.

#### **4.4.5.3.A. Duygusal belirtilerin tanımlanması**

Bu evrede danışanın şikâyetleri ve duygusal sıkıntı ve belirtilerinin ayrıntılı bir listesinin alınması gerekmektedir. Bu evrede temel amaç danışanın yaşamakta olduğu sıkıntı ve şikâyetlerin belirlenerek listelenmesidir. Burada, sorunların tanımlanması aşamasında verilen şemanın kullanılması faydalı olacaktır. Söz konusu sıkıntı ve şikâyetlerin belirlenmesi ve listelenmesi gerçekleştirildikten sonra sıra bunları doğuran veya neden olan sorunları tespit etmeye gelmektedir (Çizelge 1) (Eskin 2009).

#### **4.4.5.3.B. Sorunun formüle edilmesi**

Bu evrede temel amaç, danışanın baş etmede zorlandığı problemlerin neler olduğunu saptamaktır. Sorunlarını tanımlayamayan danışanlar için sorun çözme eğitimsi daha ayrıntılı bir inceleme yapmalıdır. Sorun nedir? Sorun ne sıklıkla olmaktadır? Sorun ne kadar ciddidir? Sorunun çözülme olasılığı nedir? gibi sorular sorularak danışanın net ve somut bir şekilde sorununu dile getirebilmesi ve karmaşık sorunların küçük parçalara ayrılarak danışan tarafından algılanabilmesi sağlanmalıdır. Sorun durumların bulunması işleminde de, duygusal belirtilerin belirlenmesinde olduğu gibi, sorunların tanımlanması aşamasında verilen şema kullanılabilir (Çizelge 2) (Eskin 2009).

#### **4.4.5.3.C. Duygusal belirtiler ile sorunların ilişkilendirilmesi**

Bu görüşmenin temel amacı, belirlenen belirtiler ve sorunlar arasında nedensel bir ilişki kurulmasıdır. Belirtiler ve sorunlar arasında ilişki kurulması, danışanın tanımlanacak olan problemlerin çözümü konusunda işlemler yapma ve girişimlerde bulunmak için çaba sarf etmesine istekli olmasını, aynı zamanda birinci görüşmede kendisine tanıtılan sorun çözmenin mantığını daha iyi anlamasını da sağlayacaktır (Eskin 2009).

#### **4.4.5.4. Hedeflerin belirlenmesi**

Sıkıntıya neden olan sorunun tanımlanmasından sonra sıra hedef belirlemeye gelmiştir. Hedef, danışana, belirlenen sorun durumla ne yapacağı konusunda fikir verecek ve onu yönlendirecektir. Sağaltımsal hedeflerin belirlenmesi sadece sorun çözme eğitime özgü olmayıp, tüm ruhsal sağaltım yöntemlerinde yapılan bir işlemdir. Sağaltım sürecinde hedefin belirlenmiş olması, tedavi sürecinin amaç yönelimli bir etkinlik olmasını sağlar. Sorun çözme eğitiminde oluşturulabilecek hedefler, kapsam açısından iki şekilde belirlenebilir. Buna göre hedefler sorun odaklı veya duygu odaklı olabilirler. Sözü edilen hedefler aşağıda kısaca tanıtılmaktadır (Eskin 2009).

##### **4.4.5.4.A. Sorun odaklı hedefler**

Bu tür hedefler, sorun durumunda bir değişiklik yapabilmenin olası olduğu durumlarda oluşturulur. Örneğin, başkalarının istekleri karşısında istediği halde “hayır diyemeyen” bir danışanın yaşadığı sıkıntıları azaltmak için belirlenecek olan sorun karşısında “hayır diyebilmeyi öğrenme” hedefi sorun odaklı bir hedeftir (Eskin 2009).

#### **4.4.5.4.B. Duygu odaklı hedefler**

Duygu odaklı hedefler, sorun durumunda bir değişiklik yapılamadığı durumlarda belirlenir. Örneğin, kanser tanısı almış bir danışan yaşadığı ruhsal sıkıntıları azaltmak için, sorun çözme eğitimi kanseri tedavi etmeyi değil, hastanın kanser tanısında ruhsal olarak daha az etkilenmesini hedefleyebilir. Hedeflerin türleri değil, nasıl belirlenecekleri ve belirlenirken dikkat edilecek hususlarda önemlidir. Hedeflere ulaşmak için gerekli kaynağın kendisi olduğunu bilen bir danışan, eğitimciyle birlikte erişilebilir, nesnel, amaca yönelik, davranışsal terimlerle ifade edilebilen ve gerçekçi hedefler belirlemelidir (Çizelge 3). Bunun yapılabilmesi için,

- Danışanın güçlü yönlerinin ve kaynaklarının belirlenmesi,
- Eğitim, boş zaman, sosyal destek ve maddi kaynaklarının belirlenmesi,
- Sosyal destek alabileceği kimselerin belirlenmesi,
- Danışanın sıkıntı ile baş edebilmesi için gerekli olan kendine yardım gruplarının bilinmesi önemlidir (Eskin 2009).

Hedefler belirlenirken dikkat edilmesi gereken faktörler, hedefler olabildiğince gerçekçi ve ulaşılabilir bir biçimde ifade edilmelidir. Belirlenen hedefler ve alt hedefler, bireyin olanakları ve yetenekleri ile tutarlı olmalıdır. Gerçek dışı ve ulaşılamaz hedeflerde gösterilen bütün çabalar boşa çıkacaktır. Belirlenen hedefler birey tarafından benimsenmeli ve kendi yönünden ifade edilmelidir. En az sorun kadar hedef(ler) de birey tarafından benimsenmelidir. Eğer bireyin hedefi, bir başkasının davranışını değiştirmekse, hedef benimsenmemiş demektir. Hedefler genel değil, somut, ölçülebilir bir biçimde ifade edilmelidir (Eskin 2009).

#### **4.4.5.5. Çözüm seçeneklerinin üretilmesi**

Sorunu ve sağaltım hedefini belirledikten sonra sıra problemi çözecek seçeneklerinin üretilmesine gelmiştir. Sorun çözme eğitimcinin yol göstericiliğinde, danışanın yargılamadan ve yargılanmadan fazla çözüm seçeneği üretmesi için teşvik edilmesi bu aşamanın temelini oluşturmaktadır. Danışanın sorunun çözümü

doğrultusunda ürettiği seçenekler bir liste halinde yazılmalıdır (Çizelge 4) (Eskin 2009).

Olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretebilmek için kullanılabilecek yöntemler şunlardır. **Beyin fırtınası yöntemi**, burada danışana olabildiğince fazla çözüm seçeneği üretmesi için aklına ne tür seçenek gelirse gelsin kaydetmesi istenir. Bunu yaparken hem danışan hem eğitimci seçenekleri değerlendirmelidir. Önemli olan akla gelenlerin kaydedilmesidir. **Yeniden çerçeveleme**, bilişsel yeniden yapılandırmaya benzeyen bir yöntem olan yeniden çerçevelemede, danışanın sorun durumu alıştığı bakış açısının dışında başka bir pencereden görmesi sağlanır. Alışık olduğu bakış açısı, danışanı kilitleyerek üzerinde çözüm seçeneği üretmesini engelliyor olabilir. **Bir arkadaşta tavsiye yöntemi**, bu yöntemde danışandan yakın bir arkadaşının da benzer sorunu olduğunu ve arkadaşının önündeki boş bir sandalyede oturduğunu hayal etmesi söylendikten sonra sözü edilen arkadaşına sorununu çözebilmesi için verebileceği tavsiyeleri söylemesi ve kaydetmesi istenmektedir. **Eğitimcinin önerileri**, bazı durumlarda yukarıdaki teknikler uygulansa bile, danışan yeterince çözüm seçeneği üretemiyor olabilir. Böyle durumlarda eğitimcinin danışanına kendi düşüncelerinden yola çıkarak bazı önerilerde bulunabilir (Eskin 2009).

#### 4.4.5.6. Uygun çözüm seçeneğinin seçilmesi

Buraya kadar danışanın sorunu tanımlamış, hedef belirlenmiş ve sorunu çözebilecek çözüm seçenekleri üretilmiştir. Bu aşamada listelenen çözümlerin birlikte üzerinden geçilerek en uygun olanının seçilmesine karar verilecektir. Uygun çözüm seçeneğinin seçilmesinde göz önüne alınacak altın kural çözüm seçeneğinin hem tanımlanan sorunu çözmesi hem de belirlenen hedefi gerçekleştirmesidir (Eskin 2009).

Sorunu çözmek için seçeneklerin üretilmesinin hedefi sorun karşısında çözümler elde edebilmek için tüm olasılıkları göz önünde bulundurup, bunları büyüteç altına almak ve bunların arasından en iyisini seçmektir. Karar vermenin

amacı, var olan çözüm alternatiflerini değerlendirmek ve bunların arasından sorunun çözümü için en iyi olabilecek olanı seçmektir. Bu aşamada değişik çözüm seçenekleri aramaya başlanır. Sorunun kapsamı ne? Sınırları belli mi? Her seçeneğin avantaj ve dezavantajları neler? Çünkü içinde bulunduğu durumun sınırlarını gerçekçi olarak bilmeyen, olduğundan büyük ya da küçük sananlar, sorunun çözümünde etkili seçeneklere ulaşmakta güçlük çekerler (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Tek bir seçeneğin üzerinde durmak yerine, bir seçenekler listesi yapmak daha verimli olur. İlk adımda en doğru seçeneği bulmak isteyen kişi tıkanıp kalabilir ve bir süre sonra hiçbir sonuca ulaşamadığı izlenimi edinerek sorunu çözmekten tümüyle vazgeçebilir. Bu nedenle liste hazırlanırken listeye girecek bir seçeneğin bütün koşullara girmesi aranmamalı, kendini kısıtlamadan akla gelen bütün olası seçenekler yazılmalıdır. Daha sonra bilinen sınırlar çerçevesinde her seçeneğin gerçekçi olup olmadığı üzerinde tek tek durulmalıdır (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Uygun çözüm seçeneğinin hangisi olacağını karar vermede birtakım hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bir çözüm seçeneğinin sorunu çözmesi ve hedefi gerçekleştirmesinin yanında, seçeneklerin değerlendirilmesinde her çözüm seçeneğinin avantaj ve dezavantajları belirlenmeli, birbiriyle karşılaştırılmalı ve kişinin sosyal ve kişisel kaynakları da gözden geçirilmelidir. Hangi seçeneğin veya seçeneklerin uygun çözüm seçeneği olacağına karar verilmesinde niteliksel değerlendirmeler yapılabileceği gibi, tüm seçenekler niceliksel değerlendirmeye de tabi tutulabilir. Her çözüm seçeneğinin puanlanarak sayısal değerlendirmesinde, ilgili bölümde önerilen değerlendirme tablosu kullanılabilir (Çizelge 5). Söz konusu değerlendirme yapılırken her seçenek aşağıdaki ölçütler göz önüne alınarak değerlendirilir. Çözüm seçeneklerinin ölçütler üzerinde aldıkları puanlar toplanarak en uygunundan en az uygununa doğru sıralanabilirler. Bu sıralamaya göre en fazla puan alanından başlayarak en uygun çözüm seçeneği belirlenir (Çizelge 6). Sözü edilen ölçütler şunlardır,

- Çözümün sorunu çözmesi
- Çözümün hedefle uyumu
- Çözümün uygulanabilirliği
- Çözümün kabul edilebilirliği (Eskin 2009).

#### **4.4.5.7. Seçilen çözüm seçeneğinin uygulanması**

Sorun çözme eğitiminde sıra, sorunu çözüp, hedefi gerçekleştirecek çözüm seçeneğinin uygulanmasına gelmiştir. Seçilen çözüm seçeneği eğer danışana karmaşık gelmişse parçalara ayrılmalı ve hastanın motive olması sağlanmalıdır. Danışanın çözümü uygulamada hazır olmasını sağlamak için karşılaşılabileceği zorlukların ele alınması gerekir. Bunun için ona çözümle uyumlu, hastanın yapabileceği çeşitli ev ödevleri verilmelidir (Çizelge 7) (Eskin 2009).

Bu aşamada danışanın çözüm seçeneğini uygulayabilmesi için gerekli becerilerin neler olduğunun ele alınması önemlidir. Danışanın korkularının belirlenip güdülenmesi sağlandıktan sonra uygulama için gerekli becerileri öğrenmesi gerekebilir. Bu tür durumlarda eğitimci, danışanına söz konusu becerileri önce ofisinde öğretir. Onun için oyunlaştırma ve benzeri teknikler kullanılabilir. Ofis ortamında öğrenilen becerileri danışanın gerçek yaşamda çözümü, uygulamada kullanabilmesi için birlikte karar verecekleri ev ödevi belirlenir. Burada danışan ödevin gerekliliği konusunda güdülenmiş ve ikna olmuş olmalıdır (Eskin 2009).

Uygulama aşamasında hedef ya da hedeflere ulaşmak için seçilen alternatifler uygulamaya konur. Sorun çözmenin temel noktası, yapılan uygulamalardır. Eğer uygulama programı dikkatlice oluşturulmuşsa yani sistematik ve çok karmaşık adımlar içermiyorsa, birey programda adım adım ilerleyebilir. Eğer birey pek çok şeyi hemen yapmaya çalışırsa, bu sorunu çözebilme şansı pek olmaz ve eylem de devam edemez ya da birey program boyunca amaçsız davranışlarda bulunabilmektedir (Kelleci 2003, Küçük 2006).

Burada birey eyleme geçtikçe, eyleme ilişkin bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Birey değişmeyi hem gelişmesini sağlayan hem de acı veren bir yaşantı olarak yaşayabilir. Birey hem başarıyı, hem de başarısızlığı yaşayabilir. Yapılan eylemler sonucunda, daha önce belirlenmiş olan sorunla ilgili yeni boyutlar ya da yeni sorunlar ortaya çıkabilir. Çözümün uygulanması ve doğruluğunu kanıtlama aşamasının amacı, çözüm sonuçlarının gözden geçirilmesi ve sorun yaratan durum ile uğraşılırken çözümün etkinliğinin değerlendirilmesidir. Genellikle bireylerin sorunlarıyla ilgili geliştirdikleri bir başa çıkma şekilleri vardır. Bireyin normalde baş etmesi iyidir ancak o anda yaşadıkları nedeniyle sorunlarını çözemiyor olabilir veya bireyin başa çıkma kaynakları yetersizdir ve bu nedenle sorunlarını çözemiyor olabilir. Bu durumun belirlenmesi ve dikkatli bir şekilde tanımlamanın yapılması gerekmektedir (Kelleci 2003, Küçük 2006).

#### **4.4.5.8. Uygulamanın değerlendirmesi**

Bu evre, uygulamanın nasıl gittiği ve ilgili sorunların belirlendiği sağaltımın son aşamasıdır. Eğitimin nasıl gittiği, amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı değerlendirilmeli ve eğitim sırasında ortaya çıkan sorunlar sorun çözme eğitimindeki aşamalar gibi ele alınmalıdır. Eğer uygulama başarılı olmuş ve hedef gerçekleşmişse sorun çözme süreci sonlandırılır. Eğer uygulama gerçekleşmemişse engellerin neler olduğu ve nasıl aşılabacağı üzerinde durulur. Problem sürecin hangi aşamasında tıkanıklığın olduğu tespit edildikten sonra o işlem basamağına dönülerek oradan süreç yeniden başlatılır. Örneğin sorun iyi tanımlanmamışsa o zaman sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi aşamasına geri dönülerek sorun çözme süreci yeniden başlatılır (Kelleci 2003, Küçük 2006, Eskin 2009).

#### **4. 5. Hemşirelerin Çalışma Koşulları ve Hemşireliğe Etkileri**

Hastaneler, haftada yedi gün 24 saat hizmet veren, verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışmanın zorunlu olduğu kurumlardır. Sağlık personeli normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak zorunda kalan, yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla

yarısan bir gruptur. Vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmak, bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilemekte, bu olumsuz etkiler de hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmektedir. Hemşirelik mesleği de, sağlık ekibi içerisinde hasta birey ve ailesinin her türlü problemlerinde 24 saat başvurulmuş bu nedenle de sağlık ekibi içerisinde kilit rol oynayan bir meslek grubudur. Çalışma ortamından kaynaklanan birçok olumsuz faktör, hemşireliğin stresli bir meslek olmasına neden olmaktadır Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO: International Labour Organization) hemşirelerin çalışma koşullarının bağlı stresörleri, yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hasta kişiyle çalışmaya bağlı duygusal stres, yoğun bakım gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (Türk Hemşireler Derneği (THD) 2008).

Yaşanılan stresin sağlık ekibi açısından, fiziksel ve psikolojik semptomlar, tükenmişlik ya da psikiyatrik sorunlar gibi sonuçları vardır. Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler bu stresörlerden en çok etkilenen gruptur. Ayrıca hemşirelik, sıklıkla stres ile karakterize olan birçok özgün çatışmanın yaşandığı bir meslektir. (Arranz, Ulla, Ramos, Rincon, Lopez-Fando 2005, İşçen 2006, Aydın 2007, Chen, Lin, Wang, Hou 2009, Lim, Bogossian, Ahern 2010a, Lim, Bogossian, Ahern 2010b, Askher, Penprase, Salman 2012).

Hemşirelerle yapılan çalışmalarda, organizasyonel ortam, süpervizyon uygulamaları, ağır iş yükü, düşük ücret, etik ve yasal konular, hasta/hasta ailesi, ekip ve meslektaşlarla ilişkiler ve iletişim, hastaların bakım sorumluluğu, hastaya bakım vermede hemşirelerin algıladığı rol çatışması ve belirsizlikler, hasta ve ailelerinin duygusal isteklerini karşılamada yetersizlik duyguları, yoğun bakım gerektiren veya ölmek üzere olan hastalara bakım verme, hemşirelikle ilgili bilgi ve beceriler hemşirelerde stres yaratan faktörler olarak belirlenmiştir (Cohen-Katz et al 2004, Delvaux et al 2004, Arranz et al 2005, Barnard, Street, Love 2004, Aydın 2007, Onan 2009, Wu, Chi, Chen, Wang, Jin 2010, Gholamzadeh, Sharif, Dehghan 2011). Bu stresörlerin yanında hemşirelik mesleğinin çoğunlukla kadınlar tarafından yerine getirilmesi, anne ve kadın rollerinin getirdiği sorumluluklar ve toplumsal baskılar da

büyük önem taşımaktadır (Aydın 2007, Yüksel ve Özgür 2008, Lee, Tsai, Tsai, Lee 2011, Tel, Aydın, Karabey, Vergi, Akay 2012).

Hemşirelerde stresin, hasta-hemşire ilişkisinin şeklinden, sosyo-kültürel ve psikolojik etmenlerden kaynaklandığı gibi çevrenin fiziksel özellikleri ile karmaşık hale geldiği de vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerde yoğun stres olduğunu ve iş yerindeki uzun süreli ve sık olarak tekrarlayan stresli deneyimlerin kişilerde migren, koroner arter hastalıkları, kaslarda gerginlik, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına; anksiyete, çaresizlik, benlik saygısında düşme, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, işe devamsızlık, tükenme sendromu, işi bırakma, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür. Ayrıca, hemşirelerdeki bu olumsuz etkilenmenin yalnızca bireysel ve örgütsel sonuçları yoktur, verilen hemşirelik hizmetlerinin kalitesindeki düşmeye bağlı olarak hasta ve ailelerini de olumsuz etkilemektedir (Tel ve ark. 2003, 2012, Begat and Severinsson 2006, Aydın 2007, Poncet et al 2007, Taşçı, Özer, Koştı 2007, Polat 2008, Taze 2008, Yüksel ve Özgür 2008, Chen et al 2009, Özcanarşlan 2009).

Yapılan bir çalışmada da hemşirelerin iş ile ilgili stres faktörleri, mesleki rolleri ve kişisel özellikleri olarak belirlenmiştir. Mesleki rolle ilgili olanlar, rolün üzerinde çalışma, rol tanımında eksiklik, tükenmişlik, sorumluluklar şeklindedir. Kişisel özellikler bakınca, dinlenme, kendine bakım, sosyal destek, akılcı baş etmelerin olmaması olarak görülmüştür (Wu et al 2010). Bir diğer çalışmada hemşirelerin stres faktörleri, agresif hasta davranışı, iletişim zayıflığı, bürokratik işlemler, yöneticilerin az destek olmaları olarak ifade edilmektedir (Lim et al 2010a). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Polat 2008) ise hemşirelerin stres faktörleri, yönetim tarzı ve dengesiz iş yükü, hastalık süreci ve ölüm, hasta güvenliği, işin tanımlanmaması, hekim davranışı, mesleki gelişim ve kurum politikası şeklinde belirlenmiştir.

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN: International Council of Nursing)'ne göre hemşirelerin iş stresinin nedenleri,

- Çalışma koşulları: Vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışma, yetersiz ücret, fazla mesai, çatışma, ayırım yapılması, çalışma ortamındaki tehlikeler.
- Çalışma ortamındaki ilişkiler: yöneticilerle, birlikte çalıştığı kişilerle olumsuz ilişkilerin olması.
- Çatışma ve rol belirsizliği: Rollerin kötü tanımlanması, görevler ve beklentilerin farklı olması.
- Çevresel faktörlerin yetersiz olması: Çalışma ortamına uygun olmayan çevresel faktörlerin olması, araç-gereç yetersizliğinin ve iş güvenliğinin yetersiz olması.
- Çalışma yaşamı ile özel yaşam arasındaki engeller: Zamanında yapılması beklenen görevler ile özel yaşamdan kaynaklanan sorunların olması.
- Mesleki gelişme: Mesleki olanaklara ulaşamama, bireysel ilgi alanına uygun olmayan pozisyonda çalışma, yeni bilgi öğrenme ve gelişme olanaklarında eksiklik olması.
- İşin niteliği: İş ortamının ve iş yükünün hemşirelerin dayanma gücünün üzerinde olması (Özcanarşlan 2009).

ICN'e göre hemşirelerin iş stresinin kaynakları,

- Ölmek üzere olan birine bakım verme ve ölüm,
- Yönetici, meslektaşları ve diğer sağlık bakım profesyonellerini de içine alan diğer çalışanlarla çatışma yaşama,
- Hasta ve yakınlarının gereksinimlerini karşılamada yetersizlik,
- Çalışan personel sayısının yetersizliği,
- İş yükünün artması,
- Tedavi planlarıyla ilgili belirsizlik yaşanması (Özcanarşlan 2009).

#### **4.5.1. Yoğun bakım hemşireliği ve iş stresi**

Yoğun bakım hemşiresi, “karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemi olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak,

koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir” şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Ek:2. 19 Nisan 2011. Sayı:27910). Yoğun bakım servisleri, yaşamı tehdit altında olan bireylere olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (Terzi ve Kaya 2011). Buna bağlı olarak yoğun bakım hemşireliği de, yaşamı tehdit eden sorunlara bireyin verdiği tepkilere odaklanmış hemşirelik bakımı uygulayan özel bir alanı kapsamaktadır (Taze 2008, Terzi ve Kaya 2011).

Yoğun bakım servisleri kendi yapısı, hizmet niteliği nedeniyle ve birçok risk faktörü olmasından dolayı, iş stresi yönünden diğer çalışma ortamlarından farklılık göstermektedir. Bu farklılık çalışanların daha fazla iş stresi ve tükenmişlik yaşamlarına sebep olmaktadır (Taze 2008, Burgess, Irvine, Wallymahmed 2010, Popa et al 2010).

Yoğun bakım servislerinde bulunan stres faktörleri,

- Birim donanımının ve hasta bakımının karmaşık olması,
- Çalışan hemşirelerin geniş sorumluluğa sahip olmaları,
- Genel durumu stabil olmayan (ölüme yakın olan) hastaya bakım vermeleri ve sürekli ölen hastayla karşılaşmaları,
- Yerine getirilmek zorunda olunan kurum prosedürleri,
- Hastaya acil müdahale etmek zorunda olmaları ve bu duruma karar verme yetkilerinin olmaması, etik sorunların olması,
- Çalışma ortamının kapalı olması,
- Hasta yakınlarıyla iletişimde güçlük yaşama,
- Kurum yöneticilerinin ve üstlerinin beklentileri,
- Yönetici, hekim, diğer birimler ve birim içi iletişim sorunları, şeklinde görülmektedir (Bakker, Le Blanc, Schaufeli 2005, Raggio and Malacarne 2007, Taze 2008, Burgess et al 2010).

Yoğun bakımda çalışan hemşireler, yüksek stres altında çalışmakta, fiziksel-psikolojik açıdan yıpranmakta, tükenmişlik yaşamakta, işten ayrılmakta daha da önemlisi işinde kalıp verimsiz çalışmaktadır. Çalışan hemşirelerin yaşadığı bu olumsuz durum hasta bakım niteliğinin azalmasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır (Verdon, Merlani, Perneger, Ricou 2008).

Yoğun bakım hemşirelerinin stres kaynaklarına bakıldığında, hekimlerin istekleri, çalışırken işin bölünmesi, meslektaşlar arası yaşanan çatışmalar, ödüllendirmenin olmaması, uzun çalışma saatleri-gece mesaisi olarak belirtilmektedir (Altıntoprak ve ark 2008). Yoğun bakım servislerinde ölüm oranının da yüksek olması bir diğer önemli stresör olarak görülmektedir (Jannati, Mohammadi, Seyedfatemi 2011, Terzi ve Kaya 2011). Ayrıca yapılan çalışmalarda (Bakker et al 2005, Raggio and Mallcarne 2007, Poncet et al 2007, Verdon et al 2008), yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri etik zorlanma ile de karşılaşmakta ve bu duruma bağlı olarak da fiziksel, duygusal, psikolojik açıdan yıpranmaktadır. Bunun sonucu olarak da hasta bakımında bakımın kalitesi düşmektedir (Cavaliere, Daly, Dowling, Montgomery 2010).

Profesyonel hemşirelik davranışında güçlü bilgi temeline dayanan karar verme yeteneği ve etkili sorun çözme stratejilerini kullanma ve bu doğrultuda hasta bakım becerilerini geliştirme son derece önemlidir. Hemşireler hasta bakımı, ekip çalışması, yönetimle ilgili sorunlarla sık sık karşılaşmakta ve bu sorunları etkili bir şekilde çözmeleri gerekmektedir. Sorun çözme hemşirelik uygulamalarının merkezidir ve hemşirelerin sorun çözme becerilerini geliştirmeleri hasta bakım kalitesinin yükselmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Kelleci ve Gölbaşı 2004).

## 5. GEREÇ YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Amacı

Yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla, deney ve kontrol gruplarını içine alan, ön-test ve son-test ölçümlü deneysel bir çalışmadır.

### 5.2. Araştırmanın Hipotezleri

- 1- Sorun çözme eğitimi uygulanan grubun, uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, stresle başa çıkma tarzlarında, soruna yönelik etkili olanlarda **artma**, duygulara yönelik etkisiz olanlarda **azalma** olacaktır.
- 2- Sorun çözme eğitimi uygulanan grubun, uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, tükenmişliği içine alan, **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** düzeylerinde **düşme**, **kişisel başarı**'da **artma** olacaktır.
- 3- Sorun çözme eğitimi uygulanan grubun, uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, **sorun çözme yeteneğine güven**, **yaklaşma-kaçınma**, **kişisel kontrol ve toplam puan**'da eğitim öncesine göre eğitim sonrasında düşme olacaktır.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Antalya ili içerisinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 84 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, 1 kişinin doğum izninde, 4 kişinin senelik izinde olması ve 16 kişinin de araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle kalan 63 hemşirenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Anket numaralarına göre, tek numaralar deney grubuna, çift numaralar kontrol grubuna alınarak, 63 hemşirenin 32'si araştırmanın deney grubunu, 31'i de kontrol grubunu oluşturmuştur.

## 5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

### 5.4.1. Tanıtıcı form (Ek:2)

Araştırmacı tarafından geliştirilen katılımcıların kişisel özelliklerini içine alan 10 sorudan oluşan bir formdur.

### 5.4.2. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (Ek:3)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ‘Ways Of Coping Inventory’ ölçeğinden Türkçe’ye uyarlanan stresle başa çıkma tarzları ölçeği’nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Bu ölçeğin **soruna yönelik etkili yollar** ile **duygulara yönelik etkisiz yollar** olmak üzere, isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut **“kendine güvenli yaklaşım”**, **“iyimser yaklaşım”**, **“çaresiz yaklaşım”**, **“boyun eğici yaklaşım”** ve **“sosyal desteğe başvurma”** adı verilen beş faktörde yansımaktadır. Soruna yönelik etkili yollar, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma, duygulara yönelik etkisiz yollar ise, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır. Bu faktörlerin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, kendine güvenli yaklaşım 0.62-0.80, iyimser yaklaşım, 0.49-0.68, çaresiz yaklaşım, 0.64-0.73, boyun eğici yaklaşım, 0.47-0.72 ve sosyal desteğe başvurma, 0.45-0.47 olarak belirlenmiştir. Toplam 30 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bu ölçekte, sosyal desteğe başvurma’nın hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Ölçekten, soruna yönelik etkili yollara sahip kişilerin, **kendine güvenli yaklaşım**, **iyimser yaklaşım** ve **sosyal desteğe başvurma** puan ortalamalarının **yüksek**, **çaresiz yaklaşım** ve **boyun eğici yaklaşım** puan ortalamalarının **düşük** olması beklenmektedir. Her bir faktöre ait maddeler, kendine güvenli yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), iyimser yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), çaresiz yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), boyun eğici yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24), sosyal desteğe başvurma (1, 9, 29, 30) olarak belirtilmektedir (Şahin ve Durak 1995, Türküm 2002, Temel, Bahar, Çuhadar 2007, Güler ve Çınar 2010). Çalışmamızda ölçeğin her bir faktöre ait Cronbach Alfa katsayıları, kendine güvenli

yaklaşım 0.77, iyimser yaklaşım 0.79, çaresiz yaklaşım 0.91, boyun eğici yaklaşım 0.76 ve sosyal desteğe başvurma 0.72 olarak saptanmıştır.

#### **5.4.3. Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ) (Ek:4)**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından 1981’de geliştirilen ve Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin (1992) ve Çam (1996) tarafından yapılan, tükenmişlik düzeyini üç alt boyutta değerlendiren bir ölçektir. Bu üç alt boyut, ‘duygusal tükenme’ (DT), ‘duyarsızlaşma’(DYS) ve ‘kişisel başarı’dır (KB). Duygusal tükenmeyi (DT) 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), duyarsızlaşmayı (DYS) 5 madde (5,10, 11, 15, 22) ve kişisel başarıyı (KB) 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) üzerinden ölçmektedir. Ölçek 7’li Likert tipi 22 maddelik bir araç olup 0-6 arası puanlanmaktadır. DT ve DYS boyutlarındaki maddeler olumsuz, KB boyutundaki maddeler ise olumludur. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlarda kesme değeri olmadığı için tükenmişlik var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliği yaşamakta olan bireylerde DT ve DYS puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük olması beklenmektedir (Ergin 1992, Çam 1996).

Maslach ve Jackson (1981) MTÖ’nin her bir alt testi için güvenirlik katsayısı duygusal tükenme 0.89 ve 0.86, kişisel başarı için 0.74 ve 0.74, duyarsızlaşma için 0.77 ve 0.72 olarak bulunmuştur. Ergin (1992) tarafından Türkçe’ye uyarlanması sonrasında da söz konusu üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alfa katsayıları, duygusal tükenme 0.83, duyarsızlaşma 0.65 ve kişisel başarı 0.72’dir (Ergin 1992). Çalışmamızda ölçeğin üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alfa katsayıları, duygusal tükenme 0.74, duyarsızlaşma 0.73 ve kişisel başarı 0.77 olarak saptanmıştır.

#### **5.4.4. Problem çözme envanteri (PÇE) (Ek:5)**

Heppner ve Petersen tarafından 1982 yılında geliştirilen Problem Çözme Envanteri (PÇE), insanların sorun çözme becerilerinin düzeyini ölçmek yerine, kişilerin kendi sorun çözme yetilerini nasıl algıladıklarını ve değerlendirdiklerini ölçmektedir. Araç sorun çözme süreci aşamalarını belirleyen, kişilerin kendi sorun çözme davranışları ve yaklaşımları hakkında ne düşündüklerini değerlendirmektedir.

Ölçek, psikolojik danışmanlık, tıp ve eğitim alanlarında bireyin sorun çözme ya da başa çıkma biçimini belirlemede kullanılabilmektedir (Savaşır ve Şahin 1997, Eskin, Akoğlu, Uygur 2006, Eskin 2009).

Ölçek 35 maddeden oluşmakta, ancak üç madde (9, 22, 29) puanlama dışı tutulmakta ve PÇE puanı hesaplanırken 32 madde kullanılmaktadır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçeğin 3 alt boyutu vardır, kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını ifade eden sorun çözme güveni (5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34, 35. maddeler), gelecekte başvurmak için önceki sorun çözme çabalarını yeniden gözden geçirmeyi ve alternatif çözümler için aktif biçimde araştırmayı kabul eden yaklaşma-kaçınma biçimi (1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31. maddeler), sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini belirten kişisel kontrol boyutudur (3, 14, 25, 26, 32. maddeler) (Savaşır ve Şahin 1997, Eskin ve ark. 2006, Eskin 2009).

Ortalama cevap süresi 15 dakika olup, 6'lı Likert tipinde, her zaman "1" (tamamen katılmayı), hiçbir zaman "6" (tamamen katılmamayı) gösteren bir ölçektir. Elde edilecek puanlar 32-192 arasında değişmekte olup, **yüksek puan**, kişinin sorun çözme becerilerine daha **az** güvendiğini göstermektedir. **Düşük puan**, sorun çözmede etkili olduğunu ve başarılı sorun çözme ile ilgili davranış ve tutumları ifade ederken, **yüksek puan**, sorunlar karşısında **etkili çözümler bulamamayı** göstermektedir (Savaşır ve Şahin 1997, Eskin ve ark. 2006, Eskin 2009).

Ölçeğin üç alt boyutu vardır. **Sorun çözme yeteneğine güven**, kişinin yeni sorunlarını ele alma ve çözüme kavuşturma yeteneğine ne ölçüde güvendiğini ve çözme yeteneğine olan inancını ifade eder. **Yaklaşma-kaçınma**, bu boyutta kişinin sorunlar karşısında gösterdiği davranışsal özelliklerini değerlendirmektedir. Kişi bir sorunla karşılaştığında, onların üzerine mi gitmektedir, yoksa kaçmakta mıdır? **Kişisel kontrol boyutu**, kişinin sorunu ele almada gösterdiği öznel kontrol hissini değerlendirmektedir. Kişisel kontrol duygusu yüksek olan kişiler karşılaşacakları

sorunları çözmek için çaba gösterirler. Kontrol hissi az olan kişiler ise sorunlardan kaçma eğilimi gösterirler (Savaşır ve Şahin 1997, Eskin ve ark. 2006, Eskin 2009).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 244 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.88, yarıya bölme güvenirlik katsayısı ise 0.81'dir. Türkçe PÇE hem ölçüt bağıntılı geçerliğe hem de yapı geçerliğine sahiptir (Savaşır ve Şahin 1997, Eskin ve ark. 2006, Eskin 2009). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır.

### **5.5. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulama kısmı, 1 Mart 2011 ile 27 Şubat 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. İlk olarak hastanenin başhemşiresi, yoğun bakım servislerinden sorumlu olan başhemşire yardımcısı ve yoğun bakım servislerinin sorumlu hemşireleri ile görüşülmüş, araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Servis sorumlu hemşirelerinden hemşirelerin isim ve çalışma listeleri alınmıştır. Bu listeler doğrultusunda yoğun bakım servislerinde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere, numaralandırılmış olan Aydınlatılmış Onam Formu (Ek:1), Tanımlayıcı Anket Formu (Ek:2), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek:3), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Ek:4), Problem Çözme Envanteri (PÇE) (Ek:5) verilmiştir. Anket numaralarına göre, tek numaralar deney grubuna, çift numaralar kontrol grubuna alınmıştır. Bu durumda 32 hemşire deney grubuna, 31 hemşire kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubunda olan hemşirelere, toplam sekiz seanslık, birebir görüşme şeklinde, 20-30 dk süren sorun çözme eğitimi (Ek:9) verilmiş olup, kontrol grubundaki hemşirelere hiçbir işlem yapılmamıştır. Eğitim bittikten sonra (Ekim 2011) ve üç ay sonra (Şubat 2012) her iki gruba ölçekler tekrar uygulanmıştır. Hemşirelerin çalışma alanlarındaki işleyişi aksatmamak ve hemşirelerin eğitime daha rahat katılımları olduğu için, eğitimler 17.00-22.00 saatleri arasında, hemşirelerin dinlenme saatlerinde, hemşire odasında birebir görüşme şeklinde verilmiştir.

## 5.6. Araştırmanın Uygulama Şeması

**Tablo 5.1. Araştırmanın Uygulama Şeması**

| DENEY GRUBU                                                                                                                                                                                                       | KONTROL GRUBU                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Oturum: Tanışma, araştırma hakkında bilgi verme, hemşirelerden onay alma, “Tanımlayıcı Anket Formu” Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri’nin uygulanması. | 1. Oturum: Tanışma, araştırma hakkında bilgi verme, hemşirelerden onay alma, “Tanımlayıcı Anket Formu” Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri’nin uygulanması. |
| 2. Oturum: <b>Değerlendirme:</b> Kişi hakkında genel bilgi toplanma, sorun çözme eğitimi ile ilgili bilgi verilmesi, beklentilerinin belirlenmesi.                                                                | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 3. Oturum: <b>Soruna Yönelim Eğitimi:</b> Kişinin sorunlar karşısında takındığı tavrın, duygusal tepkilerin ve davranışsal özelliklerinin değerlendirilmesi.                                                      | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 4. Oturum: <b>Sorunun Tanımlanması:</b> Kişiyi sıkıntıya sokan sorunun tanımlanması.                                                                                                                              | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 5. Oturum: <b>Hedeflerin Belirlenmesi:</b> Belirlenen sorun durumla ne yapacağı konusunda fikir verme ve yönlendirme                                                                                              | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 6. Oturum: <b>Çözüm Seçeneklerinin Üretilmesi:</b> Kişinin fazla çözüm seçeneği üretmesi için teşvik edilmesi                                                                                                     | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 7. Oturum: <b>Uygun Çözüm Seçeneğinin Seçilmesi:</b> Tanımlanan sorunu çözen ve belirlenen hedefi gerçekleştirecek çözüm seçeneğinin seçilmesi.                                                                   | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 8. Oturum: <b>Seçilen Çözüm Seçeneğinin Uygulanması:</b> Hedefi gerçekleştirecek çözüm seçeneğinin uygulanması.                                                                                                   | .....                                                                                                                                                                                                             |
| 9. Oturum: <b>Uygulamanın Değerlendirmesi:</b> Sorun çözme eğitimiyle ilgili genel değerlendirme. Ölçeklerin tekrar uygulanması                                                                                   | Ölçeklerin tekrar uygulanması                                                                                                                                                                                     |
| Eğitimden 3 ay sonra izlem                                                                                                                                                                                        | 3 ay sonra izlem                                                                                                                                                                                                  |
| Ölçeklerin tekrar uygulanması                                                                                                                                                                                     | Ölçeklerin tekrar uygulanması                                                                                                                                                                                     |

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, deney ve kontrol grubu arasındaki farkların ve ölçeklerin puan ortalamalarının değerlendirilmesinde Student t testi, ölçek puanlarının eğitim bitimi ve 3 ay sonraki değişimlerinin incelenmesinde Analysis of Variance (ANOVA) testi ve gruplar arası farkın belirlenmesinde Least Significant Difference (LSD) testi kullanılmıştır.

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönleri**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'nun 02.11.2010 tarih ve 180 sayılı kararıyla “Yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarına, tükenmişlik düzeylerine ve sorun çözme becerilerine olan etkisi” adlı çalışmamıza etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır (Ek:6). Çalışmaya katılacak hemşirelere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiş, katılımı ile ilgili onayları alınmıştır (Aydınlatılmış Onam Formu Ek:1). Katılımcılara kimliklerinin açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Eğitimci, 104 saatlik “Sorun Çözme Terapisi” kursuna katılmış ve yeterlik belgesi almıştır (Ek:7). Kurumdan gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek:8). Çalışma bittikten sonra, aynı eğitim kontrol grubuna da verilecek ve çalışma bulguları araştırmanın yapıldığı kliniklerle paylaşılacaktır.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma hastanesinin yoğun bakım servisleri farklı olduğu ve her yoğun bakımda 15-20 hemşire çalıştığı için, belirli bir yoğun bakım belirlenmemiş, tüm yoğun bakım servislerindeki (dahiliye yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, kalp damar cerrahi yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım) araştırmayı kabul eden hemşirelerin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda toplanan verilerle ulaşılan bulgulara yer verilmiştir. Bu bulgular,

- Hemşirelerin demografik özellikleri,
- Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları,
- Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamaları,
- Problem Çözme Ölçeği puan ortalamaları ve ilişkilerine yönelik bulgular olmak üzere dört bölümde ele alınmıştır.

## 6.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

| Demografik Özellikler                  |                    | Deney Grubu |      | Kontrol Grubu |      | Toplam |             | $\chi^2/p$  |
|----------------------------------------|--------------------|-------------|------|---------------|------|--------|-------------|-------------|
|                                        |                    | n           | %    | n             | %    | n      | %           |             |
| <b>Cinsiyet</b>                        | Kadın              | 28          | 87.5 | 30            | 96.8 | 58     | <b>92.1</b> | 1.854/0.355 |
|                                        | Erkek              | 4           | 12.5 | 1             | 3.2  | 5      | 7.9         |             |
| <b>Yaş</b>                             | 20-34 yaş arası    | 22          | 68.8 | 22            | 71.0 | 44     | <b>69.8</b> | 0.037/0.848 |
|                                        | 35 yaş ve üzeri    | 10          | 31.2 | 9             | 29.0 | 19     | 30.2        |             |
| <b>Medeni durum</b>                    | Evli               | 24          | 75.0 | 17            | 54.8 | 41     | <b>65.1</b> | 2.816/0.093 |
|                                        | Evli değil*        | 8           | 25.0 | 14            | 45.2 | 22     | 34.9        |             |
| <b>Çocuk</b>                           | Var                | 21          | 65.6 | 16            | 51.6 | 37     | <b>58.7</b> | 1.276/0.259 |
|                                        | Yok                | 11          | 34.4 | 15            | 48.4 | 26     | 41.3        |             |
| <b>Meslekte çalışma süresi</b>         | 10 yıl ve daha az  | 11          | 34.4 | 14            | 45.2 | 25     | 39.7        | 0.765/0.382 |
|                                        | 11 yıldan fazla    | 21          | 65.6 | 17            | 54.8 | 38     | <b>60.3</b> |             |
| <b>Mezun olunan okul</b>               | SML** ve ön lisans | 22          | 68.7 | 16            | 51.6 | 38     | <b>60.3</b> | 1.932/0.165 |
|                                        | Lisans             | 10          | 31.3 | 15            | 48.4 | 25     | 39.7        |             |
| <b>Çalışılan birim tercihi</b>         | İstekli            | 20          | 62.5 | 26            | 83.9 | 46     | <b>73.0</b> | 3.650/0.056 |
|                                        | İsteksiz           | 12          | 37.5 | 5             | 16.1 | 17     | 27.0        |             |
| <b>Sıkıntıları ifade etmede zorluk</b> | Evet               | 10          | 31.3 | 9             | 29.0 | 19     | 30.2        | 0.037/0.848 |
|                                        | Hayır              | 22          | 68.8 | 22            | 71.0 | 44     | <b>69.8</b> |             |
| <b>Sigara ve alkol alışkanlığı</b>     | Evet               | 21          | 65.6 | 14            | 45.2 | 35     | <b>55.6</b> | 2.671/0.102 |
|                                        | Hayır              | 11          | 34.4 | 17            | 54.8 | 28     | 44.4        |             |

\*:Medeni duruma göre istatistiksel analiz yapılabilmesi için bekar ve boşanmış hemşireler evli olmayanlar grubunu oluşturmuştur.

\*\* : Sağlık Meslek Lisesi

Tablo 6.1.'de deney ve kontrol gruplarına ilişkin tanıtıcı özellikler yer almıştır. Deney grubundaki hemşirelerin %87.5'i ve kontrol grubundaki hemşirelerin %96.8'i kadın olup deney grubundaki hemşirelerin %68.8'i ile kontrol grubundaki hemşirelerin %71.0'ının yaşları 20-34 yaş arasındadır. Medeni durumlarına bakıldığında, deney grubundaki katılımcıların %75.0'ı ile kontrol grubundaki katılımcıların %54.8'inin evli olduğu görülmektedir. Deney grubundaki katılımcıların %65.6'sının, kontrol grubundaki katılımcıların %51.6'sının çocuğu vardır.

Deney grubundaki hemşirelerin %65.6'sı ve kontrol grubundaki hemşirelerin %54.8'i 11 yıldan daha fazla süredir hemşire olarak çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerden deney grubunda olanların %68.7'si ile kontrol grubunda olanların %51.6'sı SML ve ön lisans mezunu olan hemşirelerdir. Katılımcı hemşirelerden deney grubunda olanların %62.5'i kontrol grubunda olanların ise %83.9'u çalıştıkları birimi istekli tercih ettiklerini belirtirken, deney grubunda olanların %68.8'i ile kontrol grubunda olanların %71.0'ı sıkıntılarını ifade etmekte zorlanmadıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında, deney grubunda olan hemşirelerin %65.6'sı sigara-alkol alışkanlığı olduğunu söylerken, kontrol grubundaki hemşirelerin %54.8'i sigara-alkol alışkanlıklarının olmadığını söylemişlerdir. Bu sonuçlara göre gruplar arası benzerliğin homojen olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Eğitimden 3 Ay Sonra Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamaları**

| Alt Boyutlar                    | Deney Grubu<br>(n=32) |      |                     | Kontrol Grubu<br>(n=31) |      |                     |
|---------------------------------|-----------------------|------|---------------------|-------------------------|------|---------------------|
|                                 | Ort                   | SD   | F/p                 | Ort                     | SD   | F/p                 |
| <b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b> |                       |      |                     |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                   | 1.56                  | 0.76 | <b>53.336/0.000</b> | 1.75                    | 0.52 | <b>26.679/0.000</b> |
| Eğitim sonrası                  | 2.63                  | 0.53 |                     | 1.29                    | 0.39 |                     |
| Eğitimden 3 ay sonra            | 2.37                  | 0.62 |                     | 1.10                    | 0.29 |                     |
| <b>İyimser Yaklaşım</b>         |                       |      |                     |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                   | 1.34                  | 0.71 | <b>60.848/0.000</b> | 1.49                    | 0.58 | <b>24.039/0.000</b> |
| Eğitim sonrası                  | 2.48                  | 0.57 |                     | 1.10                    | 0.45 |                     |
| Eğitimden 3 ay sonra            | 1.98                  | 0.63 |                     | 0.78                    | 0.39 |                     |
| <b>Çaresiz Yaklaşım</b>         |                       |      |                     |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                   | 1.26                  | 0.78 | <b>5.817/0.007</b>  | 1.22                    | 0.56 | <b>9.091/0.001</b>  |
| Eğitim sonrası                  | 0.82                  | 0.40 |                     | 1.68                    | 0.36 |                     |
| Eğitimden 3 ay sonra            | 0.83                  | 0.31 |                     | 1.73                    | 0.35 |                     |
| <b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>     |                       |      |                     |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                   | 0.75                  | 0.61 | 0.590/0.560         | 0.74                    | 0.36 | 1.848/0.176         |
| Eğitim sonrası                  | 0.71                  | 0.28 |                     | 0.93                    | 0.39 |                     |
| Eğitimden 3 ay sonra            | 0.77                  | 0.30 |                     | 0.88                    | 0.41 |                     |
| <b>Sosyal Desteğe Başvurma</b>  |                       |      |                     |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                   | 1.75                  | 0.67 | <b>7.607/0.002</b>  | 1.94                    | 0.52 | <b>4.119/0.027</b>  |
| Eğitim sonrası                  | 2.17                  | 0.53 |                     | 1.76                    | 0.46 |                     |
| Eğitimden 3 ay sonra            | 2.04                  | 0.46 |                     | 1.67                    | 0.47 |                     |

Tablo 6.2.'de, hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.56 \pm 0.76$ , eğitim sonrası  $2.63 \pm 0.53$  ve eğitimden 3 ay sonra  $2.37 \pm 0.62$  olduğu bulundu ve eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=53.336$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.112$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası

( $Sd=0.142$ ,  $p=0.000$ ) arasında artma olduğu bulundu. Ancak, **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası arasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ( $Sd=0.079$ ,  $p=0.002$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.75\pm0.52$ , eğitim sonrası  $1.29\pm0.39$  ve eğitimden 3 ay sonra  $1.10\pm0.29$  olduğu bulundu ve eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kendine güvenli yaklaşım puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=26.679$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.074$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.088$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.063$ ,  $p=0.005$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.34\pm0.71$ , eğitim sonrası  $2.48\pm0.57$  ve eğitimden 3 ay sonra  $1.98\pm0.63$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra, iyimser yaklaşım puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=60.848$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.110$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.126$ ,  $p=0.000$ ) arasında artma olduğu bulundu. Ancak, **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası arasında azalma olduğu ve bu farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ( $Sd=0.084$ ,  $p=0.000$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.49\pm0.58$ , eğitim sonrası  $1.10\pm0.45$  ve eğitimden 3 ay sonra  $0.78\pm0.39$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra iyimser yaklaşım puan

ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=24.039$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.078$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.102$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.081$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.26\pm0.78$ , eğitim sonrası  $0.82\pm0.40$  ve eğitimden 3 ay sonra  $0.83\pm0.31$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra, çaresiz yaklaşım puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=5.817$ ,  $p=0.007$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.127$ ,  $p=0.002$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.133$ ,  $p=0.003$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.22\pm0.56$ , eğitim sonrası  $1.68\pm0.36$  ve eğitimden 3 ay sonra  $1.73\pm0.35$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra çaresiz yaklaşım puan ortalamalarında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=9.091$ ,  $p=0.001$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.115$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.121$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **boyun eğici yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $0.75\pm0.61$ , eğitim sonrası  $0.71\pm0.28$  ve eğitimden 3 ay sonra  $0.77\pm0.30$  olduğu saptandı. Bu bulgular arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $F=0.590$ ,  $p=0.560$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa ıkma leği alt boyutlarından **boyun eğici yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $0.74\pm0.36$ , eğitim sonrası  $0.93\pm0.39$  ve eğitimden 3 ay sonra  $0.88\pm0.41$  olduğu bulundu. Bu bulgular arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $F=1.848$ ,  $p=0.176$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa ıkma leği alt boyutlarından **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.75\pm0.67$ , eğitim sonrası  $2.17\pm0.53$  ve eğitimden 3 ay sonra  $2.04\pm0.46$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=7.607$ ,  $p=0.002$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.104$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.111$ ,  $p=0.014$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa ıkma leği alt boyutlarından **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $1.94\pm0.52$ , eğitim sonrası  $1.76\pm0.46$  ve eğitimden 3 ay sonra  $1.67\pm0.47$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=4.119$ ,  $p=0.027$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.082$ ,  $p=0.039$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.091$ ,  $p=0.007$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

**Tablo 6.3. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Stresle Başa Çıkma Ölçeği /<br>Alt Boyutlar | Deney Grubu<br>(n=32) |      | Kontrol Grubu<br>(n=31) |      | t/p                 |
|---------------------------------------------|-----------------------|------|-------------------------|------|---------------------|
|                                             | Ort                   | SD   | Ort                     | SD   |                     |
| <b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b>             |                       |      |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                               | 1.56                  | 0.76 | 1.75                    | 0.52 | 1.160/0.251         |
| Eğitim sonrası                              | 2.63                  | 0.53 | 1.29                    | 0.39 | <b>-6.336/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                        | 2.37                  | 0.62 | 1.10                    | 0.29 | <b>-6.327/0.000</b> |
| <b>İyimser Yaklaşım</b>                     |                       |      |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                               | 1.34                  | 0.71 | 1.49                    | 0.58 | -1.220/0.222        |
| Eğitim sonrası                              | 2.48                  | 0.57 | 1.10                    | 0.45 | <b>-6.212/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                        | 1.98                  | 0.63 | 0.78                    | 0.39 | <b>-9.023/0.000</b> |
| <b>Çaresiz Yaklaşım</b>                     |                       |      |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                               | 1.26                  | 0.78 | 1.22                    | 0.56 | -0.014/0.989        |
| Eğitim sonrası                              | 0.82                  | 0.40 | 1.68                    | 0.36 | <b>-5.874/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                        | 0.83                  | 0.31 | 1.73                    | 0.35 | <b>10.601/0.000</b> |
| <b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>                 |                       |      |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                               | 0.75                  | 0.61 | 0.74                    | 0.36 | -0.242/0.809        |
| Eğitim sonrası                              | 0.71                  | 0.28 | 0.93                    | 0.39 | <b>-2.914/0.004</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                        | 0.77                  | 0.30 | 0.88                    | 0.41 | -1.589/0.112        |
| <b>Sosyal Desteğe Başvurma</b>              |                       |      |                         |      |                     |
| Eğitim öncesi                               | 1.75                  | 0.67 | 1.94                    | 0.52 | 1.223/0.226         |
| Eğitim sonrası                              | 2.17                  | 0.53 | 1.76                    | 0.46 | <b>-3.034/0.002</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                        | 2.04                  | 0.46 | 1.67                    | 0.47 | <b>-2.913/0.004</b> |

Tablo 6.3.'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu hemşirelerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde Stresle Başa Çıkma Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin **eğitim sonrası** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **kendine güvenli yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **kendine güvenli** yaklaşım alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı saptandı ( $t=-6.336$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden **3 ay sonraki** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **kendine güvenli** yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **kendine güvenli** yaklaşım alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı bulundu ( $t=-6.327$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin **eğitim sonrası** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin

Stresle Başa Çıkma Ölçeği **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı saptandı ( $t=-6.212$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden **3 ay sonraki** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı bulundu ( $t=-9.023$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin **eğitim sonrası** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı saptandı ( $t=-5.874$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden **3 ay sonraki** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **çaresiz yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı bulundu ( $t=10.601$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin **eğitim sonrası** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **boyun eğici yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **boyun eğici yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı saptandı ( $t=-2.914$ ,  $p=0.004$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin **eğitim sonrası** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı bulundu ( $t=-3.034$ ,  $p=0.002$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden **3 ay sonraki** Stresle Başa Çıkma Ölçeği **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Stresle Stresle Başa Çıkma Ölçeği **sosyal desteğe başvurma** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı saptandı ( $t=-2.913$ ,  $p=0.004$ ).

### 6.3. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.4. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamaları**

| Alt Boyutlar            | Deney Grubu<br>(n=32) |       |                     | Kontrol Grubu<br>(n=31) |       |                     |
|-------------------------|-----------------------|-------|---------------------|-------------------------|-------|---------------------|
|                         | Ort                   | SD    | F/p                 | Ort                     | SD    | F/p                 |
| <b>Duygusal Tükenme</b> |                       |       |                     |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi           | 33.50                 | 14.50 |                     | 30.29                   | 13.79 |                     |
| Eğitim sonrası          | 27.34                 | 9.09  | <b>15.131/0.000</b> | 43.58                   | 7.57  | <b>31.418/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra    | 33.88                 | 11.27 |                     | 47.87                   | 4.80  |                     |
| <b>Duyarsızlaşma</b>    |                       |       |                     |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi           | 9.03                  | 8.31  |                     | 8.16                    | 7.69  |                     |
| Eğitim sonrası          | 2.34                  | 3.47  | <b>12.428/0.000</b> | 9.94                    | 6.04  | 2.823/0.076         |
| Eğitimden 3 ay sonra    | 2.03                  | 2.46  |                     | 11.16                   | 4.53  |                     |
| <b>Kişisel Başarı</b>   |                       |       |                     |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi           | 29.00                 | 11.20 |                     | 30.65                   | 10.43 |                     |
| Eğitim sonrası          | 36.63                 | 7.03  | <b>17.041/0.000</b> | 25.61                   | 6.34  | <b>8.566/0.001</b>  |
| Eğitimden 3 ay sonra    | 34.63                 | 6.43  |                     | 23.16                   | 5.91  |                     |

Tablo 6.4.'de hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $33.50 \pm 14.50$ , eğitim sonrası  $27.34 \pm 9.09$  ve eğitimden 3 ay sonra  $33.88 \pm 11.27$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası **duygusal tükenme** puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **azalma** olduğu saptandı ( $F=15.131$ ,  $p=0.000$ ). Ayrıca eğitimden 3 ay sonraki duygusal tükenme puan ortalamasının, eğitim sonrası duygusal tükenme puan ortalamasına göre arttığı ve bu farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ( $F=15.131$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.942$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=1.272$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $30.29 \pm 13.79$ , eğitim

sonrası  $43.58 \pm 7.57$  ve eğitimden 3 ay sonra  $47.87 \pm 4.80$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında, duygusal tükenme puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptanmıştır ( $F=31.418$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.908$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=2.206$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.822$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $9.03 \pm 8.31$ , eğitim sonrası  $2.34 \pm 3.47$  ve eğitimden 3 ay sonra  $2.03 \pm 2.46$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra duyarsızlaşma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ( $F=12.428$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.362$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=1.410$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $8.16 \pm 7.69$ , eğitim sonrası  $9.94 \pm 6.04$  ve eğitimden 3 ay sonra  $11.16 \pm 4.53$  olduğu saptanmış olup, bu bulgular arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $F=2.823$ ,  $p=0.076$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $29.00 \pm 11.20$ , eğitim sonrası  $36.63 \pm 7.03$  ve eğitimden 3 ay sonra  $34.63 \pm 6.43$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kişisel başarı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptanmıştır ( $F=17.041$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda, eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.783$ ,  $p=0.008$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=1.953$ ,  $p=0.001$ ) arasında artma olduğu bulundu. Ancak, **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının eğitim

sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ( $Sd=0.777$ ,  $p=0.004$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $30.65\pm10.43$ , eğitim sonrası  $26.61\pm6.34$  ve eğitimden 3 ay sonra  $23.16\pm5.91$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kişisel başarı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=8.566$ ,  $p=0.001$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.587$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=1.812$ ,  $p=0.004$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.700$ ,  $p=0.008$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

**Tablo 6.5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Tükenmişlik Ölçeği / Alt Boyutlar | Deney Grubu<br>(n=32) |       | Kontrol Grubu<br>(n=31) |       | t/p                 |
|-----------------------------------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------|
|                                   | Ort                   | SD    | Ort                     | SD    |                     |
| <b>Duygusal Tükenme</b>           |                       |       |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi                     | 33.50                 | 14.50 | 30.29                   | 13.79 | -0.899/0.372        |
| Eğitim sonrası                    | 27.34                 | 9.09  | 43.58                   | 7.57  | <b>-5.470/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra              | 33.88                 | 11.27 | 47.87                   | 4.8   | <b>-5.719/0.000</b> |
| <b>Duyarsızlaşma</b>              |                       |       |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi                     | 9.03                  | 8.31  | 8.16                    | 7.69  | -0.393/0.694        |
| Eğitim sonrası                    | 2.34                  | 3.47  | 9.94                    | 6.04  | <b>-5.156/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra              | 2.03                  | 2.46  | 11.16                   | 4.53  | <b>-6.313/0.000</b> |
| <b>Kişisel Başarı</b>             |                       |       |                         |       |                     |
| Eğitim öncesi                     | 29.00                 | 11.20 | 30.65                   | 10.43 | 0.603/0.549         |
| Eğitim sonrası                    | 36.63                 | 7.03  | 25.61                   | 6.34  | <b>-5.092/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra              | 34.63                 | 6.43  | 23.16                   | 5.91  | <b>-7.355/0.000</b> |

Tablo 6.5.'de, deney ve kontrol grubu hemşirelerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası Tükenmişlik Ölçeği **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı bulundu ( $t=-5.470$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **duygusal tükenme** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı saptandı ( $t=-5.719$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası Tükenmişlik Ölçeği **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı saptandı ( $t=-5.156$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **duyarsızlaşma** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede azaldığı bulundu ( $t=-6.313$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası Tükenmişlik Ölçeği **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı bulundu ( $t=-5.092$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede arttığı saptandı ( $t=-7.355$ ,  $p=0.000$ ).

#### 6.4. Hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamaları**

| Alt Boyutlar                        |                      | Deney Grubu<br>(n=32) |       |                     | Kontrol Grubu<br>(n=31) |       |                     |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|-------|---------------------|-------------------------|-------|---------------------|
|                                     |                      | Ort                   | SD    | F/p                 | Ort                     | SD    | F/p                 |
| <b>Sorun Çözme Yeteneğine Güven</b> |                      |                       |       |                     |                         |       |                     |
|                                     | Eğitim öncesi        | 33.41                 | 13.93 | <b>21.195/0.000</b> | 30.42                   | 10.64 | <b>19.084/0.000</b> |
|                                     | Eğitim sonrası       | 21.00                 | 6.28  |                     | 41.65                   | 7.35  |                     |
|                                     | Eğitimden 3 ay sonra | 26.00                 | 8.56  |                     | 40.16                   | 5.46  |                     |
| <b>Yaklaşma-Kaçınma</b>             |                      |                       |       |                     |                         |       |                     |
|                                     | Eğitim öncesi        | 52.78                 | 15.64 | <b>45.264/0.000</b> | 48.29                   | 14.05 | <b>23.874/0.000</b> |
|                                     | Eğitim sonrası       | 32.75                 | 9.33  |                     | 60.81                   | 10.31 |                     |
|                                     | Eğitimden 3 ay sonra | 36.56                 | 13.32 |                     | 62.03                   | 8.11  |                     |
| <b>Kişisel Kontrol</b>              |                      |                       |       |                     |                         |       |                     |
|                                     | Eğitim öncesi        | 17.50                 | 4.64  | <b>3.935/0.030</b>  | 15.90                   | 3.61  | <b>23.530/0.000</b> |
|                                     | Eğitim sonrası       | 15.13                 | 2.45  |                     | 19.94                   | 3.26  |                     |
|                                     | Eğitimden 3 ay sonra | 15.09                 | 3.07  |                     | 21.48                   | 2.80  |                     |
| <b>Toplam</b>                       |                      |                       |       |                     |                         |       |                     |
|                                     | Eğitim öncesi        | 103.68                | 32.74 | <b>29.752/0.000</b> | 94.61                   | 25.96 | <b>26.514/0.000</b> |
|                                     | Eğitim sonrası       | 68.87                 | 16.45 |                     | 122.38                  | 18.93 |                     |
|                                     | Eğitimden 3 ay sonra | 77.65                 | 22.98 |                     | 123.67                  | 13.70 |                     |

Tablo 6.6.'da görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde Problem Çözme Ölçeği puan ortalamaları verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $33.41 \pm 13.93$ , eğitim sonrası  $21.00 \pm 6.28$  ve eğitimden 3 ay sonra  $26.00 \pm 8.56$  olduğu

bulundu ve eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra sorun çözme yeteneğine güven puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **azalma** olduğu saptandı ( $F=21.195$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=2.190$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=2.454$ ,  $p=0.005$ ) azalma olduğu, eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrasında da artma olduğu ve bu farkında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ( $Sd=1.296$ ,  $p=0.001$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $30.42 \pm 10.64$ , eğitim sonrası  $41.65 \pm 7.35$  ve eğitimden 3 ay sonra  $40.16 \pm 5.46$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra sorun çözme yeteneğine güven puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=19.084$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.338$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=2.021$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu.

Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $52.78 \pm 15.64$ , eğitim sonrası  $32.75 \pm 9.33$  ve eğitimden 3 ay sonra  $36.56 \pm 13.32$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra yaklaşma-kaçınma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **azalma** olduğu saptandı ( $F=45.264$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=2.277$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrasında azalma ( $Sd=3.084$ ,  $p=0.000$ ), eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrasında da artma olduğu ve bu farkında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulundu ( $Sd=1.688$ ,  $p=0.031$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $48.29 \pm 14.05$ , eğitim

sonrası  $60.81 \pm 10.31$  ve eğitimden 3 ay sonra  $62.03 \pm 8.11$  olduğu saptandı. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra yaklaşma-kaçınma puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu bulundu ( $F=23.874$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda, eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=1.896$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=2.040$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $17.50 \pm 4.64$ , eğitim sonrası  $15.13 \pm 2.45$  ve eğitimden 3 ay sonra  $15.09 \pm 3.07$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kişisel kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı ( $F=3.935$ ,  $p=0.030$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.865$ ,  $p=0.010$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.937$ ,  $p=0.015$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesi  $15.90 \pm 3.61$ , eğitim sonrası  $19.94 \pm 3.26$  ve eğitimden 3 ay sonra  $21.48 \pm 2.80$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra kişisel kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı ( $F=23.530$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=0.652$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.821$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=0.536$ ,  $p=0.007$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır.

Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **toplam puan ortalamasının** eğitim öncesi  $103.68 \pm 32.74$ , eğitim sonrası  $68.87 \pm 16.45$  ve eğitimden 3 ay sonra  $77.65 \pm 22.98$  olduğu bulundu ve eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve

eğitimden 3 ay sonra toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **azalma** olduğu saptandı ( $F=29.752$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=4.970$ ,  $p=0.000$ ), eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=6.030$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulundu. Eğitim sonrası ile eğitimden 3 ay sonrasında toplam puan ortalamasında artma olduğu ve bu farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı ( $Sd=3.016$ ,  $p=0.007$ ).

Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **toplam puan ortalamasının** eğitim öncesi  $94.61 \pm 25.96$ , eğitim sonrası  $122.38 \pm 18.93$  ve eğitimden 3 ay sonra  $123.67 \pm 13.70$  olduğu bulundu. Eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **artma** olduğu saptandı ( $F=26.514$ ,  $p=0.000$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analiz (Least Significant Difference) sonucunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ( $Sd=3.786$ ,  $p=0.000$ ) ve eğitim öncesi ile eğitimden 3 ay sonrası ( $Sd=4.218$ ,  $p=0.000$ ) arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı.

**Tablo 6.7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve 3 Ay Sonrası Dönemde Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Problem Çözme Ölçeği / Alt Boyutlar | Deney Grubu (n=32) |       | Kontrol Grubu (n=31) |       | t/p                 |
|-------------------------------------|--------------------|-------|----------------------|-------|---------------------|
|                                     | Ort                | SD    | Ort                  | SD    |                     |
| <b>Sorun Çözme Yeteneğine Güven</b> |                    |       |                      |       |                     |
| Eğitim öncesi                       | 33.41              | 13.93 | 30.42                | 10.64 | -0.958/0.342        |
| Eğitim sonrası                      | 21.00              | 6.28  | 41.65                | 7.35  | <b>-6.544/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                | 26.00              | 8.56  | 40.16                | 5.46  | <b>7.848/0.000</b>  |
| <b>Yaklaşma-Kaçınma</b>             |                    |       |                      |       |                     |
| Eğitim öncesi                       | 52.78              | 15.64 | 48.29                | 14.05 | -1.197/0.236        |
| Eğitim sonrası                      | 32.75              | 9.33  | 60.81                | 10.31 | <b>-6.534/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                | 36.56              | 13.32 | 62.03                | 8.11  | <b>9.195/0.000</b>  |
| <b>Kişisel Kontrol</b>              |                    |       |                      |       |                     |
| Eğitim öncesi                       | 17.50              | 4.64  | 15.90                | 3.61  | -1.415/0.157        |
| Eğitim sonrası                      | 15.13              | 2.45  | 19.94                | 3.26  | <b>6.619/0.000</b>  |
| Eğitimden 3 ay sonra                | 15.09              | 3.07  | 21.48                | 2.80  | <b>8.615/0.000</b>  |
| <b>Toplam</b>                       |                    |       |                      |       |                     |
| Eğitim öncesi                       | 103.68             | 32.74 | 94.61                | 25.96 | -1.080/0.280        |
| Eğitim sonrası                      | 68.87              | 16.45 | 122.38               | 18.93 | <b>-6.553/0.000</b> |
| Eğitimden 3 ay sonra                | 77.65              | 22.98 | 123.67               | 13.70 | <b>-5.996/0.000</b> |

Tablo 6.7.'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu hemşirelerinin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası dönemde **Problem Çözme Ölçeği** puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası, Problem Çözme Ölçeği **sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin **sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede **azaldığı** saptandı ( $t=-6.544$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubundaki hemşirelerin, eğitimden 3 ay sonraki, dönemde de Problem Çözme Ölçeği **sorun çözme yeteneğine** güven alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı derecede **azaldığı** bulundu ( $t=7.848$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası Problem Çözme Ölçeği **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasına göre

anlamli derecede **azaldığı** bulundu ( $t=-6.534$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubundaki hemşirelerin eğitimden 3 ay sonraki dönemde, Problem Çözme Ölçeği **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubundaki hemşirelerin **yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamli derecede **azaldığı** saptandı ( $t=9.195$ ,  $p=0.000$ ).

Eğitim sonrası deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamli derecede **azaldığı** bulundu ( $t=6.619$ ,  $p=0.000$ ). Eğitimden 3 ay sonra, deney grubundaki hemşirelerin, Problem Çözme Ölçeği **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasına göre anlamli derecede **azaldığı** saptandı ( $t=8.615$ ,  $p=0.000$ ).

Deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası, Problem Çözme Ölçeği **toplam** puan ortalamasının kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **toplam** puan ortalamasına göre anlamli derecede azaldığı saptandı ( $t=-6.553$ ,  $p=0.000$ ). Eğitimden 3 ay sonra, deney grubundaki hemşirelerin, Problem Çözme Ölçeği **toplam** puan ortalamasının, kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği **toplam** puan ortalamasına göre anlamli derecede azaldığı bulundu ( $t=-5.996$ ,  $p=0.000$ ).

## 7. TARTIŞMA ve SONUÇ

### 7.1. Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından soruna yönelik etkili yollar olan, **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma** puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarken, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından soruna yönelik etkisiz yollar olan, **çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı.

Kontrol grubundaki hemşirelerin ise, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından soruna yönelik etkili yollar olan, **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptandı. Kontrol grubundaki hemşirelerin, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından soruna yönelik etkisiz yollar olan, **çaresiz yaklaşım** puan ortalamasının kabule göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu belirlenmiş olup, **boyun eğici yaklaşım** puan ortalaması artmış, ancak istatistiksel yönden anlamlı bulunmadı.

Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı. Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşireler göre, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlendi.

Bu sonuçlara göre, yapılan araştırmanın birinci hipotezi olan, “sorun çözme eğitimi uygulanan grubun, uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, stresle başa çıkma tarzlarında, soruna yönelik etkili olanlarda **artma**, duygulara yönelik etkisiz olanlarda **azalma** olacaktır” hipotezini doğrulayan sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Ancak, deney grubundaki hemşirelerin **kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasında, eğitim sonrasına göre eğitimden 3 ay sonrası arasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu durumun verilen eğitimin üzerinden zaman geçmesi ve eğitimin tekrarlanmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan sorun çözme eğitiminden sonra, deney grubunda olan hemşirelerin stresle baş etmede kullanılan soruna yönelik etkili yollar olan, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Ayrıca, duygulara yönelik etkisiz yollar olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının da azaldığı belirlenmiştir. Onan (2009)’ın onkoloji biriminde çalışan hemşireler yönelik yapmış olduğu stresle başa çıkma eğitiminin sonucunda, eğitime katılan hemşirelerin etkin başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandıkları, eğitim öncesi bilinmeyen ve kullanılmayan başa çıkma yöntemleri kullanmaya başladıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da eğitime katılan hemşirelerin stresle baş etmede etkili yöntemleri içeren puanlarının artması, etkisiz yöntemleri içeren puanların azalması bu çalışmayla paralellik taşımaktadır.

Kanbay ve Üstün’ün (2009) yaptığı çalışmada hemşirelerin problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Başvurdukları başa çıkma yöntemlerine bakılınca, alkol-sigara kullanımı, sorundan kaçma, aşırı yeme-içme, işten uzaklaşma, unutmaya deneme gibi etkisiz başa çıkma yöntemleri olduğu kadar, boş zamanını değerlendirme, dinlenme, gevşeme tekniklerini kullanma, problem çözme tekniklerini kullanma gibi etkili başa çıkma yöntemleri de kullandıkları bulunmuştur. Bir diğer çalışmada (Lim et al 2010a) ise, hemşirelerin başa çıkma davranışları, geçmiş deneyimlere göre davranma, arkadaşlarla konuşma,

tatile gitme, izin kullanma, eğlence aktivitelerinde bulunma olarak belirtilmiştir. Bunun yanında Pierce et al (2007)'un çalışmasında da ekip desteğinin iyi olduğu onkoloji biriminde iş stresinin daha az yaşandığı, iş memnuniyetinin daha fazla olduğu ve ölüme yaklaşımın daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Hemşireler insan sağlığını koruma, iyileştirme ve iyilik halini sürdürmede büyük önem taşıyan bir grup olduğu için, onların stresle baş etmede etkin yöntemler kullanması son derece önem taşımaktadır (Kanbay ve Üstün 2009). Bütün bu çalışmalara bağlı olarak, çalışmamızda eğitim alan hemşirelerin etkin başa çıkma yöntemlerinin puanlarının artmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Ashker, Penprase, Salman (2012)'in yapmış olduğu çalışmada, etkili başa çıkma tekniklerinin iş stresini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmaya (Ashker et al. 2012) göre, planlı problem çözen, kendine güvenli, iyimser düşünen ve sosyal destek arama davranışı yüksek olan hemşirelerin, iş stresi ile daha iyi baş ettikleri belirlenmiştir. Çalışma bulgularımıza bakılınca, sorun çözme eğitimi verilen hemşirelerin iş stresi ile daha iyi baş edecekleri söylenebilir.

Bireylerin etkin başa çıkma yöntemlerini kullanması, sağlıklı benlik gelişimine, benlik saygısının artmasına ve depresif belirti sıklığının azalmasına neden olmaktadır. Shimizutani et al. (2008)'in belirttiğine göre, hemşirelerin stresle baş etmede kullanılan olumlu başa çıkma davranışlarının, hemşirelerin tükenmişliklerini önlemede etkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre çalışmamızda deney grubundaki hemşirelerin stresle başa çıkmada soruna yönelik etkili yollar puan ortalamasının artmasının ve etkisiz yollar puan ortalamasının azalmasının, hemşirelerin tükenmişlik yaşamalarını önlemede etkili olacağı düşünülebilir.

Yapılan bir diğer çalışmada (Delvaux et al. 2004) hemşirelere psikolojik eğitim verilmiş ve bu eğitim sonrasında hemşirelerin iletişim bilgi ve becerileri artmış stres seviyeleri azalmıştır. Bruneau and Ellison (2004)'un yapmış olduğu çalışmada, hemşirelere verilen stresle başa çıkma programının, hemşirelerin bireysel başa çıkma becerilerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da sorun çözme eğitimi verilen hemşirelerin stresle başa çıkmada etkili yollar puan ortalamasının artması, bu araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir.

Yapılan bir çalışmaya göre (Taşçı, Özer, Koştü 2007), yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stresle başa çıkma yöntemlerini yeterince kullanamadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, hemşireler iş stresi ile baş etmede yetersiz oldukları zaman, işe karşı olumsuzluk, kayıtsızlık, devamsızlık, eleştirme, işten yakınma, işten ayrılma gibi örgütsel sonuçların yanında hasta bakımın kalitesinin azalması gibi ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Aydın ve Kutlu 2001). Yapılan bir diğer çalışmada (Altıntoprak ve ark. 2008), yoğun bakımda çalışan hemşirelerin işyerindeki strese ilişkin şikâyet oranı, anksiyete ve depresyon düzeyi servis hemşirelerinden göre daha yüksek bulunmuştur.

Quattrin et al. (2006) yaptığı çalışmada, etkisiz başa çıkma yöntemlerinin stresin düzeyini arttırdığı ve tükenmişliğe neden olduğu ifade edilmiştir. Tel ve ark. (2012)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre, hemşirelerde işe bağlı gerginliğin artmasının, stresle baş etmede etkin yöntemler olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanlarını azalttığı, etkisiz yöntem olan boyun eğici yaklaşım puanını arttırdığı belirlenmiştir. Yüksel ve Özgür (2008)'ün çalışmasında hemşirelerin başa çıkma yöntemleri, biriyle konuşma, ortamdan uzaklaşma, işine devam etme, bir şeyler yeme-içme, sakın kalma gibi etkisiz yöntemler kullandıkları ortaya çıkmıştır. Bu yöntemleri kullanan hemşirelerin depresyon ölçeği puanı yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada (Yüksel ve Özgür 2008), çözüm ararım ifadesi kullanan hemşirelerin depresyon ölçeği puan ortalaması düşük çıkmıştır.

Ayrıca yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi ve sağlık yüksek okulu öğrencilerinin stresle baş etmede, etkin başa çıkma yöntemi kullananların depresyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Kaya, Genç, Kaya, Pehlivan 2007. Temel, Bahar, Çuhadar (2007)'ın yapmış olduğu çalışmada, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım özellikleri olan katılımcıların daha az depresif belirti gösterdikleri, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanan katılımcıların ise daha fazla depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir. Bu çalışmalara bağlı olarak, çalışmamızda hemşirelerin stresle başa çıkmada etkili yollar puan ortalamasının artmasının, hemşirelerin işe bağlı gerginliğini ve depresyon düzeyini azaltmada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

## 7.2. Hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasının, eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde azaldığı, **kişisel başarı** puanının arttığı ortaya çıkmıştır. Ancak, eğitimden 3 ay sonraki duygusal tükenme puan ortalamasının, eğitim sonrası duygusal tükenme puan ortalamasına göre **arttığı** ve bu farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının eğitim sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durumun verilen eğitimin üzerinden zaman geçmesi ve eğitimin tekrarlanmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme** puan ortalamasının eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde arttığı ve bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, **duyarsızlaşma** puan ortalaması da eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde artmış ancak istatistiksel açıdan anlamlılık bulunamamıştır. Kontrol grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **kişisel başarı** puan ortalamasının eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde azaldığı ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubundaki hemşirelere göre, eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde, Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasının azaldığı, **kişisel başarı** puanının arttığı ortaya çıkmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, deney grubunda olan hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre eğitim öncesine göre, eğitim bitiminde ve 3 ay sonrasında, Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamasının azaldığı, kişisel başarı puanının arttığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar araştırmanın ikinci hipotezi olan “sorun çözme eğitimi uygulanan grubun,

uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, tükenmişliği içine alan, **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** düzeylerinde **düşme**, **kişisel başarı**'da **artma** olacaktır” şeklinde belirtilen ikinci hipotezi doğrulamaktadır.

Yıldız (2009)'ın çalışmasında, hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile sorun çözme becerileri arasında doğrudan ilişki bulunmuştur. Bu çalışmaya göre, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri yüksek olan hemşirelerin, sorun çözme becerileri düşük çıkmıştır (Aydın 2009). Bunu yanında Barnard, Street, Love (2006)'un yaptığı çalışmada, stresörlerin artması duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı arttırmıştır.

Deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubundaki hemşirelere göre, eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde, Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasının azaldığı, **kişisel başarı** puanının arttığı ortaya çıkmıştır. Bu durum hemşireler verilen sorun çözme eğitiminin tükenmişliği azaltmada etkin olduğunu düşündürmektedir. Günüşen (2009)'un çalışmasında hemşirelere verilen başa çıkma eğitiminin, hemşirelerin duygusal tükenme boyutunda eğitim sonrası ve üç ay sonrasında azalma olduğu belirlenmiştir. Onan (2009)'ın çalışmasında hemşirelere verilen stresle başa çıkma eğitiminde, eğitim sonrası hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada (Çıtak 2006), hemşirelere verilen çatışma çözme becerileri eğitimine katılan hemşirelerin, eğitim sonrasında duygusal tükenme puan ortalamasının anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Bu çalışmalar araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Arranz et al (2005) yapmış olukları çalışmada, hemşirelere danışmanlık, iletişim, emosyonel destek, stres düzenlemesi ve problem çözme alanlarında danışmanlık programı düzenlenmiştir. Program sonrası hemşirelerin ekip içi iletişimdeki güçlüğü algılamasında azalma olduğu, hemşirelerin bakım niteliği ve yeterliğinin arttığı belirlenmiştir. Diğer önemli bir çalışmada (Eren ve Sürücü 2009) ise, hemşirelere uygulanan sanat terapi uygulamasının, hemşirelerin kendini tanıma ifade etme, ekip çalışması, dayanışma, zorluklarla mücadele etme biçimlerine olumlu katkıları olduğu bulunmuş ve yaratıcı grup terapi yöntemlerinin hemşirelerin

tükenmişliğini önlemede önemli olacağı belirtilmiştir. Bu bilgilere dayanarak, hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin tükenmişliğini azaltmada yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubundaki hemşirelere göre, eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde, Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme** puan ortalamasının azaldığı saptanmıştır. Tükenmişlik ölçeğinde duygusal tükenme alt boyutu tükenmişliğin niteliğini belirleyen ve odak noktasını oluşturan en önemli unsurdur. Duygusal tükenmenin artması duyarsızlaşmaya neden olmakta, duyarsızlaşma arttıkça kişisel başarı duygusu azalmakta olup, duygusal tükenme aynı zamanda direkt olarak kişisel başarı duygusunda azalmaya neden olmaktadır. Buna bağlı olarak duygusal tükenmenin azaltılması duyarsızlaşmayı azaltmakta, kişisel başarıyı arttırmakta olup, duygusal tükenme tükenmişliğin temel boyutu ve ilk aşamasını oluşturmaktadır (Maslach 2003, Taris et al 2005, Quattrin et al 2006, Verdan et al 2008). Bu nedenle araştırmamızda, eğitim verilen hemşirelerin duygusal tükenme puanlarının azalması, hemşirelerin tükenmişliğini azaltma ve önlemede büyük önem taşımaktadır.

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yoğun iş stresine bağlı olarak tükenmişlik yaşadığı ve yaşanan bu durumun, iş kaybına, aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan, alkol-madde-sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk, depresyon gibi ruhsal hastalıklara kadar uzanan çok çeşitli ciddi sonuçlara sebep olduğu bilinmektedir (Işık 2005, Taze 2008, Günüşen 2009). Bu nedenle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sorun çözme becerilerini geliştirmenin, o kişilerin tükenmişlik düzeylerine ve dolayısıyla, fiziksel-ruhsal sağlıklarına olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda önemli olan bir diğer nokta, deney grubundaki hemşirelerin, eğitimden 3 ay sonraki duygusal tükenme puan ortalamasının, eğitim sonrası duygusal tükenme puan ortalamasına göre artması, kişisel başarı alt boyutu puan ortalamasını azalmasıdır. Stresörlerin devam etmesi, verilen eğitimin üzerinden zaman geçmesi ve eğitimin tekrarlanmaması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Kohen-Katz et al (2004)'un yapmış olduğu çalışmada kişilerin girişim sonrası

duygusal tükenme ve kişisel başarı puanlarında artma olurken, üçüncü ayda kişisel başarı puanlarında azalma olmuştur. Marine et al (2006)'un çalışmasında da, iş stresini azaltmaya yönelik girişimlerin etkisinin kısa sürede görüldüğü ancak, uzun süre sonra bu etkilerin ortadan katılığı belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada da (Günüşen (2009), hemşireler verilen başa çıkma eğitimi sonrası ve üç ay sonrası, hemşirelerin duygusal tükenme puanları azalırken, altıncı ayda bu puanlarda artma olmuştur. Bu sonuçların doğrultusunda tükenmişliği azaltmada bireye yönelik girişimlerin etkisinin uzun sürmeyebileceği ve belirli aralıklarla devam edilmesi gerektiği düşünülebilir.

Tükenmişlik puanlarının üçüncü ayda yükselmesinin bir diğer nedeninde hastanede meydana gelen değişimlerin olduğu düşünülmektedir. Üçüncü ay veri toplama zamanında hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle hemşireler bu süreçte sürekli yeni kurallar geldiğini, değişikliklerin olduğunu ve bu durumun üzerlerinde baskı oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Bu çalışma organizasyonel bir çalışma olmadığı için iş ortamındaki stresörler azaltılamamış, hemşirelerin baş etmeleri geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu sonuç aynı zamanda tükenmişlikte organizasyonel faktörlerin önemini de göstermektedir. Sonuç olarak hemşirelerin çalışma koşullarının düzelmesine yönelik girişimlerin önemli olduğu öngörülmektedir.

### **7.3. Hemşirelerin Sorun Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması**

Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının, eğitim öncesine göre, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında **azaldığı** saptandı. **Sorun çözme yeteneğine güven** alt boyutu puan ortalamasının eğitim sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrasında artma olduğu ve bu farkında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan

ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında **arttığı** saptandı.

Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre, Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının eğitim sonrasında ve eğitimden 3 ay sonrasında **azaldığı** saptandı.

Araştırmanın sonuçlarının göre, araştırmanın üçüncü hipotezine “sorun çözme eğitimi uygulanan grubun, uygulanmayan gruba göre eğitim sonrasında, **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol ve toplam puan**’da eğitim öncesine göre eğitim sonrasında düşme olacaktır” şeklindeki üçüncü hipoteze ulaşıldığı görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan sorun çözme eğitiminden sonra, deney grubunda olan hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının eğitim sonrasında ve eğitimden 3 ay sonrasında **azaldığı** saptanmıştır. Sorun çözme ölçeğinde puan ortalamasının azalması, sorun çözmede etkili ve başarılı davranış ve tutumları ifade ederken, yüksek puan sorunlar karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Buna bağlı olarak sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin sorun çözme becerilerini algılamalarını ve işlevsel sorun çözme yaklaşımlarını olumlu olarak etkilediği görülmektedir.

Kelleci (2003)’nin yapmış olduğu çalışmada, sorun çözme eğitimi verilen hastaların verilmeyen hastalara göre, sorun çözme puan ortalamasının anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca Küçük (2006)’ün yapmış olduğu çalışmada, sorun çözme eğitimi verilen hastaların eğitim sonrası sorun çözme puanlarında azalma olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra Güner (1999)’in kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmasında da, sorun çözme eğitimi verilen hastaların sorun çözme puanlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim sonrasında **sorun çözme yeteneğine güven** puan ortalamasının anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir. Sorun çözme yeteneğine güven, kişinin yeni sorunları çözme yeteneğine olan inancını içine almaktadır. Deney grubundaki hemşirelerin sorun çözme yeteneğine güven puanının düşmesi, kişilerin kendi sorun çözme yeteneğine olan inançları için önemlidir (Küçük 2006). Çalışmada sorun çözme yeteneğine güven puan ortalaması azalmıştır. Bu sonuç eğitimin etkin olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Araştırmadan elde edilen diğer önemli bulguda, sorun çözme eğitimi uygulanan hemşirelerin eğitim sonrasında **yaklaşma-kaçınma** puan ortalamasının anlamlı derecede azalmasıdır. Yaklaşma-kaçınma biçimi sorun çözme çabalarını gözden geçirmeyi ve alternatif çözümler bulmak için araştırma yapmayı kapsamaktadır (Küçük 2006). Deney grubundaki hemşirelerin yaklaşma-kaçınma puan ortalamasının düşmesi, hemşirelerin sorun çözme eğitiminden faydalandıklarını ve sorun çözmek için alternatif çözümler aradıklarını düşündürmektedir.

Sorun çözme eğitimi uygulanan hemşirelerin **kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının anlamlı derecede azalması çalışmamızın önemli bir diğer bulgusudur. Kişisel kontrol alt boyutu, sorunlu durumlarda kişilerin kontrolünü sürdürme yeteneğini ifade etmektedir (Kelleci ve Gölbaşı 2004). Sorun çözme eğitiminin hemşirelerin kişisel kontrol puan ortalamasını düşürmesinin, hemşirelerin bu zor durumlarla daha iyi baş edebileceğini düşündürmektedir. Gardner et al (2005)'un çalışmasında, bilişsel yaklaşımların öğretilmesinin iş stresini azalmada etkili olduğu belirlenmiştir. Akpınar ve Kelleci (2009)'nin çalışmasında, sorun çözme becerilerini geliştirme eğitimi uygulanan şizofreni hastalarının, program sonrasında sosyal işlevsellik düzeylerinin gelişmesinde önemli katkıları olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalışma ortamları düşünüldüğünde özellikle de çalışmamızın yapıldığı yoğun bakım servisleri göz önüne alındığında, genellikle sorunlu ve zor durumların yaşandığı birimler olduğu bilinmektedir. Çalışmada sorun çözme eğitimi verilen hemşirelerin kişisel kontrol puan ortalamasının azalması, yoğun bakım servisinde çalışan hemşirelerin bu zor durumlarla başa çıkmada kişisel kontrollerini sürdürmenin büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında **arttığı** saptandı. Bu sonuçlar kontrol grubundaki hemşirelerin sorunlar karşısında etkin çözümler bulamadıklarını düşündürmektedir. Eskin ve ark. (2006)'nın yapmış oldukları çalışmada, sorun çözme becerileri yetersiz olan ve çözümü güç bir sorunla karşılaşan hastaların intihar davranışında bulunma oranının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, kişilerin sorun çözme becerilerinin artırılmasının, intihar davranışında bulunma oranını da düşüreceği belirtilmektedir (Eskin ve ark. 2006).

Eskin, Ertekin ve Demir (2008)'in çalışmasında, sorun çözme terapisi uygulanan ergenlerin depresyon düzeylerinde anlamlı biçimde azalma olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada da, ergenlerde kaçınan sorun çözme tarzına sahip olmak depresyon ve intiharda, dürtüsel sorun çözme tarzına sahip olmada intiharda öncelikli faktör olarak belirlenmiştir (Becker-Weidman, Reinecke, Silva, March 2010). Ayrıca, Gibbs et al (2009)'un çalışmasında, intihar girişiminde bulunan depresif hastaların olumsuz sorun çözme davranışına sahip oldukları ve dürtüsel sorun çözme tarzını kullandıkları ortaya çıkmıştır. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan depresyon hastalarının da, depresyon hastası olmayanlara göre, kaçınan sorun çözme tarzını kullandıkları belirlenmiştir (Gibbs et al (2009). Alexopoulos et al. (2011)'un yapmış olduğu çalışmada, sorun çözme terapisi uygulanan yaşlı hastaların depresyon düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır.

Bunun yanı sıra, yapılan bir başka çalışmada da, sorun çözme terapisi uygulanan ergenlerin uygulanmayanlara göre, anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır (Hoek, Schuurmans, Koot, Cuijpers 2009). Sorun çözme terapisi, uygulanan kişilerin problem çözme becerilerini geliştirdiği ve bireylerin daha etkili başa çıkma yöntemleri kullanmalarını sağladığı için, depresyon tedavisinde önemli bir seçenek olduğu ifade edilmektedir (Nezu 2004, Bell and D'Zurilla 2009). Tüm bu bilgiler doğrultusunda hemşirelerin sorun çözme eğitimi almalarının mesleki ve kişisel gelişimlerinin artması için son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, sorun çözme yeteneğine güven alt boyutu puan ortalamasının eğitim sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrasında artma olduğu ve bu farkında istatistiksel açıdan anlamlı olduğunun belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak stresörlerin devam etmesi, verilen eğitimin üzerinden zaman geçmesi ve eğitimin tekrarlanmaması olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin başa çıkma becerileriyle ilgili sonuçları değerlendirildiğinde:

- Deney grubundaki hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı. Ancak, deney grubundaki hemşirelerin **kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım** alt boyutu puan ortalamasında, eğitim sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrası arasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi.

- Deney grubundaki hemşirelerin, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından **çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlendi.

- Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşireler göre, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma olduğu saptandı.

- Deney grubundaki hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre, Stresle Başa Çıkma Ölçeği alt boyutlarından **çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım** puan ortalamalarının eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ve 3 ay sonrası dönemde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlendi.

Bu sonuçların doğrultusunda, deney grubundaki hemşirelere verilen **sorun çözme eğitiminin**, deney grubundaki hemşirelerin stresle başa çıkmada, soruna

yönelik etkili yollar olan **etkin başa çıkma yöntemlerinin puan ortalamalarını arttırdığı**, duygulara yönelik etkisiz yollar olan **etkisiz başa çıkma yöntemlerinin puan ortalamalarını da azalttığı** görülmektedir. Buna bağlı olarak hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin stresle başa çıkmada etkin başa çıkma yöntemlerini geliştirmede önemli bir unsur olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleriyle ilgili sonuçları değerlendirildiğinde:

- Deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasının, eğitim öncesine göre eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde azaldığı, **kişisel başarı** puanının arttığı ortaya çıkmıştır. Ancak, eğitimden 3 ay sonraki duygusal tükenme puan ortalamasının, eğitim sonrası duygusal tükenme puan ortalamasına göre **arttığı** ve bu farkın da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, **kişisel başarı** alt boyutu puan ortalamasının da eğitim sonrasına göre, eğitimden 3 ay sonrasında azalma olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır.

-Deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubundaki hemşirelere göre, eğitim sonrası ve 3 ay sonrası dönemde, Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasının azaldığı, **kişisel başarı** puanının arttığı saptandı.

Bu sonuçların doğrultusunda deney grubundaki hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, deney grubundaki hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından **duygusal tükenme ve duyarsızlaşma** puan ortalamasını azalttığı, **kişisel başarı** puanını arttırdığı görülmektedir. Buna bağlı olarak hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin hemşirelerin tükenmişliğini azaltmada önemli bir katkısı olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin problem çözme beceriyle ilgili sonuçları değerlendirildiğinde:

- Deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma, kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan ortalamasının**, eğitim öncesine göre, eğitim

sonrası ve eğitimden 3 ay sonrasında azaldığı ve bu sonucun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Ancak, **sorun çözme yeteneğine güven ve yaklaşma-kaçınma** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam puan** ortalamasının eğitim sonrasında göre, eğitimden 3 ay sonrasında **artma** olduğu ve bu farkında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi.

- Deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubundaki hemşirelere göre, Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol** alt boyutu puan ortalamasının ve **toplam** puan ortalamasının, **eğitim öncesine göre**, eğitim sonrasında ve eğitimden 3 ay sonrasında azaldığı saptandı.

Bu sonuçların doğrultusunda deney grubundaki hemşirelere verilen sorun çözme eğitiminin, deney grubundaki hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği alt boyutlarından **sorun çözme yeteneğine güven, yaklaşma-kaçınma ve kişisel kontrol** alt boyutu ve **toplam** puan ortalamasının eğitim sonrasında ve eğitimden 3 ay sonrasında azaldığı görülmektedir. Sorun çözme ölçeği puan ortalamasının azalması, sorun çözmede etkili ve başarılı davranış ve tutumları ifade ederken, yüksek puan sorunlar karşısında etkili çözümler bulamamayı göstermektedir. Buna bağlı olarak sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin sorun çözme becerilerini algılamalarını ve işlevsel sorun çözme yaklaşımlarını olumlu olarak etkilediği görülmektedir.

Elde edilen çalışma bulguları doğrultusunda,

- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin belirli aralıklarla, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik düzeyleri ve sorun çözme becerilerinin belirlenmesi,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelere sorun çözme eğitiminin düzenli ve sürekli uygulanması, önerilebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Akpınar Ş, Kelleci M. (2009). Sorun çözme becerilerini geliştirme programının şizofrenik hastaların sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi. 3. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Düzce, s:187-188.
2. Alexopoulos GS, Rave PJ, Kiosses DM, Mackin RS, Kanellopoulos D, Mc Culloch C, Arean PA. (2011). Problem solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Arch Gen Psychiatry*, 68(1):33-41.
3. Altıntoprak AE, Karabilgin S, Çetin Ö, Kitapçıoğlu G, Çelikkol A. (2008). Hemşirelerin iş ortamındaki stres kaynakları: Depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri: yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 10(1): 9-17.
4. Aras Z. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız).
5. Arranz P, Ulla SM, Ramos JL, Rincon CD, Lopez-Fando T. (2005). Evaluation of a counselling training program for nursing staff. *Patient Education and Counselling*, 56:233-239.
6. Ashker VE, Penprase B, Salman A. (2012) . Work- related emotional stressors and coping strategies that affect the well-being of nurses working in hemodialysis units. *Nephrology Nursing Journal*, 39(3):231-237.
7. Aydın H. (2007). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Durumları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz).
8. Aydın KB. (2006). Stresle Başa çıkma. Ed. U. Öner. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.20-42.
9. Aydın R, Kutlu Y. (2001). Hemşirelerde iş doyumu ve kişilerarası çatışma eğitimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2):37-45.
10. Aytaç S. (2013). İş Stresi Yönetimi El Kitabı İş Stresi: Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları, Yönetimi.  
<http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/ec109.pdf>.  
Erişim tarihi: 09.05.2014.
11. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3):276-287.

12. Baltaş Z, Baltaş A. (2008). Stres ve Başaıkma Yolları. Remzi Kitapevi, 24. basım, İstanbul, s.23-180.
13. Barnard D, Street A, Love AW. (2006). Relationships between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nursing*, 29(4):338-345.
14. Becker-Weidman EG, Jacobs RH, Reinecke MA, Silva S, March JS. (2010). Social problem solving among adolescents treated for depression. *Behav Res Ther*, 48(1):11-18.
15. Begat I, Severinsson E. (2006). Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*, 14:610-616.
16. Bell AC, D'Zurilla TJ. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29:348-353.
17. Beumer CM. (2008). The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in a Intensive Care Unit Setting. *Dimensions Crit Care Nurs*, 27(6): 263-267.
18. Braithwaite M. (2008). Nurse Burnout and Stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 8(6): 343-347.
19. Bruneau BM, Ellison GT. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: Evaluation of a stress-reduction programme. *Int.J.Palliat Nurs*.10(6):296-304.
20. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: A descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3):129-140.
21. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. (2010). Moral distress in neonatal intensive care units RNs. *Advance in Neonatal care*, 10(3):145-156.
22. Chen CK, Lin C, Wang SH, Hou TS. (2009). A study of job stress, stress coping strategies and job satisfaction for nurses working in middle level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research*, 17(3):199-211.
23. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DB, Shapiro S.(2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holist Nurs Pract*, 18(6):302-308.
24. am O.(1996). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin eğitimci hemşireler örnekleminde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 12(3):61-69.

25. Çıtak EA. (2006). Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi Yöntemi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Olcay Çam).
26. Delvaux N, Razavi D, Marchal S, Bredart A, Farvacques C, Slachmuylder JL. (2004). Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: A randomised study. *British Journal of Cancer*, 90:106-114.
27. Demiralp M, Oflaz F. (2007). Bilişsel –Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 132-139.
28. Demirkan E. (2007). Hemşirelerde Mesleki Motivasyon Eksikliğinin Nedenleri ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme. S. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Yasin Aktay).
29. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. (2011). Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3):137-149.
30. Ebrinç S, Açıklı C, Başoğlu C, Çetin M, Çeliköz B. (2002). Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumu, tükenmişlik ve stresle başa çıkma: karşılaştırmalı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 162-168.
31. Emmett R. (2009). Stresinizi Azaltmak İçin Zaman Yönetimi. Ed: Dursun S., Çeviren: Yılmaz TŞ., Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri Ltd Şti., İstanbul, s.15-35.
32. Eren N, Sürücü Ş. (2009). Mesleki tükenmişliği önlemede yaratıcı sanat çalışması: Bir ön proje. 3. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Düzce, s:203.
33. Ergin C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ed: Z. Bayraktar, İ. Dağ, Ankara, s.143-153.
34. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(4):266-275.
35. Eskin M, Ertekin K, Demir H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32:227-245.
36. Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

37. Garrosa E, Jimenez BM, Munoz AR, Carvojal RR. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48:479-489.
38. Gholamzadeh S, Sharif F, Rad FD. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwery Res*, 16(1):41-46.
39. Gibbs LM, Dombrowski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. (2009). When the solution is part of the problem: Problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(12):1396-1404.
40. Gillespie M, Melby V. (2003). Burnout Among Nursing Staff in Accident and Emergency and Acute Medicine: A Comparative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 842-851.
41. Güler Ö, Çınar S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 253-261.
42. Güner P. (1999) Meme Kanseri Evre I Ve II Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Problem Çözme Eğitiminin, Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Baş Etme Biçimine Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Gülşen Terakye).
43. Günüşen NP. (2009). Baş Etme Grubu İle Sosyal Destek Grubunun Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Besti Üstün).
44. Hansen N, Sverke M, Naswall K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46: 96-107.
45. Hassink-Franke LJ, Van Weel-Baumgarten EM, Wierda E, Engelen MW, Beek MW, Bor HH, Van Den Hoogen HJ, Lucassen PL, Van Weel C. (2011). Effectiveness of problem-solving treatment by general practice registrars for patients with emotional symptoms. *J Prim Health Care*, 1:3(3):181-189.
46. Healy CM, McKay MF. (2000). Nursing stress: The effect of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3): 681-688.
47. Hoek W, Schuurmans J, Koot HM, Cuijpers P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: A randomized controlled trial testing the efficacy and

- mechanisms of internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials Journal*, 10(93):1-13.
48. Jannati Y, Mohammadi R, Seyedfatemi N. (2011). Iranian clinical nurses' coping strategies for job stres. *J Occup Health*, 53:123-129.
49. Johnstone C. (1999). Strategies to prevent burnout. *BMJ*, 318:S2-7192.
50. Kanbay Y, Üstün B. (2009). Kars ve Artvin illerinde hemşirelerin iş ortamıyla ilgili stressörleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4):155-162. Elektronik Dergi, <http://www.deuhyoedergi.org>.
51. Kavlu İ. (2008). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Rukiye Pınar).
52. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksek okulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):137-146.
53. Kelleci M, Gölbaşı Z. (2004). Bir Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 1-8.
54. Kelleci M. (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadınların Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmenin Depresif Semptomlara Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç Dr. Sevim Buzlu).
55. Kılıçoğlu A. (2007). Stres ve Beyindeki Etkileri: Bir Gözden Geçirme. *New/Yeni Symposium Journal*, 45(3): 134-140.
56. Kırsal A. (2004). Strese Son Gevşemek ve Pozitif Yaşamak. Çeviren: Özsoy D., Özsoy U., Meta Basım Yayın, İstanbul, s.30-74.
57. Küçük L. (2006). Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Baş Etme Biçimlerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç Dr. Özlem Işıl).
58. Lazarus RS (2006). Emotions and interpersonal relationship: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1):9-46.
59. Leahy LR. (2007). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, Tedavi Müdahaleleri İçin Bir Klavuz. Ed. Özakkaş T. Çeviren: Hacak H., Macit M., Özpilavcı F. 2. basım, Litera Yayıncılık, İstanbul, s.14-28.

60. Lee WL, Tsai ST, Tsai CW, Lee CY. (2011). A study on work stress, stress coping strategies and health promoting life style among district hospital nurses in Taiwan. *J Occup Health*, 53:377-383.
61. Lim J, Bogossian F, Ahern K. (2010a). Stress and coping in Singaporean Nurses: A literature review. *Nursing & Health Sciences*, 12:251-258.
62. Lim J, Bogossian F, Ahern K. (2010b). Stress and coping in Australian Nurses: A systematic review. *International Nursing Review*, 57:22-31.
63. Marine A, Ruotsalainen JH, Serra C, Verbeek JH. (2009). Preventing occupational stress in healthcare workers (review). The Cochrane Library, John Wiley&Sons, Ltd., <http://thecochranelibrary.com>. Erişim tarihi: 02.10.2013.
64. Maslach C, Goldberg J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7:63-74.
65. Maslach C, Wilmar BS, Leiter MP. (2001). Job burnout. *Annu Rev. Psychol*, 52:397-422.
66. Maslach M. (2003). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12:189-192.
67. Murray R. (2005). Managing Your Stress a Guide for Nurses. Royal College of Nursing. London. [www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78515/001484.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78515/001484.pdf).
68. Nezu AM. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35:1-33.
69. Oğuzberk M, Aydın A. (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*, 11: 167-179.
70. Onan N. (2009). Onkoloji Birimlerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Stresle Başa Çıkma Eğitiminin Değerlendirilmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl).
71. Öğülmüş S. (2006). Kişilerarası Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi. 3. basım. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s.1-14.
72. Özcanarlan N. (2009). Hemşirelerin İş Ortamındaki Stresörlerinin Belirlenmesi. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Gürsel Öztunç).
73. Payne M. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3): 396-405.
74. Pierce B, Dougherty E, Panzarella T, Le LW, Rodin G, Zimmermann G. (2007). Staff stress, work satisfaction and death attitudes on an oncology palliative care unit and on a medical and radiation oncology inpatient unit. *J Palliat Care*, 23(1):32-39.

75. Polat N. (2008). Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması. B.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Ş. Kavuncubaşı).
76. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Barnes NK, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*, 175:698-704.
77. Popa F, Raed A, Purcarea VL, Lala A, Bobirnac C, Davila C. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine- a nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life*, 3(3):207-215.
78. Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Anunziata M, Calligaris L, Brusaferrero S.(2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*. 1:33(4):815-820.
79. Raggio B, Malacarne P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*. 73:195-200.
80. Rodrigues AB, Chaves EC. (2008). Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Rev Latino-am Enfermagem 2008 Janeiro- Fevereiro*, 16(1): 24-28.
81. Sahraian A, Fazelzadeh A, Mehdizadeh AR, Toobase SH. (2008). Burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *Int Nurs Rev*, 55(1):62-67.
82. Savaşır I, Şahin N. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, s.1-20.
83. Sertöz ÖÖ, Binbay İT, Mete HE. (2008). Tükenmişliğin nörobiyolojisi: hipotalamus-pituiter adrenal eksen ve diğer bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 318-328.
84. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JRT. (2008). Stress and Burnout in Colorectal and Vascular Surgical Consultants Working in UK National Health Service. *Psycho-Oncology*, 17: 570-576.
85. Shimizutani M, Odagiri Y, Ohya Y, Shimomitsu T, Kristensen TS, Maruta T, Iimori M. (2008). Relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Industrial Health*, 46:326-337.
86. Shirom A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stres*, 19(3):263-270.
87. Şahin D, Turan FN, Alparıslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. (2008). Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 116-121.

88. Şahin NH, Durak A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34): 56-73.
89. Şahinoğlu N, Arkar H. (2011). Tükenmişlik sendromu ile kişilik arasındaki ilişki: Maslach Tükenmişlik Envanteri ile Mizaç ve Karakter Envanteri'nin karşılaştırılması. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(1):159-164.
90. T.C Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Ek:2. 19 Nisan 2011. Sayı:27910. [www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr) Erişim tarihi: 05.05.2014.
91. Taris T, Le Blanc P, Schaufeli WB, Schreurs PJG. (2005). Are there casual relationship betwwen the dimensions of the Maslach Burnout Inventory ? A review and two longitudinal tests. *Work and Stres*, 19(3):238-255.
92. Taşçı KD, Özer FÖ, Koştı N. (2007). Pamukkale üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin stresle baş etme stratejilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):41-48.
93. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006). Bir üniversite hastanesi'nde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 100-108.
94. Taze S. (2008). Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nemciye Sabuncu).
95. Tel H, Aydın HT, Karabey G, Vergi İ, Akay D. (2012). Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve stresle baş etme durumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2: 47-52.
96. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile başetme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2): 13-23.
97. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5):107-117.
98. Terzi B, Kaya N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg*, 1:21-25.
99. Türk Hemşireler Derneği (THD). (2008). 7 Gün 24 Saat/Hasta Başında Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara.
100. Türkçapar MH. (2008). Bilişsel Terapi, Temel İlkeler ve Uygulama. 3. basım. HYB Basım Yayın, Ankara, s.81-102.
101. Türküm AS. (2002). Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2(18): 25-34.

102. Verdon M, Merlani P, Perneger T, Ricou B. (2008). Burnout in a surgical ICU team. *Intensive Care Med*, 34:152-156.
103. Walker LG, Monson JRT. (2007). Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the national health service. The Association of Great Britain and Ireland . *Colorectal Disease*, 10: 397-406.
104. Wu H, Chi TS, Chen LI, Wang L, Jin YP. (2010). Occupational stres among hospital nurses: Cross sectional survey. *Journal of Advenced Nursing*, 66(3):627-634.
105. Yıldız H. (2009). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. G.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Güven).
106. Yoalan Z, Ata A, Gültekin K, Bilge A. (2010). Bir psikiyatri kliniği çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri. 4. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı, Samsun, s:94.
107. Yüksel ÇT, Özgür G. (2008). Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(1):67-82.

## **9. EKLER**

**EK. 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**EK. 2. TANIMLAYICI ANKET FORMU**

**EK. 3. STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ**

**EK. 4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)**

**EK. 5. PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)**

**EK. 6. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL ONAYI**

**EK. 7. KURS BELGESİ**

**EK. 8. KURUM İZİN BELGESİ**

**EK. 9. SORUN ÇÖZME EĞİTİMİ ÇALIŞMA PLANI**

## **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelere uygulanan sorun çözme eğitiminin, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerine, stresle baş etme tarzlarına ve sorun çözme becerilerine olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacaktır. Araştırmadan elde edilecek olan bilgiler, bilimsel bir çalışmada veri olarak kullanılacak olup, araştırma kapsamında yapılan görüşmeler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkınız bulunmaktadır. Bu programda haftada bir kez, her birey için, her biri 30-45 dakika süren sekiz oturumdan oluşan sorun çözme eğitimi uygulanacaktır.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının imzası

Teşekkür ederim

Havva AKPINAR  
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi

## TANIMLAYICI ANKET FORMU

Anket no:

1- Cinsiyetiniz:

1. Kadın
2. Erkek

2- Yaşınız:

1. 20-24 yıl
2. 25-29 yıl
3. 30-34 yıl
4. 35- 39 yıl
5. 40 yıl ve üzeri

3- Medeni durumunuz

1. Evli
2. Bekar
3. Boşanmış

4- Çocuk durumunuz

1. Var
2. Yok

5- Mesleğinizde kaçınıcı yılınızı çalışıyorsunuz?

1. 1-5 yıl
2. 6-10 yıl
3. 11-15 yıl
4. 16-20 yıl
5. 21 yıl ve üzeri

6- Bulunduğunuz birimdeki çalışma süreniz ne kadardır?

1. 1 yıldan az
2. 1-5 yıl
3. 6-10 yıl
4. 11-15 yıl
5. 16 yıl ve üzeri

7- En son mezun olduğunuz okul hangisidir?

1. Sağlık meslek lisesi
2. Önlisans
3. Lisans

8- Çalıştığınız birimi nasıl tercih ettiniz?

1. İstekli
2. İsteksiz

9- Çalışma ortamınızdaki sıkıntılarınızı ifade etmekte zorlanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

10- Sigara, alkol gibi alışkanlıklarınız var mı?

1. Evet
2. Hayır

### STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Her bir soruyu ayrı ayrı değerlendirerek herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, bu kutunun içine x işareti koyun. Biraz uygunsa bu kutunun içine, oldukça uygunsa bu kutunun içine, çok uygunsa tamamen uygun ifadesinin altındaki kutunun içine x işareti koyun.

|                                                                        | Size ne kadar uygun? |       |         |     |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------|-----|
|                                                                        | Hiç                  | Biraz | Oldukça | Çok |
| 1. Kimsenin bilmesini istemem                                          |                      |       |         |     |
| 2. İyimser olmaya çalışırım                                            |                      |       |         |     |
| 3. Bir mucize olmasını beklerim                                        |                      |       |         |     |
| 4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım             |                      |       |         |     |
| 5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm                                   |                      |       |         |     |
| 6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım                    |                      |       |         |     |
| 7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim                             |                      |       |         |     |
| 8. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım    |                      |       |         |     |
| 9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem            |                      |       |         |     |
| 10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum   |                      |       |         |     |
| 11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam          |                      |       |         |     |
| 12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım                           |                      |       |         |     |
| 13. İş olacağına varır diye düşünürüm                                  |                      |       |         |     |
| 14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanırım                            |                      |       |         |     |
| 15. Problemin çözümü için adak adarım                                  |                      |       |         |     |
| 16. Her şeye yeni başlayacak gücü kendimde bulurum                     |                      |       |         |     |
| 17. Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım                       |                      |       |         |     |
| 18. Olaydan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım                         |                      |       |         |     |
| 19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım                    |                      |       |         |     |
| 20. Problemi adım adım çözmeye çalışırım                               |                      |       |         |     |
| 21. Mücadeleden vazgeçerim                                             |                      |       |         |     |
| 22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm                           |                      |       |         |     |
| 23. Hakkımı savunabileceğime inanırım                                  |                      |       |         |     |
| 24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim                            |                      |       |         |     |
| 25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm                 |                      |       |         |     |
| 26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim |                      |       |         |     |
| 27. Benim suçum ne diye düşünürüm                                      |                      |       |         |     |
| 28. Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm                             |                      |       |         |     |
| 29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım    |                      |       |         |     |
| 30. Bana destek olacak kişilerin varlığı beni rahatlatır               |                      |       |         |     |

**AÇIKLAMA**

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her cümlenin karşısında hangi sıklıkla hissedildiği tanımlamalar vardır. Sıklık 0-6 rakamları arasındaki rakamlarla belirtilecektir. Toplam 22 cümle vardır. Mutlaka her cümle için, size en uygun sıklığı işaretlemeniz gerekmektedir. İlginiz için teşekkür ederim.

**SIKLIK İÇİN PUANLAMA REHBERİ**

| 0            | 1                              | 2                             | 3               | 4               | 5                  | 6       |
|--------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---------|
| Hiçbir zaman | Yılda birkaç kez ya da daha az | Ayda birkaç kez ya da daha az | Ayda birkaç kez | Haftada bir kez | Haftada birkaç kez | Her gün |

**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

|                                                                                                  | 0 Hiçbir zaman | 1 Yılda birkaç kez ya da daha az | 2 Ayda birkaç kez ya da daha az | 3 Ayda birkaç kez | 4 Haftada bir kez | 5 Haftada birkaç kez | 6 Her gün |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-----------|
| 1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.                                      |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 2. İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.                                               |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 3. Sabah kalkıp yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum. |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.                |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 5. Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.    |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 6. Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.                          |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 7. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.                                       |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.                                                         |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğini hissediyorum.                   |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 10. Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştım.                                   |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.                            |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.                                                            |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.                                       |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.                                             |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 15. Bazı hastaların başına gelenler, gerçekten umurumda değil.                                   |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 16. Doğrudan insanlarla çalışma bende çok fazla stres yaratıyor.                                 |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 17. Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.                                     |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 18. Hastalarımın yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.          |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.                                                  |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.                                                            |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 21. İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.                              |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |
| 22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.                           |                |                                  |                                 |                   |                   |                      |           |

## PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinmeme, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “ Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?”

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım
2. Çoğunlukla böyle davranırım
3. Sık sık böyle davranırım
4. Arada sırada böyle davranırım
5. Ender olarak böyle davranırım
6. Hiçbir zaman böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

Her Zaman zaman                      Hiçbir

|                                                                                                                                                   |            |            |            |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.</b>                          | <b>(1)</b> | <b>(2)</b> | <b>(3)</b> | <b>(4)</b> | <b>(5)</b> | <b>(6)</b> |
| 2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.                         | (1)        | (2)        | (3)        | (4)        | (5)        | (6)        |
| <b>3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.</b>                            | <b>(1)</b> | <b>(2)</b> | <b>(3)</b> | <b>(4)</b> | <b>(5)</b> | <b>(6)</b> |
| 4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.                            | (1)        | (2)        | (3)        | (4)        | (5)        | (6)        |
| <b>5. Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.</b>                                                        | <b>(1)</b> | <b>(2)</b> | <b>(3)</b> | <b>(4)</b> | <b>(5)</b> | <b>(6)</b> |
| 6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım. | (1)        | (2)        | (3)        | (4)        | (5)        | (6)        |
| <b>7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.</b>                                        | <b>(1)</b> | <b>(2)</b> | <b>(3)</b> | <b>(4)</b> | <b>(5)</b> | <b>(6)</b> |
| 8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.                                                             | (1)        | (2)        | (3)        | (4)        | (5)        | (6)        |
| <b>9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık –seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.</b>                          | <b>(1)</b> | <b>(2)</b> | <b>(3)</b> | <b>(4)</b> | <b>(5)</b> | <b>(6)</b> |

|                                                                                                                                                              |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.                                                                         | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.</b>                                                                          | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.                                                                        | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.</b>                                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.                                                                          | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.</b>               | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.                                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>17. Genellikle aklıma il gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.</b>                                                                                    | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tarar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.                                   | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.</b>                                                                       | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.                                                    | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.</b>                                                                    | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.                                   | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.</b>                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.                                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.</b>          | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.                                                                                                           | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğine güveniyorum.</b>                                                                                           | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.                                                        | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.</b>                                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışımdaki etmenleri genellikle dikkate almam.                                 | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.</b> | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.                                           | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.</b>                                                            | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.                                                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| <b>35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.</b>                                 | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |

## AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/  
Konu:

02/11/2010

## KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel  
Araştırmalar Değerlendirme Kurulu ,  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dumlupınar Bulvarı Kampüs  
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 02.11.2010/180

Araştırmanın tam adı

:"Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan  
Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin,  
Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına,  
Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme  
Becerilerine Olan Etkisi"

Sorumlu araştırmacının ismi

: Yrd.Doç.Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

Sorumlu Araştırmacı Yrd.Doç.Dr. Gül ÜNSAL BARLAS tarafından yürütülecek olan "Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine Olan Etkisi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Tülin AYDOĞDU TITİZ  
Başkan

Prof.Dr. Ata Nevzat YALÇIN  
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN  
Raportör

Prof.Dr. Aysel AĞAR  
Üye

Prof.Dr.Gökhan ARSLAN  
Üye

Prof.Dr.M.Akif ÇİFTÇİOĞLU  
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Yıldray ÇETE  
Üye

Prof.Dr. Mustafa AKÇAKUŞ  
Üye

Doç.Dr. F.Türker KÖKSAL  
Üye (Kongrede)

Doç.Dr. Zafer ZEYTİN  
Üye (İzinli)

Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN  
Üye

Ecz. Nurten ZEYBEK BOYACI  
Üye

## KURS BELGESİ



## KURUM İZİN BELGELERİ

Beslenirliktir/ günde en az üç öğünde tüketmeye izin gösteririz.

T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09- 821/156  
KONU : Tez Çalışması

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü  
-> EĞİTİM ŞUBESİ

17.02.2011 7962

Bar kod No: 0221018

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 06.01.2011 tarih ve B.30.2.MAR.0.72.00.00-291 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Havva AKPINAR' ın "Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine olan Etkisi" konulu tez çalışmasını Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliğinde yapması Valilik Makamı' nın 15.02.2011 tarih ve 7685 sayılı Olur' ları ile uygun görülmüş olup; onay fotokopisi ektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Dr. Adem BİLGİN  
Vali a.  
Sağlık Müdürü

EKİ: 1 Adet Olur Fotokopisi

16/02/2011 Şef : N.KARSLI  
16/02/2011 Şb.Md. : A.ÖZER  
16/02/2011 Sağ.Md.Yrd. : H.PEKER



## İLETİŞİM

ADRES: Tuncel Bld. Atatürk Bld. No:74 PK:07070

Çevre ve İklim : Eğitim Subesi

Yakın Tel : 1 425 1434

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47  
WEB: www.antalya.gov.tr

E-Posta : antalya@antalya.gov.tr

T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI :B.10.4.ISM.4.07.00.38/1337  
KONU: .....

12/01/2011

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
ANTALYA

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Havva AKPINAR'ın "Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine Olan Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Ramazan ÇETİNKAYA  
Başhekim



28.01.2011 / 154  
774



Varlık Mah.Kazım Karabekir Cad.  
90/0 242 249 44 94 Kurullar  
FAX : 0242 249 44 93

Ayrıntılı bilgi için İrtibat: Akademik TEL : 0242 249 44  
Dahili Tel:3348

Sağlığını için etti peneklere plörme esasında yağ ilave etmeyiniz.

**T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü  
Eğitim Şubesi

**SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09/821-04-149**  
**KONU: Tez Çalışması**

15.02.2011

7085



**VALİLİK MAKAMINA**

Marmara Üniversitesi Rektörlüğü'nün 06.01.2011 tarih ve 291 sayılı yazısına istinaden, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Havva AKPINAR'ın "Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine Olan Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Servislerinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olur'larınıza arz ederim.

**Dr. Adem BILGIN**  
İl Sağlık Müdürü

**OLUR**

**15/02/2011**

**Metin BORAZAN**  
Vali a.  
Vali Yardımcısı



**İLETİŞİM**

ADRES: Toros Mh. Atatürk Bldv. No:74 PK:07070

Detaylı Bilgi :Eğitim Şubesi

Dahili Tel :1 432 - 1434

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47  
WEB: www.antalyasag.gov.tr

E-Posta :egitim@antalyasag.gov.tr

Besitulerinizi günde en az üç öğünde tüketmeye özen gösteriniz.

T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü  
EĞİTİM ŞUBESİ

SAYI : B.10.4.ISM.04.07.00.09- 821/155  
KONU : Tez Çalışması

17.02.2011

7959



Bar kod No: 0221009

ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINE

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Havva AKPINAR' ın "Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin, Hemşirelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarına, Tükenmişlik Düzeylerine ve Sorun Çözme Becerilerine olan Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında Hastanenizde yapması ile ilgili Valilik Makamı' nın 15.02.2011 tarih ve 7685 sayılı Olur' unun fotokopisi ilişiktir. Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Adem BILGIN  
Sağlık Müdürü

EKLİ: 1 Adet Olur Fotokopisi  
1 Adet Anket Formu (5 sayfa)

16/02/2011 Şef : N.KARSLI  
16/02/2011 Şb.Md. : A.ÖZER  
16/02/2011 Sağ.Md.Yrd. : H.PEKER



İLETİŞİM

ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47  
WEB: www.antalya.gov.tr

Genelkurul Bilgi : Eğitim Şubesi

Posta Kodu : 06070

E-Posta : [antalya@antalya.gov.tr](mailto:antalya@antalya.gov.tr)

## SORUN ÇÖZME EĞİTİMİ ÇALIŞMA PLANI (Eskin 2009)

### 1. Değerlendirme Görüşmesi

Bu görüşme de danışanla tanışma, terapötik ilişki kurulması, danışan hakkında genel bilgi toplanması, gelişim öyküsünün alınması, ana geliş nedeninin öğrenilmesi, beklentilerinin alınması, danışanın değerlendirme için daha önceden belirlenmiş olan ölçüm araçlarının doldurması ve danışanın tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi gibi işlemler yapılmaktadır. Danışanın sorun çözme tedavisi hakkında bilgilendirilmesi bu görüşmede yapılacak işler arasında kritik bir öneme sahiptir. Sağaltım sürecine danışanın aktif bir biçimde katılmasının sağlanabilmesi için problem çözme tedavisinin mantığını öğrenmiş ve benimsemiş olması gerekir. Eğer bu gerçekleşmezse danışan kendisine verilecek ev ödevleri ve seans sırasındaki çalışmalar konusunda isteksiz olacaktır. Değerlendirme görüşmesinde ele alınacak konular şu şekilde sıralanabilir:

- Danışanla tanışma ve sağaltımsal işbirliğine temel oluşturacak ilişki kurulması.
- Danışanın sorun çözme terapisinin mantığı hakkında bilgilendirilmesi.
- Danışanın tedaviye geliş nedeni ve sağaltımdan beklentilerinin belirlenmesi.
- Danışanın kişisel sıkıntılarının ve gelişim öyküsünün alınması.
- Danışanın sorun çözme terapisi için uygun olup olmadığının belirlenmesi.
- Danışanın belirlenmiş ölçüm araçlarını doldurmasının sağlanması.

### 2. Soruna Yönelim Eğitimi

Bu aşamada danışanın sorunlar karşısında takındığı tavrının, duygusal tepkilerinin ve davranışsal özelliklerinin değerlendirilmesi ve ele alınması gerekmektedir. Soruna yönelim eğitiminin gerçekleştirildiği görüşmede, danışanın karşılaştığı problemleri çözülebilecek olumsuz durumlar olarak görebilmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Unutmayın sorunların fark edilmesi çözüme %50 yaklaştırır. Sorun, insanların çözümü görememelerinde değil, sorunu

görememelerindedir. Sorun yönelimi, danışanın sorunlar karşısında duygusal, davranışsal ve bilişsel işlevsel tepkiler gösterebilmesini sağlayacak beceriler öğretmeyi amaçlamaktadır. Amaç, işlevsel olmayan tutum, davranış ve bilişleri azaltmaktır. Bunun için:

- Danışanın, sorunları kendisine birer tehdit olarak görmesi yerine onları birer fırsat olarak değerlendirmesi.
- Sorunları çözülebilecek durumlar olarak algılaması.
- Kendi yeteneklerinin, sorunları çözebilmek için yeterli olacağını düşünmesi.
- Sorunları çözdüğünde yaşamın nasıl olacağı, nelerin değişeceği ve nelerin aynı kalacağını düşündürmesi.
- Kaçmanın sorunları çözmediğini bilmesi.
- Sorunlarla karşılaşınca aceleci davranmaması gerektiğini öğrenmesi.
- Sorunla karşılaşınca akla ilk gelen fikirle hareket etmek yerine durup biraz düşünmesi ve daha sonra çözüm için harekete geçmesi.
- Danışanın karşılaştığı sorunların kendi sorumluluğunda olduğu ve çözümlerinin de kendi sorumluluğunda olduğunu bilmesi ama gerekirse diğerlerinden yardım alabileceğini öğrenmesi gerekmektedir.

### **3. Sorunun Tanımlanması**

Bu görüşmenin amacı danışanın sıkıntı yaşamasına neden olan sorun durumların tanımlanmasıdır. Sorunları tanımlama temel olarak üç evreden oluşmaktadır. Söz konusu işlem basamaklarını içeren üç evre şunlardır:

#### **3.1. Duygusal belirtilerin tanımlanması**

Bu evrede danışanın şikâyetleri ve duygusal sıkıntı ve belirtilerinin ayrıntılı bir listesinin alınması gerekmektedir. Bu evrede temel amaç danışanın yaşamakta olduğu sıkıntı ve şikâyetlerin belirlenerek listelenmesidir. Burada, sorunların tanımlanması aşamasında verilen şemanın kullanılması faydalı olacaktır. Söz konusu

sıkıntı ve şikâyetlerin belirlenmesi ve listelenmesi gerçekleştirildikten sonra sıra bunları doğuran veya neden olan sorunları tespit etmeye gelmektedir (Çizelge 1).

### **3.2. Sorunun formüle edilmesi**

Bu evrede temel amaç, danışanın baş etmede zorlandığı problemlerin neler olduğunu saptamaktır. Sorunlarını tanımlayamayan danışanlar için sorun çözme eğitimi daha ayrıntılı bir inceleme yapmalıdır. Sorun nedir? Sorun ne sıklıkla olmaktadır? Sorun ne kadar ciddidir? Sorunun çözülme olasılığı nedir? gibi sorular sorularak danışanın net ve somut bir şekilde sorununu dile getirebilmesi ve karmaşık sorunların küçük parçalara ayrılarak danışan tarafından algılanabilmesi sağlanmalıdır. Sorun durumların bulunması işleminde de, duygusal belirtilerin belirlenmesinde olduğu gibi, sorunların tanımlanması aşamasında verilen şema kullanılabilir (Çizelge 2).

### **3.3. Duygusal belirtiler ile sorunların ilişkilendirilmesi**

Bu görüşmenin temel amacı, belirlenen belirtiler ve sorunlar arasında nedensel bir ilişki kurulmasıdır. Belirtiler ve sorunlar arasında ilişki kurulması, danışanın tanımlanacak olan problemlerin çözümü konusunda işlemler yapma ve girişimlerde bulunmak için çaba sarf etmesine istekli olmasını, aynı zamanda birinci görüşmede kendisine tanıtılan sorun çözme terapisinin mantığını daha iyi anlamasını da sağlayacaktır.

## **4. Hedeflerin Belirlenmesi**

Sıkıntıya neden olan sorunun tanımlanmasından sonra sıra hedef belirlemeye gelmiştir. Hedef, danışana, belirlenen sorun durumla ne yapacağı konusunda fikir verecek ve onu yönlendirecektir. Sağaltımsal hedeflerin belirlenmesi sadece sorun çözme terapisine özgü olmayıp, tüm ruhsal sağaltım yöntemlerinde yapılan bir işlemdir. Sağaltım sürecinde hedefin belirlenmiş olması, tedavi sürecinin amaç yönelimli bir etkinlik olmasını sağlar.

Sorun çözüme terapisinde oluşturulabilecek hedefler, kapsam açısından iki şekilde belirlenebilir. Buna göre hedefler sorun odaklı veya duygu odaklı olabilirler. Sözü edilen hedefler aşağıda kısaca tanıtılmaktadır.

#### **4.1. Sorun odaklı hedefler**

Bu tür hedefler, sorun durumunda bir değişiklik yapabilmenin olası olduğu durumlarda oluşturulur. Örneğin, başkalarının istekleri karşısında istediği halde “hayır diyemeyen” bir danışanın yaşadığı sıkıntıları azaltmak için belirlenecek olan sorun karşısında “hayır diyebilmeyi öğrenme” hedefi sorun odaklı bir hedeftir.

#### **4.2. Duygu odaklı hedefler**

Duygu odaklı hedefler, sorun durumunda bir değişiklik yapılamadığı durumlarda belirlenir. Örneğin, kanser tanısı almış bir danışan yaşadığı ruhsal sıkıntıları azaltmak için, sorun çözme eğitimcisi kanseri tedavi etmeyi değil, hastanın kanser tanısında ruhsal olarak daha az etkilenmesini hedefleyebilir.

Yalnızca hedeflerin türleri değil, nasıl belirlenecekleri ve belirlenirken dikkat edilecek hususlarda önemlidir. Hedeflere ulaşmak için gerekli kaynağın kendisi olduğunu bilen bir danışan, eğitimcisiyle birlikte erişilebilir, nesnel, amaca yönelik, davranışsal terimlerle ifade edilebilen ve gerçekçi hedefler belirlemelidir (Çizelge 3). Bunun yapılabilmesi için:

- Danışanın güçlü yönlerinin ve kaynaklarının belirlenmesi,
- Eğitim, boş zaman, sosyal destek ve maddi kaynaklarının belirlenmesi,
- Sosyal destek alabileceği kimselerin belirlenmesi,
- Danışanın sıkıntı ile baş edebilmesi için gerekli olan kendine yardım gruplarının bilinmesi önemlidir.

## **5. Çözüm Seçeneklerinin Üretilmesi**

Sorunu ve sağıaltım hedefini belirledikten sonra sıra problemi çözecek seçeneklerinin üretilmesine gelmiştir. Sorun çözüme eğitimcisinin yol göstericiliğinde, danışanın yargılamadan ve yargılanmadan fazla çözüm seçeneğı üretmesi için teşvik edilmesi bu aşamanın temelini oluşturmaktadır. Danışanın sorunun çözümü doğrultusunda ürettiğı seçenekler bir liste halinde yazılmalıdır (Çizelge 4). Olabildiğince fazla çözüm seçeneğı üretebilmek için kullanılabilecek yöntemler şunlardır:

### **5.1. Beyin fırtınası yöntemi**

Burada danışana olabildiğince fazla çözüm seçeneğı üretmesi için aklına ne tür seçenek gelirse gelsin kaydetmesi istenir. Bunu yaparken hem danışan hem eğitimci seçenekleri değerlendirmelidir. Önemli olan akla gelenlerin kaydedilmesidir.

### **5.2. Yeniden çerçeveleme**

Bilişsel yeniden yapılandırmaya benzeyen bir yöntem olan yeniden çerçevelemede, danışanın sorun durumu alıştığı bakış açısının dışında başka bir pencereden görmesi sağlanır. Alışık olduğu bakış açısı, danışanı kitleyerek üzerinde çözüm seçeneğı üretmesini engelliyor olabilir.

### **5.3. Bir arkadaşla tavsiye yöntemi**

Bu yöntemde danışandan yakın bir arkadaşının da benzer sorunu olduğunu ve arkadaşının önündeki boş bir sandalyede oturduğunu hayal etmesi söylendikten sonra sözü edilen arkadaşına sorununu çözebilmesi için verebileceğı tavsiyeleri söylemesi ve kaydetmesi istenir.

#### **5.4. Eğitimcinin önerileri**

Bazı durumlarda yukarıdaki teknikler uygulansa bile, danışan yeterince çözüm seçeneği üretmiyor olabilir. Böyle durumlarda eğitimcinin danışanına kendi düşüncelerinden yola çıkarak bazı önerilerde bulunabilir.

#### **6. Uygun Çözüm Seçeneğinin Seçilmesi**

Buraya kadar danışanın sorunu tanımlamış, hedef belirlenmiş ve sorunu çözebilecek çözüm seçenekleri üretilmiştir. Bu aşamada listelenen çözümlerin birlikte üzerinden geçilerek en uygun olanının seçilmesine karar verilecektir. Uygun çözüm seçeneğinin seçilmesinde göz önüne alınacak altın kural çözüm seçeneğinin hem tanımlanan sorunu çözmesi hem de belirlenen hedefi gerçekleştirmesidir.

Uygun çözüm seçeneğinin hangisi olacağını karar vermede birtakım hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bir çözüm seçeneğinin sorunu çözmesi ve hedefi gerçekleştirmesinin yanında, seçeneklerin değerlendirilmesinde her çözüm seçeneğinin avantaj ve dezavantajları belirlenmeli, birbiriyle karşılaştırılmalı ve kişinin sosyal ve kişisel kaynakları da gözden geçirilmelidir.

Hangi seçeneğin veya seçeneklerin uygun çözüm seçeneği olacağına karar verilmesinde niteliksel değerlendirmeler yapılabileceği gibi, tüm seçenekler niceliksel değerlendirmeye de tabi tutulabilir. Her çözüm seçeneğinin puanlanarak sayısal değerlendirmesinde, ilgili bölümde önerilen değerlendirme tablosu kullanılabilir (Çizelge 5). Söz konusu değerlendirme yapılırken her seçenek aşğıdaki ölçütler göz önüne alınarak değerlendirilir. Çözüm seçeneklerinin ölçütler üzerinde aldıkları puanlar toplanarak en uygunundan en az uygununa doğru sıralanabilirler. Bu sıralamaya göre en fazla puan alanından başlayarak en uygun çözüm seçeneği belirlenir (Çizelge 6).

Sözü edilen ölçütler şunlardır:

- Çözümün sorunu çözmesi
- Çözümün hedefle uyumu
- Çözümün uygulanabilirliği
- Çözümün kabul edilebilirliği

## **7. Seçilen Çözüm Seçeneğinin Uygulanması**

Sorun çözme terapisinde sıra, sorunu çözüp, hedefi gerçekleştirecek çözüm seçeneğinin uygulanmasına gelmiştir. Seçilen çözüm seçeneği eğer danışana karmaşık gelmişse parçalara ayrılmalı ve hastanın motive olması sağlanmalıdır. Danışanın çözümü uygulamada hazır olmasını sağlamak için karşılaşılabileceği zorlukların ele alınması gerekir. Bunun için ona çözümle uyumlu, hastanın yapabileceği çeşitli ev ödevleri verilmelidir (Çizelge 7).

Bu aşamada danışanın çözüm seçeneğini uygulayabilmesi için gerekli becerilerin neler olduğunun ele alınması önemlidir. Danışanın korkularının belirlenip güdülenmesi sağlandıktan sonra uygulama için gerekli becerileri öğrenmesi gerekebilir. Bu tür durumlarda eğitimci, danışanına söz konusu becerileri önce ofisinde öğretir. Unun için oyunlaştırma ve benzeri teknikler kullanılabilir. Ofis ortamında öğrenilen becerileri danışanın gerçek yaşamda çözümü, uygulamada kullanabilmesi için birlikte karar verecekleri ev ödevi belirlenir. Burada danışan ödevin gerekliliği konusunda güdülenmiş ve ikna olmuş olmalıdır.

## **8. Uygulamanın Değerlendirmesi**

Bu evre, uygulamanın nasıl gittiği ve ilgili sorunların belirlendiği sağaltımın son aşamasıdır. Tedavinin nasıl gittiği, amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı değerlendirilmeli ve terapi sırasında ortaya çıkan sorunlar sorun çözme terapisindeki aşamalar gibi ele alınmalıdır. Eğer uygulama başarılı olmuş ve hedef gerçekleşmişse sorun çözme süreci sonlandırılır.

Eğer uygulama gerçekleşmemişse engellerin neler olduğu ve nasıl aşılacağı üzerinde durulur. Problem sürecin hangi aşamasında tıkanıklığın olduğu tespit edildikten sonra o işlem basamağına dönülerek oradan süreç yeniden başlatılır. Örneğin sorun iyi tanımlanmamışsa o zaman sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi aşamasına geri dönülerek sorun çözme süreci yeniden başlatılır.

**Çizelge 1:** Şikayetleri ve Nedenlerini Belirleme Çizelgesi

| NEDENLER (Sorunlar) | DUYGUSAL BELİRTİLER (Şikayetler) |
|---------------------|----------------------------------|
| 1:                  | 1:                               |
| 2:                  | 2:                               |
| 3:                  | 3:                               |
| 4:                  | 4:                               |
| 5:                  | 5:                               |
| 6:                  | 6:                               |
| 7:                  | 7:                               |
| 8:                  | 8:                               |
| 9:                  | 9:                               |
| 10:                 | 10:                              |
| 11:                 | 11:                              |
| 12:                 | 12:                              |
| 13:                 | 13:                              |
| 14:                 | 14:                              |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

**Çizelge 2:** Sorunları Belirleme Çizelgesi

| Sorunlar | Katkısı | Azaltma | Puan |
|----------|---------|---------|------|
| 1:       |         |         |      |
| 2:       |         |         |      |
| 3:       |         |         |      |
| 4:       |         |         |      |
| 5:       |         |         |      |
| 6:       |         |         |      |
| 7:       |         |         |      |
| 8:       |         |         |      |
| 9:       |         |         |      |
| 10:      |         |         |      |
| 11:      |         |         |      |
| 12:      |         |         |      |
| 13:      |         |         |      |
| 14:      |         |         |      |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

### Çizelge 3: Hedef Kayıt Çizelgesi

|        |
|--------|
| Sorun: |
| Hedef: |
| Hedef: |
| Hedef: |
|        |
|        |
|        |
|        |
|        |
|        |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

**Çizelge 4: Çözüm Seçenekleri Kayıt Çizelgesi**

|     | Çözüm Seçeneği |
|-----|----------------|
| 1:  |                |
| 2:  |                |
| 3:  |                |
| 4:  |                |
| 5:  |                |
| 6:  |                |
| 7:  |                |
| 8:  |                |
| 9:  |                |
| 10: |                |
| 11: |                |
| 12: |                |
| 13: |                |
| 14: |                |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

**Çizelge 5: Çözüm Seçeneklerini Değerlendirme Çizelgesi**

| Çözüm Önerisi | Sorun Çözmesi |   |   |   |   | Hedefle Uyumu |   |   |   |   | Uygulanabilirliği |   |   |   |   | Kabul Edilebilirliği |   |   |   |   | Toplam Puan |
|---------------|---------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|-------------|
|               | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 | 0                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0                    | 1 | 2 | 3 | 4 |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |
|               |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |                   |   |   |   |   |                      |   |   |   |   |             |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

**Çizelgesi 6:** Uygun Çözüm Seçeneği Kayıt Çizelgesi

| No  | Uygun Çözüm Seçenekleri |
|-----|-------------------------|
| 1:  |                         |
| 2:  |                         |
| 3:  |                         |
| 4:  |                         |
| 5:  |                         |
| 6:  |                         |
| 7:  |                         |
| 8:  |                         |
| 9:  |                         |
| 10: |                         |
| 11: |                         |
| 12: |                         |
| 13: |                         |
| 14: |                         |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

**Çizelgesi 7: Çözümü Uygulama ve Uygulamanın Sonuçlarının Değerlendirilmesi**  
Çizelgesi

|                                        |
|----------------------------------------|
| Çözümü uygulamanın olumlu sonuçları    |
| 1.                                     |
| 2.                                     |
| 3.                                     |
| 4.                                     |
| Çözümü uygulamanın olumsuz sonuçları   |
| 1.                                     |
| 2.                                     |
| 3.                                     |
| 4.                                     |
| Çözümü uygulamamanın olumlu sonuçları  |
| 1.                                     |
| 2.                                     |
| 3.                                     |
| 4.                                     |
| Çözümü uygulamamanın olumsuz sonuçları |
| 1.                                     |
| 2.                                     |
| 3.                                     |
| 4.                                     |

Eskin M. (2009). Sorun Çözme Terapisi, Kuram, Araştırma, Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|            |                         |              |                 |
|------------|-------------------------|--------------|-----------------|
| Adı        | Havva                   | Soyadı       | Akpınar         |
| Doğum Yeri | Fethiye                 | Doğum Tarihi | 01.01.1978      |
| Uyruğu     | T.C .                   | Tel          | 0 506 501 48 88 |
| E-mail     | havva_akpinar@yahoo.com |              |                 |

### Eğitim Düzeyi

|                  |                                                                     |                |
|------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------|
|                  | Mezun Olduğu Kurumun Adı                                            | Mezuniyet Yılı |
| Doktora/Uzmanlık |                                                                     |                |
| Yüksek Lisans    | Akdeniz Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği AbD. | 2004           |
| Lisans           | Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü  | 2000           |
| Lise             | İzmir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümü                | 1996           |

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

|    |                          |                                |                         |
|----|--------------------------|--------------------------------|-------------------------|
|    | Görevi                   | Kurum                          | Süre (Yıl - Yıl)        |
| 1. | Servis Sorumlu Hemşiresi | Antalya EAH Psikiyatri Kliniği | Kasım 2011- .....       |
| 2. | Servis Hemşiresi         | Antalya EAH Psikiyatri Kliniği | Eylül 2010 – Ekim 2011  |
| 3. | Servis Hemşiresi         | Antalya EAH Acil Servis        | Ekim 2004- Ağustos 2010 |

|                 |                   |          |        |
|-----------------|-------------------|----------|--------|
| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma* |
| İngilizce       | İyi               | Orta     | Orta   |
|                 |                   |          |        |

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

| Yabancı Dil Sınav Notu # |        |       |           |           |           |     |     |     |
|--------------------------|--------|-------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----|
| KPDS                     | ÜDS    | IELTS | TOEFL IBT | TOEFL PBT | TOEFL CBT | FCE | CAE | CPE |
|                          | 55.000 |       |           |           |           |     |     |     |

# Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

# KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS:

International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

|               |         |              |        |
|---------------|---------|--------------|--------|
|               | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel  |
| LES Puanı     | 48.176  | 50.955       | 53.733 |
| (Diğer) Puanı |         |              |        |

### Bilgisayar Bilgisi

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Program              | Kullanma becerisi |
| Microsoft Word       | iyi               |
| Microsoft Excel      | iyi               |
| Microsoft PowerPoint | iyi               |

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

## YAYINLAR

1. **Akpınar H.**, Buldukoğlu K. (2009). Hospital stressors experienced by elderly psychiatric inpatients. New/Yeni Symposium Journal, 47(1):37-44.

## SÖZEL BİLDİRİ

- 1- **Akpınar H.** (2011). Acil hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları. 1. Akdeniz Hemşirelik Günleri, Acil Hemşireliği, 01-03 Aralık 2011, Antalya.
- 2- **Akpınar H.**, Buldukoğlu K. (2009). Hospital stressors experienced by elderly psychiatric inpatients. 2nd International Nursing Conference in Kosovo, 2nd European Nurse Student Congress, 23-27 May 2007, Prishtina/Kosovo.
- 3- **Akpınar Özkaraca H.** (2004). Psikiyatri hastalarının hastaneye yatmaya bağlı karşılaştıkları stresörler, çözüm yolları ve ekip üyelerinden beklentileri. Antalya İli Hemşirelik Haftası Etkinlikleri, 12-18 Mayıs 2004, Antalya.

## KATILDIĞI KURSLAR

- 1- Proje Süreç Yönetimi Eğitimi, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Antalya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, 17-18 Şubat 2014, Antalya.
- 2- Sorun Çözme Terapisi Kursu (104 saatlik), Adnan Menderes Üniversitesi, 07 Mart 2009, Aydın.
- 3- Sorun Çözme Terapisi Kursu, 2. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri (Uluslararası Katılımlı), 28-30 Nisan 2008, İstanbul.
- 4- Ameliyathanede Asepsi ve Enfeksiyon Önleme Yöntemleri Eğitimi, 3M Certificate of Completion, 13 Şubat 2008, Antalya.
- 5- Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Programı (ÇİLYAD) Uygulayıcı Sertifikası (Sertifika No:1312), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 05-08 Şubat 2008, Antalya.
- 6- Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Uygulayıcı Kursu, TC Sağlık Bakanlığı Antalya Sağlık Müdürlüğü, 05-08 Şubat 2008, Antalya.

- 7- Yara Bakımı Kursu, 4. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 08 Mayıs 2008, Antalya.
- 8- Temel Yaşam Desteği ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu, TC Sağlık Bakanlığı Antalya Devlet Hastanesi, 14 Mayıs 2007, Antalya.
- 9- Nükleer, Biyolojik, Kimyasal Silahlardan Korunma, İlk Yardım ve Acil Servis Uygulamaları Eğitimi, TC Sağlık Bakanlığı Antalya Sağlık Müdürlüğü, 03 Nisan 2004, Antalya.
- 10- Hemşirelik/Ebelik'te Araştırma Semineri, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, 18-21 Ocak 2000, Antalya.

### **KATILDIĞI KONGRE, KONFERANS VE SEMPOZYUMLAR**

- 1- 1. Antalya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Çalıştayı, 27 Mayıs 2014, Antalya, (Katılımcı).
- 2- 1. Akdeniz Hemşirelik Günleri, Acil Hemşireliği, 01-03 Aralık 2011, Antalya, (Düzenleme Kurulu Üyesi).
- 3- 5. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 19-22 Mayıs 2009, Antalya. (Katılımcı).
- 4- Niteliksel Araştırmalar Çalıştayı, 12-14 Ocak 2009, Antalya. (Katılımcı).
- 5- 4. Ulusal Acil Tıp Kongresi, 08-11 Mayıs 2008, Antalya. (Katılımcı).
- 6- 2. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri (Uluslararası Katılımlı), 28-30 Nisan 2008, İstanbul. (Katılımcı).
- 7- 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri, 27-28 Nisan 2007, Ankara. (Katılımcı).
- 8- Yapıcı Okul/Klinik İşbirliği Workshop, 05-06 Eylül 2002, Antalya. (Katılımcı).