



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK TEMELLİ GÜÇLENDİRME PROGRAMININ
RUHSAL SAĞLIK PARAMETRELERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

HİLAL ALTUNDAL DURU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MERSİN
EKİM-2022**

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ
FARKINDALIK TEMELLİ GÜÇLENDİRME PROGRAMININ
RUHSAL SAĞLIK PARAMETRELERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

HİLAL ALTUNDAL DURU
ORCID ID: 0000-0001-6186-0280

DANIŞMAN
PROF. DR. MUALLA YILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MERSİN
EKİM-2022

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific Works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

31 /10 / 2022

İmza / Signature

Hilal ALTUNDAL DURU

ÖZET

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNE UYGULANAN BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ GÜÇLENDİRME PROGRAMININ RUHSAL SAĞLIK PARAMETRELERİNE ETKİSİ

Bu araştırmanın birinci aşamasında yoğun bakım hemşirelerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (Mindfulness Based Empowerment/MIND-BE) programının ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin belirlenmesi; ikinci aşamasında yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programına yönelik deney grubundaki hemşirelerin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlandı. Araştırmanın birinci aşaması, tek merkezli, prospektif (ön test-son test-3. ay ve 6. ay takip), iki kollu (1:1), randomize kontrollü deneysel tasarımda olup, araştırma örneklemini 2 Mayıs-26 Eylül 2021 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 80 hemşire (deney grubu=37; kontrol grubu 43) oluşturdu. Araştırmanın ikinci aşaması, tanımlayıcı, odak grup görüşme yöntemini içeren kalitatif (fenomenolojik) tasarımda olup, araştırma örneklemini MIND-BE programına katılan deney grubundaki 37 hemşire oluşturdu. Araştırmada deney grubuna sekiz haftalık MIND-BE programı uygulandı. Yoğun bakım hemşirelerinin bilinçli farkındalık, öz-şefkat, travma sonrası büyüme, psikolojik dayanıklılık ve ruhsal belirti düzeyleri; Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği, Travma Sonrası Büyüme Envanteri, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile ölçüldü. Kantitatif verilerin analizinde frekans, yüzde değerleri, ortalama, standart sapma, ki-kare (Fisher-Exact, Süreklilik Düzeltmesi, Pearson- χ^2) testi, Bağımsız örneklem için t-testi, Tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA ve Tekrarlı ölçümlerde çift yönlü ANOVA testleri kullanıldı. Kalitatif verilerin analiz etmek için içerik analizi kullanıldı. Araştırmanın deney kaydı ClinicalTrials.gov adresinden prospektif olarak alındı (deney numarası: NCT04987905). MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin bilinçli farkındalık, öz-şefkat, travma sonrası büyüme, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı olarak arttığı; ruhsal belirti düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p<0.05$). Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programına yönelik görüşlerinin içerik analizinden iki ana tema (MIND-BE programına ilişkin düşünceler ve MIND-BE programının faydaları) ve beş subtema ortaya çıkarıldı. Sonuç olarak MIND-BE programının, yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal sağlık parametreleri üzerinde etkili olduğu görüldü. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, zor koşullarda çalışan yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı ve psikolojik iyi oluşlarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilinçli farkındalık temelli güçlendirme programlarının belli aralıklarla uygulanması ve bu konuda prospektif kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilinçli farkındalık; öz-şefkat; psikolojik dayanıklılık; travma sonrası büyüme, yoğun bakım hemşireleri

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE MINDFULNESS BASED EMPOWERMENT PROGRAM APPLIED TO INTENSIVE CARE NURSES ON MENTAL HEALTH PARAMETERS

In the first stage of this research, determining the effect of the Mindfulness Based Empowerment (Mindfulness Based Empowerment/MIND-BE) program applied to intensive care nurses on mental health parameters; In the second phase, it was aimed to determine the opinions and experiences of the nurses in the experimental group for the MIND-BE program applied to the intensive care nurses. The first phase of the study was in a single-center, prospective (pretest-posttest-3rd month and 6th month follow-up), two-armed (1:1), randomized controlled experimental design, and the research sample consisted of 80 nurses (experimental group=37; control group 43) working in the adult intensive care units of a university hospital between 2 May-26 September 2021. The second phase of the study was in a qualitative (phenomenological) design including the descriptive focus group interview method, and the research sample consisted of 37 nurses in the experimental group who participated in the MIND-BE program. The eight-week MIND-BE program was applied to the experimental group in the study. Mindfulness, self-compassion, post-traumatic growth, psychological resilience and mental symptom levels of intensive care nurses; It was measured by the Mindfulness Scale, the Self-Compassion Scale, the Post-Traumatic Growth Inventory, Resilience Scale for Adults, and the Brief Symptom Inventory. At the analysis of quantitative data, frequency, percentage values, mean, standard deviation, chi-square (Fisher-Exact, Continuity Correction, Pearson- χ^2) test, t-test for independent samples, one-way ANOVA for repeated measurements, and two-way ANOVA for repeated measurements were used. Content analysis was used to analyze the qualitative data. The trial registration of the trial was obtained prospectively from ClinicalTrials.gov (experiment number: NCT04987905). After the MIND-BE program, the levels of mindfulness, self-compassion, post-traumatic growth, and psychological resilience of the intensive care nurses in the experimental group increased significantly in the post-test, 3rd and 6th month follow-up tests compared to the control group; psychological symptom levels were found to decrease significantly ($p<0.05$). Two main themes (thoughts about the MIND-BE program and the benefits of the MIND-BE program) and five sub-themes were revealed from the content analysis of the opinions of the intensive care nurses in the experimental group towards the MIND-BE program. As a result, it was seen that the MIND-BE program was effective on the mental health parameters of intensive care nurses. In line with the results obtained in the study, it is recommended that mindfulness-based empowerment programs to protect and improve the mental health and psychological well-being of intensive care nurses working in difficult conditions should be applied periodically and prospective studies with high level of evidence should be conducted on this subject.

Keywords: Mindfulness; self-compassion; psychological resilience; post-traumatic growth, intensive care nurses

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve deneyimi ile akademik ve kişisel gelişimimde bana yol gösteren, beni her aşamada gönülden destekleyen, motive eden ve zenginleştiren, farklı bakış açıları ile hayata bakmamı sağlayan, her daim öğrencisi olmaktan şükran duyduğum kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Mualla YILMAZ'a,

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimi ile akademik ve kişisel gelişimimde bana yol gösteren, her zaman özveriyle beni destekleyen ve motive eden kıymetli hocam Doç. Dr. Serpil YILMAZ'a

Tez sürecimde verdiği değerli öneri ve deneyimleri ile tezimi zenginleştirmeye katkı veren tez izleme komitesi üyesi kıymetli hocam Doç. Dr. Gözde GÖKÇE İSBİR'e,

Özverisi ile istatistik alanında değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, öğreten ve danışmanlık veren kıymetli hocam Prof. Dr. Celil ÇAKICI'ya,

Eğitimim süresince hayatımın bir noktasına dokunarak bireysel, mesleki ve akademik gelişimime katkıda bulunan tüm kıymetli Hocalarıma,

Uzun veri toplama sürecimde, araştırmamda özveriyle yer alan ve her zaman desteklerini hissettiğim Mersin Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan kıymetli Servis Sorumlu Hemşireleri ve Hemşire Meslektaşlarıma,

Araştırma sürecinde her zaman desteklerini hissettiğim Mersin Üniversitesi Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Uzm. Hem. Gülümser LAĞAP'a, Başhemşire Yardımcıları Uzm. Hem. Müjde MORAN ve Uzm. Hem. Raziye Nurşen ÇAVDAR'a,

Tez sürecimde beni bilgi ve görüşleriyle aydınlatan, tezimin istatistiksel değerlendirme aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve dostluğunu her daim hissettiğim kıymetli arkadaşım Arş. Gör. Aysun ERDAL'a,

Tez sürecimde her zaman yanımda olan ve desteklerini hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Öğr. Gör. Sevilay ERGÜN ARSLANLI, Arş. Gör. Emel GÜVEN ve Arş. Gör. Dr. Edip AYGÜLER'e

Varlığına şükran duyduğum, lisansüstü eğitim sürecimin her anında yanımda olan; sabrı, sevgisi, ilgi ve anlayışı ile beni destekleyen, motive eden, bana güç ve değer veren kıymetli eşim Dr. Sinan DURU'ya,

Beni büyük bir özveriyle büyüten, hayatımın her aşamasında beni destekleyen, varlıklarına her saniye şükran duyduğum kıymetli annem Aslıhan ALTUNDAL ve kıymetli babam Mehmet ALTUNDAL'a, kıymetli kız kardeşim Birdal GERKSAR ve kıymetli eşi Zeynel GERKSAR'a, kıymetli erkek kardeşim Mahmut ALTUNDAL'a, teyzelerine her zaman destek olan kıymetli yeğenlerim Ela GERKSAR ve Aylin GERKSAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.4. Araştırmanın Sorusu	5
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	6
2.1. Yoğun Bakım Hemşiresi Olmak, Ruhsal Sağlık ve Güçlenme	6
2.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bilinçli Farkındalık ve Önemi	8
2.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Öz-Şefkat ve Önemi	10
2.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Travma Sonrası Büyüme ve Önemi	11
2.1.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Psikolojik Dayanıklılık ve Önemi	13
2.1.5. Yoğun Bakım Hemşirelerini Güçlendirmede Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	15
2.2. Kavramsal Çerçeve	16
2.2.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı	16
2.2.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar	19
2.2.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamaların Kullanım Alanları ve Ruh Sağlığına Etkileri	21
2.2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamaların Kullanılması	22
3. MATERYAL ve YÖNTEM	25
3.1. Birinci Aşama: Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan MIND-BE Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi	25
3.1.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Hipotezleri	25
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.1.3.1. Randomizasyon	29
3.1.3.2. Körleme ve Yan Tutmanın Önlenmesi	30
3.1.4. Araştırma Materyali	30
3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.1.6. Veri Toplama Araçları	31
3.1.6.1. Veri Toplama Formu	31
3.1.7. Verilerin Toplanması	34
3.1.7.1. Ön Uygulama	34
3.1.7.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programının Oluşturulması	34
3.1.7.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programının Uygulanması	37
3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
3.1.10. Araştırmanın Etik Yönü	39

	Sayfa
3.2. İkinci Aşama: Deney Grubundaki Yoğun Bakım Hemşirelerinin MIND-BE Programına Yönelik Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesi	39
3.2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	39
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	40
3.2.4. Veri Toplama Araçları	40
3.2.5. Verilerin Toplanması	41
3.2.5.1. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	41
3.2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü	43
4. BULGULAR	44
4.1. MIND-BE Programı'nın Ruhsal Sağlık Parametreleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	44
4.2. MIND-BE Programına Yönelik Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulgular	63
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	76
5.1. Tartışma	76
5.1.1. MIND-BE Programının Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Sağlık Parametreleri Üzerine Etkisinin Tartışılması	76
5.1.2. MIND-BE Programına Yönelik Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	81
5.2. Sonuç	88
5.3. Öneriler	89
KAYNAKLAR	90
EKLER	105
ÖZGEÇMİŞ	135

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1.3.1. Araştırma sonunda deney ve kontrol gruplarındaki yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=80)	27
Tablo 3.1.3.2. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri	29
Tablo 3.1.5.1. Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri	31
Tablo 3.1.6.1.1. Veri toplama formunda kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları	33
Tablo 3.1.7.2.1. MIND-BE programı	35
Tablo 3.2.3.1. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri	40
Tablo 3.1.3.1. Araştırma sonunda deney ve kontrol gruplarındaki yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=80)	44
Tablo 4.1.1. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin BİFÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması	46
Tablo 4.1.2. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması	48
Tablo 4.1.3. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin TSBE ve alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması	51
Tablo 4.1.4. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin PDÖ puan ortalamaları ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması	56
Tablo 4.1.5. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin KSE puan ortalamaları ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması	61
Tablo 4.2.1. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin tanımlayıcı özellikleri (n=37)	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1.3.1. CONSORT-SPI 2018 akış şeması	28
Şekil 4.1.1. BİFÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda zamana göre değişimi	46
Şekil 4.1.2. ÖŞÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda zamana göre değişimi	48
Şekil 4.1.3. TSBE ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi	52
Şekil 4.1.4. PDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi	57
Şekil 4.1.5. KSE ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi	62
Şekil 4.2.1. İçerik analizi sonucu ortaya çıkan tema ve subtemalar	65

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simgesi	Tanım
APA	American Psychological Association
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BF	Bilinçli Farkındalık
BFÖ	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
CONSORT-SPI	Consolidated Standards of Reporting Trials Statement for Social and Psychological Interventions
COVID-19	Coronavirus Disease-19
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nurses
ITT	Intention to Treat
KLPH	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresi
KSE	Kısa Semptom Envanteri
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MIND-BE	Mindfulness Based Empowerment
MIT	Massachusetts Institute of Technology
MSC	Mindful Self-Compassion
n	Sayı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖŞ	Öz-şefkat
ÖŞÖ	Öz-şefkat Ölçeği
PD	Psikolojik Dayanıklılık
PDÖ	Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
RISE	Resilience, Insight, Self-compassion, Empowerment
CL-90	Symptom Check List-90
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TSB	Travma Sonrası Büyüme
TSBE	Travma Sonrası Büyüme Envanteri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
χ^2	Chi-Square Testi
\bar{x}	Ortalama
ss	Standart sapma

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik, tüm sağlık bakım ortamlarında güvenli ve kaliteli hasta bakımının sağlanmasında gerekli temel bir meslektir. Tüm dünyada bireylerin iyileşmesi ve iyilik hallerinin korunmasında önemli rol oynayan küresel hemşire işgücününün 2021 yılında 27.8 milyon olduğu belirtilmiştir [1]. Türkiye’de ise 2020 yılı itibariyle 198 bin 465 hemşire bulunmasına karşın, bu işgücüyü Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üye ülkeleri arasında son sıralarda yer almaktadır [2]. Bu bağlamda Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), 2021 yılı raporunda, tüm dünyada güvenli sağlık hizmeti için hemşirelerin desteklenmesi, korunması, motive edilmesi, bilgi ve beceriyle donatılması gerektiğini vurgulamıştır [3]. Dolayısıyla dünya genelinde sağlık sektöründe, hemşire işgücününün sayısal olarak en büyük ve tek meslek grubu olduğu bilindiğinden, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin planlanmasında daha aktif rol almaları önemli hale gelmektedir. ICN, mevcut hemşire işgücü eksiklikleri, işgücününün yaşlanması ve pandemi etkisi nedeniyle, dünyada yaklaşık 13 milyon hemşireye ihtiyaç duyulabileceğini belirtmektedir [1]. Hemşirelerin güçlendirilmesi gerektiğine vurgu yapan ICN, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve sağlık sisteminde var olan sorunları çözmek için hemşirelerin dayanıklılığını artırma ve hemşirelere yatırım yapmanın önemli olduğunu vurgulamaktadır [4].

Hemşirelerin sağladığı bakım, sağlık hizmetinin verildiği her ortamda önemlidir. Bu ortamlardan biri olan Yoğun Bakım Ünite (YBÜ)’lerinde yatan hasta sayılarının giderek artması ile birlikte, yoğun bakım hemşirelerine gereksinim giderek artmaktadır [5]. Hemşire sayısının yetersizliği ve hasta sayısının fazlalığı, YBÜ’de hastalara kaliteli bakım sunulmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Literatürde yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel ve ruhsal iş yüklerinin fazla olduğu, tükenmişlik ve ruh sağlığı sorunları yaşadıkları belirtilmektedir [6-8]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yoğun bakım hemşirelerinde vardiyalı çalışma ve stres gibi psikososyal tehlikelerin önemini vurgulamaktadır [9]. Bununla birlikte DSÖ, 2022 yılı Dünya Ruh Sağlığı Günü temasını, “Herkes İçin Ruh Sağlığı ve Refahını Küresel Öncelik Haline Getirmek” olarak belirlemiştir. Bu kapsamda ruh sağlığı ve iyilik halinin daha iyi olması, ruh sağlığı ihtiyaçlarının tamamının toplum temelli erişilebilir, ekonomik, kaliteli ve destek ağı aracılığıyla karşılanabilmesi için ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirmek gerekliliğine vurgu yapmıştır [10]. Bununla birlikte, DSÖ’nün bu zamana kadar yayınladığı en büyük inceleme raporu olan Dünya Ruh Sağlığı Raporu’nda (2022) ruh sağlığının herkes için, her yerde kritik öneme sahip olduğunu, ruh sağlığı ihtiyaçlarının fazla ancak yanıtların yetersiz olduğuna vurgu yapılmıştır [11]. Dolayısıyla toplumda ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirmek için öncelikle hemşirelerinin ruh sağlığını güçlendirmek ve ihtiyaçlarına cevap vermek gerekmektedir.

YBÜ'ler yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı için hem fırsat hem de risk barındıran yerler olabilir. Bir yandan zor koşullarda çalışmak yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal yönden büyümelerine olanak sağlayıp dayanıklılıklarını arttırabilirken, öte yandan ruh sağlıklarını bozabilir. Travmatik olaylara maruz kalma, ağır iş yükü, vardiyalı uzun çalışma saatleri gibi etmenler yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlıklarını olumsuz etkileme riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır [11, 12]. Bununla birlikte, yaşam krizleri sonrasında olumlu kişisel değişimle beraber, yaşama bakış açısında gelişim olarak tanımlanan Travma Sonrası Büyüme (TSB)'de, birey travmatik olaylar yaşadktan sonra olumlu psikolojik değişiklikleri ifade etmektedir [13-16]. Özellikle YBÜ'de ölüm, travma ve zorlu çalışma koşulları ile karşılaşan yoğun bakım hemşireleri bazı olumlu değişiklikler yaşayabilir. Bu değişiklikleri keşfetmek, yoğun bakım hemşirelerinin deneyimlerini yansıtmalarına ve deneyimlerinin içinde anlam bulmalarına yardımcı olabilir. Bu sayede yoğun bakım hemşireleri travmatik durumla ilgili deneyimlerin olumsuz etkisini hafifletebilir, yaşamdan memnuniyetlerini ve dayanıklılıklarını arttırabilirler [13-19]. Literatürde hemşirelere uygulanan pozitif psikolojik müdahale ve farkındalıklarını arttırarak TSB düzeylerinin arttırılabileceği önerilmektedir [20].

Psikolojik dayanıklılık (PD), Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tarafından sıkıntı, travma, trajedi, tehdit veya önemli stres kaynaklarıyla karşılaşmada iyi uyum sağlama süreci olarak tanımlanmıştır [21]. PD, bireylerin yaşamlarındaki risk faktörleriyle beraber koruyucu faktörlerin olması ve bu sayede travma deneyiminin olumlu şekilde atlatılmasını ifade etmektedir [22]. Zeller ve Levin (2013), stresin en kötü etkilerinden kaçınmak için PD oluşturmaya ve stresle uyumlu başa çıkmaya odaklanan hemşirelere yönelik müdahalelerin hayati önem taşıdığını iddia etmiştir [23]. Birçok travmatik durumda PD'nin olması, TSB için itici gücü oluşturmakta ve travma ile baş etme gücünü arttırmaktadır [24-25]. Literatür taramalarında da ortaya konulduğu üzere, PD öğrenilebilir ve geliştirilebilir nitelikte olup, yaşanan travmatik deneyimlerde bireyleri güçlendirerek desteklemekte ve travmadan büyüyerek çıkmayı sağlamaktadır [26-30]. Literatürde PD'yi belirlemede önemli rol oynadığı düşünülen birkaç psikolojik müdahaleden biri dikkatin kasıtlı olarak, şu anda ve yargısız bir şekilde ortaya çıkması yani Bilinçli Farkındalık (BF/mindfulness) kavramıdır [31-35]. Bu nedenle yoğun bakım hemşireleri, yaşadıkları zorlu deneyimlerde TSB yaşayabilmekte, yaşadıkları büyümeyi keşfedebilecekleri ve bu büyüme ile birlikte PD'yi arttırabilecekleri BF temelli güçlendirme programlarına ihtiyaç duymaktadır.

Dikkatin belli bir niyet ile yargısızca şu anda olana odaklamak ve anı gözlemlemek olan BF, gücünü alıştırma yapma ve uygulamalarından almaktadır [32, 34, 36]. Bu sayede, zihinsel deneyim sırasında ortaya çıkan tepkilerin gözlenmesi sağlanır ve bilinci kontrol etmek yerine bilincin ortaya çıkış biçimine odaklanılır. Aynı zamanda daha net görmemizi ve dolayısıyla hayatımızda temas halinde olmadığımız veya bakmak istemediğimiz alanları daha derinden

anlamamızı sağlar. Böylelikle dikkatin şimdiki ana odaklanması ile şimdiki anda ne hissedildiği, düşünüldüğü, görüldüğü, işitildiği ve bedende neler hissedildiğine odaklanması BF halidir [32, 34, 36-38]. BF'nin, aynı zamanda güçlendiricidir. Çünkü uygulamadaki mevcut anı, içimizdeki derin yaratıcılık, zeka, hayal gücü, netlik, kararlılık, seçim, bilgelik, sevgi ve şefkat dolu bir kalple algılamaktır [32, 36, 39-41].

Şefkat, BF ile yakından ilişkili olup, acının doğasını anlamak ve acıyla kalmak olarak tanımlanmaktadır. Şefkat, acının varlığında onu değiştirmek, dönüştürmek veya hissetmemekle ilgili değildir. Zorlayıcı duygu ve durumların içerisindeyken onları bastırmadan, göz ardı etmeden veya onunla özdeşleşmeden kabul edebilmeyi içerir. Ancak bu noktada başkalarına gösterdiğimiz şefkatin yanı sıra, başkalarından bize gelen şefkate açık olabilmek ve kendimize karşı da şefkatli olabilmeyi (öz-şefkat) barındırır. Öz-şefkat (ÖŞ), zorlayıcı duygu ve durumlarda kendimizi eleştirmek yerine kendimize nazik olmayı, bu zorlanmayı herkesin yaşayabileceğini, acının evrenselliğini kabul etmeyi, zorlayıcı durumlarla aşırı özdeşleşmeden veya onlardan kaçınmadan onların geçmiş ve gelecekle bağlantısını fark edip onu gözlemleyebilmeyi gerektirir [32, 41-46]. Ferrari ve ark. (2019) yaptıkları meta-analizde öz-şefkat müdahalesi içeren programların, psikososyal açıdan önemli bir iyileşme sağladığını, öz-şefkat, stres, depresyon, BF, öz-eleştiri ve kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğunu saptamıştır [47]. Kirby ve ark. (2017) da yaptıkları meta-analizde şefkat temelli müdahalelerin faydalarını açıklamaktadır [48]. BF eğitimlerinde, öncelikli olarak YBÜ gibi risk altında görev yapan, merhamet yorgunluğu riski yüksek hemşirelerin yer aldığı bildirilmektedir [17-19]. Özellikle BF'ye dayalı müdahalelerin; hemşirelerde öz-şefkat ve empatiyi arttırdığı, stres ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu vurgulanmaktadır [19, 49].

Güçlendirme gibi programların geliştirilmesinde Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireleri (KLPH) psikolojik bilgi, beceri ve yetkinlikleri ile etkin girişimlerin planlanması ve uygulanmasında aktif rol alırlar. Bu programlar, yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik streslerini azaltma, onlara duygusal destek sağlama, PS düzeylerini artırma ve TSB geliştirme gibi katkılar sağlamaktadır [17-19, 50]. Bu bağlamda, özellikle grup danışmanlıkları sırasında; grup ortamında benzer yaşantı ve deneyimlerin paylaşımı, katılımcılar arası işbirliği, katarsis, birbirinden öğrenme, evrensellik duygusu, umut aşılama, sosyal kabul, geri bildirim gibi terapötik iyileştirici etkilere sahiptir [51-53]. Dolayısıyla, grup çalışmaları bireysel yürütülen programlara göre daha etkili olabilmektedir [54]. Lautizi ve ark. (2009) hemşireleri güçlendirmenin yaşam boyu öğrenme sürecini içerdiğini vurgulamıştır [55]. Chavasse (1992) hemşirelerin, hasta ve yakınlarını güçlendirme süreçlerinde yer alabilmeleri için profesyonel rollerinde güçlenmiş hissetmeleri gerektiğini belirtmiştir [56]. Wahlin (2017), YBÜ'de güçlendirme kavramını araştırdığı kavram analizinde 22 makaleye ulaşmış, analizde ele alınan makalelerin 12'sinin yoğun bakım

personelleri ile ilgili olduğunu, tamamının ise derleme ya da gözlemsel tipte araştırma makalesi olduğunu ortaya koymuştur. Kavram analizi sonucunda güçlendirme; durum ve gelecek üzerinde kontrol, kişisel ve mesleki gelişim, büyüme, artan konfor, kalite, iç tatmin, azalan gerginlik, artan özerklik hissi ile ilişkilendirilmiştir [57]. Dolayısıyla grup deneyiminin kendine has özellik ve faydalarının olduğunun kabullenilmesi ve zorlayıcı süreçlerde yoğun bakım hemşirelerinin var olan gereksinimlerinin belirlenerek güçlenmelerine destek olunması gerekmektedir.

Yoğun stres yaşayan mesleklerde sürdürülebilir güçlendirme programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, güçlü ve psikolojik olarak sağlam bir işgücü oluşturmak, farkındalığın gelişimiyle açıkça bağlantılı [58-62] olup, daha dikkatli ve dayanıklı bir iş gücüdür. Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı zorlayıcı duygu ve durumlarda onları güçlendirecek BF temelli programlarının geliştirilmesi önemlidir. BF tekniklerinin düzenli olarak ve zor durumlarda kullanılması, bireylerin olumsuzluğun farkına varmasına ve onu uygun perspektife yerleştirmesine yardımcı olur [63]. Hemşireler BF uygulamaları sayesinde, artan dikkat ve duygu düzenleme becerileri ile hastalara kaliteli ve güvenli bakım sunmakla birlikte, kendilerini daha iyi öz bakıma ulaştırabilir. Bu, daha fazla iş tatmini ve daha az tükenmişlik anlamına gelebilir [17, 18]. Yapılan araştırmalar, BF uygulamalarının hemşirelerde stresi azaltabileceği ve iyi oluşu arttırabileceğini göstermiştir [18, 64-66]. Bir meta analiz çalışmasında, BF'ye dayalı müdahalelerin çeşitli psikolojik sorunlara, özellikle anksiyete, depresyon ve strese fayda sağladığı tespit edilmiştir [67]. Bu nedenle, çalışma yaşantısında sürecin uyum bozulmadan ele alınması ve ruh sağlığının korunması yoğun bakım hemşirelerine oldukça büyük yarar sağlayabilir. Bu bağlamda yoğun bakım hemşirelerine yönelik güçlendirme programlarının geliştirilmesine ve bu programların ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Literatüre göre; depresyon, anksiyete, hostilite vb. parametrelerin yanı sıra, TSB, PS, BF, ÖŞ gibi parametreler de ruh sağlığının göstergelerindedir. Ancak literatür incelendiğinde, çeşitli girişimler sonucunda yoğun bakım hemşirelerine uygulanan BF temelli müdahalelerin hemşirelerinin TSB, PS, BF, ÖŞ ve ruhsal belirti düzeylerine etkili olduğunu ayrı ayrı inceleyen ve genellikle tanımlayıcı çalışmalar olduğu görülmektedir [57]. Ancak literatürde BF temelli bir güçlendirme programının bu olgular üzerinde etkisini inceleyen müdahale çalışmalarının sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Dolayısıyla zorlayıcı duygu ve durumlarda, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan BF temelli bir güçlendirme programının hemşirelerin TSB, PS, BF, ÖŞ ve ruhsal belirti düzeylerine etkisinin incelenmesi, hemşirelik mesleğine ve hemşirelere yatırım olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın birinci aşamasında, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (Mindfulness Based Empowerment/ MIND-BE) programının

ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise, deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programı'na yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

- H₀1: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeyleri üzerinde etkili değildir.
H₁1: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeyleri üzerinde etkilidir.
- H₀2: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeyleri üzerinde etkili değildir.
H₁2: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeyleri üzerinde etkilidir.
- H₀3: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeyleri üzerinde etkili değildir.
H₁3: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeyleri üzerinde etkilidir.
- H₀4: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin PD düzeyleri üzerinde etkili değildir.
H₁4: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin PD düzeyleri üzerinde etkilidir.
- H₀5: MIND-BE Programı, yoğun bakım Ü hemşirelerinin ruhsal belirtileri üzerinde etkili değildir.
H₁5: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal belirtileri üzerinde etkilidir.

1.4. Araştırmanın Sorusu

Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programı'na yönelik görüş ve deneyimleri nelerdir?

2.KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1.Yoğun Bakım Hemşiresi Olmak, Ruhsal Sağlık ve Güçlenme

Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), en genel tanımıyla yaşamı tehdit eden koşullara sahip hastalara kritik bakım sağlamada karmaşık ekipmanlarla kapsamlı bir hizmet sunmak için tasarlanan yerlerdir [68]. Yoğun bakım hemşireleri hastanede yatan daha savunmasız ve kırılgan hastalara bakmakta olup, zorlu ve karmaşık vakalarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu ünitelerde aktif rol alan yoğun bakım hemşireleri, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamaktan sorumludur [69]. Dolayısıyla yoğun bakım hemşireleri, doğrudan hasta bakımına daha fazla zaman ayırmakta ve hastaların ihtiyaçlarına sürekli dikkat etme, aileleri ile etkileşim kurma ve kritik durumlarda karar verme gibi birçok sorumluluğa sahiptir. Yoğun bakım hemşireleri hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için sürekli izlem ve daha fazla teknolojik destek sundukları için, bir anda değişebilen koşullarda kendilerini baskı altında hissedebilmesi nedeniyle, diğer bölümlerdeki hemşirelerden daha fazla iş yüküne sahip olabilmektedir [70-74]. Yoğun bakım hemşireleri, hastalık ve ağrı ile doğrudan temas, sorunlu hasta ve yakınları ile ilişki, özerklik ve karar verme yetkisi, aşırı iş yüküne yol açan personel eksikliği ve vardiyalı çalışma gibi nedenlerle duygusal tükenme de yaşamaktadır. Araştırmalar tükenmişlik, sıkıntı ve suçluluk duygularının hemşirelerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve işi bırakma oranını arttırdığını göstermektedir [6-8, 70, 74].

Günümüzde yoğun bakım hemşirelerine her zamankinden daha fazla sorumluluk verilmekte olup, her yıl YBÜ'deki yatak sayısı artmaya devam etmektedir. Türkiye'de 2020 yılında, YBÜ yatak sayısı bir önceki yıla göre %19.4 artış göstermiştir [5]. Bunun aksine, YBÜ'de yatak sayısı artarken hemşire sayısı ise giderek azalmaktadır [2]. Yaşanan hemşire eksikliği ve buna bağlı olarak uzun çalışma saatleri, yorgunluğa ve tükenmişliğe yol açabilir. Dolayısıyla ihtiyaca yönelik olarak iş talebi artarken, yüksek kaliteli bakım sağlama güçleşebilir. Literatürde yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel ve ruhsal sağlığının kötü olduğunu bildiren birçok çalışma mevcuttur [11, 12]. Bu durum, sadece hemşireler için değil, aynı zamanda bakım verdikleri hastalar için de olumsuz olabilir. Bir araştırmada, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının kötü olduğunu bildiren yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata yapma olasılıklarının %31-62 arasında olduğu belirtilmiştir [75]. Bu kapsamda, yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal sağlıklarını korunması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir.

Thomas ve Velthouse (1990) çalışma ortamında güçlendirmeyi içsel görev motivasyonu olarak tanımlamaktadır. Görev motivasyonu yalnızca dış olaylara ve nesnel gerçeklere değil, aynı zamanda gerçekliğin öznel yorum ve yapılarına da dayanır. Thomas ve Velthouse'un (1990) içsel

motivasyon modelindeki dört bileşen etki, yeterlilik, anlamlılık ve seçim/kendi kaderini tayin etmedir [76]. Bu bileşenlere göre yoğun bakım hemşireleri de, diğer kliniklerde çalışan hemşirelere kıyasla güçlendirmeyi teşvik eden daha az faktör ve güçlendirmeyi engelleyen daha fazla faktör bildirmektedir [77]. Hemşirelerin güçlendirme deneyimleri, yaş, hemşirelik deneyiminin uzunluğu, iş tatmini, motivasyon ve toplumdaki saygı [78], ruhsal hastalıklar, iş stresi, tükenmişlik [79, 80], yönetime bağlılık, güven, iş tatmini [77] ve verimlilikle [81] ilgilidir.

Güçlendirme programlarının yoğun bakım hemşirelerinde uygulanmasına yönelik literatür incelendiğinde, yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik yönden güçlendirilmesine ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, servis sorumlu hemşirelerini psikolojik yönden güçlendirme ve hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi ile ilgili olup, tek grup ön test-son test deneysel tasarım kullanılmıştır [82]. Atlı Özbaş ve Tel (2016) çalışmalarında, psikodrama temelli güçlendirme programının onkoloji hemşirelerinde psikolojik güçlendirmeyi artırdığını, işyeri güçlendirme algısını geliştirdiğini ve tükenmişlik düzeylerini azalttığını saptamıştır [83]. Bununla birlikte, Özgündoğdu ve Gök Metin (2019), yoğun bakım hemşirelerine müzikle birlikte progresif kas gevşeme egzersizinin hemşirelerin stres ve yorgunluğunu azaltmada, baş etme stillerini geliştirmede etkili olduğunu bulmuştur [84]. Mealer ve ark. (2014) ise yoğun bakım hemşirelerine uyguladıkları dayanıklılık eğitim programı sonrasında hemşirelerin dayanıklılık düzeylerinin arttığı, depresyon ve post-travmatik stres düzeylerinin ise azaldığını saptamıştır [85]. Sawyer ve ark. (2021), hemşirelere dört temaya sahip (dayanıklılık, içgörü, öz-şefkat ve güçlendirme) 8 haftalık RISE (Resilience, Insight, Self-compassion, Empowerment) adlı bir psikoeğitimsel grup müdahalesi uygulamıştır [86]. Araştırma sonucunda, hemşirelerde içgörünün geliştiği, dayanıklılık ve öz-şefkatin arttığı, algılanan stres ve tükenmişliğin azaldığını saptamıştır. Sonuç olarak, yoğun bakım hemşirelerini ruhsal yönden güçlendirilmesinin önemli ve gerekli olup, bu konuda literatürdeki boşluğun doldurulmasına ihtiyaç vardır.

Güçlendirme, psikolojik ve yapısal güçlendirme olarak sağlanmaktadır. Hemşirelikte güçlendirmeyi artırmaya yönelik kurumsal ve çevresel düzenlemelerle birlikte daha çok yapısal güçlenme sağlandığını, bunun da psikolojik güçlenmeye katkı sunduğu belirtilmektedir [62, 63]. Ancak hemşirelerin doğrudan psikolojik yönden güçlendirilmesi de önemlidir. Güçlendirme ile ilgili literatür incelendiğinde; bazı kaynaklar güçlendirmenin üst yönetimin görev ve sorumluluğu olduğu ve yöneticiler tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilirken, bazıları da güçlendirmede çalışanların güçlendirmeyi nasıl algılandığı yani psikolojik güçlendirme üzerine odaklanmaktadır [59-61]. Ancak YBÜ gibi bölümlerde çalışan hemşireler çok daha fazla iş yükü, stres, zorlayıcı duygu ve durumlara maruz kaldığı için hemşirelerin psikolojik olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin güçlendirmesinde sadece yapısal güçlendirmede (kurumsal ve çevresel düzenlemeler) yeterli olmamaktadır [87]. Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin zorlayıcı duygu ve durumlara karşı esnekliği artırılarak

güçlendirilmesi gerekmektedir [88]. Chang ve ark. [89] buna paralel olarak; eğitim temelli psikolojik güçlenme programının hemşirelerin psikolojik güçlenmelerini arttırdığını ancak yapısal güçlenmeleri üzerinde etkili olmadığını bulmuştur.

Psikolojik güçlenme ile benzerlik gösteren bilinçli farkındalık temelli uygulamaların, yoğun bakım hemşirelerinde psikolojik güçlenmenin sağlanabilmesinde önemli bir rolü vardır. Esneklik, olayları başka açılardan görme ve yaratıcılık gibi kavramlar hem güçlenmede hem de bilinçli farkındalıkta temeldir [32, 36, 39-41]. Quinn ve Spreitzer (1997), güçlenmenin bir düşünce yapısı olduğunu ve bir süreci gerektirdiğini belirtmektedir. Bu süreç, olay ve durumları başka açılardan görmeyi, problemleri durumu yeni bakış açısı ile yeniden değerlendirmeyi ve yeni bir yaklaşım belirlemeyi içermektedir [90]. Bilinçli farkındalık temelli uygulamalarda da benzer şekilde hemşireler; sabır, akışına bırakma, yargılayıcı olmama, kabul, başlangıç ruhu, güven ve hırslanmama becerileri geliştirirler [32, 36, 39-41]. Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar hemşirenin farkındalık becerisini geliştirerek; olayları ve durumları olduğu gibi görmeyi, mevcut ana bir bütün olarak odaklanarak içindeki gücü farketmeyi sağlar. Bu sayede hemşireler kendini tanıma, stresle baş etme, iletişim ve kişisel ilişkileri geliştirme becerileri kazanırlar [32, 36, 39-41]. Hemşirelerin güçlendirilmesiyle hem iş memnuniyeti ve bakım kalitesinin artırılması, hem de tükenmişliğin önlenmesi sağlanabilir.

2.1.1.Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bilinçli Farkındalık ve Önemi

Anlamli Bilinçli Farkındalık Teorisi (The Mindfulness to Meaning Theory), BF eğitiminin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini tanımlayan yeni bir teoridir. Bu teoriye göre, BF'nin kullanılması, stres ve travma karşısında ruhsal sağlığını geliştirebilir. Ayrıca, bireyler kendi stresli durumlarını fark ettiklerinde (BF uygulayarak), daha önce gözden kaçırmış olabilecekleri alternatif bilgileri görebilir. Bu sayede bireyler daha sonra ruhsal sıkıntılarını azaltmaya ve olumlu duyguları artırmaya yardımcı olacak düşüncelerini yeniden yapılandırabilir [91]. BF uygulamaları, şu anın farkındalığı ve kabulünü geliştirerek günlük yaşamdaki olumlu duyguları iyileştirmektedir [92]. Dolayısıyla, olumlu duygulardaki artış, hemşirelerin yaşadıkları zorlanma ve tükenmişliğin üstesinden gelmelerine veya hafifletmelerine yardımcı olabilir. Bu olumlu psikolojik durumları artırabilecek bir müdahale, hemşirelik gibi artan stres ve tükenmişlik oranlarıyla karşı karşıya kalan alanlara faydalı olabilir [93].

Wexler ve Schellinger (2022), BF Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR)'nın hemşirelerde stresi azaltmada önemli bir etkisi olduğunu, tükenmişliği azalttığını ve BF'yi arttırdığını saptamıştır [94]. Ameli ve ark. (2020) çalışmalarında kısa bir BF temelli programın, sağlık profesyonellerinde stres, kaygı ve depresyonu azalttığını saptamıştır [95]. Xie ve ark. (2020) 106 yoğun bakım hemşiresine beş ay BF temelli eğitim müdahalesi uygulamışlardır. Çalışma sonucunda, yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeyinde belirgin bir artış, deneysel

kaçınma ve mesleki tükenmişlik düzeyinde azalma olduğunu saptamıştır [96]. Suleiman-Martos ve ark. (2020) BF eğitimlerinin hemşirelerde duygusal yükü ve tükenmişliği azalttığını saptamıştır [97]. Sistematik bir derlemede; BF ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli müdahalelerin, doktorlar ve hemşirelerde stres, kaygı ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Derin nefes alma ve minnettarlığı içeren kısa müdahalelerin de faydalı olabileceği belirtilmiştir [75]. Yang ve ark. (2018), MBSR programının, psikiyatri hemşireleri arasında iş stresini, kaygıyı, depresyonu ve diğer olumsuz duyguları azalttığını ve ruh sağlıklarını iyileştirdiğini saptamıştır [98]. Grabbe ve ark. (2019) bir duygusal farkındalık teknikleri seti olan üç saatlik Topluluk Esneklik Modeli eğitiminin etkinliğini test ettikleri çalışmalarında, hemşirelerin refah ve dayanıklılıklarının arttığı, ikincil travmatik stres ve fiziksel semptomlarının azaldığı belirtilmiştir [99]. Benzer şekilde, Sulosaari ve ark. (2022) sistematik derlemelerinde, BF temelli uygulamaların hemşirelerin iyi oluşları üzerinde olumlu etkisinin olduğunu bulmuştur [100]. Neff ve Germer (2013) çalışmalarında Mindful Öz-Şefkat programının öz-şefkat, BF ve esenliği artırmada etkili olduğunu saptamıştır [101]. Pipe ve ark. (2009) hemşire liderlerine verilen kısa BF meditasyon kursu sonrası, hemşirelerin stres seviyelerinin ve ruhsal sıkıntılarının azaldığını saptanmışlardır [102]. Bu çalışmaların aksine, Watanabe ve ark. (2019) “Mutlu Hemşire Projesi” adlı kısa BF temelli stres yönetimi programının hemşirelerde anksiyete, depresyon, uykusuzluk, tükenmişlik, işte var olma, yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını saptamıştır. Yoğun bakım hemşirelerinde BF temelli müdahalelerin sağladığı artan bu dikkat etme yeteneği, duygusal düzenleme ile birleştiğinde, daha güvenli uygulama, daha iyi öz bakım, iş doyumunda artma ve daha az tükenmişlik anlamına gelebilir [103]. Hastaneler ve hemşirelik yöneticileri, BF temelli müdahaleleri, kurum içi programlar sunarak veya program katılımını finansal olarak destekleyerek kullanılabilir hale getirebilir. Yoğun bakım hemşirelerine yönelik kolaylaştırılmış BF temelli müdahale grupları ve periyodik eğitimlerle hemşirelerin güçlenmeleri sağlanabilir. Literatürden yola çıkarak, BF temelli uygulamaların hemşirelerde yaygın kullanıldığını ancak yoğun bakım hemşirelerine yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmekle birlikte, çalışma sonuçları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir.

Hemşireler, YBÜ’de çalıştıkları yoğun bir günün sonunda, başka bir hastanın odasına yürürken, kendilerine bir dakika ayırması ve ne hakkında düşündüklerini sorması bir BF becerisidir. Hemşireler bunu yaptığı zaman hastaları sadece hasta olarak değil, birey olarak görebilir ve onların ihtiyaçlarına şefkatle yanıt verebilir. BF temelli müdahaleler, hemşirelerin hastalara daha fazla özen, ilgi göstermelerini ve tam olarak hastalarla birlikte orada olmalarına yardımcı olabilir. Bu durum, hastayla birlikte “şu anda” neler olup bittiğine dikkat etme, talepler ve endişelerle dikkatlerini dağıtmama, bilgeliği ve bilgiyi etkin bir şekilde ve hastanın onuruna özen göstererek kullanmak için alan açabilir. Bu sayede, hemşirelerin kendi deneyimine ve

alışılmış tepkilerine daha fazla hazır olması, stresi yönetme yeteneklerini artırır, karar verme, esenlik ve öz yeterliliklerini geliştirir [32, 34, 39, 41].

2.1.2.Yoğun Bakım Hemşirelerinde Öz-Şefkat ve Önemi

Kökenleri Latince'den gelen şefkat (compassion) kelimesi beraber (com) acı çekmek (pati) anlamına gelmektedir. Her şey gibi şefkat de "öz"de başlar. Öz-şefkat (self-compassion) kavramı Türkçe'de öz-anlayış, öz-duyarlılık ve öz-şefkat gibi farklı kelimelerle ifade edilmiştir. Germer'e göre şefkatli olma deneyimi, duygusal rahatsızlığa karşı direnme eğiliminden vazgeçmek, acıyı ve acıya olan tepkilerimizi farketmektir. Bireyin zorlandığı, sıkıntı yaşadığı veya hata yaptığı anlarda, duygusal anlamda kendisine karşı destekleyici ve anlayışlı olmasını içeren öz-şefkat, başkalarına karşı şefkat geliştirmek için temeldir. Dolayısıyla kendimize karşı şefkatli değilsek, başkalarına da şefkatli olmak zordur. Neff'e göre öz-şefkat'in üç bileşeni bulunmaktadır: öz-nezaket, ortak paydaşım ve bilinçli farkındalık. Öz-nezaket "acı ve başarısızlık durumlarında kendi kendini anlama", ortak paydaşım "daha büyük insan deneyiminin bir parçası olarak başkalarının deneyimlerini algılama" olarak tanımlanmaktadır. BF ise "acı verici duygu ve düşünceleri geçmiş ve geleceğin etkilerinden bağımsız olarak şimdiki anda yargısız bir tutumla ele alma" olarak tanımlanmaktadır [32, 42, 43, 49, 104]. Zorlayıcı bir duygu yaşarken genellikle o duyguyla fazlasıyla özdeşleşme olabilir ve kendimizi o duygudan ayırmak bazen güç olabilir. Böyle durumlarda kendi acımızdan duygusal olarak uzaklaşmak ve "Bu yaşadığım şey gerçekten çok zor. Şu anda kendime nasıl sahip çıkabilirim, kendimi nasıl rahatlatabilirim?" diyebilmek aslında kendimize şefkatle yaklaşabilmektedir. Zorlayıcı duygu ve durumları bastırmaya çalışmadan, onları göz ardı etmeden olduğu haliyle görmeye çalışmak olan BF'de öz-şefkatin varlığı oldukça önemlidir. Çünkü acıyı yok sayıp aynı zamanda ona karşı şefkat duymak mümkün değildir. Dolayısıyla zorlanma yaşadığımızda kendimize şefkatle yaklaşabilmemiz için öncelikli olarak onu fark etmek gerekmektedir [32, 49, 104].

İnsan hayatının her alanında yaşanan zorlayıcı duygu ve durumlar hemşirelik mesleğinde de yaşanmaktadır. Özellikle yoğun bakım hemşireleri, yoğun çalışma koşulları ile birlikte dinlenememekte, uyku, yemek ve egzersiz gibi temel ihtiyaçlarını dahi karşılayamamaktadır [105, 106]. Mohammady ve ark. (2016) çalışmalarında yoğun bakım hemşirelerinin orta düzeyde öz-şefkate sahip olduğunu ve yoğun bakım hemşirelerinde öz-şefkatin artırılması gerektiğini belirtmiştir [107]. Bu noktada öz-şefkat yoğun bakım hemşireleri için oldukça önemlidir. Steen ve ark. (2021), hemşire ve ebelerde öz-şefkatin, işle ilgili stresi, anksiyete, şefkat yorgunluğu ve tükenmişliği azalttığını saptamıştır [108]. Hosseini Barzanji ve Kurd (2019) çalışmalarında, öz-şefkatin ruh sağlığını iyileştirdiğini ve esenliği desteklediğini göstermiştir [109]. Biber (2021) hemşirelerde mindful öz-şefkat müdahalelerinin stres üzerindeki etkilerini incelediği sistematik derlemesinde, mindful öz-şefkat müdahalelerinin öz-şefkat ve merhamet tatmini geliştirdiğini,

travmatik stres ve tükenmişliği azalttığını saptamıştır. Ayrıca bu müdahalelerle, hemşireler tarafından sağlanan şefkatli bakımın kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu belirtmiştir [110]. Delenay (2018), hemşirelere uyguladığı Mindful Öz-şefkat programının hemşirelerin ikincil travma ve tükenmişliğini azalttığını, öz-şefkat ve BF'lerini arttırdığını saptamıştır [111]. Green ve Kinchen (2021) çalışmalarında, BF temelli müdahalenin hemşirelerde stresi ve tükenmişliği azalttığını, öz-şefkat ve merhamet doyumunu artırdığını gözlemişlerdir [112]. Tengwei ve ark. (2021) yaptıkları meta-analizde, BF temelli müdahalenin öz-şefkat düzeyi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir [113]. Literatürde ulaşıldığı kadarıyla, hemşirelerde öz-şefkatin geliştirilmesinin önemli olmasının yanı sıra, yoğun bakım hemşirelerinin öz-şefkatini arttırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu gözlenmiştir.

2.1.3.Yoğun Bakım Hemşirelerinde Travma Sonrası Büyüme ve Önemi

Travma Sonrası Büyüme (TSB) yeni bir kavram gibi görünse de, 1995 yılında Travma Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin (TSBE) ilk versiyonunda yayınlanmış [15] ve 1996'da TSBE kullanılarak ölçülmüştür [114]. Bununla birlikte bir fenomen olarak TSB, insanlık tarihi ile gelen travma tarihidir. Tedeschi ve Calhoun'un (2004) dediği gibi, acı ve sıkıntının sonucu olarak bireylerde ve genel olarak toplumlarda binlerce yıldır olumlu değişim hikayeleri olmuştur. Büyük bir meydan okuma ve umutsuzluk deneyiminden gelen dönüştürücü olumlu değişim potansiyeli, ampirik kanıtlarla elde edilen çağdaş bilgilerle birleştiğinde, travma yaşayan insanların çoğunun iyileştiği, potansiyel travmanın etkisine karşı dirençli olduğu veya büyüme yaşadığı açıktır [115]. Bununla birlikte travmanın tanımı ile ilgili birçok anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Calhoun ve Tedeschi'nin (2004), "Travmayı tanımlayan olayın kendisi değil, şemalar üzerindeki etkisi, onları yeniden yapılandırmaya maruz bırakmasıdır." dediği açıdan bakıldığında, travmatik olayların yaşamı tehdit edici olması gerekmez. TSB'nin yapısı, bir olay sırasındaki tepkilerden ziyade, olaydan sonra insanlarda meydana gelen değişikliklere odaklanır [116]. Ek olarak, TSB, insanların dikkatli bir şekilde düşünmeden, ancak neredeyse içgüdüsel olarak tepki gösterebilecekleri olayın hemen sonrasındaki değişikliklere odaklanmaz. Bunun yerine, TSB daha dikkatli bir şekilde düşündükten sonra ortaya çıkan daha uzun vadeli değişikliklere odaklanmaktadır. Travma sonrası bu durum, insanların yeni düşünme, hissetme ve davranış biçimleri geliştirdiği günlerden yıllara uzanan uzun bir zaman dilimidir; çünkü deneyimledikleri olaylar bireylerin hemen temel işleve geri dönüşüne izin vermez. Bu, TSB'yi dayanıklılık, temele dönüş, travmaya direnç veya iyileşmeden ayırır. Davranışsal, bilişsel ve duygusal alanlarda olumlu değişiklikleri içeren TSB'de, değişiklikler derin ve dönüştürücüdür [14, 15].

Bireylerde meydana gelen kişisel gelişim, değişim, artan olgunluk ve büyüme normatiftir ve çeşitli gelişim dönemleri boyunca meydana gelir. Ancak bu türden meydana gelen bir değişiklik TSB değildir. TSB'nin karakteristik değişiklikleri, normatif gelişimde görülenlere benzer olabilir

veya normatif gelişimin yanı sıra travma bağlamında da ortaya çıkabilir. Değişikliklerin nasıl meydana geldiği, aralarındaki farkı tanımlamaktadır. TSB, büyük bir yaşam krizinin ardından verilen mücadelenin bir sonucu olarak ortaya çıkar [15, 16]. TSB'ye yol açan mücadele, genellikle ilk başta büyüme ya da değişme mücadelesi değil, daha çok hayatta kalma ya da başa çıkma mücadelesidir. Büyüme plansız ve beklenmedik olma eğilimindedir, ancak daha sonra belirli müdahalelerle kolaylaştırılabilmektedir. TSB'nin alanlarından biri olarak sayılan "kişisel güç" bu müdahalelerle ortaya çıkabilmektedir. "Düşündüğümden daha savunmasızım ama hayal ettiğimden çok daha güçlüyüm" ifadesiyle özetlenen "kişisel güç" kavramı [117], artan bir kendine güvenme duygusu ve güçle, benliğin "kurban" yerine hayatta kalan veya kazanan olarak algılanmasıyla deneyimlenebilmektedir. Aynı zamanda, bu kavram travmatik olaydan güçlenerek çıkma ve bireyin yapamayacağı hiçbir şey olmadığı hissini kapsamaktadır. Bu his daha sonra tamamen yeni bir şey öğrenmenin zorluklarıyla yeni keşfedilen bir şey gibi davranış değişikliklerine yol açmaktadır [118].

Travmatik bir deneyim sonrası olumsuz sonuçların ortaya çıkacağına dair genel bir kanı olsa da travmatik deneyimler bireyin güçlenmesine, etkili baş etme yöntemleri geliştirmesine ve psikososyal iyi oluşuna katkı sağlayabilir [119]. Değişen derecelerde doğrudan ve dolaylı travma maruziyetini içeren TSB, özellikle doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve acil servis çalışanları gibi profesyonellerde gelişebilmektedir. Bu profesyoneller, başkalarının travmatik durumlardan geçtiğini gözlemlerken, ancak aynı zamanda, aynı travmatik koşullardan da doğrudan etkilenirler. Travma mağdurlarıyla çalışan profesyoneller, TSB gösteren ve göstermeyen diğer kişilerle ilgili gözlemlerinin bir sonucu olarak da TSB yaşayabilir [120]. Ancak, fiziksel ve psikolojik travma yaşayan her birey TSSB gibi psikopatolojik bir durum geliştirmez. Aynı travmadan muzdarip olan bazı kişiler, yaşamı daha fazla takdir etme, daha anlamlı kişiler arası ilişkiler, yaşamlarında farklı öncelikler ve gelişmiş kişisel yetenekler geliştirmiş olabilir [116].

Hemşireler, değişen düzeylerde doğrudan ve dolaylı olarak travmaya maruz kalabilir. Travmatik durumlardan geçerken başkalarını gözlemleyen hemşireler, aynı zamanda aynı travmatik koşullardan doğrudan etkilenir. Bu doğrultuda yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı zorlayıcı değişiklikler onların gelecekteki yaşayacağı zorluklara karşı dayanıklılıklarını artırabilir ve bu süreci fırsata çevirmelerine yani TSB yaşamalarına olanak sağlayabilecek potansiyel bir güç kaynağı olabilir. Yoğun bakım ortamı gibi zorlu süreçlerde hemşireler ön saflarda çalıştıktan sonra bazı olumlu değişiklikler yaşayabilir. Bu değişiklikleri keşfetmek, deneyimlerini yansıtmalarına ve içinde anlam bulmalarına yardımcı olabilir, bu durum da travmatik işle ilgili deneyimlerin olumsuz etkisini hafifletebilir ve yaşamdan memnuniyetlerini artırabilir [13-16, 121]. Birçok yoğun bakım hemşiresi bu travmalara tekrar tekrar maruz

kaldıkları için uyku bozukluğu, tekrarlayan geçmişe dönüşler, duygusal/fiziksel rahatsızlık ve kaçınma gibi travma sonrası stres belirtileri yaşarlar [122]. Bu belirtiler ise, yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik iyi oluşunu bozar [123], işten ayrılma oranları arttırır ve iş tatminlerini azaltır [124]. Bu belirtiler bir aydan uzun sürdüğünde ise, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yaşandığından sosyal veya mesleki yaşamda bozulmaya neden olabilir [125]. Amerika'da yoğun bakım hemşirelerinin %24-29'unun TSSB yaşadığı ve %18'inin ise tanı kriterlerini taşıdığı bildirilmektedir [126]. Kore'de, yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık %20'si şiddetli TSSB yaşamaktadır. Bu örnekler, yoğun bakım hemşirelerini TSSB için yüksek riskli bir grup olarak göstermektedir [126, 127]. Yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı, hasta bakımını doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle, tıbbi kuruluşlar, yoğun bakım hemşirelerinin artan TSSB riski ile travma yaşadığını kabul etmeli ve onlara uygun destek sağlamalıdır. Bu, yoğun bakım hemşirelerinin travmadan kurtulmasına, ruh sağlıklarının korunmasına ve hastalara en uygun bakımı sağlamalarına yardımcı olacaktır [128]. Literatürde ulaşıldığı kadarıyla, yoğun bakım hemşirelerinde TSB'nin geliştirilmesinin önemli olmasının yanı sıra, TSB geliştirmeye yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

2.1.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Psikolojik Dayanıklılık ve Önemi

Literatürde "resilience" kavramı psikolojik sağlamlık, yılmazlık, kendini toparlama gücü ve dayanıklılık kavramlarıyla ifade edilmekte, Türkçe karşılığı "Psikolojik Dayanıklılık (PD)" olarak belirtilmektedir [129, 130]. Dayanıklılık, zorluktan geri dönme veya uzun süreli olumsuz etkiler yaşamadan zorlukların etkilerine direnme yeteneği olarak tanımlanmaktadır [131]. Dayanıklılık kavramından yola çıkarak oluşturulan PD kavramı, bireylerin yaşamlarındaki risk faktörleriyle beraber koruyucu faktörlerin olması ve bu koruyucu faktörler sayesinde travma deneyiminin olumlu şekilde atlatılmasını ifade eden karmaşık, çok boyutlu ve dinamik bir fenomendir [20-22, 132]. Bir başka ifade ile birçok insanın zorluklara maruz kalmasına rağmen yaşamın zorluklarına uyum sağlayabildiği ve ruh sağlığını koruyabildiği anlamına gelmektedir [23]. Literatürde ortaya konulduğu üzere, PD öğrenilebilir ve geliştirilebilir nitelikte olup, yaşanan travmatik deneyimlerde bireyleri güçlendirmek için desteklemekte ve travmadan büyüyerek çıkmayı sağlamaktadır [26, 105, 132, 133]. PD, travma, zorlu yaşam olayları ya da risk altında etkin baş etme, sağlıklı uyum gösterme ya da yeterlik geliştirebilen dinamik bir süreçtir [134, 135]. PD'nin gelişmesinde önkoşul olan risk faktörleriyle karşılaşmak, risk faktörlerinin olumsuz etkilerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için de koruyucu faktörlerin olmasını gerektirmektedir [65, 134, 135]. Literatürde bireysel (olumsuz yaşam olayları), ailesel (boşanma, ölüm, psikopatoloji) ve çevresel (yoksulluk, savaş, göç ve afet) risk faktörleri tanımlanırken, koruyucu faktörler içsel (kişisel) ve dışsal (çevresel, ailesel) faktörlerdir [20, 65, 134, 136, 137].

Her yıl belirlediği temalarla hemşire sayısının yetersizliğine ve hemşirelerin güçlendirilmesi gerektiğine vurgu yapan ICN, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve sağlık sisteminde var olan sorunları çözmek için hemşirelerin dayanıklılıklarını artırmanın önemini vurgulamaktadır [4]. Olumsuz durumlarla yüzleşme, odaklanmayı sürdürme ve gelecek için iyimser olmaya devam etme yeteneği olarak tanımlanan PD, günümüzün karmaşık sağlık sisteminde hemşireler için hayati bir özelliktir [131, 138]. Çam ve Büyükbayram (2017) hemşirelerin beklenmedik stresli bir durum karşısında sahip oldukları koruyucu faktörlerin PD'lerini geliştirdiği, PD'nin de hemşirelerde özgüven, otonomi, baş etme, uyum sağlama, motivasyonel güç oluşturma becerileri ve TSB'yi geliştirdiğini belirtmektedir [65]. Hemşire dayanıklılığı ile ilgili literatürün çoğu, acil servis, onkoloji ve kritik bakım ortamları gibi yüksek yoğunluklu alanları tanımlamaktadır. Literatür, özellikle yüksek yoğunluklu alanlarda çalışan hemşirelerde tükenmişlik, stres ve merhamet yorgunluğunu azaltmak ve hemşirelerin dirençli hale gelmesini sağlamak için acilen desteklenmesi gerektiğini göstermektedir [65, 131, 138]. Kester ve Wei (2018) PD'yi artırma stratejileri olarak hemşirelere eğitimler verilmesini, hemşirelerin sosyal destek sistemlerinin artırılmasını ve yöneticilerin onları tanıma yoluyla PD oluşturmalarının önemli olduğunu belirtmiştir [139]. Hart ve ark. (2014), zorlu işyerleri, psikolojik boşluk, azalan iç denge ve uyumsuzluk hissini PD'ye katkıda bulunan faktörler olarak; umut, öz-yeterlik ve başa çıkmayı ise PD'yi arttıran içsel özellikler olarak tanımlamaktadır [140]. Yu ve ark. (2019) hemşirelerde PD geliştirmede; baş etme becerileri, öz-yeterlik, sosyal destek ve iş kaynaklarını önemli faktörler olarak tanımlarken; stres, tükenmişlik, TSSB, işyerinde zorbalık, yorgunluk, kaygı ve depresyonu olumsuz faktörler olarak tanımlamıştır [136]. Joyce ve ark. (2018) meta-analiz çalışmalarında BF temelli dayanıklılık müdahalelerinin PD üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu, PD arttıkça, kaygı, psikolojik sıkıntı ve depresyon düzeylerinin düştüğünü belirtmektedir [141]. Yoğun bakım hemşirelerinin karşılaşabileceği streslerin ve travmatik deneyimlerin çeşitliliği göz önüne alındığında, PD'ye katkıda bulunan faktörleri anlamak önemlidir. Bu faktörleri anlamak, yoğun bakım hemşirelerinde stres veya travma ile karşılaşmadan önce PD'yi artırmaya yardımcı olabilir.

Güncel bir sistematik derlemede; dayanıklılık eğitiminin sağlık profesyonelleri için faydalı olabileceğini ancak, daha uzun müdahale süresi ve seans uzunluğuna sahip dayanıklılık müdahalelerinin daha etkili olduğunu göstermektedir [142]. Brown ve ark. (2018) hemşirelerde, dayanıklılık ve tükenmişlik arasında ilişki olduğunu; yöneticilerin, tükenmişlik ve yüksek riskli çalışma ortamlarıyla ilişkili faktörleri belirleyerek, hemşirelerde dayanıklılık oluşturmak ve tükenmişliği önlemek için stratejiler uygulayabileceklerini önermiştir [143]. Chesak ve ark. (2019), geliştirdikleri Stres Yönetimi ve Dayanıklılık Eğitimi programına katılan hemşirelerin BF ve dayanıklılık düzeylerinin arttığını, stres ve kaygı düzeylerinin azaldığını saptamıştır [144]. Buna paralel olarak; Badu ve ark. (2020) sistematik derlemelerinde, BF temelli dayanıklılık

müdahalelerinin, hemşirelerin ruh sağlığını ve refahını iyileştirmek için uygulanabileceğini önermektedir [145]. Avustralya'daki üçüncü basamak bir hastanede çalışan hemşirelere uygulanan kısa BF öz bakım ve dayanıklılık müdahalesinin etkinliğinin incelendiği çalışmada; hemşirelerin tükenmişlik ve depresif duygu durumunda azalmalar olduğunu ve bu azalmanın altıncı ay takip testlerinde de devam ettiğini saptamıştır. Ayrıca, takip testinde müdahaleyi tamamlayan hemşirelerde merhamet memnuniyeti, öz-şefkat ve öznel yaşam kalitesinin de geliştiği ortaya konulmuştur [146]. Bu çalışmaların aksine; Kunzler ve ark. (2020), hemşirelerde dayanıklılığı arttırmaya yönelik müdahalelerin etkili olduğuna ancak kanıtların kesinliğini artırmak için, geliştirilmiş çalışma tasarımları (örneğin daha büyük örneklem büyüklükleri, daha uzun takip süreleri) kullanan daha titiz, yüksek kaliteli araştırmalara gereksinim olduğunu saptamıştır. Cochrane Library'de yapılan bu sistematik incelemede, dayanıklılıkla ilgili yapılan randomize kontrollü çalışmaların çoğunun hemşire örneklemeyle yapıldığını saptamıştır. Dayanıklılık eğitim müdahalesi sonrasında, sağlık profesyonellerinin dayanıklılıklarının arttığına, depresyon, stres ve stres algılarının düştüğüne ilişkin kanıt değeri düşük çalışmaların olduğu belirtilmektedir. Bu etkinin, orta veya uzun vadeli verilerin azlığı, heterojen müdahaleler ve sınırlı coğrafi dağılım nedenleriyle olabileceği belirtilmiş ve kaliteli randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmiştir [147]. Çeşitli eğitim programları ve stratejilerine rağmen, sağlık profesyonelleri arasında dayanıklılığın geliştirilmesi ve bu dayanıklılığın nasıl geliştirildiği konusunda literatürde araştırma eksikliği devam etmektedir [148]. Dolayısıyla, literatürdeki boşluğu doldurmak için, yoğun bakım hemşirelerinin PD'lerini arttırabilecek, BF temelli kanıt temeli yüksek, prospektif çalışmalara gereksinim olduğu görülmektedir.

2.1.5.Yoğun Bakım Hemşirelerini Güçlendirmede Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresi; sağlık bakım sisteminde yer alan hastaların, hastaların ailelerinin, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin psikososyal ihtiyaçlarını tanımlayan, onların tedavi ve bakımında rol alan, izleyen ve bu alanda araştırmalar yapan kişidir [50, 149, 150]. KLPH, Türkiye'de Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte kimlik kazanmıştır. Bu yönetmeliğe göre; KLPH'nin görevleri "Genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur, sağlık elemanlarına destek olur, destek grupları oluşturur ve sürdürür. Hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini arttırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlar. Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetimsel danışmanlık hizmeti verir." şeklinde belirtilmektedir [69]. Dolayısıyla bütüncül bakım sağlamada değerli işlevleri olan

KLPH'nin yoğun çalışma alanlarında yoğun bakım hemşirelerini psikososyal yönden desteklemeleri önemlidir.

Yıldırım ve ark. (2019) çalışmalarında, hemşirelerin hastaya bakım verirken güçlük yaşadığı, uzman bir profesyonelden desteğe gereksinimlerinin olduğu, psikososyal bakım ve KLPH konularında bilgi gereksinimlerinin olduğunu saptamıştır [151]. Yoğun bakım sürecinde yatan hastaların bakımı ve tedaviye yönelik faaliyetlerin yoğunluğu yoğun bakım hemşirelerinin günün koşuşturmacası içerisinde işlerini otomatik pilotlaymış gibi yapmalarına, kendi duygu, düşünce ve bedensel hisleriyle temaslarını kaçırmalarına, zorlayıcı duygu ve durumları deneyimlerken kendi psikososyal gereksinimlerini göz ardı etmelerine yol açabilir [36,40,70-74]. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri zorlu ve karmaşık vakalarla karşı karşıya kalmakta, doğrudan hasta bakımına daha fazla zaman ayırmakta, hasta aileleri ile etkileşim kurmakta ve kritik durumlarda karar vermektedir. YBÜ'de bir anda değişebilen koşullar nedeniyle yoğun bakım hemşireleri kendilerini ihmal edebilmekte, tükenmişlik yaşayabilmekte ve ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir [6-8, 70-74]. Bu noktada KLPH'lerin görevi, yoğun bakım hemşirelerinin sosyal, duygusal ve fiziksel gereksinimlerini bütüncül olarak ele almaktır. KLPH, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları psikososyal sorunları belirleyerek, PD'lerini arttırıcı ve TSB'lerini geliştirici girişimler uygulayabilir. Bu kapsamda KLPH, yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, uygun psikoeğitim ve danışmanlık programlarında aktif rol alabilir. Bu sayede, yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlıklarını korumak ve geliştirmek, psikososyal yönden güçlenmeleri ve yaşam kalitelerinin artması sağlanabilir. yoğun bakımda yatan hastalara yoğun bakım hemşireleri zor koşullar altında bakım verirken, bu yoğun çalışma koşulları ve travma yaşantısının etkileriyle baş etmede, yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal gereksinimlerinin doğru saptanması ve uygun psikolojik müdahale yaklaşımının ne olacağına karar verilmesi önemlidir. Bu yaklaşımın uygulanması ve kanıt temeli yüksek araştırmalar yoluyla sürekli olarak geliştirilmesi gerekmektedir [152, 153].

2.2. Kavramsal Çerçeve

2.2.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı

Bilinçli farkındalık (BF/mindfulness), günümüz yaşamıyla derin bir ilgisi olan eski bir Budist uygulamasıdır. Bu farkındalık hali, bireyin kendisiyle ve dünyayla uyum içinde yaşamasıyla ve temas halinde olmasıyla ilgilidir. Budist bakış açısına göre, olağan uyanık bilinç durumu, birçok açıdan uyanıklıktan ziyade uzun bir rüyaya benzeyen, ciddi şekilde sınırlı bir durum olarak görülmektedir. BF uygulamaları, bu otomatiklik ve bilinçsizlik uykusundan uyanmaya yardımcı olur, böylece bilinçli ve bilinçsiz olasılıklar yelpazesine erişerek hayatı yaşamayı mümkün kılar [36]. BF, dikkatin şimdiki an içerisindekilere odaklanmasını, içsel deneyimlerin gözlemlenmesini ve tüm bunları yaparken yargısızca ve belli bir niyet ile kabul etmeyi içeren bir zihin ve beden

pratiğidir. BF; sadece şimdiki anın içerisinde olanları farketmek değil, farkedilene karşılama biçimini de görmeyi gerektirir. Bu nedenle BF, algılama ve algılananı kabul etme yaklaşımıdır. Yani günlük hayatta yaşanan olaylardan çok onun birey tarafından nasıl algılandığı ile ilgilidir. Yaşama dair algıları etkileyen birçok etmen geçmiş ya da gelecekle ilgili olduğundan, BF içinde bulunulan en gerçek ve somut anın “bu an” olduğunu söylemektedir. BF’de şimdiki anda olmama haline “zihin uçuşması” denmektedir. Bireylerin zorlayıcı duygu ve durumlarla karşılaştıklarında, geçmiş ya da geleceğe gitme eğiliminde olmaları oldukça doğaldır. Ancak kısa vadede bunu yapmak iyi olabilirken, geçmiş ya da gelecekte saplanıp kalmak, düşünsel ya da bedensel olarak zamanın çoğunu buna harcamak, bu andaki gerçekliği kaçırmaktır. Bununla birlikte BF “an için yaşamak” ve “anı yaşamak” kavramlarını birbirinden ayırmaktadır. “An için yaşamak” daha çok hazza ve mutluluğa yönelmek, hoş gidenleri alıp, hoş gitmeyenleri görmemeye eğilimli olmaktadır. Ancak BF bu anın içerisinde olan her şeyi, hoş giden ya da gitmeyen her ne varsa olduğu haliyle yaşayabilmeyi yani “anı yaşamayı” temel almaktadır. [32, 33, 36, 40].

Kabat-Zinn BF’yi basitçe “bilinçli yaşama sanatı” olarak adlandırır. Dolayısıyla BF bizi hayatın sadece anlarda ortaya çıktığı gerçeğine uyandırır. Bu anların çoğu için tam olarak hazır değilsek, yalnızca hayatımızda en değerli olanı kaçırmakla kalmaz, aynı zamanda büyüme ve dönüşüm olasılıklarımızın zenginliğini ve derinliğini fark etmede başarısız olabiliriz. Bu noktada BF uygulamaları nazik, takdir edici, büyütücü ve cesur olmayı sağlamaktadır [36]. BF’nin üç adımı dikkat, niyet ve tutumdan oluşmaktadır. İlk adım yorumlama, detaylandırma ve analiz olmadan dikkattir, çünkü dikkat etmediğimiz bir şeyi farketmemiz mümkün değildir. Bu noktada “etrafımızdaki birçok uyarının olduğu ve hangisine dikkat etmemiz gerekeceği” sorusu akla gelir. Çünkü içinde bulunduğumuz andaki her şeye aynı anda dikkat etmemiz mümkün değildir. Burada niyet adımı devreye girer. Bu adımda bireyin kendisine “Neyin peşindesin?” sorusunu yöneltmesidir. Niyet adımında birey kendini keşfetme, özgürleştirme ile birlikte bu anın içerisinde var olan hoş giden ya da gitmeyen her ne varsa olduğu haliyle yaşayabilmeyi niyet eder. Bu noktada üçüncü adım olan tutum, bireyin o anda farkettiklerini deneyimsel olarak öğretmek, nasıl bir tutumla ele alacağını farkına varılmasını içerir. Bu noktada BF, “farkında olmanın farkında olma (meta-awareness)” olarak da tanımlanabilmektedir [40]. Kabat-Zinn; BF’yi yedi temel tutum üzerinde şekillendirmektedir [32, 36, 39-41].

1. Sabır (Patience): Sabır, her şeyin bir vakti olduğunu kabul etmek ve anlamaktır. Kabat Zinn (2009) sabrı, etik davranışa bağlılık olarak görmekte, “bahçenizdeki tüm genç sürgünleri yiyecek keçileri dışarıda tutan çit” olarak tanımlamaktadır. BF uygulamaları sırasında sabrın gelişmesiyle meditasyon uygulamaları yavaş yavaş daha zengin ve olgun hale gelir. Çünkü sabır, uygulamalar sırasında başka bir yere varmaya çalışmama, olayların kendi zamanlarında geliştiğini hatırlatmaktadır. Meditasyona uygulamalarında, durduğumuzda, oturduğumuzda ve kendi

nefesimizin akışının farkına vardığımızda sabrın niteliğini geliştirir ve kendimize daha açık, daha iletişim halinde, anlarımıza karşı daha sabırlı olmaya yöneliriz. Bu davet, doğal olarak hayatımızın diğer zamanlarına da yayıldığı gözlenmektedir [32, 36, 39-41].

2. Akışına Bırakma (Letting Go): Şimdiki anın akışında zihnin düşünce, olay, görüş veya arzu olsun, herhangi bir şeye tutunmayı bırakıp, onlar ortaya çıkarken onları tam bir kabullenme ile akışına bırakması (salıverme) ve bilinçli bir kararla onları izlemeyi tercih etmesidir. Akışına bırakma, kabul tutumunun uzantısı gibidir. İnsanlar genellikle hoş giden şeylere dikkati yöneltip onları sürdürmeye çalışmak, hoş gitmeyen şeylerden kaçınmaya, onları yok saymaya çalışmak eğilimindedir. Akışına bırakmak bu ikisi arasında ilişkiye karşı şeffaf olmayı seçmek anlamına gelir. Şeffaf olmak, korkuların ve güvensizliklerin tam farkındalık alanında kendilerini göstermelerine izin vermeyi gerektirir [32, 36, 39-41].

3. Yargılayıcı Olmama (Non-judging): Tüm yargılamaları askıya almak, deneyimleri “iyi” veya “kötü” olarak değerlendirmeye çalışmadan her anın olduğu gibi olmasına izin vermektir. İnsanlar elbette ki yargılama yapmaya devam edecektir, çünkü karşılaştırmak, yargılamak ve değerlendirmek zihnin doğasında vardır. BF’de temel nokta deneyimin kendisiyle temas olduğundan, bireyin yaşamında yer alan otomatik tepkileri fark etmesi önemlidir. Ancak bu gerçekleştiğinde, bu tepkiyi durdurmaya ya da görmezden gelmeye çalışmamak gerekir. Basitçe, zihinde veya bedende ortaya çıkan her şeye tanık olmak ve onu yargılamadan veya peşine düşmeden, yargılarımızın kaçınılmaz olduğunu bilerek onu tanımak gereklidir [32, 36, 39-41].

4. Kabul (Acceptance): Kabul, yaşamı olduğu gibi fark edebilmenin ön koşulu olup, hayatın sadece anlardan ortaya çıktığı gerçeğiyle yüzleştirerek öz-şefkat ve bilgeliği gerektirir. Kabul, basitçe, er ya da geç, her şeyi olduğu gibi görme isteğine vardığımız anlamına gelir. Bu tutum, gerçekte neler olup bittiğine dair net bir resme sahip olduğunuzda, zihnin kendi kendine hizmet eden yargı, arzu ya da korkularınız tarafından vizyonunuz bulutlandığında ne yapacağınızı bilme ve harekete geçmek için içsel bir inanca sahip olmanızı sağlar. BF uygulamalarında, her anı olduğu gibi alarak ve onunla tam olarak birlikte olarak kabullenme gelişir. Bu anların çoğu için tam olarak orada değilsek, sadece hayatımızdaki en değerli şeyi kaçırmakla kalmaz, aynı zamanda büyüme ve dönüşüm için hayatımızdaki zenginlik ve olasılıkların derinliğini fark edemeyebiliriz. Şu anda birey ne hissediyor, düşünür veya görürse onu kabul edebilir, çünkü şu anda mevcut olan budur. [32, 36, 39-41].

5. Yeni Başlayanların Zihni/Başlangıç Ruhu (Beginner’s Mind): Şimdiki anın zenginliğini görmek için, her şeyi sanki ilk kez görüyormuş gibi görmeye istekli bir zihin olarak adlandırılan “yeni başlayanların zihni” geliştirilebilir bir zihindir. Açık, “yeni başlayan” bir zihin, yeni olasılıklara açık olmamızı sağlar ve çoğu zaman kendisinden daha fazlasını bildiğini düşünen kendi uzmanlığımızın rutininde sıkışıp kalmamızı engeller. Önemli olan geçmiş ve geleceğe gitme

eğiliminde olan dikkatimizi fark edip, her defasında onu nazik bir biçimde bu ana getirmektedir. Kabat-Zinn “Hiçbir an, başka bir ana benzemez. Hepsi eşsizdir ve eşsiz ihtimalleri içerir. Başlangıç ruhu bize basit bir doğruyu hatırlatmaktadır.” yorumuyla başlangıç ruhunu ifade etmiştir [32, 36, 39-41].

6. Güven (Trust): Bireyin yaşamında, seçiminde ve davranışlarında, işlerin düzen ve bütünlüğünü içeren, güvenilir bir çerçeve içinde ortaya çıkabileceğine dair kendisini ve hislerini temel almasını ifade etmektedir. Güven duygusu BF uygulamalarında gelişir, çünkü gözlemlene, açık ve dikkatli olma, deneyim üzerine düşünme, büyüme, gözlemleyerek veya katılarak yeteneğimize güvenmezsek gelişmez. Farkındalık uygulamasının bir parçası, güvenen bir kalp geliştirmektir. BF uygulamaları sırasında, kendiniz olmanın sorumluluğunu üstlenmeyi, kendi varlığınızı dinlemeyi ve güvenmeyi öğrenirsiniz. Kendinize olan bu güveni ne kadar çok geliştirirseniz, diğer insanlara daha fazla güvenmenin ve onların temel iyiliğini görmenin o kadar kolay olacağını görürsünüz. Kendimize güvenmenin ne olduğunu bilmiyorsak, belki biraz daha derine bakmamız, kendimizle biraz daha uzun süre dinginlik ve varlık içinde kalmamız gerekebilir [32, 36, 39-41].

7. Hırslanmamak (Non-striving): İnsanlar yaptıkları hemen hemen her şeyi bir amaç, bir şey elde etmek veya bir yere ulaşmak için yapar. Ancak BF uygulamalarında bu tutum gerçek bir engeldir. Uygulamalarda anbean deneyimlenen her şeyin burada olmasına ve sadece onları gözlemlemeye izin verilir. Hırslanmamak bu noktada şunu söyler “hedeflerinize ulaşmanın en iyi yolu, sonuç için çabalamaktan vazgeçmek ve bunun yerine her şeyi anbean olduğu gibi görmeye ve kabul etmeye dikkatle odaklanmaya başlamaktır.” Sabır ve düzenli BF uygulamaları ile hedeflere doğru hareket kendiliğinden gerçekleşecektir [32, 36, 39-41].

BF uygulamasının bu yedi temel tutumsal unsuruna ek olarak, BF uygulamaları; zarar vermeme, cömertlik, minnettarlık, hoşgörü, bağışlayıcılık, nezaket, merhamet, empatik neşe ve soğukkanlılık tutumlarını da geliştirmeyi içerir. Bu tutumlar diğer yedi tutumla iç içedir. Bu tutumların özelliği, kolay olması, nispeten stressiz anlarda, onları deneyerek kolayca keşfedilebilir olmasıdır. Keşfetme, kilit anlarda bu tutumlara dikkat ederek, kendimizle temas halinde olmanın ne kadar zor olabileceğini fark ederek yapılabilir. BF değişimi yavaş yavaş ortaya çıkar ve insan olmanın doğası gereği önceden içimizde bulunan bu tutumlara azar azar ulaşmanın farkındalığına vardır [32, 40, 41].

2.2.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar

Dikkati belli bir niyet ile şimdiki ana yargısızca odaklamak olarak tanımlanan BF, uygulamaları klasik bilinen meditasyon uygulamalarına benzese de aralarında birtakım farklılıklar bulunmaktadır. BF uygulamalarında o anda beliren her ne varsa olduğu haliyle kabul

etmek, beliren her bir duygu ve düşünceye yargısızca yaklaşmak ve gözlemlemek, her birini bedende misafir etmek önemlidir. Bu sayede uygulama esnasında duygu, düşünce ya da bedende her ne deneyimleniyorsa farkedilir ve olması gerektiği gibi olmasına izin verilir. Sonrasında bu tepkiler takip edilerek bedende araştırılır. Burada amaç bilinci kontrol etmek değildir, bilincin ortaya çıkış biçimine dikkat etmektir. Böylelikle BF uygulamaları sırasında zorlanılan deneyimlerden kaçmak yerine, onlara yüzümüzü dönüp, bakış açımızı ve ilişki biçimimizi değiştirerek zorluklar karşısında daha etkin ve meta-kognitif bir başetme sağlar [154, 155, 156]. BF, “Şu anda ne yaşıyorum, ne deneyimliyorum, ne hissediyorum, bedenimde, duygularımda, düşüncelerimde şu anda ne deneyimliyorum” sorusuna verdiğiniz yanıt [32, 36, 38, 41].

BF uygulamaları boyunca istenen bağlılık ruhu atletik eğitim yapan sporculara benzetilir. Belirli bir etkinlik için antrenman yapan sporcu, yalnızca canı istediğinde örneğin, yalnızca hava güzel olduğunda, ona eşlik edecek başka insanlar veya yeterli zaman olduğunda antrenman yapmaz. Sporcu, kendini iyi hissetse de hissetmese de, belirli bir günde düzenli olarak antrenman yapar. BF uygulamalarında da katılımcılardan bu tutumun geliştirilmesi beklenir. Temelde BF uygulamaları şu şekilde ifade edilir “Beğenmek zorunda değilsin; sadece yapman gerek. Sekiz hafta sona erdiğinde, bize bunun işe yarayıp yaramadığını söyleyebilirsin. Şimdilik, pratik yapmaya devam et.” BF’nin sınıfı şimdiki andır ve vurgusu yukarıda da bahsedildiği gibi hissetmektir, ancak iyi hissetmek değildir. Bu anın içerisinde her ne varsa hepsini hissetmek üzerine durulmaktadır. Dikkatin şimdiki ana odaklanması, ne hissedildiği, ne düşünüldüğü, ne görüldüğü, ne işitildiğine bakılarak, bu duyular bedende araştırılır. BF’nin geliştirilmesinde kullanılan formal (içeriği yapılandırılmış) ve informal (içeriği yapılandırılmamış) uygulamalar bulunmaktadır [32, 36, 41]. Formal BF uygulamaları; belirli bir zaman ayırarak rehber eşliğinde veya kendi kendinize yapabildiğiniz içeriği ve basamakları önceden oluşturulmuş, belli bir program dahilinde yapılan uygulamalardır. Formal BF uygulamaları; nefes, beden, oturma, yeme, yürüme, ayakta durma ve şefkat farkındalığı uygulamalarından oluşmaktadır. İnfomal BF uygulamaları ise günlük yaşamsal aktivitelerin farkında olacak şekilde yapılmasıdır. İnfomal BF uygulamaları özel bir zaman ayırmak yerine belirli bir program gerektirmeyen; dış fırçalama, duş alma, sebze doğrama, bulaşık yıkama, araç kullanma vb. günlük yaşamsal aktivitelerin farkında bir şekilde yapılmasıdır. Belli bir program gerektirmediğinden informal uygulamalar bireylerin günlük yaşamlarında otomatik tepkilerden uzaklaşarak, yaşamın her anını farkındalıkla deneyimleyebilmelerini sağlar. Formal uygulamalar informal uygulamaların referans noktasıdır, bu nedenle BF uygulamalarının günlük yaşama geçirilmesinde formal uygulamaların yapılması önemlidir [32, 36, 38, 41].

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) ilk olarak 1979 yılında Prof. Dr. John Kabat Zinn, Massachusetts Institute of Technology (MIT) Üniversitesi Mindfulness

Merkezi'nde hayata geçirilmiştir. Başlangıçta kronik ağrısı olan hastaların ağrılarını azaltmak yerine, hastaları iyileştirmek, hastaların ağrı ile ilişki biçimlerini değiştirmek için hazırlanmış bir program olarak uygulanmıştır. Sonrasında ise stres, zorlayıcı duygu ve durumlarla baş etme amacıyla kullanılmaya başlanmıştır [32, 156, 157]. MBSR programı kronik fiziksel ağruları olan, kanser, kaygı, depresyon ya da tükenmişlik yaşayan bireylere uygulanan bir BF modelidir. MBSR sekiz haftalık, haftada iki-iki buçuk saat yüz-yüze/online grup oturumları şeklinde ve her hafta evde yapılması beklenen uygulamalardan oluşmaktadır. Her hafta büyük bir formal uygulama ile birlikte katılımcıların hem ev uygulamalarına hem de eğitim sırasında yapılan uygulamalara ilişkin deneyimlerini paylaşmaları istenir. Sekiz haftanın sonunda yapılan altı saat sessizlik (inziva) gününün amacı ise, bireylerin iç görüşünü arttırmak olduğundan bireyler birbirleriyle sözlü veya sözsüz iletişim kurmadan, MBSR içinde yer alan BF uygulamalarını yaparlar. Sessizlik gününün sonunda kazanılan en önemli şeylerden biri sessizlik ve sakinliğin aynı olmadığıdır [32, 41, 156, 157]. Bu kapsamda MBSR programı zihin-beden uygulamaları içerisinde, sağlıkla ilişkili semptomların iyileştirilmesinde en yaygın kullanılan uygulamalardandır [158, 159].

2.2.3.Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamaların Kullanım Alanları ve Ruh Sağlığına Etkileri

Birçok ruhsal hastalık, esnek olmama, içgörü eksikliği, dar bakış açısıyla bakma, zorlayıcı duygu, durum ve süreçlerle ilişkilidir. Bu yaygın süreçler, özellikle olumsuz duygulanım ve duygusal tepkisellik, ruminasyon, deneyimsel kaçınma, dikkat yanlılığı, yeniden değerlendirme, düşünce ve duyguların bastırılması gibi tekrarlayan olumsuz düşünmeyi içerir. BF araştırmalarındaki son gelişmeler, BF eğitimlerinin sayısız ruhsal hastalık ve zorlanmalara pozitif etki edeceği yönündedir. Bu tekrarlayan, esnek olmayan, sıkıntı yaratan düşünme, algılama ve davranış biçimleri birçok bozuklukta (anksiyete, depresyon, TSSB, madde kullanımı, kronik ağrı, uyku ve yeme bozuklukları vb.) rol oynamaktadır. BF uygulamaları, bu süreçlerden geçen bireylerin optimal zihin-beden sağlığı için "transterapötik" bir yaklaşım sunmaktadır [32, 36, 41].

BF ve BF'yi temelli uygulamaların en güçlü yanı bilimsel olarak kanıtlanmış olmasıdır. BF ile ilgili yapılan çalışmalar; beyinde kortikal kalınlığı ve gri madde yoğunluğunu arttırdığı [160, 161], yalnızlık ve bağışıklık hücrelerindeki iltihaplanmayla ilişkili genlerin aktivasyonunu azalttığı [162], ruh hali ve duygusal süreçleri iyileştirdiği, hafıza, duygu düzenleme, öğrenme ve tehditleri değerlendirme ve bağışıklık sistemini üzerinde olumlu etkileri olduğunu [160,163] belirtmektedir. BF temelli uygulamaların hem kısa hem de uzun vadede kapsamlı bir şekilde araştırıldığı, çok sayıda ruhsal ve somatik hastalığın tedavisinde etkili olduğu, iyi bir işlevsellik için gerekli olduğu düşünülen nöral bütünleşmeyi artırdığı, empatiyi geliştirdiği, beyin, ruh sağlığı ve hatta telomerler üzerinde olumlu bir etkiye sahip olarak yaşlanma sürecini yavaşlattığı bilinmektedir. BF uygulamalarında, dikkat içinde bulunulan an ve gözlemde olduğundan,

uygulamalar bireylerde ruminatif süreçleri ve kaygıyı azaltmaktadır. Düzenli bir şekilde BF uygulamaları yapıldığında; zihin ve beden eğitilerek zorlayıcı duygu ve durumlara karşı olumlu tutum geliştirilir. BF uygulamalarında amaç, kişinin zihni üzerinde kontrol sağlama kapasitesini arttırmak olup, bu durum da meta-kognitif olarak gerçekleşmektedir [32, 36, 39, 41].

Klinik alanda ve günlük yaşamda yaygın bir şekilde kullanılan BF temelli uygulamalar, fiziksel ya da ruhsal hastalıkları olan bireylere uygulanabilmektedir. Günlük yaşamda BF uygulamaları; stres ve zorlukları yönetebilmenin yanı sıra kaygı, öfke ve birçok zorlayıcı duygu ve durumlarla beraber kalabilmek, duyguları düzenleyebilmek, yaşamsal zorlukları kabul edebilmek ve iyilik halini sürdürmek için kullanılmaktadır. BF temelli programlarla ilgili çeşitli randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler mevcuttur. Literatürdeki çok sayıda sistematik inceleme ve meta-analiz, BF temelli müdahalelerin ruhsal sağlık üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalarda BF temelli müdahalelerin bireylerde depresyon, anksiyete, stres, psikolojik sıkıntı, kronik ağrı, yorgunluk ve tükenmişliği azalttığı; farkındalık, öz-şefkat, merhamet memnuniyeti, dikkat, duygu düzenleme becerisi, dayanıklılık, performans, yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşu artırarak ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir [75, 91, 95, 98, 159, 112, 164-168,]. Yapılan çalışmalarda BF temelli uygulamaların ruhsal sağlığı iyileştirmede umut verici sonuçları olduğu görülmektedir.

2.2.4.Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamaların Kullanılması

Yoğun Bakım Üniteleri, sağlık profesyonellerinin ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlığını olumsuz etkileyen ortamlardır. Bu ortamlarda yoğun bakım hemşireleri, hastaların bakımı ve güvenliğinde kritik bir rol oynamakta, hastaların durumunu sık sık değerlendirmekte ve gerektiğinde hemen müdahale etmektedir. Ancak yoğun bakım hemşireleri bilinci yerinde olmayan veya hezeyanı olan hastaya bakım verme sürecinde sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalma, tekrarlayan hasta ölümleri, sık kardiyopulmoner resüsitasyon, zaman baskısı ve iş arkadaşları arasındaki çatışma gibi nedenlerden dolayı psikolojik travma yaşarlar [121]. Bu ortamlarda hastalara birebir uzun saatler boyunca bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı olumsuz etkilenmekte; fiziksel ve psikolojik belirtiler gösterme riski ile karşı karşıya kalmaktadır [11, 12, 169]. Yoğun çalışma koşulları, hemşire sayısının yetersizliği, yüksek iş baskısı, vardiyalı çalışma, hastaların acı, üzüntü ve ölümüyle karşılaşma, düşük maaş, ağır iş yükü, hasta ve yakınlarının şiddeti, ruh sağlığı desteği eksikliği ve COVID-19 etkileri bu ortamlarda yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığını ciddi oranda etkilemektedir [6-8, 70-74, 86, 170, 171]. İşle ilgili yaşanan kaygı, tükenmişlik, sıkıntı gibi olumsuz duygular, düşük iş tatminine, işe devamsızlığa, ilişkilerin bozulmasına ve odaklanma güçlüğüne neden olabilir [172, 173] . Bu sadece hemşirelerin psikolojik iyi oluşu üzerinde önemli bir etkiye sahip olmakla kalmaz, aynı

zamanda hastalar tarafından alınan bakımın kalitesini [174] ve sağlık bakım sistemlerinin etkinliğini de olumsuz etkileyebilir [175]. Bu durum bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini azaltabilir, tıbbi hata oranını artırabilir ve klinik hasta bakım sonuçlarını etkileyebilir [176].

Hastanelerde, BF temelli müdahalelerin klinik hataları azaltabileceği ve hemşireler arasında iş memnuniyetini artırabileceğini gösteren çalışmalar vardır [176, 177]. Bugüne kadarki kanıtlar, etkili BF müdahalelerinin stresi azaltabileceğini ve bakım uygulamasını iyileştirebileceğini göstermektedir [18, 172]. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığını iyileştirmek için bazı müdahaleler gereklidir [178]. Yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici birçok uygulamalar mevcuttur (BF temelli müdahaleler, psikolojik dayanıklılık programları, öz-şefkat, gibi uygulamalar). Bu uygulamalardan biri olan BF temelli müdahaleler, hemşirelere sıklıkla uygulanmaktadır. Ancak yoğun bakım hemşirelerine yönelik BF temelli uygulamaların kullanımına ilişkin oldukça az sayıda çalışmaya rastlanmakla birlikte çalışmalar arasında tutarsızlıklar mevcuttur [18, 85, 96, 179-186]. Çok sayıda çalışma, BF temelli müdahalelerin hemşirelerin psikolojik baskıyla başa çıkmasına ve iş tükenmişliğini önlemesine yardımcı olabileceğini göstermiştir [173, 175, 187]. Bu nedenle, hemşireler için BF, stres, kaygı ve iş tükenmişliğini etkili bir şekilde önleme, yönetme ve ruh sağlığını iyileştirmede bir stratejidir [97]. Lu ve ark. (2019) çalışmalarında, BF'nin yoğun bakım hemşirelerinde algılanan stres, duygusal tükenme depresyon, kaygı, olumlu ve olumsuz duygulanım üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptamıştır [180]. Jacobs ve ark. (2017), yoğun bakım hemşirelerinde BF meditasyonu bileşenlerini kullandıklarında hemşirelerin stresli durumlarla başa çıkabildiklerini [182], Brouwer (2022), BF temelli müdahale sonrasında, yoğun bakım hemşirelerinin dayanıklılığında bir değişim olmadığını ancak algılanan stresin ve tükenmişliğin azaldığını [183], Mahon ve ark. (2017) çalışmalarında bir BF ve öz-şefkat eğitim müdahalesinin hemşirelerin algılanan stresini olumlu yönde etkileyebileceğini ve şefkatini artırabileceğini [185] saptamıştır. Lan ve ark. (2014) çalışmalarında, kısa BF temelli bilişsel terapi eğitim programının yoğun bakım hemşirelerinde, algılanan stres, kaygı ve depresyonu azalttığını; BF ve mutluluk düzeyini arttırdığını bildirmiştir [179]. Nourian ve ark. (2021) çevrimiçi MBSR programının COVID-19 bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında; müdahale grubunda öznel uyku kalitesi, uyku gecikmesi ve uyku etkinliği puanlarının iyileştiğini saptamıştır [186].

Yoğun stres yaşayan mesleklerde sürdürülebilir güçlendirme programlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, güçlü ve psikolojik olarak sağlam bir işgücü oluşturmak, BF gelişimiyle açıkça bağlantılı [188-190] olup, daha dikkatli ve dayanıklı bir iş gücüdür. Sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaktan sorumlu hastane ve hemşire yöneticileri, sağlık personellerinin psikolojik iyi oluşlarını sağlamak için erişilebilir ve sürdürülebilir BF temelli müdahale programları düzenlemelidir. Aynı zamanda, bu tür programların etkinliğini

inceleyen araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu sayede yoğun bakım hemşirelerinin memnuniyeti, işe bağlılığı ve motivasyonu arttırılarak güçlendirilebilir [191]. Hemşireler BF uygulamaları sayesinde, artan dikkat ve duygu düzenleme becerileri ile hastalara kaliteli ve güvenli bakım sunabilir ve kendilerini daha iyi öz bakıma ulaştırabilir. Bu, daha fazla iş tatmini ve daha az tükenmişlik anlamına gelebilir [17, 18]. Yapılan araştırmalar, BF temelli müdahalelerin hemşirelerde stresi azaltabileceği ve iyi oluşu arttırabileceğini göstermiştir [18, 64-66]. Bu çalışmaların aksine Gauthier ve ark. (2015) pediatrik yoğun bakım hemşirelerine iş başında beş dakikalık bir BF temelli bir müdahale uyguladıkları çalışmalarında, müdahale sonrasında yoğun bakım hemşirelerinin BF ve öz-şefkat düzeylerinde zaman içinde bir değişim olmadığını saptamıştır [18].

Sonuç olarak, çalışma yaşantısında sürecin uyum bozulmadan ele alınması ve ruh sağlığının korunması yoğun bakım hemşirelerine oldukça büyük yarar sağlayabilir. Bu bağlamda, yoğun bakım sürecini deneyimleyen yoğun bakım hemşirelerine yönelik güçlendirme programlarının geliştirilmesine ve etkisinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Literatür incelendiğinde BF temelli müdahalelerin yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede sınırlı sayıda çalışmaların olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, literatürden ulaşıldığı kadarıyla bu müdahalelerin yoğun bakım hemşirelerinin sadece bazı ruhsal sağlık parametreleri ile ilgili olduğu, bu parametrelerin farklı çalışmalarda ayrı ayrı incelendiği ve genellikle tanımlayıcı çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu durum literatürde bir boşluk olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla zorlayıcı duygu ve durumlarda, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan BF temelli bir güçlendirme programının hemşirelerin ruhsal sağlık parametrelerine (TSB, PS, BF, ř ve ruhsal belirti) etkisinin incelenmesi, hemşirelik mesleğine ve hemşirelere yatırım olduğu düşünülmektedir.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

Bu araştırma iki aşamalıdır. Araştırmanın ilk aşaması randomize kontrollü olup, deney grubundaki yetişkin YBÜ'de çalışan hemşirelere sekiz haftalık Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programı uygulandığı aşamadır. Araştırmanın ikinci aşaması ise tanımlayıcı desende olup, MIND-BE Programı'na yönelik deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin görüş ve deneyimlerinin belirlendiği, odak grup görüşmelerini içeren kalitatif tasarımıdır.

3.1. Birinci Aşama: Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan MIND-BE Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi

3.1.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Hipotezleri

Araştırmanın birinci aşaması, tek merkezli, prospektif (ön test-son test-3. ay ve 6. ay takip), iki kollu (1:1), randomize kontrollü deneysel tasarımda yapıldı. Araştırmanın deney kaydı ClinicalTrials.gov adresinden prospektif olarak alındı (deney numarası: NCT04987905). Bu araştırmada, Sosyal ve Psikolojik Müdahaleler için Deneysel Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar Raporu Beyanı (CONSORT-SPI 2018) kontrol listesi ve akış şeması esas alındı [192, 193]. Araştırmanın birinci aşamasında, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programının ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin belirlenmesi amaçlandı.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Hastanesi yetişkin YBÜ'de 2 Mayıs-26 Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde (Dahiliye YBÜ I-II-III, Cerrahi YBÜ I-II, Koroner YBÜ I-II, Kalp-Damar YBÜ, Koroner Anjiyografi YBÜ) olmak üzere dokuz yetişkin YBÜ bulunmaktadır. Bu YBÜ'lerde, hemşirelerin kadrolu ve kadrosuz statüde olmalarına göre çalışma saatleri değişmekte olup, günde iki vardiya (12+12 saat) bulunmaktadır. Kadrolu yoğun bakım hemşireleri, 08.00-16.00/16.00-08.00 saatleri arasında çalışmakta olup, kadrosuz (4d işçi statüsü) yoğun bakım hemşireleri 08.00-20.00/20.00-08.00 ya da 08.00-16.00/16.00-24.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Bu ünitelerde yoğun bakım hemşireleri haftada ortalama 48 saat, ayda 8-12 adet gece vardiyasında çalışmakta olup, aylık ortalama 208 saatten fazla çalışmamaktadır. Bu YBÜ'lerde yatan hasta sayısı ise, 6-15 arasında değişmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerine uygulanan sekiz haftalık MIND-BE programı, Google meet platformu üzerinden online olarak gerçekleştirildi. Bu platform, hem araştırmacı hem de katılımcıların sesli ve görüntülü görüşmelere katılabileceği, kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri online bir video konferans platformudur.

3.1.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evrenini, 2 Ağustos-26 Eylül 2021 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Hastanesi YYBÜ'de (Dahiliye YBÜ I-II-III, Cerrahi YBÜ I-II, Koroner YBÜ I-II, Kalp-Damar YBÜ, Anjiyografi YBÜ) çalışan 156 YBÜ oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, GPower 3.0 yazılım programı ile Xie ve ark. (2020) çalışması referans alınarak Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) puan ortalamaları dikkate alınarak hesaplandı [96]. Güç analizi sonucunda %80 güç, %5 Tip I hata ile her grupta 39 hemşire olmak üzere toplam 78 hemşire olarak hesaplandı ve etki büyüklüğü 0.75 saptandı. Prospektif araştırmalarda, araştırma süresince katılımcı sayısında kayıp olabileceği göz önünde bulundurularak, araştırmanın istatistik gücünü düşürmemek adına minimum örneklem sayısının %25'i oranında yani 20 hemşire araştırmaya eklendi [194]. Böylece deney grubunda 49 ve kontrol grubunda 49 hemşire olmak üzere toplamda 98 hemşire ile araştırma planlandı.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, yoğun bakım hemşirelerinin 16'sının yıllık izinde olması, sekizinin raporlu olması, beşinin servis değiştirmesi, dördünün daha öncesinde zihin-beden uygulamaları konusunda uygulamalı bir eğitime katılmış olması ve 25'inin araştırmaya katılmak istememesi nedenleriyle 58 yoğun bakım hemşiresi örnekleme dahil edilmedi. Araştırma kriterlerine uyan 98 yoğun bakım hemşiresi araştırma örneklemini oluşturdu. Sekiz haftalık MIND-BE programı süresince ve program sonrasında takip testlerinde deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşireleri çeşitli sebeplerden dolayı araştırmadan ayrıldı. 6. ay takip testlerinin alınmasına kadar geçen sürede, deney grubundaki 12 yoğun bakım hemşiresi (bir kişi askere gitme, bir kişi operasyon geçirme, bir kişi COVID-19 geçirme, iki kişi evlenme nedeniyle yoğun olduğunu belirtme, yedi kişi araştırmaya devam etmek istememe), ve kontrol grubundaki altı yoğun bakım hemşiresi (dördü araştırmaya devam etmek istememe, ikisi servis değiştirme) araştırmadan ayrıldı. Araştırmadan ayrılmalar sonucunda deney grubunda 37, kontrol grubunda ise 43 yoğun bakım hemşiresi araştırmayı tamamladı (Şekil 3.1.3.1). Araştırma sonrasında yapılan Post hoc güç analizine göre; 0.05 Tip I hata, 0.50 etki büyüklüğü, 37 deney ve 43 kontrol grubu olmak üzere 80 yoğun bakım hemşiresi için testin gücü ise 0.98 olarak hesaplandı.

Deney ve kontrol gruplarındaki yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin gruplar arasında dağılımına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 3.1.3.1'de verilmektedir. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalaması 30.91 ± 7.25 olup, kontrol grubundakilerin yaş ortalaması 30.20 ± 5.89 'dur. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin %78.4'ü kadın olup, kontrol grubundakilerin %62.8'i kadındır. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik yapma süresi ortalamaları 7.13 ± 6.94 yıl olup, kontrol grubundakilerin ise 6.39 ± 5.65 yıldır. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin YBÜ'de çalışma süresi ortalamaları 4.81 ± 5.14 yıl olup, kontrol grubundakilerin 4.65 ± 5.33 yıldır. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin bir nöbette hastalarla geçirdikleri süre ortalaması

11.64±4.09 saat iken, kontrol grubundakilerin 4.65±3.28 saattir. Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, çocuk varlığı, birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, hemşirelik yapma süresi, YBÜ’de çalışma süresi ve bir nöbette hasta ile geçirilen süre) bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Gruplar belirtilen sosyodemografik özellikler bakımından bağımsız ve homojendi (Tablo 3.1.3.1.).

Tablo 3.1.3.1. Araştırma sonunda deney ve kontrol gruplarındaki yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=80)

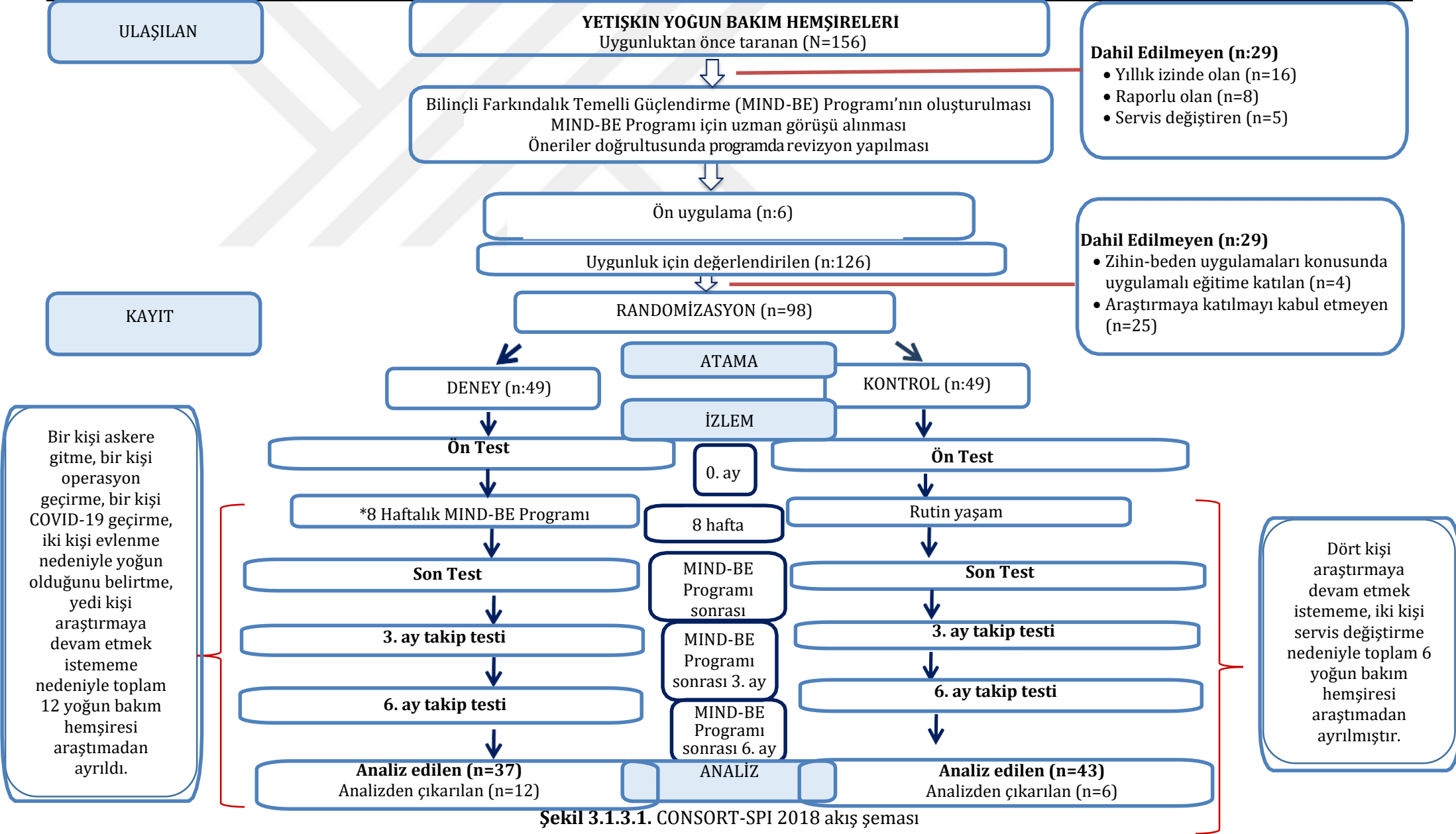
Özellikler	Deney grubu (n=37)		Kontrol grubu (n=43)		Test (t)	p
	$\bar{x} \pm ss$	Min-max	$\bar{x} \pm ss$	Min-max		
Yaş	30.91±7.25	24-52	30.20±5.89	22-50	0.483 [¥]	0.631
Hemşirelik yapma süresi (yıl)	7.13±6.94	1-26	6.39±5.65	1-31	0.525 [¥]	0.601
YBÜ’de çalışma süresi (yıl)	4.81±5.14	1-20	4.65±5.33	1-31	0.136 [¥]	0.892
Bir nöbette hastalarla geçirdiği süre (saat)	11.64±4.09	6-16	4.65±3.28	5-18	-0.861 [¥]	0.392
	n	%	n	%	Test (x²)	p
Cinsiyet						
Kadın	29	%78.4	27	%62.8	1.619 ^a	0.203
Erkek	8	%21.6	16	%37.2		
Medeni durum						
Evli	11	%29.7	23	%53.5	3.673 ^a	0.055
Bekar	26	%70.3	20	%46.5		
Çocuk sahibi olma durumu						
Evet	12	%32.4	17	%39.5	0.181 ^a	0.670
Hayır	25	%67.6	26	%60.5		
Eğitim düzeyi						
Lise	4	%10.8	6	%14.0	2.518 ^b	0.345
Üniversite	29	%78.4	36	%83.7		
Lisansüstü	4	%10.8	1	%2.3		
Birlikte yaşadığı kişi/kişiler						
Aile	24	%64.9	33	%76.7	2.787 ^b	0.248
Yalnız	9	%24.3	9	%20.9		
Arkadaş	4	%10.8	1	%2.3		
Kronik hastalık varlığı						
Evet	7	%18.9	13	%30.2	0.821 ^a	0.365
Hayır	30	%81.1	30	%69.8		

n: Sayı; %: Yüzde, \bar{x} : Ortalama, ss: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi, min: minimum, max: maximum; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; x^2 : Ki-kare testi değeri

¥: İstatistik analizinde Bağımsız Gruplarda t-testi kullanıldı.

^a: beklenen sayı 5 ile 25 arasında olduğu için Yates düzeltilmiş ki-kare testi (continuity correction) kullanılmıştır (2x2 düzen)

^b: beklenen sayı 5’den küçük olan oranların yüzdesi %20’den fazla olduğu için Exact test kullanılmıştır (rxc düzen)



Şekil 3.1.3.1. CONSORT-SPI 2018 akış şeması

Araştırma örnekleme dahil etme, dışlanma ve araştırma sırasında örneklemden çıkarılmada seçim kriterleri Tablo 3.1.3.2'de yer almaktadır.

Tablo 3.1.3.2. Araştırmanın örnekleme seçim kriterleri

Araştırma Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri	Araştırma Örneklemeden Dışlanma Kriterleri	Araştırma Örneklemeden Kriterleri	Sırasında Çıkarılma
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 18-65 yaş aralığında olan ✓ Çalışmaya katılmadan önce yazılı olarak izin alınan ✓ Çalışma yapılacak tarihlerde ilgili kurumda yoğun bakım hemşiresi olarak çalışan ✓ Çalışma tarihlerinde başka bir psikolojik eğitim almayan ✓ Çalışma öncesinde BF temelli bir meditasyon deneyimi olmayan ✓ Zihin-beden uygulamaları ile ilgili pratiği olmayan ✓ Programa katılmaya engel olacak fiziksel veya ruhsal hastalığı olmayan bireyler 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Çalışma tarihlerinde başka bir psikolojik eğitim alan ✓ Çalışma öncesinde BF temelli bir meditasyon deneyimi olan ✓ Zihin-beden uygulamaları ile ilgili pratiği olan ✓ Programa katılmaya engel olacak fiziksel veya ruhsal hastalığı olan 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sekiz oturumu farklı nedenlerle tamamlayamayan, yarım bırakmak zorunda kalan (hastalık, taşınma, servis değiştirme vb.) ✓ Programa başladıktan sonra, programa katılmasını engelleyecek sağlık sorunlarının oluşması ✓ Program'ın %70'inden daha azına katılan ✓ Formal ve informal uygulamaların %70'inden daha azını yapan ✓ Programdan kendi isteği ile ayrılan 	

3.1.3.1. Randomizasyon

Bireylerin araştırmaya dahil edildikten sonra hangi grupta yer alacaklarının rastlantısal olarak belirlenmesi amacıyla yapılan randomizasyon, grupların etkinliğinin incelenecek olan müdahale dışındaki öngörülen ve öngörülmeleyen tüm faktörler açısından benzer özelliklere sahip olmasını ve gruplara eşit sayıda katılımcı olmasını sağlar [195]. Bu araştırmada tabakalı randomizasyon yöntemi kullanıldı. Öncelikle, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 98 yoğun bakım hemşiresi, araştırma dışından bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yaş, cinsiyet, YBÜ'de çalışma süresi (yıl) dikkate alınarak tabakalara ayrıldı, sonrasında bilgisayar ortamında <https://www.randomizer.org/> programında deney ve kontrol gruplarına atandı (EK-1). Atamalar sonrasında bağımsız istatistik uzmanı 98 hemşirenin hangi grupta olduğunu kapalı zarfa koyarak araştırmacıya teslim etti. Daha sonra araştırmacı, Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu imzalatmaya gittiğinde zarfı açıp araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine hangi grupta olduğunu bildirdi. Araştırmacı tarafından veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra, araştırmadan bağımsız bir istatistik uzmanı, grupların deney ve kontrol grubu olduğunu bilmeden veri analizini yaptı ve bulguları raporladı.

Randomizasyon sonrasında, deney grubunda 49, kontrol grubunda 49 hemşire, toplamda 98 hemşire ile araştırmanın tamamlanması planlandı. Ancak araştırma süresince deney ve kontrol gruplarından ayrılan hemşireler oldu (Şekil 3.1.3.1). Bu kayıp verilerin, rastlantısal kayıp (uygulamanın içeriği, MIND-BE Programı ile ilişkili bir durum veya uygulama haricinde oluşan kayıplar) veri mekanizmasına sahip olup olmadığını anlamak için gruplardan ayrılmalar

sonucunda deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı tekrar hesaplandı. Gruplardan ayrılmalar sonucunda da, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0.05$). Dolayısıyla araştırma sonunda da yoğun bakım hemşirelerinin deney ve kontrol gruplarına homojen dağıldığı görüldü (Tablo 4.1.1.1). Randomizasyonun etkisinin sürdürülmesi ve eksilme yanlılığının önlenmesi için kullanılan yöntem “tedavi amacına yönelik” analizdir (Intention to Treat (ITT)). Burada temel prensip her katılımcı nasıl randomize edildiyse o şekilde analiz edilmesidir [196, 197]. Bu noktada kayıp gözlemler içeren veri setleri, kayıpsız olarak gözlemlenebilecek orijinal veri setinin basit rastgele bir örnekleme olduğu durumlarda kayıp verilerin analizden çıkarılması daha doğru bulunmaktadır [194]. Bu çalışmada MIND-BE Programını almayanlar ya da herhangi bir nedenle ayrılanlar hariç tutulup eldeki veriler kullanıldığından Per-protokol analizine göre analizler gerçekleştirildi.

3.1.3.2. Körleme ve Yan Tutmanın Önlenmesi

Araştırmada, yoğun bakım hemşireleri hangi grupta yer aldıklarını bildiklerinden körlemediler, ancak araştırmacı grup ataması sırasında, istatistik uzmanı da veri analizi ve raporlaması sırasında körlenmesi sağlandı. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programı ile ilgili etkileşimlerini azaltmak amacı ile deney grubuna uygulanan sekiz haftalık MIND-BE Programı tamamlandıktan sonra kontrol grubuna da aynı program sekiz hafta boyunca uygulandı. Ayrıca yoğun bakım hemşireleri arasında MIND-BE Programı ile ilgili paylaşım olabilecek olsa bile uygulamanın istendik başarıyı ortaya çıkarabilmesi için uzman bir kişi denetiminde düzenli ve bilinçli bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu anlamda gruplar arasındaki etkileşimin önemli etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, güçlendirme programının online olması deney ve kontrol grupları arasındaki etkileşime yol açmış olabilir.

3.1.4. Araştırma Materyali

Araştırma materyali, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Farkındalık Günlüğü adlı eğitim programı kitapçığıdır (EK-2). Bu kitapçığın içerisinde; MIND-BE Programı oturumlarının özet içerikleri, hatırlatıcı notları, formal ve informal uygulama takip çizelgeleri (Formal Uygulama Kaydı Formu, Güçlenmeye Başlarken Formu, Basit Farkındalık Formu, Hoşa Giden Anlar Takvimi, Hoşa Gitmeyen Anlar Takvimi, Bir Dakikalık Nefes Alma Alanı Formu, Ara Öz Değerlendirme Formu, İletişim Takvimi Formu) yer almaktadır [32, 36, 39-41]

3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri Tablo 3.1.5.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1.5.1. Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri

Araştırmanın Değişkenleri	Bağımlı	Araştırmanın Değişkenleri	Bağımsız	Araştırmanın Değişkenleri	Kontrol
BFÖ puan ortalamaları		MIND-BE Programı		Yaş	
ÖŞÖ puan ortalamaları				Cinsiyet	
TSBE puan ortalamaları				YBÜ'de çalışma süresi (yıl)	
PDÖ puan ortalamaları					
KSE puan ortalamaları					

3.1.6. Veri Toplama Araçları

3.1.6.1. Veri Toplama Formu

Araştırmada veriler, "Veri Toplama Formu" (EK-1) ile toplandı. Bu form içerisinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ), Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) yer almaktadır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan bu form; yoğun bakım hemşirelerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim düzeyi, birlikte yaşanan kişi/kişiler, kronik hastalık varlığı, hemşire olarak çalışma süresi (yıl), YBÜ'de çalışma süresi (yıl) ve bir nöbette hasta ile geçirilen süreye (saat) ilişkin 10 sorudan oluşmaktadır [17, 18, 96].

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ): Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilen bu ölçek, günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçmektedir. BİFÖ; 15 maddeli ve 6 dereceli (hemen hemen her zaman (1), çoğu zaman (2), bazen (3), nadiren (4), oldukça seyrek (5), hemen hemen hiçbir zaman (6)) Likert tipi bir ölçek olup, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.82'dir. Tek faktörlü bir yapıya sahip ölçekte, ters kodlu bir soru bulunmamakta ve tek bir toplam puan vermektedir. Ölçekten alınan yüksek puan bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özyeşil ve ark. (2011) tarafından yapılmış olup, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir [87, 88] Bu çalışmadaki ölçümlerde BİFÖ'nün Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.85-0.91 arasında olduğu saptandı (Tablo 3.1.6.3).

Öz-Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ): Neff (2003) tarafından geliştirilen bu ölçek, Kantaş (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. ÖŞÖ, 26 madde ve altı alt boyuttan (kendine sevecenlik (1, 8, 12, 14, 23), kendini yargılayıcılık (6, 10, 16, 17, 26 (ters kodlu)), ortak insanlık (2, 7, 19, 24), sosyal yalıtılmışlık (4, 9, 15, 21 (ters kodlu)), bilinçli farkındalık (5, 13, 18, 25), aşırı özdeşleşme (3, 11, 20, 22 (ters kodlu)) oluşmakta olup, Cronbach alpha katsayısı 0.92'dir. Beş dereceli Likert tipinde olan bu ölçekte derecelendirme; neredeyse hiçbir zaman (1), nadiren (2), ara sıra (3), çoğu zaman (4), neredeyse her zaman (5) şeklindedir. Alt boyutlar, her bir alt boyut maddelerinin ortalamasının alınmasıyla hesaplanır. Toplam ÖŞÖ

puanını hesaplamak için, "kendini yargılayıcılık", "sosyal yalıtılmışlık" ve "aşırı özdeşleşme" alt ölçek maddeleri ters kodlanır, daha sonra bütün maddeler toplanarak toplam öz şefkat düzeyi hesaplanır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi öz şefkat düzeyinin arttığını göstermektedir. Ayrıca araştırma sorusu, öz şefkatin her bir alt boyutuna ilişkin farklı hipotezleri içeriyorsa, ilgili maddelerin ortalaması alınarak her bir alt boyut düzeyi hesaplanabilmektedir. Ancak eğer araştırmacılar, ÖŞÖ'yü bütün alt boyutlarıyla tek bir skor olarak kullanmak yerine, alt boyutlar bazında ele alacaksa; ölçeğin farklı çevirilerdeki faktör yapısına ilişkin tutarsızlıkları göz önünde bulundurarak, kendi veri setinde doğrulayıcı faktör analizi yapması önerilmektedir [42, 198]. Kantaş (2013) yaptığı çalışmada toplam ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısını 0.94 olarak saptamıştır [198]. Dolayısıyla bu çalışmada da ÖŞÖ tek bir toplam puan olarak ele alındı ve ölçümlerde Cronbach alpha güvenilirlik katsayısının 0.77-0.88 arasında olduğu saptandı (Tablo 3.1.6.3).

Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE): TSBE, travmatik deneyimlerin ardından algılanan psikolojik büyümeyi ölçmek için Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilmiş olup [114], Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kağan ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır [199]. Toplam 21 maddeden oluşan envanter, altı dereceli Likert yapıda olup (hiçbir şekilde (0), çok az bir düzeyde (1), bir miktar (2), orta düzeyde (3), oldukça fazla (4), çok büyük ölçüde (5)), "benlik algısı (5, 10, 11, 12, 13)", "yaşam felsefesinde değişim (15, 16, 17, 18, 19)" ve "diğerleri ile ilişki (6, 8, 9, 20, 21)" olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte ters kodlu bir soru bulunmamakta olup, toplam ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.90, alt ölçeklerin ise 0.67-0.85 arasında değişmektedir. Herhangi bir kesim noktası bulunmayan bu ölçekten alınan puanların yükselmesi TSB düzeyinin arttığını; alt boyutlardan alınan puanların artması ise, puanı artan alt boyutun/boyutların daha fazla kullanıldığını göstermektedir [114,199]. Kağan ve ark. (2012), ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısını 0.92 ve alt boyutlarının ise 0.77 ile 0.88 arasında değiştiğini saptamıştır [199]. Bu çalışmada ölçümler sırasında TSBE ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları Tablo 3.1.6.3'de gösterilmektedir.

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ): Friborg ve ark. (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin [200], Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Basım ve Çetin (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmakta ve beş dereceli Likert yapıya (hiç doğru değil (0), nadiren doğru (1), bazen doğru (2), sıklıkla doğru (3) ve her zaman doğru (4)) sahiptir. PDÖ, kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31), gelecek algısı (2, 8, 14, 20), yapısal stil (3, 9, 15, 21), sosyal yeterlik (4, 10, 16, 22, 25, 29), aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32) ve sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır [129, 200]. Ölçekte bazı sorular (1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı) ters kodlanarak puanlanır. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek psikolojik dayanıklılığı göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach

alpha güvenilirlik katsayısı 0.86 olup, alt boyutların 0.68 ile 0.79 arasında değişmektedir. Bu araştırmada ölçümler sırasında PDÖ ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları Tablo 3.1.6.3'de gösterilmektedir.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Deregotis (1992) tarafından geliştirilen [201], Şahin ve Durak (2002) tarafından [202] Türkçeye uyarlanmış olan KSE, beş dereceli (hiç (0), biraz (1), orta derecede (2), epey (3), çok fazla (4)) Likert tipinde, ters kodlu sorusu olmayan bir envanterdir. KSE, 90 maddelik Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List-90) (SCL-90) üzerine temellendirilmiş olup, psikiyatrik, ruhsal belirti ve yakınmalarını içeren 53 maddeli, beş alt ölçek (depresyon (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39), anksiyete (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49), olumsuz benlik (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53), somatizasyon (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33), hostilite (1, 3, 4, 6, 10, 40, 41)) olarak yapılandırılmıştır. Deregotis (1992) alt ölçeklerin Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının 0.71-0.85 arasında değiştiğini saptarken, Şahin ve Durak (2002) alt ölçeklerin Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının 0.55-0.86 arasında değiştiğini, toplam ölçeğin ise 0.93-0.96 arasında değiştiğini saptamıştır. Bir kesme puanı olmayan KSE'de, alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile ulaşılan toplam puan, kişinin o alt gruptan aldığı puanı göstermektedir. Envanterden ve alt ölçeklerden elde edilen toplam puanın yüksek olması, bireyin ruhsal belirtilerinin ve o alt ölçeğe ait ruhsal belirtilerinin arttığını göstermektedir [201, 202]. Bu araştırmada ölçümler sırasında KSE ve alt ölçeklerinden alınan Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları Tablo 3.1.6.1.1'de gösterilmektedir.

Tablo 3.1.6.1.1. Veri toplama formunda kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach alpha katsayıları

Ölçekler	Alt boyutları	Ölçümler			
		Ön test	Son test	3. ay takip	6. ay takip
		Cronbach alpha (α)			
BİFÖ	BİFÖ Toplam	0.91	0.91	0.89	0.85
ÖŞÖ	ÖŞÖ Toplam	0.89	0.79	0.78	0.77
TSBE	Benlik algısı	0.95	0.95	0.94	0.91
	Yaşam felsefesinde değişim	0.90	0.90	0.86	0.83
	Diğerleri ile ilişki	0.87	0.87	0.90	0.86
	TSBE Toplam	0.96	0.96	0.96	0.94
PDÖ	Kendilik algısı	0.77	0.64	0.68	0.62
	Gelecek algısı	0.76	0.77	0.53	0.58
	Yapısal stil	0.60	0.56	0.51	0.52
	Sosyal yeterlik	0.64	0.56	0.60	0.62
	Aile uyumu	0.78	0.74	0.76	0.75
	Sosyal kaynaklar	0.64	0.63	0.65	0.61
	PDÖ Toplam	0.90	0.89	0.88	0.80
	KSE	Anksiyete	0.92	0.93	0.87
Depresyon	0.92	0.93	0.90	0.92	
Olumsuz benlik	0.89	0.91	0.86	0.90	
Somatizasyon	0.86	0.84	0.82	0.85	
Hostilite	0.83	0.81	0.81	0.84	
KSE Toplam	0.97	0.97	0.96	0.97	

3.1.7.Verilerin Toplanması

3.1.7.1. Ön Uygulama

Deney grubunun girişimlerine başlamadan önce, sistemin işlerliğini test etmek amacıyla araştırmacı tarafından hemşirelerden oluşan altı kişilik bir grup ile Nisan 2021’de Google meet platformundan online ön uygulama yapıldı. Bu ön uygulamada MIND-BE Programı ile ilgili eksiklikler değerlendirilerek program içeriği araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirildi. Program sonunda katılımcılara verilmek üzere, MIND-BE Programı oturumlarının özet içerikleri ve hatırlatıcı notları, formal ve informal uygulama takip çizelgelerinin yer aldığı Farkındalık Günlüğü kitapçığı hazırlandı (EK-2). Program içeriğine ilişkin (1 mindfulness eğitmeni, psikolojik danışma ve rehberlik bölümü öğretim üyesi, 1 program geliştirme ve öğretim alanında öğretim üyesi ve 4 psikiyatri hemşireliği alanında öğretim üyesi) altı uzmandan görüş alındı. Uzman görüşü sonrası deney gruplarına MIND-BE Programı online olarak uygulandı.

3.1.7.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programının Oluşturulması

Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programı; araştırmacılar tarafından Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR), Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Öz Şefkatli Farkındalık (MSC) programları ile Prof. Dr. John Kabat-Zinn, Prof. Dr. Zümra Atalay, Doç. Dr. Kristin Neff ve Dr. Christopher Germer’in kitap ve kaynaklarından faydalanarak eklektik bir biçimde hazırlandı. Bu doğrultuda deney grubuna uygulanan MIND-BE Programı, sekiz hafta, haftada bir gün online olarak 60-90 dakika olarak planlandı. MIND-BE Programı, interaktif bir program olup, içerisinde grup etkileşimleri, grup içerisinde yapılan uygulamalara ilişkin deneyim paylaşımları yer almaktadır. Programda, her hafta BF temelli formal bir uygulama ve o hafta yapılan uygulama ve anlatılan konuya ilişkin ev ödevi yer almaktadır. MIND-BE Programı içerisinde; BF formal uygulanmalarından kısa beden taraması, üç dakikalık nefes alanı, görme, oturma, şefkat ve dağ meditasyonlarına yer verildi. Program içerisinde yer alan informal BF uygulamaları ise belirli bir program gerektirmeyen; diş fırçalama, sebze doğrama, bulaşık yıkama, araç kullanma vb. gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken, uygulanan eylemin bilincinde olunmasına yönelik olarak ev ödevleri sırasında uygulanması istenen uygulamalar oldu (Tablo 3.1.7.2.1.) Program sonunda katılımcılara verilmek üzere, MIND-BE Programı oturumlarının özet içerikleri ve hatırlatıcı notları, formal ve informal uygulama takip çizelgelerinin yer aldığı Farkındalık Günlüğü kitapçığı hazırlandı (EK-2). Katılımcıların ev ödevi olarak yapmaları istenen meditasyonlara ait ses kayıtları, araştırmacının aldığı kursun eğitmeni Prof. Dr. Zümra Atalay’dan izin alınarak kullanıldı [19, 32-36, 38-46, 101, 104, 155]. Araştırmacının konuyla ilgili katıldığı kurs ve eğitimlere ait belgeler ekte sunulmuştur (EK-3)

Tablo 3.1.7.2.1. MIND-BE Programı

Ünite	Konular	Açıklama
1.BASİT FARKINDALIK -Başlarken -MIND-BE'ye Giriş -Otomatik Pilotu Farketmek -Dikkatin gücü -Basit Farkındalık	1.1.Tanışma 1.2. Etkin Dinleme 1.3.Güçlenmeye Başlarken Formu'nun doldurulması 1.4. MIND BE programının tanıtımı 1.5.Öneri ve görüşlerin alınması 1.6.Farkındalığın dört boyutu 1.7. Formal ve informal uygulamaların tanıtımı 1.8. Düşünceler, duygular ve duyguların farkındalığına giriş 1.9. Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu 1.10. Bilgenin hikayesi	-Programın amacı, süresi, uygulama şekli hakkında bilgiler verilir. Katılımcıların soruları, öneri ve görüşleri cevaplandırılır. -Katılımcıların tanışması sağlanır. -Eğitimde ve etkili iletişimde aktif dinlemenin etkisi açıklanır. -Katılımcılardan Güçlenmeye başlarken formunu doldurmaları istenir. -Slayt gösterisi ile bilinçli farkındalığın önemli üç adımı (dikkat, niyet, tutum) anlatılır. -Slayt gösterisi ile bilinçli farkındalığın tutumları (anda kalabilme, şefkat, yargılarımızı fark etmek, kabul, başlangıç ruhu, sabır, akışına bırakma) açıklanır. -Formal ve informal uygulamalar hakkında bilgi verilir ve uygulamaları yapmaları için katılımcılar motive edilir. -Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu uygulamalı olarak anlatılır ve yaptırılır. -Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu ile ilgili deneyimler paylaşılır. -Bilgenin hikayesi anlatılır ve tartışılır. -Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.
2.GÜÇ KAVRAMI-BEDENLE İLİŞKİ KURMAK -Güç Kavramı -Hemşirelikte Güç -Güç Kaynakları -Güçlendirme -Beden Farkındalığı -Göl hikayesi	2.1. Gücün tanımı 2.2. Hemşireleri güçlü kılan özellikler 2.3. Bireysel ve kurumsal güç kaynakları 2.4. Bireysel ve profesyonel güçlendirme aktiviteleri 2.5.Bedeni tanımak 2.6. Zihin-beden ilişkisi 2.7. Kısa beden taraması meditasyonu 2.8.Göl hikayesi	-Birinci haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır. -Güç kavramı tanımlanır. -Hemşireleri güçlü kılan özellikler tartışılır. -Bireysel ve kurumsal güç kaynakları açıklanır ve tartışılır. -Bireysel ve profesyonel güçlendirme aktiviteleri açıklanır. -Beden kavramı açıklanır ve bedeni tanımının önemi anlatılır. -Zihin ve beden ilişkisi açıklanır. -Bilinçli farkındalık uygulamalarının fiziksel ve ruhsal sağlık için önemi anlatılır. -Kısa beden taraması meditasyonunu uygulamalı olarak anlatılır ve yaptırılır. -Kısa beden taraması meditasyonu ile ilgili deneyimler paylaşılır. -Duygulara eşlik eden düşünce, bedensel duyum ve motivasyonlar açıklanır. -Göl hikayesi anlatılır ve tartışılır. -Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.
3.NEFES-BEDEN-ZİHİN -Nefes Farkındalığı	3.1.Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu 3.2.Oturma meditasyonu 3.3.Fasülye hikayesi 3.4.Hoşa giden anlar takvimi	-İkinci haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır. -Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu uygulamalı olarak anlatılır ve yaptırılır. -Üç dakikalık nefes alanı meditasyonu ile ilgili deneyimler paylaşılır. -Oturma meditasyonu uygulamalı olarak gösterilir ve yaptırılır. -Oturma meditasyonuna yönelik katılımcılardan deneyimler alınır. -Fasülye hikayesi anlatılır ve tartışılır.

		<p>-Hoşa giden anlar takvimi anlatılır ve ev ödevi olarak verilir.</p> <p>-Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.</p>
4.STRES -Stres ve Tepkiler	<p>4.1. Stres ve tepki verme</p> <p>4.2. Kralın hikayesi</p> <p>4.3. Görme meditasyonu</p> <p>4.4.Hoşa gitmeyen anlar takvimi</p> <p>4.5. Ara öz değerlendirme</p>	<p>-Üçüncü haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır.</p> <p>- Stres ve etmenleri tanımlanır.</p> <p>-Stres ile duyguların ilişkisi açıklanır.</p> <p>-Strese verilen tepkiler açıklanır.</p> <p>-Stres ve tepkilerimiz arasındaki bağlantı açıklanır.</p> <p>-Kralın hikayesi anlatılır ve tartışılır.</p> <p>-Görme meditasyonu uygulamalı olarak gösterilir ve yaptırılır.</p> <p>-Görme meditasyonuna yönelik katılımcılardan deneyimler alınır.</p> <p>-Hoşa gitmeyen anlar takvimi anlatılır ve ev ödevi olarak verilir.</p> <p>-Ara öz değerlendirme yaptırılır.</p> <p>-Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.</p>
5.İŞ HAYATINDA FARKINDALIK-İş Hayatında Zorlu Duygu ve Durumlar -İş Hayatında Farkındalık	<p>5.1.Zorlu duygu ve durumlarla başa çıkmak</p> <p>5.2.İş hayatında farkındalık</p> <p>5.3. Oturma meditasyonu</p> <p>5.4. Kurtların hikayesi</p> <p>5.5.Misafirhane şiiri</p>	<p>-Dördüncü haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır.</p> <p>-İş hayatında bilinçli farkındalığın önemi anlatılır.</p> <p>-Zor duygu ve durumlarla başa çıkmak konusu hakkında katılımcılardan deneyimler alınır.</p> <p>-Oturma meditasyonu uygulamalı olarak gösterilir ve yaptırılır.</p> <p>-Oturma meditasyonuna yönelik katılımcılardan deneyimler alınır.</p> <p>-Kurtların hikayesi anlatılır ve tartışılır.</p> <p>-Misafirhane şiiri okunur ve tartışılır.</p> <p>-Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.</p>
6.MINDFUL İLETİŞİM -Farkındalık ve İletişim	<p>6.1.Farkında iletişim</p> <p>6.2.Oturma meditasyonu ile birlikte zorlayan iletişim</p> <p>6.3.Mohini hikayesi</p>	<p>-Beşinci haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır.</p> <p>-Farkında iletişim konusu örneklerle anlatılır.</p> <p>-Oturma meditasyonu ve zorlayan iletişim uygulamalı olarak gösterilir ve yaptırılır.</p> <p>-Oturma meditasyonu ile birlikte zorlayan iletişim egzersizine yönelik katılımcılardan deneyimler alınır.</p> <p>-Mohini hikayesi anlatılır ve tartışılır.</p> <p>-Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.</p>
7.ŞEFKAT -Farkındalık ve Şefkat	<p>7.1.Şefkat ve öz şefkat</p> <p>7.2.Şefkat meditasyonu</p> <p>7.3.Günlük hayatta bilinçli farkındalık ve şefkat</p> <p>7.4. Hokusai Der Ki şiiri</p>	<p>-Altıncı haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır.</p> <p>-Şefkat ve öz şefkat kavramları tanımlanır.</p> <p>-Şefkatin alt boyutları ve bilinçli farkındalıkla ilişkileri açıklanır.</p> <p>-Şefkat meditasyonu uygulamalı olarak gösterilir ve yaptırılır.</p> <p>-Şefkat meditasyonu hakkında katılımcılardan deneyimler alınır.</p> <p>- Hokusai Der Ki şiiri okunur ve tartışılır.</p> <p>-Bu hafta anlatılan konulara ve yapılan uygulamaya ilişkin ev ödevi verilir.</p>
8.VEDA VE BAŞLANGIÇ	<p>8.1. Dağ meditasyonu</p> <p>8.2.Ana noktaları özetlemek</p>	<p>-Yedinci haftanın ev ödevleri ile ilgili deneyimler paylaşılır.</p> <p>-Dağ meditasyonu yaptırılır.</p> <p>-Sağlık ve sağlık sorumluluğunun tanımı yapılır.</p>

-Hemşirelikte Güçlenme ve Bilinçli Farkındalıkla İlişkisi	8.3.Sağlık sorumluluğu	-Sağlık sorumluluğu kapsamında kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını nasıl alacakları bilinçli farkındalık pratiği çerçevesinde anlatılır.
-Kendi Pratiğini Geliştirmek	8.4. Proje deneyimleri ve Farkındalık	-Program ekibi ve katılımcılarla edinilen deneyimler paylaşılır, kazanımlar ifade edilir.
-Sağlık Sorumluluğu	8.5. Kazanımlar	-Eğitim programı genel bir değerlendirme yapılarak program sürecine ilişkin eleştiri görüş ve öneriler alınır.
-Program Deneyimleri	8.6. Değerlendirme	
	8.7. Kapanış	

3.1.7.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) Programının Uygulanması

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izinlerin alınmasının ardından; araştırmacı, ilgili hastanede yetişkin YBÜ'de çalışan yoğun bakım hemşirelerine araştırmaya ilişkin bilgi vererek iş birliği sağladı. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan yoğun bakım hemşirelerine çalışma hakkında bilgi verilerek MIND-BE Programının uygulanacağı uygun gün ve saatlerin belirlenebilmesi amacıyla araştırmaya katılmayı kabul eden yoğun bakım hemşirelerinde iletişim bilgileri alındı. Randomizasyon sonrasında araştırmacı, grup dinamikleri ile verimliliği koruyabilmek, grup üyelerinin araştırmacı ile daha kolay iletişim kurabilmesi, araştırmacının da üyelere hatırlatmalar yapabilmesi ve ortak oturum gün ve saatlerinin belirlenmesi amacıyla, deney ve kontrol grupları için birer Whats App uygulamasında mesajlaşma grubu kuruldu.

Deney Grubunda Uygulama Basamakları

Deney grubuna katılan yoğun bakım hemşirelerinden, randomizasyon öncesi online Veri Toplama Formu ile ön test verileri alındı. Araştırmacılar tarafından oluşturulan MIND-BE Programı, 2 Ağustos-26 Eylül 2021 tarihleri arasında yoğun bakım hemşirelerine 6-10 kişilik gruplar halinde, 60-90 dakika, online olarak uygulandı. Yoğun bakım hemşireleri, program bittikten sonra (son test), program bittikten sonra 3. ve 6. aylarda Veri Toplama Formu'nu online olarak tekrar doldurdu. Sekiz haftalık MIND-BE Programı boyunca, programa katılmada sorun yaşayan ya da oturum saatinde uygun olmayan yoğun bakım hemşireleri araştırmacı ile ortak belirlenen başka bir gün ve saatte kaçırdığı oturumun telafisini yaptı. Kendi içerisinde yapılandırılmış her bir oturumda temel bir konu; power point sunumu, kısa hikayeler, şiirler ve BF uygulamaları ile interaktif bir şekilde işlendi. Katılımcılarda, her hafta anlatılan konuya ilişkin, bir sonraki haftaya kadar yapmaları istenen ev ödevleri ve Farkındalık Günlüğü'nde doldurmaları gereken alanlar hatırlatıldı. Her hafta o güne ilişkin konuya başlamadan önce, araştırmacı katılımcıların ev ödevlerine ilişkin katılımcılara sorular yöneltti. Bu sayede, araştırmacı yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programı'na uyumunu takip etti. Sekiz haftalık program süresince deney grubundaki her bir yoğun bakım hemşiresinin haftalık eğitimleri araştırmacı tarafından tamamlandı. O hafta tüm hemşirelerin eğitimleri tamamlandıktan sonra ikinci haftanın eğitim süreci başlatıldı. Her bir hemşire bir sonraki haftanın oturumuna katıldığında önceki haftanın

oturumu tamamlanmış idi. Son oturuma kadar bu süreç devam etti.

Kontrol Grubunda Uygulama Basamakları

Kontrol grubundaki yoğun bakım hemşireleri 2 Ağustos-26 Eylül 2021 tarihleri arasında MIND-BE Programına katılmayıp, günlük yaşamlarına devam etti. Kontrol grubundaki yoğun bakım hemşireleri, deney grubu ile aynı zamanlarda (ön-test, son test, 3. ay ve 6. ay) online Veri Toplama Formu'nu doldurdu. Araştırmacı, deney grubuna uygulanan sekiz haftalık MIND-BE Programı sonrasında 6. ay takip testleri tamamlandıktan sonra, kontrol grubundaki yoğun bakım hemşireleri de sekiz haftalık MIND-BE Programını uyguladı.

3.1.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences 22) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde değerleri, ortalama, standart sapma, kategorik verilerin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmasında ki-kare (Fisher-Exact, Süreklilik düzeltmesi, Pearson- χ^2) testi kullanıldı [194]. Verilerin normal dağılımı için Kolmogorov-Smirnov testi ile basıklık ve çarpıklık değerlerine bakıldı. Veriler normal dağıldığından parametrik testler kullanıldı. Ölçek puanlarının; deney ve kontrol grupları arasında MIND-BE programı öncesi, sonrası, 3. ve 6. ay takip testlerinde değişimi Bağımsız örneklemeler için t-testi (Independent sample t-test) grup içi zamana göre değişim tekrarlı ölçümlerde tek yönlü ANOVA (One-way ANOVA for repeated measurements), gruplar arasında zaman içerisinde değişim tekrarlı ölçümlerde çift yönlü ANOVA (Two-way ANOVA for repeated measurements) ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi, $p < 0.05$ olarak alındı. Etki büyüklüğü ise Cohen's d değeri ile belirlendi. Genel olarak; d değerinin 0.2'den küçük olması zayıf, 0.5 olması orta ve 0.8'den büyük olması ise kuvvetli etki büyüklüğü olarak tanımlanmaktadır. Çift yönlü ve tek yönlü varyans analizinin değerlendirilmesinde etki değeri olarak kısmi eta kare (partial eta square (η^2)) kullanıldı. Genel olarak; kısmi eta kare değerinin 0.01'den küçük olması durumunda etki büyüklüğünün zayıf, 0.06 olması durumunda orta ve 0.14'den büyük olması durumunda ise kuvvetli olarak tanımlanmaktadır [203].

3.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. İlk olarak, Veri Toplama Formu'nda yer alan ölçeklerin fazla olması, formu doldurma sırasında yoğun bakım hemşirelerinin sıkılması ve dikkatlerini dağılmasına sebep olabilir. Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı, MIND-BE Programı'nın sekiz hafta olması yoğun bakım hemşirelerinin programı yarıda bırakıp ayrılmalarına yol açmış olabilir. Bir diğer sınırlılık deney grubuna MIND-BE Programının uygulanması, kontrol grubunda da farkındalık sağlamış olabilir. Bununla birlikte programın pandemi koşulları nedeniyle online

olarak uygulanması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Son olarak, deney ve kontrol gruplarının aynı hastanede çalışıyor olması da bir sınırlılıktır.

3.1.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce doktora tez önerisi Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından kabul edildi (EK-4). Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (17.02.2021/04/131) etik kurul onayı (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı Mersin Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK-6). Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve MIND-BE Programı hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (EK-7). Araştırmada kullanılan program içeriğinin oluşturulmasında yararlanılan kaynak kitaplar için Prof. Dr. Zümra Atalay'dan yazılı izin alınmış olup, MIND-BE Programı ile ilgili alanda uzman altı öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Ek olarak, araştırmada kullanılan ölçek izinleri için ilgili yazarlardan e-mail yoluyla izinler alındı (EK-8). Araştırma Helsinki Bildirgesi kuralları doğrultusunda gerçekleştirildi [204].

3.2. İkinci Aşama: Deney Grubundaki Yoğun Bakım Hemşirelerinin MIND-BE Programına Yönelik Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesi

3.2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmanın ikinci aşaması, tanımlayıcı desende olup, odak grup görüşme yöntemini içeren kalitatif (fenomenolojik) tasarımdadır. Nitel araştırmalar yoluyla; araştırmaya katılanların düşünceleri, deneyimleri, sosyal süreçleri ve çalışma şekilleri ayrıntılı bir şekilde keşfedilebilir [205, 206]. Fenomenolojik araştırma deseni ise; olguları ölçmekten ziyade bir olguya ilişkin bireylerin inanışlarına, algılarına, duygularına ve deneyimlerine odaklanmaktadır [207]. Araştırmacı, fenomeni deneyimleyen bireylerin “neyi” ve “nasıl” deneyimlediklerini saptar [205]. Bu çalışmanın raporlanmasında, Niteliksel Araştırma Raporlama için Birleştirilmiş Kriterler (COREQ) yönergeleri takip edildi [208].

Yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programına yönelik deney grubundaki hemşirelerin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sorusu aşağıda yer almaktadır.

- Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programına yönelik görüş ve deneyimleri nelerdir?

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Hastanesi yetişkin YBÜ'de 2 Mayıs-26 Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen MIND-BE programına katılan deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinde

gerçekleştirildi. Odak grup görüşmeleri, deney grubuna uygulanan MIND-BE Programı sonrasında 1-31 Ekim 2021 tarihleri arasında, katılımcıların kendilerini rahat hissettikleri ev ortamlarında online olarak gerçekleştirildi. Odak grup görüşmeleri, yoğun bakım hemşirelerinin uygun oldukları gün ve saatlerde 4-6 kişilik gruplar halinde online olarak yapıldı. Dahil edilme kriterlerine uyan deney grubundaki yoğun bakım hemşireleriyle randevulaşarak, uygun oldukları gün ve saatlerde online görüşmeler yapıldı. Online görüşme ortamı araştırmacının çalıştığı kurum e-maili üzerinden kayıtlı olduğu “Google meet” platformunda yapıldı. Google meet, hem araştırmacı hem de katılımcıların sesli ve görüntülü görüşmelere katılabileceği, kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri online bir video konferans platformudur. Görüşmeler sesli ve görüntülü kayıt altına alındı ve kayıtlar araştırmacının kişisel bilgisayarında saklandı.

3.2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evrenini, 1-31 Ekim 2021 tarihleri arasında, MIND-BE programının deney grubuna atanan 49 yoğun bakım hemşiresi oluşturdu. Araştırmada örnekleme ise, deney grubunda olup MIND-BE programını tamamlayan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Mersin Üniversitesi Hastanesi yetişkin YBÜ’de çalışan, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen ve örneklem seçme ölçütlerini karşılayan yoğun bakım hemşirelerinden oluşmaktadır (n=37). Deney grubunda yer alan ve MIND-BE programını tamamlayan yoğun bakım hemşirelerinin tamamı odak grup görüşmelerine katıldı. Araştırma örnekleme dahil edilme ve dışlanma seçim kriterleri Tablo 3.2.3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.2.3.1. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri

Araştırma Kriterleri	Örnekleme Kriterleri	Dahil Edilme Kriterleri	Araştırma Kriterleri	Örneklemeden Dışlanma Kriterleri
✓ Çalışmaya katılmadan önce yazılı olarak izin alınan	✓ 02 Mayıs-26 Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen MIND-BE programına katılmayan	✓ 02 Mayıs-26 Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen MIND-BE programını tamamlayan	✓ Çalışmaya katılmak istemeyen	

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından çalışmanın amacına göre literatürden yararlanılarak yoğun bakım hemşireleri için oluşturulan “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu” kullanılarak toplandı.

Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu: Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan odak grup görüşmelerinde kullanılan bu form, araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturuldu [83, 209]. Bu formda, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programına yönelik deney

grubundaki hemşirelerin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulan beş soru yer almaktadır. Odak grup görüşmelerinde yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanıldı (EK-10).

3.2.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından, “derinlemesine görüşme yöntemi” ile toplandı. Derinlemesine görüşme yöntemi, önceden planlanmış bir amaca yönelik, soru sorma ve yanıtlama yaklaşımını içeren görüşmeciler ve katılımcılar arasında karşılıklı ve etkileşime dayalı bir iletişim sürecidir [206]. Araştırmanın yapılması için gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra araştırmanın örneklem ölçütlerine uygun olan yoğun bakım hemşirelerine, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilerek yoğun bakım hemşirelerinden yazılı onam alındı. Odak grup görüşmeleri, 4-6 kişilik gruplar halinde, yoğun bakım hemşirelerinin uygun oldukları gün ve saatlerde, kendilerini rahat hissettikleri ev ortamlarında, “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu” rehberliğinde online olarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirildi. Yoğun bakım hemşirelerinden izin alınarak online görüşmeler kayıt altına alındı ve alan notları tutuldu. Yapılan görüşmelerde, deney grubunda MIND-BE programını tamamlayan ve dahil edilme kriterlerine uyan tüm yoğun bakım hemşireleriyle görüşüldü. Araştırmacı toplamda dokuz odak grup görüşmesi gerçekleştirdi. Odak grup görüşmeleri ortalama 39.00 ± 5.67 (minimum-maksimum=29-49) dakika sürdü.

3.2.5.1. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerlik ve güvenirliliğini sağlamak için kalitatif araştırmalarda yer alan inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlandı [210].

İç Geçerlik (İnandırıcılık): Araştırmanın iç geçerliliğini sağlamak için, uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi olmak üzere beş yaklaşım benimsenmiştir [210]. Odak grup görüşmelerinde, araştırmacılar katılımcılar ile uzun süreli bir etkileşim içinde olmalı, zaman içerisinde samimi bir güven ortamı oluşturmalıdır. Bu araştırmada, araştırmacı odak grup görüşmelerinden önce yoğun bakım hemşireleriyle sekiz hafta MIND-BE Programı gerçekleştirdi. Bu sayede katılımcılarla gerekli güven ortamı ve samimiyeti sağladı. Ayrıca odak grup görüşmeleri ortalama 39.00 ± 5.67 (minimum-maksimum=29-49) dakika sürdü (uzun süreli etkileşim). Araştırmacı, elde ettiği verileri bulgular kısmında açıklayıcı notlar ile okuyucuya açıkça sundu, odak grup görüşmelerini araştırmanın amacına uygun olarak gerçekleştirdi ve deney grubundaki tüm yoğun bakım hemşireleri araştırmaya katıldı (derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme). Bu araştırmada, araştırmacıya her aşamada destek olan tez danışmanı, araştırmacının topladığı verilere eleştirel bir gözle baktı, verilerin araştırma sorularına yanıt vermede yeterliliğini sorguladı ve ulaştığı sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığını değerlendirdi. Tez danışmanı, araştırmanın her aşamasını eleştirel bir

tutum ile değerlendirdi ve gerekli yerlerde araştırmacıya geri bildirim verdi. Ek olarak, araştırma bulguları kalitatif araştırma ve psikiyatri hemşireliği alanında uzman iki öğretim üyesine gönderildi ve geri bildirim alındı (uzman incelemesi). Araştırmacı her odak grup görüşmesinde, yoğun bakım hemşirelerinin önemli bulduğu ifadelerini doğrulamak için yoğun bakım hemşirelerine ifadelerindeki olası anlamları sordu ve onaylattı (katılımcı teyidi) [205, 206].

Dış Geçerlik (Aktarılabirlik): Kalitatif araştırmalarda araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği ancak bu tür benzer ortamlara ve süreçlere uygulanabilirliğine ilişkin yargı oluşabilir. Bu amaçla, dış geçerliliğin sağlanmasında ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme gibi iki yöntem kullanılmaktadır. Bu araştırmada, ayrıntılı betimlemede araştırmacı görüşmelerden elde ettiği verileri ortaya çıkan temalara göre düzenleyerek, yorum yapmadan ve verinin doğasına sadık kalarak aktardı. Amaçlı örneklemede ise çalışmanın amacına uygun olan yoğun bakım hemşireleri amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlendi [206].

İç Güvenirlik (Tutarlılık): Araştırmacı, odak grup görüşmelerindeki tüm aşamalarda (veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi) görüşülen yoğun bakım hemşirelerine tutarlı yaklaştı. Ayrıca araştırmacı, odak grup görüşmelerinin tamamını aynı Google meet platformu üzerinden yaptı ve aynı görüşme formunu kullandı [206]. Araştırmanın iç güvenirliliğini sağlayabilmek için veriler sonucunda ortaya çıkan temaların kodlayıcılar arasındaki güvenirlilik düzeyi ve ifadelerin temaları karşılama durumlarını analiz etmek amacıyla “Kappa” analizi yapıldı. Nitel araştırmalarda birden fazla kodlayıcı olduğundan kodlayıcılar arası uyumu ölçmek için Kappa analizi önerilmektedir [211]. Kappa değeri; <0 zayıf, 0-0.20 önemsiz, 0.21-0.40 düşük, 0.41-0.60 orta, 0.61-0.80 önemli, 0.81-1.00 çok yüksek uyum olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada Kappa analizi sonucunda kodlayıcılar arasında yüksek düzeyde uyum olduğu saptandı (kappa değeri=1, $p<0.001$) [212].

Dış Güvenirlik (Teyit İncelemesi): Araştırmada dış güvenirliliği sağlamak amacıyla araştırmacı, elde ettiği sonuçları, var olan veriler ile sürekli olarak teyit etmesi ve bu doğrultuda okuyucuya mantıklı bir açıklama sunması gerekmektedir [206]. Bu nedenle araştırmada kullanılan veri toplama araçları, elde edilen odak grup görüşmeleri kayıtları, ham veriler, analiz aşamasında ortaya çıkan kodlar ve temalar kalitatif araştırma ve psikiyatri hemşireliği alanında uzman bir öğretim üyesi tarafından incelendi ve gerekli olduğunda incelenmek üzere araştırmacının kişisel bilgisayarında saklandı.

3.2.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Örnekleme alınan yoğun bakım hemşirelerine ait tanıtıcı bilgiler sayı, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirildi. Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmelerine ait görüşme kayıtlarının tamamı bilgisayar ortamında yazıya döküldü. Görüşmelerden elde edilen verilerin

analizinde kalitatif veri analiz yöntemlerinden biri olan içerik analizi (kodlamaya dayalı) yöntemi kullanıldı ve tümevarım yaklaşımı benimsendi [206]. Yazıya dökülen görüşme kayıtları, alan notları ile birleştirilerek ham veriler elde edildi. Transkripsiyondan sonra ham verileri her iki araştırmacı tekrar tekrar okudu ve gruplandırıldı. Bilgisayar ortamına aktarılan verilerin kelimelerin kendisinden ziyade cevaplarda yer alan yorumların yaygınlığı, aynı yorumu yapan veya aynı kelimeyi söyleyen katılımcı sayısı, ne olduğu dikkate alınarak içerik analizi yapıldı. Odak grup görüşmelerinde yoğun bakım hemşirelerinin verdiği yanıtlar ayrı ayrı analiz edildi, aralarındaki benzerlik ve farklılıklar dikkate alınarak birleştirildi. Ham veriler her araştırmacı tarafından dikkatlice okunduktan sonra verilerin işlenmesi (anlamli kavram ve temaların kodlanması) gerçekleştirildi. Sonra veriler düzenlendi ve araştırmacı tarafından raporlandırıldı [206]. İçerik analizi şu adımları içermektedir: (1) verilere aşinalık, (2) başlangıç kodlarının oluşturulması, (3) kod aramak, (4) kodları gözden geçirmek, (5) kodları tanımlamak ve adlandırmak, (6) raporun hazırlanması [213].

3.2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Odak grup görüşmelerinin sadece ilgili kurumdaki MIND-BE Programına katılan yoğun bakım hemşireleriyle yürütülmesi araştırmanın sınırlılığdır. Bununla birlikte odak grup görüşmelerinin pandemi koşulları nedeniyle online olarak uygulanması araştırmanın bir sınırlılığdır.

3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce doktora tez önerisi Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından kabul edildi (EK-4). Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (17.02.2021/04/131) etik kurul onayı (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı Mersin Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alındı (EK-6). Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (EK-7). Araştırma Helsinki Bildirgesi kuralları doğrultusunda gerçekleştirildi [204].

4. BULGULAR

Bu araştırma iki aşamalı olduğundan, elde edilen bulgular iki bölümde sunulmaktadır. Birinci bölümde; yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE Programı'nın ruhsal sağlık parametreleri üzerine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. İkinci bölümde ise, deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programı'na yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. MIND-BE Programı'nın Ruhsal Sağlık Parametreleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci bölümünde, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programının ruhsal sağlık parametrelerine etkisini gösteren bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında yer almaktadır.

- MIND-BE Programı'nın yoğun bakım hemşirelerinin bilinçli farkındalık düzeylerine etkisine ilişkin bulgular
- MIND-BE Programı'nın yoğun bakım hemşirelerinin öz şefkat düzeylerine etkisine ilişkin bulgular
- MIND-BE Programı'nın yoğun bakım hemşirelerinin travma sonrası büyüme düzeylerine etkisine ilişkin bulgular
- MIND-BE Programı'nın yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisine ilişkin bulgular
- MIND-BE Programı'nın yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal belirti düzeylerine etkisine ilişkin bulgular

MIND-BE Programı'nın Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bilinçli Farkındalık Düzeylerine Etkisi

Bu bölümünde deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin BİFÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması yer almaktadır. Deney grubunda BİFÖ puan ortalaması ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 52.62 ± 10.91 , 60.64 ± 13.03 , 59.05 ± 12.38 ve 59.08 ± 9.49 olup, kontrol grubunda sırasıyla 54.18 ± 11.60 , 54.60 ± 13.62 , 53.09 ± 10.10 ve 53.51 ± 11.06 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında;** BİFÖ puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.031$), 3. ($p = 0.020$) ve 6. ay ($p = 0.019$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında, "H₀₁: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeyleri üzerinde etkili değildir." hipotezi deney grubu lehine reddedildi. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında;** BİFÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.004$ $F = 9.424$, $p\eta^2 = 0.207$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test

($p=0.026$), ön test ile 6. ay takip ($p=0.020$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edilmiştir. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** BİFÖ puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p=0.028$). Deney grubunun BİFÖ puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken takip testlerinde düştüğü kontrol grubunun BİFÖ puanının ise zaman içerisinde benzer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($p\eta^2=0.047$) (Tablo 4.1.1./Şekil 4.1.1.).



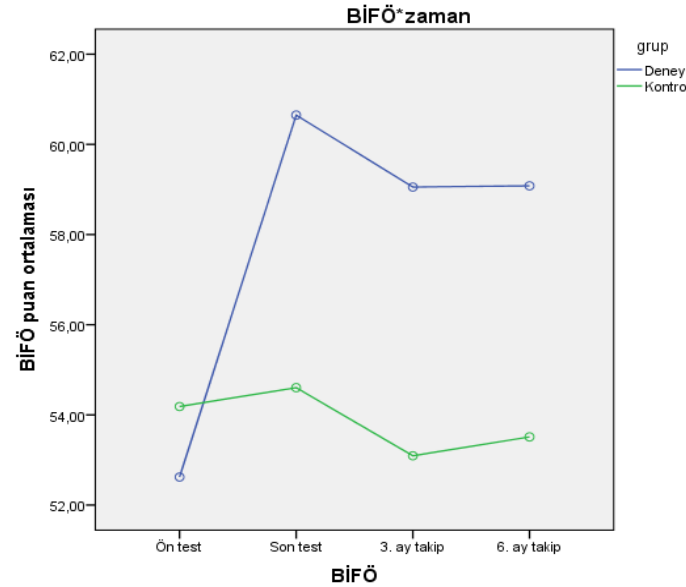
Tablo 4.1.1.Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin BİFÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması

Ölçek	Gruplar	Ölçümler				Test/Anlamlılık (Grup içi) [€]			Test/Anlamlılık (Gruplar arası zamana göre değişim) [¥]		
		Ön test	Son test	3. ay takip	6. ay takip	F	p	pη ²	F	p	pη ²
BİFÖ Toplam	Deney	52.62±10.91	60.64±13.03 ^a	59.05±12.38	59.08±9.49 ^a	5.750	0.004*	0.138	3.831	0.028*	0.047
	Kontrol	54.18±11.60	54.60±13.62	53.09±10.10	53.51±11.06	0.311	0.649	0.007			
Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	-0.618	2.192	2.370	2.395						
	p	0.539	0.031*	0.020*	0.019*						
	d	0.003	0.012	0.013	0.013						

[†] Bağımsız Gruplarda t-testi; [€] Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA; [¥] Tekrarlı Ölçümlerde Çift Yönlü ANOVA; *Anlamlılık düzeyi, p<0.05 olarak alındı.

\bar{x} : ortalama; ss: standart sapma; d: Cohen d değeri; pη²: kısmi eta kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA F değeri

^a: Ön test ile olan farklılığı göstermektedir.

**Şekil 4.1.1.** BİFÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda zamana göre değişimi

MIND-BE Programı'nın Yoğun Bakım Hemşirelerinin Öz Şefkat Düzeylerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.1.3.1'de yer almaktadır. Deney grubunda ÖŞÖ puan ortalaması ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 62.45 ± 16.36 , 72.67 ± 9.00 , 71.54 ± 8.40 ve 70.35 ± 8.36 olup, kontrol grubunda sırasıyla 65.18 ± 13.08 , 66.27 ± 10.85 , 66.04 ± 10.75 , 66.11 ± 10.09 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** ÖŞÖ puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.006$), 3. ($p = 0.014$) ve 6. ay ($p = 0.046$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında, "H₀2: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeyleri üzerinde etkili değildir." hipotezi deney grubu lehine reddedildi. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** ÖŞÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.004$, $F = 9.424$, $\eta^2 = 0.207$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p = 0.011$), ön test ile 3. ay takip testi ($p = 0.027$), son test ile 3. ay takip testi ($p < 0.001$), son test ile 6. ay takip ($p < 0.001$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** ÖŞÖ puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p = 0.033$). Deney grubunun ÖŞÖ puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken takip testlerinde giderek düştüğü görüldü. Kontrol grubunun ÖŞÖ puanının zaman içerisinde benzer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2 = 0.056$) (Tablo 4.1.2./Şekil 4.1.2.).

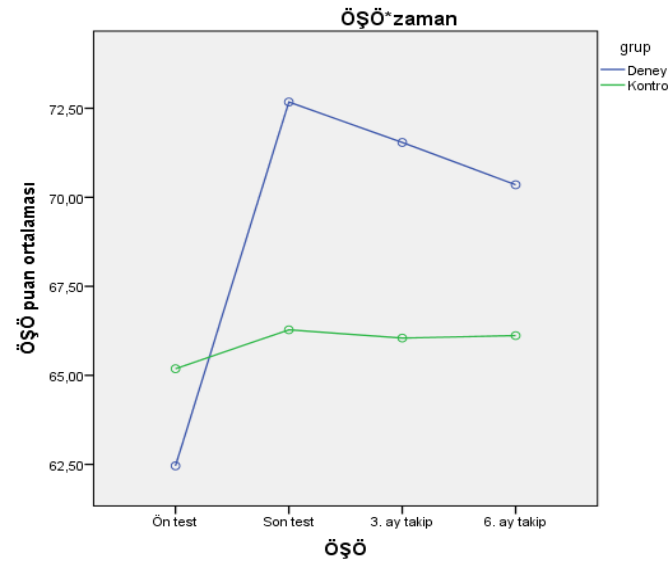
Tablo 4.1.2. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞÖ puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması

Ölçek	Gruplar	Ölçümler				Test/Anlamlılık (Grup içi) [€]			Test/Anlamlılık (Gruplar arası zamana göre değişim) [¥]		
		Ön test	Son test	3. ay takip	6. ay takip	F	p	pη ²	F	p	pη ²
ÖŞÖ Toplam	Deney	62.45±16.36	72.67±9.00 ^a	71.54±8.40 ^{a/b}	70.35±8.36 ^b	9.424	0.004*	0.207	4.647	0.033*	0.056
	Kontrol	65.18±13.08	66.27±10.85	66.04±10.75	66.11±10.09	0.160	0.697	0.004			
Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	-0.828	2.840	2.516	2.023						
	p	0.410	0.006*	0.014*	0.046*						
	d	0.004	0.015	0.014	0.011						

[†] Bağımsız Gruplarda t-testi; [€] Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA; [¥] Tekrarlı Ölçümlerde Çift Yönlü ANOVA; *Anlamlılık düzeyi, p<0.05 olarak alındı.

\bar{x} : ortalama; ss: standart sapma; d: Cohen d değeri; pη²: kısmi eta kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA F değeri

^a: Ön test ile olan farklılığı göstermektedir. ^b: Son test ile olan farklılığı göstermektedir.

**Şekil 4.1.2.** ÖŞÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grubunda zamana göre değişimi

MIND-BE Programı'nın Yoğun Bakım Hemşirelerinin Travma Sonrası Büyüme Düzeylerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin TSBE ve alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.1.4.1'de yer almaktadır. Deney grubunda TSBE puan ortalaması ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 51.00 ± 21.70 , 59.24 ± 18.28 , 58.89 ± 15.41 ve 53.05 ± 11.92 olup, kontrol grubundaki sırasıyla 44.83 ± 24.99 , 49.18 ± 24.29 , 48.62 ± 23.04 ve 45.51 ± 17.65 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** TSBE puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.038$), 3. ($p = 0.020$) ve 6. ay ($p = 0.031$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında, "H₀₃: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeyleri üzerinde etkili değildir." hipotezi deney grubu lehine reddedildi. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** TSBE puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.015$, $F = 3.988$, $\eta^2 = 0.100$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p = 0.040$), ön test ile 3. ay takip ($p = 0.018$) testinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** TSBE puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.1.3./Şekil 4.1.3.).

Deney grubunda TSBE'nin benlik algısı alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 26.91 ± 11.61 , 30.67 ± 9.33 , 29.64 ± 8.50 ve 26.10 ± 6.50 olup, kontrol grubunda sırasıyla 23.48 ± 13.45 , 25.18 ± 12.77 , 24.97 ± 12.14 ve 23.18 ± 9.20 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** TSBE benlik algısı alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test ve 6. ay takip testleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.030$) ve 3. ay ($p = 0.048$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** TSBE benlik algısı puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.018$, $F = 3.517$, $\eta^2 = 0.089$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p = 0.029$), son test ile 6. ay takip ($p = 0.020$), 3. ay ve 6. ay (0.015) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** TSBE benlik algısı puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.1.3./Şekil 4.1.3.).

Deney grubunda TSBE'nin yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puan ortalamaları, ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 15.29 ± 6.62 , 16.70 ± 5.47 , 16.83 ± 4.86 ve 15.29 ± 3.85 olup, kontrol grubunda sırasıyla 13.67 ± 7.41 , 14.93 ± 7.40 , 14.25 ± 6.43 ve 13.27 ± 5.17 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6.

ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney ve kontrol gruplarında anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.3./Şekil 4.1.3.).

Deney grubunda TSBE'nin diğerleri ile ilişki alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 8.78 ± 4.80 , 11.86 ± 4.69 , 12.40 ± 3.63 ve 11.64 ± 3.70 olup, kontrol grubunda sırasıyla 7.67 ± 6.25 , 9.06 ± 6.14 , 9.39 ± 6.41 ve 9.04 ± 5.14 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** TSBE diğerleri ile ilişki alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-test ($p=0.024$), 3. ($p=0.011$) ve 6. ay ($p=0.013$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** TSBE diğerleri ile ilişki alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p<0.001$, $F=9.260$, $\eta^2=0.205$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p<0.001$), ön test ile 3. ay takip testi ($p<0.001$), ön test ile 6. ay takip ($p=0.012$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** TSBE diğerleri ile ilişki alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.3./Şekil 4.1.3.).

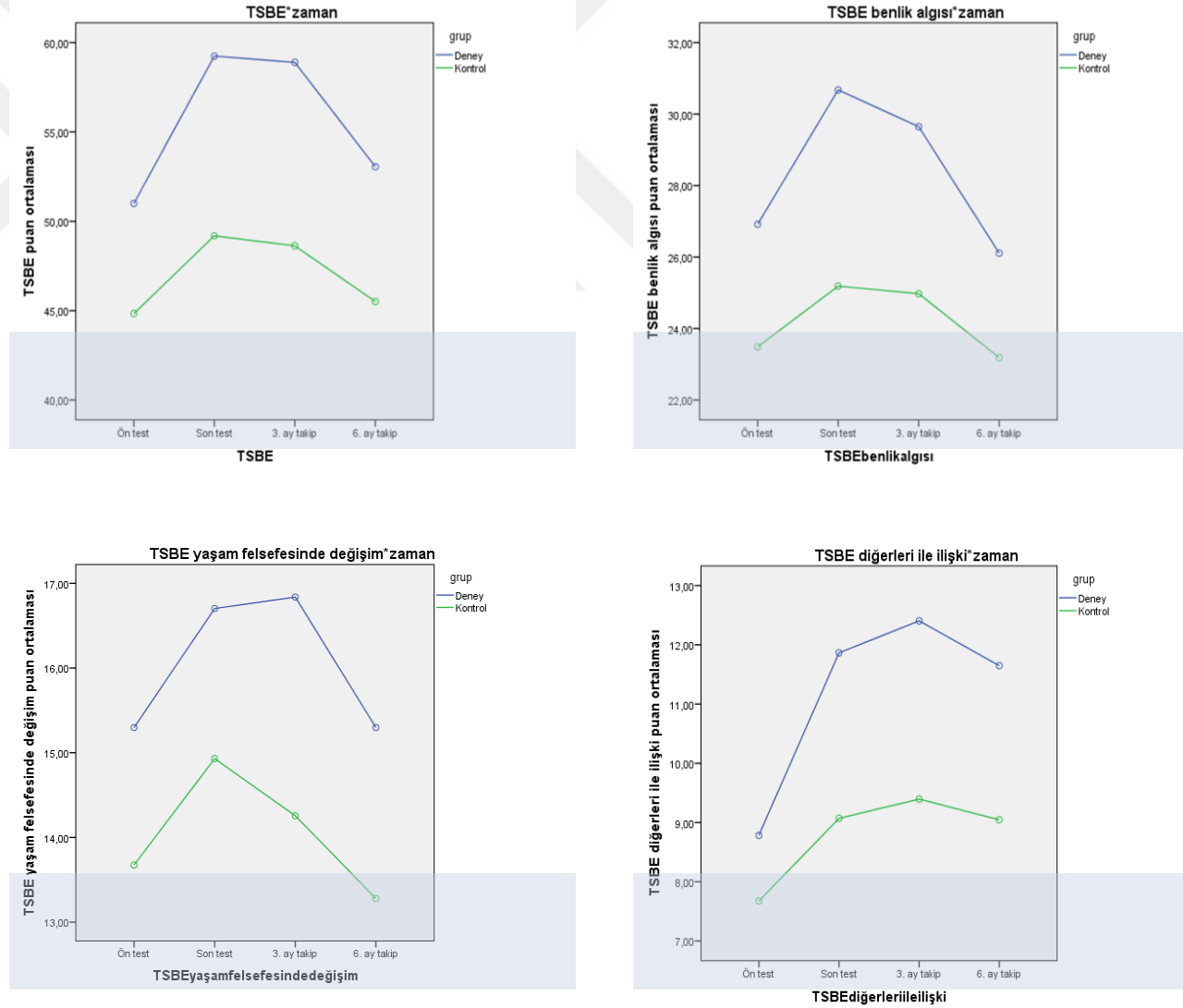
Tablo 4.1.3. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin TSBE ve alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Gruplar	Ölçümler				Test/Anlamlılık (Grup içi) [€]			Test/Anlamlılık (Gruplar arası zamana göre değişim) [¥]			
		Ön test	Son test	3. ay takip	6. ay takip	F	p	pη ²	F	p	pη ²	
		$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$	$\bar{x}\pm ss$							
TSBE Toplam	Deney	51.00±21.70	59.24±18.28 ^a	58.89±15.41 ^a	53.05±11.92	3.988	0.015*	0.100	0.411	0.691	0.005	
	Kontrol	44.83±24.99	49.18±24.29	48.62±23.04	45.51±17.65	2.477	0.064	0.056				
	Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	1.168	2.108	2.369	2.201						
		p	0.246	0.038*	0.020*	0.031*						
	d	0.006	0.011	0.013	0.012							
Benlik algısı	Deney	26.91±11.61	30.67±9.33 ^a	29.64±8.50	26.10±6.50 ^{b/c}	3.517	0.018*	0.089	0.486	0.648	0.006	
	Kontrol	23.48±13.45	25.18±12.77	24.97±12.14	23.18±9.20	0.731	0.488	0.017				
	Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	1.211	2.213	2.013	1.615						
		p	0.230	0.030*	0.048*	0.110						
	d	0.006	0.012	0.011	0.009							
Yaşam felsefesinde değişim	Deney	15.29±6.62	16.70±5.47	16.83±4.86	15.29±3.85	1.893	0.148	0.050	0.223	0.829	0.003	
	Kontrol	13.67±7.41	14.93±7.40	14.25±6.43	13.27±5.17	1.311	0.274	0.030				
	Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	1.025	1.201	1.999	1.954						
		p	0.309	0.234	0.051	0.054						
	d	0.005	0.006	0.011	0.010							
Diğerleri ile ilişki	Deney	8.78±4.80	11.86±4.69 ^a	12.40±3.63 ^a	11.64±3.70 ^a	9.260	0.000*	0.205	0.996	0.378	0.013	
	Kontrol	7.67±6.25	9.06±6.14	9.39±6.41	9.04±5.14	1.357	0.259	0.031				
	Test/Anlamlılık (Gruplar arası) [†]	t	0.878	2.302	2.625	2.556						
		p	0.325	0.024*	0.011*	0.013*						
	d	0.004	0.012	0.014	0.014							

[†] Bağımsız Gruplarda t-testi; [€] Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA; [¥] Tekrarlı Ölçümlerde Çift Yönlü ANOVA; *Anlamlılık düzeyi, p<0.05 olarak alındı.

\bar{x} : ortalama; ss: standart sapma; d: Cohen d değeri; pη²: kısmi eta kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA F değeri

^a: Ön test ile olan farklılığı göstermektedir. ^b: Son test ile olan farklılığı göstermektedir. ^c: 3. ay takip testi ile olan farklılığı göstermektedir.



Şekil 4.1.3. TSBE ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi

MIND-BE Programı'nın Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin PDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.1.5.1'de yer almaktadır. Deney grubunda PDÖ puan ortalaması ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 122.32 ± 16.62 , 131.78 ± 9.43 , 129.10 ± 8.35 ve 128.70 ± 8.50 olup, kontrol grubunda sırasıyla 122.69 ± 22.17 , 121.18 ± 21.97 , 120.93 ± 21.01 ve 121.67 ± 20.68 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.006$), 3. ($p = 0.023$) ve 6. ay ($p = 0.046$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında, "H₀₄: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin PD düzeyleri üzerinde etkili değildir." hipotezi deney grubu lehine reddedildi. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.001$, $F = 9.830$, $\eta^2 = 0.214$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p = 0.002$), ön test ile 3. ay takip testi ($p = 0.048$), son test ile 3. ay takip ($p < 0.000$), son test ile 6. ay takip ($p = 0.016$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p = 0.001$). Deney grubunun PDÖ puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken takip testlerinde giderek düştüğü, kontrol grubunun PDÖ puanının zaman içerisinde benzer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü ise orta düzeydedir ($\eta^2 = 0.057$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Deney grubunda PDÖ'nün kendilik algısı alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 22.70 ± 4.99 , 23.97 ± 2.72 , 23.62 ± 2.48 ve 23.16 ± 2.21 olup, kontrol grubunda sırasıyla 22.88 ± 4.71 , 22.72 ± 4.68 , 22.55 ± 4.78 ve 22.37 ± 4.89 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ kendilik algısı alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ kendilik algısı alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney ve kontrol gruplarında anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ kendilik algısı alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p > 0.005$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Deney grubunda PDÖ'nün gelecek algısı alt boyut puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 14.78 ± 3.31 , 16.54 ± 1.96 , 16.29 ± 1.91 ve 16.16 ± 1.97 olup, kontrol grubunda sırasıyla 14.58 ± 4.18 , 14.16 ± 4.36 , 14.46 ± 3.26 ve 14.06 ± 3.57 olarak bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ gelecek algısı alt boyutu puan ortalamaları

açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-test ($p=0.002$), 3. ($p=0.003$) ve 6. ay ($p=0.002$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ gelecek algısı alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.009$, $F=6.856$, $\eta^2=0.160$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son testten ($p=0.032$) alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ gelecek algısı alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p=0.006$). Deney grubunun PDÖ gelecek algısı alt boyutu puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken, kontrol grubunun PDÖ gelecek algısı alt boyutu puanının zaman içerisinde benzer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2=0.061$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Deney grubunda PDÖ'nün yapısal stil alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 14.83 ± 3.05 , 16.21 ± 1.97 , 15.91 ± 1.93 ve 15.81 ± 2.19 olup, kontrol grubunda sırasıyla 14.09 ± 3.90 , 14.11 ± 3.75 , 13.65 ± 3.58 ve 13.58 ± 3.66 olduğu saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ yapısal stil alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-test ($p=0.002$), 3. ($p=0.001$) ve 6. ay ($p=0.001$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ yapısal stil alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.021$, $F=4.972$, $\eta^2=0.121$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p=0.042$), son test ile 3. ay takip ($p=0.008$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ yapısal stil alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p=0.021$). Deney grubunun PDÖ yapısal stil alt boyutu puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken takip testlerinde biraz düştüğü görüldü. Kontrol grubunun PDÖ yapısal stil alt boyutu puanının zaman içerisinde benzer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2=0.045$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Deney grubunda PDÖ'nün sosyal yeterlik alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 21.05 ± 3.97 , 22.81 ± 2.60 , 22.24 ± 2.40 ve 22.78 ± 3.13 olup, k grubunda sırasıyla 21.18 ± 4.71 , 21.02 ± 4.54 , 21.48 ± 4.69 ve 21.53 ± 4.63 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ sosyal yeterlik alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-testte ($p=0.032$) anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ sosyal yeterlik alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.004$, $F=6.670$, $\eta^2=0.156$), kontrol

grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p=0.006$), son test ile 3. ay takip ($p=0.002$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ sosyal yeterlik alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Deney grubunda PDÖ'nün aile uyumu alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 22.13 ± 4.58 , 24.24 ± 2.89 , 23.78 ± 2.70 ve 23.64 ± 2.68 olup, kontrol grubunda sırasıyla 22.93 ± 5.28 , 22.34 ± 5.20 , 22.00 ± 5.48 ve 22.04 ± 5.48 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ aile uyumu alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, 3 ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-testte ($p=0.044$) anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ aile uyumu alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.016$, $F=5.318$, $\eta^2=0.129$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p=0.038$), son test ile 3. ay takip ($p=0.008$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ aile uyumu alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulundu ($p=0.004$). Deney grubunun PDÖ aile uyumu alt boyutu puanında zaman içerisinde artış meydana gelirken takip testlerinde biraz düştüğü, kontrol grubunun PDÖ aile uyumu alt boyutu puanının zaman içerisinde bezer seviyede kaldığı görüldü. Zamana göre oluşan bu farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir ($\eta^2=0.066$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

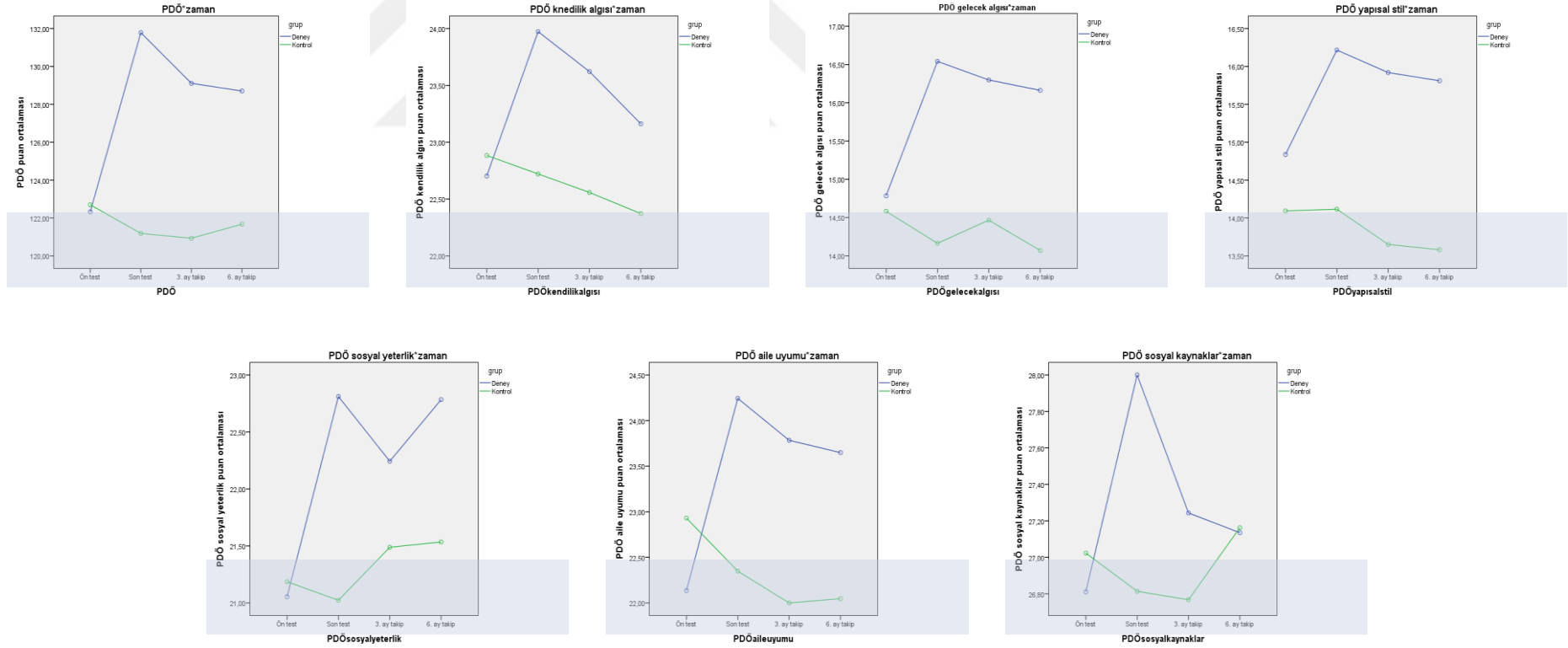
Deney grubunda PDÖ sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 26.81 ± 4.58 , 28.00 ± 3.02 , 27.24 ± 2.90 ve 27.13 ± 2.73 olup, kontrol grubunda sırasıyla 27.02 ± 4.94 , 26.81 ± 4.99 , 26.76 ± 5.38 ve 27.16 ± 5.36 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** PDÖ sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** PDÖ sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.000$, $F=21.088$, $\eta^2=0.369$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son test ($p=0.000$), son test ile 3. ay takip ($p=0.000$), son test ile 6. ay ($p=0.000$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** PDÖ sosyal kaynaklar alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.4./Şekil 4.1.4.).

Tablo 4.1.4. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin PDÖ puan ortalamaları ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Gruplar	Ölçümler				Test/Anlamlılık (Grup içi) €			Test/Anlamlılık (Gruplar arası zamana göre değişim) ¥		
		Ön test $\bar{x}\pm ss$	Son test $\bar{x}\pm ss$	3. ay takip $\bar{x}\pm ss$	6. ay takip $\bar{x}\pm ss$	F	p	η^2	F	p	η^2
PDÖ Toplam	Deney	122.32±16.62	131.78±9.43 ^a	129.10±8.35 ^{a/b}	128.70±8.50 ^c	9.830	0.001*	0.214	4.689	0.010*	0.057
	Kontrol	122.69±22.17	121.18±21.97	120.93±21.01	121.67±20.68	0.211	0.765	0.005			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.084	2.869	2.345	2.037					
	p	0.933	0.006*	0.023*	0.046*						
	d	0.000	0.016	0.013	0.011						
Kendilik algısı	Deney	22.70±4.99	23.97±2.72	23.62±2.48	23.16±2.21	1.966	0.123	0.052	1.296	0.277	0.016
	Kontrol	22.88±4.71	22.72±4.68	22.55±4.78	22.37±4.89	0.311	0.694	0.007			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.167	1.485	1.271	0.951					
	p	0.868	0.142	0.208	0.345						
	d	0.000	0.008	0.007	0.005						
Gelecek algısı	Deney	14.78±3.31	16.54±1.96 ^a	16.29±1.91	16.16±1.97	6.856	0.009*	0.160	5.028	0.006*	0.061
	Kontrol	14.58±4.18	14.16±4.36	14.46±3.26	14.06±3.57	0.619	0.547	0.015			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	0.237	3.214	3.109	3.296					
	p	0.813	0.002*	0.003*	0.002*						
	d	0.001	0.018	0.017	0.018						
Yapısal stil	Deney	14.83±3.05	16.21±1.97 ^a	15.91±1.93 ^b	15.81±2.19	4.972	0.021*	0.121	3.706	0.021*	0.045
	Kontrol	14.09±3.90	14.11±3.75	13.65±3.58	13.58±3.66	1.136	0.322	0.026			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	0.955	3.190	3.565	3.350					
	p	0.343	0.002*	0.001*	0.001*						
	d	0.005	0.017	0.020	0.018						
Sosyal yeterlik	Deney	21.05±3.97	22.81±2.60 ^a	22.24±2.40 ^b	22.78±3.13	6.670	0.004*	0.156	2.211	0.117	0.028
	Kontrol	21.18±4.71	21.02±4.54	21.48±4.69	21.53±4.63	0.327	0.654	0.008			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.134	2.195	0.922	1.427					
	p	0.894	0.032*	0.360	0.158						
	d	0.000	0.012	0.005	0.008						
Aile uyumu	Deney	22.13±4.58	24.24±2.89 ^a	23.78±2.70 ^b	23.64±2.68	5.318	0.016*	0.129	5.523	0.004*	0.066
	Kontrol	22.93±5.28	22.34±5.20	22.00±5.48	22.04±5.48	1.308	0.273	0.030			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.713	2.048	1.882	1.693					
	p	0.478	0.044*	0.064	0.095						
	d	0.004	0.011	0.010	0.009						
Sosyal kaynaklar	Deney	26.81±4.58	28.00±3.02 ^a	27.24±2.90 ^b	27.13±2.73 ^b	21.088	0.000*	0.369	1.614	0.198	0.020
	Kontrol	27.02±4.94	26.81±4.99	26.76±5.38	27.16±5.36	0.159	0.839	0.004			
	Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.198	1.303	0.501	-0.030					
	p	0.843	0.197	0.618	0.976						
	d	0.001	0.007	0.002	0.000						

† Bağımsız Gruplarda t-testi; € Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA; ¥ Tekrarlı Ölçümlerde Çift Yönlü ANOVA; *Anlamlılık düzeyi, p<0.05 olarak alındı.

\bar{x} : ortalama; ss: standart sapma; d: Cohen d değeri; η^2 : kısmi eta kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA F değeri; ^a: Ön test ile olan farklılığı göstermektedir. ^b: Son test ile olan farklılığı göstermektedir. ^c: 3. ay takip testi ile olan farklılığı göstermektedir.



Şekil 4.1.4. PDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi

MIND-BE Programı'nın Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Belirti Düzeylerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin KSE ve alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.1.6.1'de yer almaktadır. Deney grubunda KSE puan ortalaması ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 39.75 ± 34.21 , 32.86 ± 25.76 , 33.32 ± 17.96 ve 35.35 ± 27.08 olup, kontrol grubunda sırasıyla 49.81 ± 36.35 , 49.86 ± 39.84 , 48.04 ± 34.59 , 50.69 ± 36.27 bulundu. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.025$), 3. ($p = 0.018$) ve 6. ay ($p = 0.034$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında, "H₀₅: MIND-BE Programı, yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal belirtileri üzerinde etkili değildir." hipotezi deney grubu lehine reddedildi. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.011$, $F = 5.409$, $\eta^2 = 0.131$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son testten ($p = 0.006$) alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** KSE puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p > 0.005$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).

Deney grubunda KSE anksiyete alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 8.37 ± 8.78 , 8.40 ± 8.76 , 8.56 ± 5.00 ve 7.45 ± 6.24 olup, kontrol grubunda sırasıyla 10.44 ± 9.56 , 10.95 ± 10.43 , 10.67 ± 8.97 ve 10.86 ± 9.04 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE anksiyete alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE anksiyete alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p = 0.029$, $F = 5.090$, $\eta^2 = 0.124$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile 3. ay takip ($p = 0.29$), son test ile 3. ay takip ($p = 0.29$), 3. ay takip ile 6. ay takip ($p = 0.023$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** KSE anksiyete alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).

Deney grubunda KSE depresyon alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 11.43 ± 9.44 , 8.67 ± 6.65 , 7.67 ± 5.06 ve 9.64 ± 7.77 olup, kontrol grubunda sırasıyla 14.30 ± 10.53 , 14.74 ± 11.75 , 12.83 ± 9.62 ve 13.97 ± 10.27 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE depresyon alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p > 0.05$), son-test ($p = 0.005$), 3. ($p = 0.003$) ve 6. ay ($p = 0.039$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE depresyon alt boyutu puan

ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.005$, $F=4.861$, $\eta^2=0.058$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile 3. ay takip ($p=0.022$), 3. ay takip ile 6. ay takip ($p=0.049$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** KSE depresyon alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).

Deney grubunda KSE olumsuz benlik alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 8.27 ± 7.47 , 8.25 ± 7.49 , 8.32 ± 5.00 ve 7.64 ± 6.31 olup, kontrol grubunda sırasıyla 11.23 ± 9.08 , 11.06 ± 10.00 , 10.41 ± 8.62 ve 10.93 ± 8.94 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE olumsuz benlik alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE olumsuz benlik alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney ve kontrol gruplarında anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** KSE olumsuz benlik alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).

Deney grubunda KSE somatizasyon alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 5.35 ± 5.55 , 2.89 ± 2.63 , 3.94 ± 2.96 ve 4.56 ± 4.40 olup, kontrol grubunda sırasıyla 6.51 ± 5.73 , 6.34 ± 5.56 , 7.11 ± 5.64 ve 7.39 ± 6.22 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE somatizasyon alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-test ($p=0.001$), 3. ($p=0.002$) ve 6. ay ($p=0.020$) takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE somatizasyon alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.002$, $F=6.572$, $\eta^2=0.154$), kontrol grubunda anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile son testten ($p=0.005$) alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında:** KSE somatizasyon alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).

Deney grubunda KSE hostilete alt boyutu puan ortalamaları ön-test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde sırasıyla 6.32 ± 4.85 , 4.64 ± 3.10 , 4.81 ± 3.01 ve 6.02 ± 4.95 olup, kontrol grubunda sırasıyla 7.32 ± 5.20 , 6.74 ± 5.21 , 7.00 ± 5.22 ve 7.53 ± 5.28 olarak saptandı. **Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında:** KSE hostilete alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test ve 6. ay takip testinde anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son-test ($p=0.030$), 3. ($p=0.023$) takip testinde anlamlı farklılık olduğu saptandı. **Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında:** KSE hostilete alt boyutu puan ortalamalarının zamana göre değişimi deney grubunda anlamlı bulunurken ($p=0.026$, $F=3.579$, $\eta^2=0.090$), kontrol grubunda anlamlı

bulunmadı ($p>0.05$). Deney grubundaki bu farklılığın ön test ile 3. ay takip ($p=0.024$), 3. ay takip ile 6. ay takip ($p=0.033$) testlerinden alınan puanlar arasında kaynaklandığı tespit edildi. **Grup*zaman etkileşimine bakıldığında;** KSE hostilete alt boyutu puan ortalamasının gruplar arasında zamana göre değişimi anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1.5./Şekil 4.1.5.).



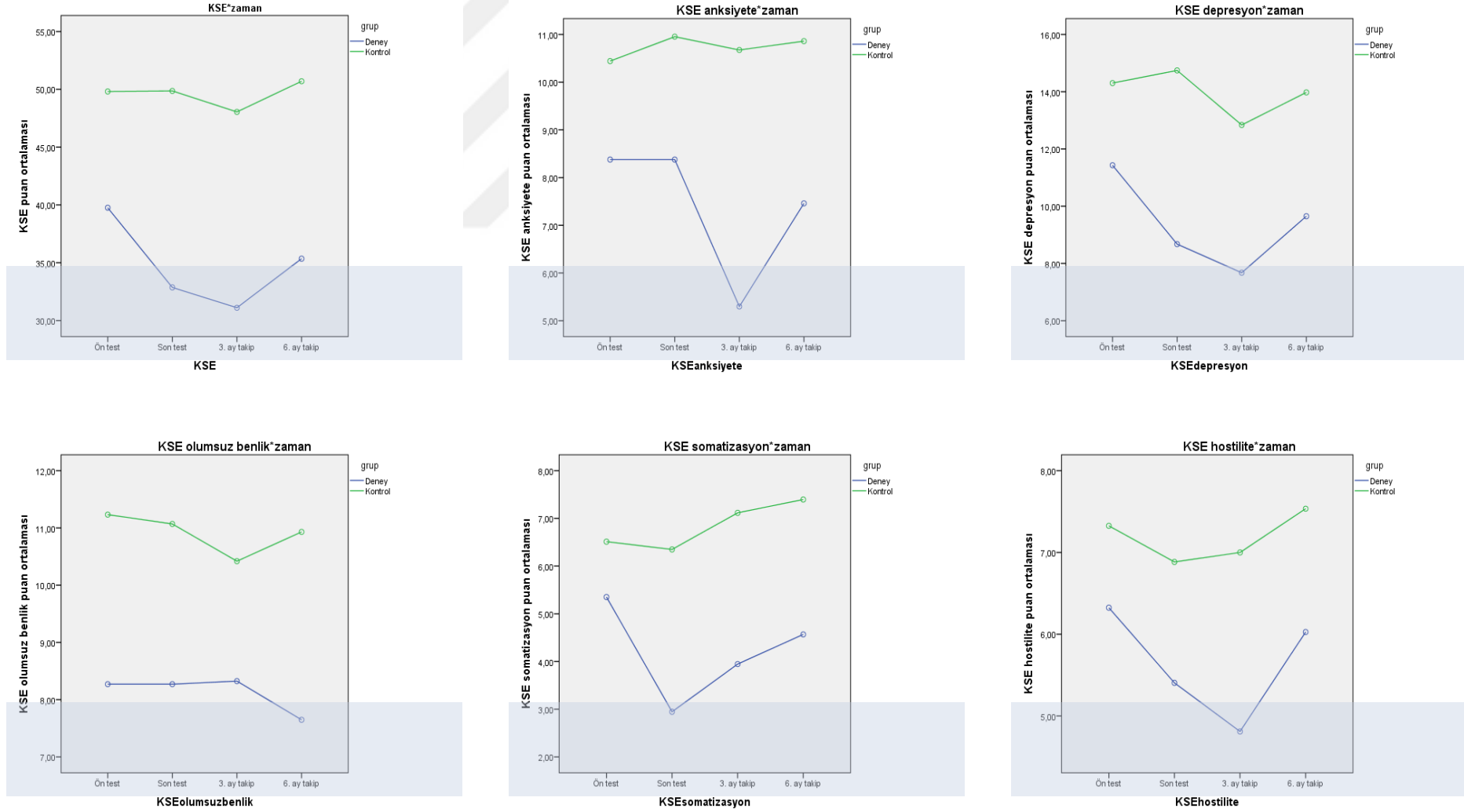
Tablo 4.1.5. Deney ve kontrol grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin KSE puan ortalamaları ve alt boyutlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arasında karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Gruplar	Ölçümler				Test/ Anlamlılık (Grup içi) €			Test/Anlamlılık (Gruplar arası zamana göre değişim) ¥		
		Ön test $\bar{x}\pm ss$	Son test $\bar{x}\pm ss$	3. ay takip $\bar{x}\pm ss$	6. ay takip $\bar{x}\pm ss$	F	p	η^2	F	p	η^2
KSE	Deney	39.75±34.21	32.86±25.76 ^a	31.10±18.52	35.35±27.08	5.409	0.011*	0.131	1.278	0.282	0.016
Toplam	Kontrol	49.81±36.35	49.86±39.84	48.04±34.59	50.69±36.27	0.235	0.785	0.006			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-1.268	-2.295	-2.780	-2.161						
	p	0.209	0.025*	0.007*	0.034*						
	d	0.007	0.012	0.013	0.012						
Anksiyete	Deney	8.37±8.78	8.40±8.76	5.29±4.17	7.45±6.24	5.090	0.029*	0.124	2.665	0.084	0.033
	Kontrol	10.44±9.56	10.95±10.43	10.67±8.97	10.86±9.04	0.135	0.837	0.003			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.999	-1.183	-3.511	-1.978						
	p	0.321	0.240	0.001*	0.052						
	d	0.005	0.006	0.007	0.011						
Depresyon	Deney	11.43±9.44	8.67±6.65	7.67±5.06 ^a	9.64±7.77 ^b	5.513	0.004*	0.133	2.089	0.116	0.026
	Kontrol	14.30±10.53	14.74±11.75	12.83±9.62	13.97±10.27	1.595	0.203	0.037			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-1.274	-2.890	-3.059	-2.096						
	p	0.206	0.005*	0.003*	0.039*						
	d	0.007	0.016	0.017	0.011						
Olumsuz benlik	Deney	8.27±7.47	8.25±7.49	8.32±5.00	7.64±6.31	1.383	0.252	0.037	0.511	0.578	0.007
	Kontrol	11.23±9.08	11.06±10.00	10.41±8.62	10.93±8.94	0.336	0.674	0.008			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-1.577	-1.399	-1.350	-1.915						
	p	0.119	0.166	0.181	0.059						
	d	0.008	0.007	0.007	0.010						
Somatizasyon	Deney	5.35±5.55	2.94±2.75 ^a	3.94±2.96	4.56±4.40	6.572	0.002*	0.154	2.573	0.073	0.032
	Kontrol	6.51±5.73	6.34±5.56	7.11±5.64	7.39±6.22	1.074	0.349	0.025			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.915	-3.535	-3.205	-2.369						
	p	0.363	0.001*	0.002*	0.020*						
	d	0.015	0.020	0.018	0.013						
Hostilite	Deney	6.32±4.85	5.40±4.54	4.81±3.01 ^a	6.02±4.95 ^b	3.579	0.016*	0.090	0.734	0.487	0.009
	Kontrol	7.32±5.20	6.88±5.38	7.00±5.22	7.53±5.28	0.479	0.600	0.011			
Test/ Anlamlılık (Gruplar arası) †	t	-0.885	-1.315	-2.333	-1.309						
	p	0.379	0.192	0.023*	0.194						
	d	0.004	0.012	0.013	0.007						

† Bağımsız Gruplarda t-testi; € Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü ANOVA; ¥ Tekrarlı Ölçümlerde Çift Yönlü ANOVA; *Anlamlılık düzeyi, p<0.05 olarak alındı.

\bar{x} : ortalama; ss: standart sapma; d: Cohen d değeri; η^2 : kısmi eta kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; t: Bağımsız Gruplarda t-testi t değeri; F: Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA F değeri

^a: Ön test ile olan farklılığı göstermektedir. ^b: Son test ile olan farklılığı göstermektedir. ^c: 3. ay takip testi ile olan farklılığı göstermektedir.



Şekil 4.1.5. KSE ve alt boyutları puan ortalamalarının deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi

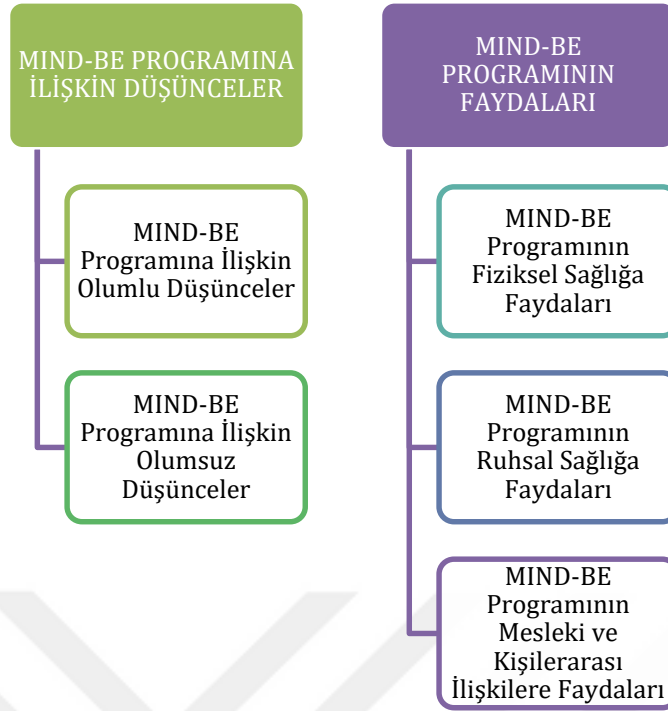
4.2. MIND-BE Programına Yönelik Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulgular

Odak grup görüşmelerine katılan deney grubundaki hemşirelerin (n=37) yaş ortalamaları 30.91 ± 7.25 olup, bir nöbette hasta ile geçirdikleri süre ortalama 11.64 ± 4.09 saattir. Hemşirelerin çalışma deneyimleri ortalama 7.13 ± 6.94 yıl olup, YBU'da çalışma deneyimleri ortalama 4.81 ± 5.14 yıldır. Hemşirelerin %78.4'ü kadın, %70.3'ü bekar, %32.4'ü çocuk sahibi, 89.2'si lisans mezunu, 64.9'u ailesi ile birlikte yaşamakta olup, %18.9'unun kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4.2.1).

Verilerin içerik analizinden sonra iki ana tema (MIND-BE Programına İlişkin Düşünceler, MIND-BE Programının Faydaları) ve beş subtema elde edilmiştir. MIND-BE Programına İlişkin Düşünceler teması MIND-BE Programına İlişkin Olumlu Düşünceler ve MIND-BE Programına İlişkin Olumsuz Düşünceler olmak üzere iki subtemadan oluşmaktadır. MIND-BE Programının Faydaları teması ise MIND-BE Programının Fiziksel Sağlığa Faydaları, MIND-BE Programının Ruhsal Sağlığa Faydaları, MIND-BE Programının Mesleki ve Kişilerarası İlişkilere Faydaları olmak üzere üç subtemadan oluşmaktadır (Şekil 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin tanımlayıcı özellikleri (n=37)

Hemşire no	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Medeni durum	Eğitim düzeyi	Çocuk sahibi olma durumu	Birlikte yaşama durumu	Kronik hastalık	Hemşirelik yapma süresi (yıl)	YBU'da çalışma deneyimi (yıl)	Bir nöbette hastalarla geçirilen süre (saat)
H1	Kadın	39	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	17	17	8
H2	Kadın	28	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	4	4	16
H3	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	3	3	8
H4	Kadın	35	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	14	9	7
H5	Kadın	25	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Evet	6	1	12
H6	Erkek	29	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	1	1	16
H7	Kadın	28	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	10	8	6
H8	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	4	4	8
H9	Kadın	26	Bekar	Lisansüstü	Hayır	Aile	Hayır	3	3	16
H10	Kadın	28	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Evet	4	3	13
H11	Erkek	29	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	7	6	14
H12	Erkek	31	Evli	Lisansüstü	Hayır	Aile	Hayır	7	5	12
H13	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Arkadaş	Hayır	1	3	15
H14	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	1	1	6
H15	Kadın	52	Bekar	Üniversite	Evet	Aile	Evet	23	20	10
H16	Erkek	25	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	3	3	6
H17	Kadın	36	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Evet	4	3	12
H18	Erkek	28	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	1	1	6
H19	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	2	1	6
H20	Kadın	35	Bekar	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	14	2	16
H21	Kadın	25	Evli	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	3	2	15
H22	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	1	1	16
H23	Kadın	28	Bekar	Üniversite	Hayır	Arkadaş	Hayır	6	5	16
H24	Kadın	40	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Evet	18	11	16
H25	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hayır	Arkadaş	Hayır	1	1	16
H26	Erkek	33	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	8	3	16
H27	Kadın	25	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	3	2	16
H28	Erkek	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	2	1	16
H29	Kadın	39	Bekar	Lisansüstü	Hayır	Aile	Hayır	2	11	8
H30	Kadın	40	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	16	8	8
H31	Kadın	24	Bekar	Üniversite	Hayır	Aile	Hayır	4	4	11
H32	Kadın	26	Bekar	Üniversite	Hayır	Yalnız	Hayır	1	1	16
H33	Kadın	44	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	20	20	8
H34	Kadın	32	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Hayır	9	7	6
H35	Erkek	27	Bekar	Üniversite	Hayır	Arkadaş	Hayır	1	1	16
H36	Kadın	49	Evli	Üniversite	Evet	Aile	Evet	26	1	6
H37	Kadın	36	Bekar	Lisansüstü	Evet	Aile	Evet	14	1	12



Şekil 4.2.1. İçerik analizi sonucu ortaya çıkan tema ve subtemalar

Tema 1. MIND-BE Programına İlişkin Düşünceler

Subtema 1. MIND-BE Programına İlişkin Olumlu Düşünceler

Hemşirelerin tamamı (n=37) programdan sonra farkındalıklarının arttığını, yarısından fazlası (n=25) programı hayatlarına entegre ettiklerini, yaklaşık üçte biri (n=12) programı hayata geçirmeyi istediklerini belirtmişlerdir. Hemşireler programın etkisinin uzun süreceğini (n=6) ve herkesin bu programa katılması gerektiğini (n=5) ifade etmektedir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı (n=12) program sayesinde içlerindeki gücü farkettilerini ve hayatın içerisinde parçaların yerine oturduğunu belirtmiştir. Sadece bir hemşire programı günlük hayata entegre etmenin güçlenmeyi arttıracığını ve program sayesinde erken yaşta farkındalık kazandıkları için şanslı olduklarını ifade etmiştir. Üç hemşire uygulamaların grup olarak yapmanın programa katılmakta istikrarı sağlamaya yardımcı olduğunu ve grupta yapılan deneyim paylaşımlarının olumlu etkilerinin olduğunu belirtmiştir. Beş hemşire ise mindfulness uygulamalarını yapmaya giderek alıştıklarını ve uygulamaları öğrendiklerini ifade etmiştir.

“Andaki farkındalık olarak mesela yediğim bir şeyde aklıma geldiğinde biraz daha durup farkına vararak tadını çıkararak yemeye başlıyordum. Ya da böyle mesela bir anın içindeyken aklıma farklı düşünceler geldiğinde durup böyle çok küçük nefes alıp anın tadını çıkarmaya çalışıyordum. O anlamda bazen bana iyi gelmişti. Farkındalık olarak artık birçok şeyin daha farkındayım kendi bedenimin kendi zihnimin, bir şeyleri kabullenmekte daha rahat

kabulleniyorum çatışmalarım daha da azaldı kendimle öyle söyleyeyim. Sabah uyandığım da mesela daha rahat uyanıyorum nefes egzersizleriyle kalkıyorum. Daha pozitif başlıyorum güne anda kalmak için biraz daha fazla çaba sarfediyorum. Nasıl anlatsam çok güzel bir anın içinde ya da bir şeyin içinde olurken tam olarak odaklanmaya çalışıyorum. Sizin anlattığınız geliyor aklıma o an yaptıklarımız geliyor aklıma o şekilde ve daha çok tat aldığımı hissediyorum açıkçası. Psikolojik olarak ruhsal olarak kendimi daha sakin daha dingin hissediyorum. Yani yaşamımızdaki olaylar değişmedi ama bakış açısı değişti artık birçok şeyi mesela kişisel algılamıyorum. Yani hayatıma bir meditasyon girdi diyebilirim şu birkaç aydır bir huzur geldi gibi.” (H2)

“Programınız başladığı anda zaten saadet zinciri şeklinde güçlenme aşama aşama gidiyor ve her aşamada ayrı ayrı zaten farkındalığımızı aktif ettikçe karakter olarak meslek hayatı olarak yani birçok başlık altında sığdırabiliriz. Yani her birinde ayrı ayrı güçlendiğimi hissettim. Belki de hissettiğim kadar bile öğrenemedim ama bendeki hissiyatı böyle oldu hani kat be kat, o nedenle herkes bu programı almalı bence.” (H11)

“Ama işte şöyle ilerleyen zamanlarda bunun bir veya iki ay sonra değil bu düşüncedeyseniz eğer bunun uzun süre devam edeceğine inanıyorum. Çünkü herhangi bir şeyle karşılaştığımızda aklımızda hep bu olacak.” (H13)

“Şöyle programa yönelik deyince benim aklıma direk online olan kalabalık toplantılarımız geldi. Şöyle hep beraber olduğumuz sıralarda mesela benim bir konu hakkında çok az bir fikrim varken başkaları konuşurken çok böyle daha şey oluştu bende ya evet doğru söylüyorlar. Yani ben de fikrimi katıp doğru bir karara vardık diye düşünüyorum. Yani kalabalık olmamız bir yönde iyi oluyordu.” (H21)

“Yani farkına varmadığım şeylerin farkına varmak değişik bir duygu yarattı yani tam tanımlayamıyorum ama. Hani şey gibi yaşamıyorsun ama nefes alabiliyorsun gibi bir şey. Oturduğumuzda o ortamın havasını vücudumda hissetmek falan bunu normal şartlarda hissetmiyorum. Geçmişten kopmalar iyi geliyor bir noktada geleceğe yönelmekte programlama yapmamda çok faydası var ama en çok bana günlük yaşamımda anda kalmamda faydası oluyor. Yani şu anın içerisinde olduğum anı farketmemi daha çok sağlıyor.” (H24)

“Güçlendim tabi ki güçlenmez olur muyum? Yani sesimden konuşmamdan her şeyden belli değil mi? Şöyle mesela bir örnek vermek istiyorum hemen öncesinde bir nöbetimin ya da servisimin değişmesi gerektiğinde öncesinde hep kendime şunu sorardım, acaba bende bir sıkıntı mı var bir eksiklik mi var neden beni düşündüler. Önce hep kendimi suçlardım kendimde arardım. Ama şimdi mesela geçen gün bizim sorumlumuz şuradan desteğe ihtiyacımız var seni bir aylığına oraya vermeliyiz dedi. İtiraz etmedim kendi içimde tamam demek ki şu an böyle olması gerekiyor. Ve şu

an gittiğim yerde de çok mutluyum orda ki insanları da çok sevdim ve orda da çok farklı şeyler öğreniyorum. Kendimde hiçbir şey aramadım gayet de mutluyum.” (H37)

Subtema 2. MIND-BE Programına İlişkin Olumsuz Düşünceler

Programa katılan hemşireler uygulamalar sırasında uygulamaları yapamadıklarını düşündüklerini (n=5), uygulamalar sırasında hareketsiz kalamadıklarını (n=3), bel ağrısı yaşadıklarını (n=1), ayaklarının uyuştüğünü ve uykularının geldiğini (n=4) ifade etmişlerdir. Altı hemşire anda kalmanın zor olduğunu ve hemşirelik gibi zor bir meslekte bu şekilde sekiz haftalık bir programı uygulamanın zor olduğunu ifade etmişlerdir. Dört hemşire uygulamalar sırasında geçmişte yaşadığı üzücü anı tekrar zihinde canlandırmanın kırıcı ve üzücü olduğunu belirtmiş, yalnızca iki hemşire farkında olmanın acı verdiğini ancak benliğimizi tanımamıza da fırsat sundüğünü belirtmiştir. Hemşirelerin birkaçı (n=3) programın bitmesinden sonra uygulamaları düzenli yapamadıkları için uygulamaların etkisinin giderek azaldığını belirtmişlerdir. Bunula birlikte hemşirelerin yaklaşık yarısı (n=16) programın daha kapsamlı olmasını, daha uzun sürmesini ve yüz yüze olmasını istediklerini belirterek, internet kopma sorunları yaşadıklarını, eğitime katılacak ortam ve zaman bulmada zorlandıklarını ve kolay adapte olamadıklarını ifade etmiştir.

“Kendini hissettirmeden meydana gelen bir program yapısında olduğu için belki inanç noktasında belki kafamı biraz karıştırmış olabilir. O da hani programın çok bir suçunun olduğunu düşünmüyorum. Hani şu oluyor daha çok düşündüğümde ya bir sürü şey konuştuk bir sürü şey anlatıldı pek akılda kalıcı olmadı mı diye düşünüyorsun ama genel itibariyle yaşayış içerisinde bir yerden karşınıza çıkıyor ve hala çalışıyor bunu farkettim.” (H5)

“Valla ilk düşünce egzersizlerine duruyorduk düşünüyorduk ya rahat olma pozisyonunda böyle omuzları dik duruyorduk ya ben mesela dikkat ettim de o pozisyonda fazla dik duramıyordum biraz belim ağrıyordu.”(H6)

“Geçmişte yaşadığımız bir ana hani bizi üzen kırıcı yaşadığımız bir durumu düşündüğümüzde o an o durumda yaşadığımız kötü hissiyatı o anda da tekrardan yaşadım mesela biraz kırıcı ve üzücü bir durumdu. O anda yaşadığım o kötü hissiyatı üzücü duyguları tekrardan kısa süreliğine yaşamış oldum.” (H8)

“Benim için de hani mental olarak ortak noktada buluşturmak çok zordur hele ki bunu online yapmak daha da zordur. Dışarıda bir yaşam koşturmacası varken, bunun için de teşekkür ederim size gerçekten yaptığınız şey zor bir şeydi. Programlamak çalışan insanları bir araya getirmek onun için zor bir eğitimdi.” (H9)

“Hayatımı bir nebze olsa da buna göre şekillendirdiğimi düşünüyorum. Hani bir hafta önce sorsaydınız belki bu kadar da farkında değildim ama son birkaç haftadır benim hayatımda ciddi

şeyler değişti. Hani bakıyorum da şu anda açılmış bir algıyla belki de etkenlerden biri de buydu kendimi daha net anlamam. Bazen farkında olmak da acı verebiliyor. Farkındalık iyidir kalanına yön verebiliriz.” (H20)

“Yani bazı uygulamalara kendimi tam olarak veremediğimi düşündüğüm zamanlar olmuştu. Odaklanamadığım anlar olmuştu. Hani o zaman acaba ben mi yapamıyorum yoksa hani herkes yapamıyor mu öyle bir ikilem yaşamıştım.” (H22)

“Yalnız eğitim yüz yüze olsa daha iyi olurdu hani kamera bu göz göze iletişimin olmaması hani ben onu çok önemsiyorum. Ondan kaynaklanan şeyler vardı benim açımdan hani eksiklik değil de online programa ilişkin aksaklıklar diyelim. Hani böyle yüz yüze göz göze olsak daha etkili bir şey olurdu diye düşünüyorum.”(H36)

Tema 2. MIND-BE Programının Faydaları

Subtema 1. MIND-BE Programının Fiziksel Sağlığa Faydaları

Programın fiziksel sağlığa etkileri olarak hemşirelerin yaklaşık beşte biri (n=7) baş ağrılarının ve mide bulantılarının azaldığını, baş ağrılarının tam olarak geçmediğini ama hayat kalitelerinin daha da arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşireler (n=7) program sonrasında unutkanlıklarının azaldığını, yediklerinden haz ve doyum aldıklarını belirtmiştir.

“Benim mesela migren ağrılarım oluyor mesela oraya yoğunlaştığımda daha çok ağrıdığımı hissederdim. Mesela midemin bulandığını falan hissederdim. Ama şimdi mesela başım ya da midem ağrıdığımda ve oraya odaklandığımda yok oluyormuş gibi geliyor. Hani mesela elimizi sıktığımızda oraya böyle kan dolar ve sonra açınca yok olur ya öyle hissediyordum mesela. Migren ağrılarım tabiki hala devam ediyor atakların süresine bir şey yapmıyor yine hani olacağı zaman oluyor ama hayat kalitem daha da arttı sanki. Normalde hani böyle baş ağrıdığımda uyumak çok zordur ya. Bazen bu ağrı o kadar azalıyordu ki acaba ağrı yok mu ben başka bir şey mi hissediyorum deyip mesela o şeyi bıraktığımda düşünmeyi bıraktığımda ağrı geldiğinde evet ağrım var deyip tekrar o ağrıya yoğunlaşıp yine böyle azaldığını hissettiğim oldu yani.” (H10)

“En azından bir doyum sağladığını düşünüyorum bana. Yemeğin bitiyor ama doyum olmuyor en azından doyum kattığını düşünüyorum bana.”(H14)

“Daha dikkatli olmaya başladım, unutkanlığımın azaldığını farkettim.” (H16)

“Benim olumlu yönüm geçen sefer de söylemiştim benim için çay çok önemlidir. Farkında olmuyordum çay içtim mi ben diyordum çayımı yarım bırakıyordum. Aaa ortada kalmış bardağım yarım kalmış diyordum işe devam ediyordum sonrasında. Ama bu olaydan sonra artık içtiğim şeyin farkındayım. Bak ben çayımı içtim diyebiliyorum ve çok güzel tadı olduğunu farkettim. İş yapıyorsun yapıyorsun bunun farkında bile değilsin ben bunu yapmış mıydım diyorsun. Ya da bir

şeyi bir yere koyuyorsun unutupyorsun günlerce onu arıyorum evin içinde. Ama bundan sonra bir şeyi koyarken bir yere bak buraya koyuyorum bunu farkında mısın E. diye kendi kendime yorum yapıyorum.”(H33)

Subtema 2. MIND-BE Programının Ruhsal Sağlığa Faydaları

Hemşirelerin yarısından fazlası (n=21) kafasına taktığı ve büyüttüğü olayları korkmadan ve kaçmadan, acıysa ya da kötü olduğuna bakmadan yaşayıp rafa kaldırdıklarını, olayla veya durumla ilgili düşünmeyi olayın olduğu anda bıraktıklarını, o düşünceye günlerce takılıp kalmadıklarını ve uygulamaların ruhsal yönden kendilerine iyi geldiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin yaklaşık üçte biri (n=12) program sayesinde stresi hayatlarından çıkaramayacaklarını anladıklarını, stresle baş etmeye ve streslerini kontrol etmeye başladıklarını ifade etmiştir.

“O olay patlak verdiği zaman günlerce onun etkisinde kalıyorum günlerce bitmiyor kafamda düşünüp düşünüp tekrar sinirleniyorum tekrar tekrar günlerce sinirleniyorum. Ama o dersten sonra şey olmuştu hani konu hemen kapandı açıkçası. Sürdürmedim yani hatta kendime de hayret ettim yani nasıl oldu bu.” (H4)

“Bana kattığı da şu iyi veya kötü herhangi bir durumla karşılaştığımda en çok da kötü olan bir durumla karşılaştığımda bundan korkarak, kaçarak ötelemek değil de o an bunu acıysa da kötüyse de yaşamak ve rafa kaldırmak. Sizin bu konuda söylediğiniz gibi söyledikleriniz aklıma geliyor. Her günümüzü bu şekilde yaşamak yerine bir defada yaşayıp önümüze bakmak. Kötü bir şeyle karşılaştığımda aslında ilk başta panik yapıyorum sonra aklıma sizin söyledikleriniz geliyor. O an bir şekilde bunu halletmeye çalışıyorum bu şekilde yaparak kafamdan uzaklaştırmaya çalışıyorum. Bunu yapmak çok zor ama bunu yapmaya çalışıyoruz diyebilirim.” (H9)

“Hani ilk gün programa başlamadan önce sormuştunuz ya “bu programdan beklentileriniz nedir, niyetiniz nedir?” diye ben de size şunu söylemişim işte stresim olmasın kaygı yaşamayayım diye böyle hep mutlu olayım bunu niyet ediyorum, bunu öğrenmeyi hedefliyorum demiştim. Çünkü hani hep yapıyoruz zorlanmalarımız bize eşlik ediyor, hep düşünüyoruz. Ama şimdi görüyorum ki yanlış şeyi niyet etmişim. Bu programı tamamlayınca anladım. Aslında stres, kaygı, endişe, öfke ve mutsuzluk bunların hepsi hayatımızda hep olacakmış. Onların olmamasını niyet etmem yanlışmış. Ben bu programla bunları öğrendim ve artık onlarla birlikte yürüyebiliyorum, onlarla birlikte yol alabiliyorum. Onlarla dost olmayı öğrendim. Onlar orda varlar yani zaten onları yok sayamayız.” (H22)

“Gerçekten de stres modülü benim üzerimde çok etkili oldu. En çok en çok beğendiğim dersti. Hiç böyle bir eğitim almamıştım. Çok akılda kalıcı oldu yani, stresle baş etmeyi öğrenebildim. (H35)

Hemşireler programının onlara sessizlik, sakinlik ve dinginlik kattığını, ajitasyonlarının azaldığını hayatı bir bütün olarak kabul etmek gerektiğini (n=15) ve sabretmeyi öğrendiklerini (n=7) ifade etmiştir. Hemşirelerin yaklaşık yarısı ise (n=15) program sayesinde öfkelerini kontrol edebildiklerini, dikkat ve odaklanma becerilerinin güçlendiğini belirtmiştir.

“Benim de tam aklımdan sabır geçiyordu, çünkü bende onun geliştiğini farkettim. Çok da aslında problemlerin kafaya takılmaması gerektiğini bazı konularda sessiz kalınması gerektiğini düşünüyorum yani. Yani birazcık sabır olarak düşündüm. Tepkisiz kalmayı, sessiz kalmayı öğrendim. Çünkü ben bir tartışma anında veya bir problem anında ne kadar çok kendimi ifade etmeye çalışsam o kadar daha çok sinirleniyorum ve geriliyorum. Sessiz kalıp olayın akışına bırakınca daha işlerin yolunda gittiğini farkettim.” (H3)

“Mesela ajite konusunda çok katılıyorum size şey gibi oluyor zaten, sanki biz iki kişiyiz, biz annemiz o hızlı hızlı bir şeyler yapmaya çalışan kişi anne ve o ajite halimizle bizi böyle eteğimizden bacağımızdan tutan bir çocuk gibi aynı. Biz onu dinlemedikçe sanki böyle daha çok çekiştiriyormuş gibi hani o ajite halimizle daha çok çağırıştırıyor. Bir dur dinle diyorum yanındaki o çocuğu da dinle gibi oluyor benim için. Durup dinle diyorum.” (H10)

“Önceden ben bazı şeylere daha çok sinirleniyordum. En azından şimdi o şeylerim daha azaldı ya da ben kendim haklıyım herkes niye bana diyor diye söylediğim düşüncelerim kalktı. Yani o durumun herkeste her şeyde olabileceğini, zorlu durumlara artık daha çok anlam verdiğimi düşünüyorum. Dediğim gibi önceden ben sinirlenince daha çok tepki veren bir insandım ama şimdi olduğunda diyorum ki biraz dur sakin ol nefes al bunlar gelip geçici şeyler. Nefes alıyorum ve sonra tekrardan öfkemi yenip devam ediyorum. Ya da öfkeleniysem bir şey diyeysem karşıdaki kişiye susup duruyorum sonra öfkemi yaşadıkten sonra gidip konuşuyorum. Karşılıklı konuşmanın daha güzel olduğunu öğrendim yani öfke kontrolüne sahip oldum. En azından kendim için.” (H15)

“Hani dikkatim gelişti, bir de ben çok dikkatsiz bir insandım şimdi biraz daha dikkatli olduğumu söyleyebilirim.” (H23)

“Bende sabır gelişti evet ve bazı şeylere kendimi daha kolay odaklayabildim. Bu açıdan evet hem kendi gelişimim açısından hem zihinsel hem de psikolojik bence bana bu anlamda bir katkı sağladı.” (H25)

“Ben hep böyle odağımı iki üç şeye bölmem gerekiyordu. Bu süre zarfında kendimi dinleyip bir şeye odaklanırsam daha başarılı olduğumu farkettim. Bana en büyük artısı bu oldu.” (H26)

“Hani evet bakış açımın değiştiğini farkettim. Bu programdan sonra daha sakin bir şeylere bakabilmeyi öğrendim. Yani hani olumlu ya da olumsuz bir şeylere bakarken olumsuzların da aslında bize çok faydası olduğunu gördüm açıkçası. Hayatı bir bütün olarak kabul etmek gerektiğini düşünüyorum bu programdan sonra.” (H30)

Program sonrasında hemşirelerin yaklaşık üçte biri (n=11) duygularını farketmeye ve ifade etmeye başladıklarını, rahatlama hissettiklerini belirtmiştir. Sekiz hemşire program sonrasında hayata daha pozitif baktıklarını, daha huzurlu hissettiklerini ve geleceğe daha olumlu *baktıklarını ifade ederken*, bir hemşire kaybettiği heyecanını yeniden yakaladığını ve acıyı misafir gibi uğurlayabildiğini belirtmiştir.

“Ben özellikle hastanede çalışmaya başladıktan sonra işte bazı hayattaki içindeki heyecanımı kaybettiğimi farketmişim. Çünkü mesela eskiden bir yere geç kaldığımız zaman bizi biraz strese sokan bir heyecan yaşarız hani artık o bile bende heyecan uyandırmıyordu. Hani elimden geleni yapıyordum ama biraz fazla sakindim. Hani insanların hayatlarını kaybettiğini görünce sanırım biz de onlardan fazlasıyla etkileniyoruz. Hani onu bile görürken sanırım bir yere geç kalmak çok da önemli değildi galiba yani en azından elimden geleni yaptıktan sonra fazla bir sakinlik vardı bende. Hani programla tanıştıktan sonra o heyecanı yeniden yakaladığımı hissettim. Evet hayatın içerisinde pek çok olumsuzlukla karşılaşırız ama gerçekten hani o olumsuzluklar ve bizi mutlu eden şeyler karşısında o şeyi gerçekten nasıl hissettiğimizin biraz daha farkına varmaya başladığımızı hissettiğimizi düşünüyorum.... Hani gerçekten nedense insanlar olarak acı çekmeye daha çok eğilimliyiz gibi geliyor ama hani bir noktadan sonra her şeyi deneyimleyerek o acı duygusunun bile insana kattığı çok şey var. Acı duygusunun bizlere kattığı şeyi bize kalan şeyi alıp gerisini gerçekten bir misafir gibi uğurlayabiliyorsak o zaman gerçekten programı uygulamaya başlamışız demektir.” (H22)

“Nefes egzersizi olsun vücudumuzu tanıyabilme duygularımızı ifade edebilme, onlarda tam anlamıyla farkına varamadığımı farkettim mesela. Hani o nefes egzersizinde bile gün içinde mesela kısa bir süre yapmaya çalıştım ama hani çoğunlukla da yapamadım. Ama o an hani o şeyi farkettim en azından. Hani o nefes egzersizi ile rahatlayabildiğimizi bir an bile olsa rahatlattığını fırsat bulmaya çalışıp yapmaya çalıştım yani. O yönden de güzel oldu benim için.” (H29)

“Biraz daha sakin olmak ve yani o anın kötü bir şey olsa bile o an geçti hani geleceğe daha olumlu bakmak gibi bir faydası bende olmuş olabilir. Çünkü ben de bazen olaylara çok takıyorum olur ya hani tartışsınız onu o an neden söylemedim gibi düşünceler geliyor insanın aklına çok. Geçmiş düşünmek oluyor bu da. Bende de biraz o kısımları iyileştirdi. Çünkü artık hani bu geçti bir dahaki sefere bunu daha iyi yapabilirim. Daha düzeltebilirim kendimi geliştirebilirim gibi bakıyorum.”(H31)

Hemşirelerin yaklaşık yarısı (n=14) program sonrasında kendi değerlerinin farkına vardıklarını, kendilerine olan saygılarının arttığını, kendi benliklerini tanımaya başladıklarını, kendilerine şefkat göstermenin önemli olduğunu, kendilerini daha fazla önemsemeye ve

sevmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşireler (n=14) program sayesinde kendilerini dinleme fırsatı bulduklarını, kendilerine zaman ayırmanın önemli olduğunu ve ruhsal olarak iyi hissettirdiğini farkettilerini belirtmişlerdir.

“Yani iş yerinde bütün çalışan hemşire arkadaşlarımı, temizlik personellerini, destek personellerini, hani bir şekilde onları memnun etme mutlu etme. Hani mutlu çalışınlar mutlu gelsinler. Evet eve geliyoruz işte çocukları eşi anneyi babayı memnun etme gibi sürekli son üç yıldır hayatım bu şekilde birilerini memnun etme çabası. Sonra sizinle programa başladıktan sonra kendime dedim ki S. kendine ait hiçbir şey yok hep başkaları için hep başkalarını memnun etme dertlerini sıkıntılarını dinleme çözmeye çalışma. Ben yokum ben hiçbir şekilde yokum. Sonra dedim ki kendi kendime hayır dedim sen varsın ve bu sorunları aşacaksın kendine zaman yaratacaksın. Sonra kendimi dinledim.” (H4)

“Ve önemli olan şey şu aslında yaptığımız şey hep şu başkası o ne der onu değiştirmeye veya memnun etmeye çalışmak değil de öncelikli olarak ben bunu istiyor muyum, ben bunu seviyor muyum, öncelikli olan bu değerli olan benim. En başta kendimim bunu söylemeyi öğrendim.” (H9)

“Bu uygulama programa katılmadan önce ilk konuşmada söylemişim biraz kendimi dinlemek istiyorum diye. Tabiki kendimi dinlemeye çok fırsat bulamadım ama illa ki kattığı bir şeyler oldu. Mesela önceden en ufak bir şeyde sinirlendiğimde bunu böyle pat pat hani bir şeyleri söylüyordum direkt olarak. Ama şu an sinirlendiğim aman derin bir nefes alıyorum oturuyorum ve sadece gözlemliyorum biraz daha sakin kalabiliyorum en azından. Bu konuda çok büyük etkileri oldu bana. Ama tabiki kendimi dinleme fırsatı benim için daha önemli onu da fırsat buldukça yapmaya çalışıyorum.” (H17)

“Bu programda benim kendime olan saygım çok daha arttı karşımdaki insana saygımı emeğimi artık son nokta nereye kadar yapabileceğimi kendime öğrettim. Bu biraz da kendimize şefkat göstermekle alakalı. Karşımdaki insana şefkat gösteriyoruz da en çok kendini seveceksin.”(H18)

“Bedenime çok fazla değer vermediğimi farkettilim. Hani o uygulamalarla rahatlayınca. Son zamanlarda kendime bedenime zaman ayırmam gerektiğini farkettilim. Çok iyi geldi çünkü dinlendiriyor yani 10-15 dakika bile olsa çok iyi geliyor. İş hayatında daha dikkatli olmaya başladım, unutkanlığımın azaldığını farkettilim. Olumlu olarak kendime zaman ayırabildim. O bir saat bile haftada bir saat bana çok iyi geldi kendi vücudumu tanımamı, dinlenmemi sağladı öyle söylüyüm o meditasyonlar rahatlamama yardımcı oldu.” (H34)

Subtema 3. MIND-BE Programının Mesleki ve Kişilerarası İlişkilere Faydaları

Hemşireler (n=7) MIND-BE programının hem mesleki hem de kişilerarası ilişkilerine birçok katkı sağladığını belirtmişlerdir. İki hemşire yaşadıkları bu değişimin aile üyeleri ve iş

arkadaşları tarafından farkedildiğini ifade ederken, bir hemşire iş arkadaşında bu değişimi görmenin mutluluğunu yaşadığını belirtti. Bir hemşire ise programının etkilerini gördükçe psikiyatri biliminin önemli olduğunu ve insanları ayırıştırmadan ele aldığını görmenin müthiş bir şey olduğunu vurgulamıştır.

“Ben biraz daha böyle moral bozukluğu böyle agresif böyle üzgün genelde düşünceli olduğum zamanlar geçmişe döndüğüm zaman böyle moralim bozuk canım sıkın daha agresif oluyordum. Eşim mesela bunu farkediyor artık o kadar şey değilsin diyor. O genelde şeydir anda kalmayı bilir benim gibi değildir. Mesela o farkediyor sanki eskisi kadar moralin bozulmuyor eskisi gibi değilsin bir şeylere takılıp kalmıyorsun diyebiliyor yani.” (H3)

“Kendimi de tanıdığım için hatta en yakınlarım bile söyledi sen büyüteceğin bir olayı neden büyütmedin gibi. Hani ne kadar çabuk bitti senin için gibi ifadelerde bulundular. Hani ne çabuk çözüme ulaştı senin için dediler. Hani çözüme ulaşmasa da benim için o noktada bitti.” (H4)

“Ya bende aslında dediğim gibi bu programa daha çok iş odaklı katıldığım için işle ilgili sıkıntılarım oluyordu o yüzden ona odaklı katılmışım iş dışındaki problemleri işe aslında çok fazla yansıtıyordum ya da iş hayatımdaki şeyleri özel hayatıma daha çok yansıtıyordum. Hani şu anda böyle ikisini birbirinden ayırmak daha kolay oluyor. İş hayatındakiler iş hayatında kalıyor dışarıdakiler dışarıda. O yüzden hayatım birbirine girmiyor. Daha düzenli oluyormuş gibi hissediyorum. Zaten amacım da o olduğu için daha rahat geçiyor açıkçası. Hani o an ne oluyorsa ona adapte oluyorum. Başka problemler de dediğim gibi vakti gelince sırası gelince bakıyorum.” (H32)

Hemşirelerin yaklaşık üçte biri (n=10) artık olayları ve durumları kişisel algılamadıklarını, kişiselleştirmediklerini, alınganlık göstermediklerini, giderek daha umursamaz olduklarını ve bardak değil göl olabildiklerini ifade etmişlerdir. Program sonrasında hemşireler yaşadıkları olaylara ve durumlara karşı bakış açılarının değiştiğini, olayları ve durumları olduğu haliyle kabul etmeye başladıklarını (n=12) belirtti.

“H'nin söylediği şey biraz da bu daha az düşünmek etrafta olan şeyleri çok önemsememek ya da her şeyin kişisel olduğunu düşünmemek her şeyin kendimizle ilgili olmadığını tamamen yaşamın getirdiği kadar olduğunu kişiselleştirmemeyi öğrendim ben en çok. Çünkü aslında biz her şeyi kişiselleştiriyoruz onu farkettim aslında bazı olaylar bizimle ilgili değil bizim kendi şahsımızla ilgili değil. İş yerimiz olsun dışarı hayatımız aile hayatımız vs. Sadece toplumun ve zamanın getirdiği şeyler. Yaşanması gerekenler biz biraz bunları çok fazla kişiselleştirdiğimiz ve çok fazla duygusal yaklaştığımız için belki daha kötüye gidiyordu ama şu an biraz daha objektif bakabiliyoruz diye düşünüyorum.” (H1)

“Şunu demek istiyorum bence bir insan zihnini dinlendirmeli zihni dolu olan insanın bedeni de dolu oluyor çünkü. Belki bir insan bedeni dolu olabilir ama zihni rahattır kafası rahattır. Ama ben zihni dolu olan bir insanın bedeninin de yorgun olduğunu düşünüyorum. Ve bedeni zihni dolu olduğu için de sağlıklı kararlar veremeyeceğini ve bunu da etrafına yansıtacağını düşünüyorum. Ve bu sebepten dolayı da dediğim gibi yani ben günlük hayatımda bu programın bana yarar sağladığını düşünüyorum. Hayata bakış açımda olayları karşılamamda ve müdahale etmemde bana yardımcı olduğunu düşünüyorum. Allah izin verirse de rabbim elverirse de ben bundan sonra da bu yöntemleri göz önüne alarak da devam etmek istiyorum.” (H18)

“Aslında tam G. Hanımın dediği gibi hani şu kişisel algılamamak var ya o çok önemli bir şey bence bende de mesela en çok bu oldu zaten. Bende de mesela aklıma şu geliyor şöyle bir örnek vermek istiyorum eskiden insanlar sorunlar insanların söyledikleri yaptıkları zaten sorun hep insanlar oluyor başka bir şey olamıyor da. Hep böyle bir ağır top gibiyken programdan sonra sanki hepsi birer balon oldu. Yani ne olursa olsun ucundan bırakıyorum gidiyor uçuyorlar hepsi. Hani gerçekten belki şeydir abartı geliyordur belki gariptir bu olası gelmiyor çok küçük bir şey bu aslında ama biraz kendimin farkına varmak ama etkileri gerçekten büyük oldu benim için. Bahsettiğimiz gibi bardak değil göl olduk sanırım.” (H21)

“Hani evet bakış açımın değiştiğini farkettilim. Bu programdan sonra daha sakin bir şeylere bakabilmeyi öğrendim. Yani hani olumlu ya da olumsuz bir şeylere bakarken olumsuzların da aslında bize çok faydası olduğunu gördüm açıkçası. Hayatı bir bütün olarak kabul etmek gerektiğini düşünüyorum bu programdan sonra. Yani açıkçası bakış açımızı değiştirdi.” (H30)

“Yani kötü şeyler olduğu zaman düşünüyorduk o uygulamalar esnasında bak böyle böyle oluyor kötü olaylar karşısında şöyle yanıtlar verebiliyorsun. Evet E. derin nefes al ver başka şeyler düşün kafamı dağıtmayı düşünüyorum. Başka şeyler daha iyi şeyler düşünüyorsun kötü olayları yaşayıp orda bırakmaya çalışıyorum. Zaten hiçbir zaman onu kafamızın arkasına atamıyorduk ya. O orda duruyor biz onu görüyoruz onun tamamen yok olmayacağını biliyoruz onunla yaşamayı öğreniyoruz.” (H33)

“Şöyle çok daha alıngan bir insanken artık o kadar da alınmıyorum. Yani o en sonlara doğru yaptığımız dağ meditasyonu var ya o meditasyon beni benden aldı zaten. Son darbeyi yaptı. Ama her şeyi üzerime almıyorum. Hani o dağ meditasyonunda dedik ya köklerin dağ gibi olsun sana gelen giden herkes değişebilir ama sen olduğun yerdesin sen değişmiyorsun. O nedenle bana gelen olaylar, insanlar, sıkıntılar güzellikler hepsi bana geliyor benim için geliyor bunu farkettilim. Hepsini benim için beni üst seviyeye çıkarmak için bunu farkettilim bu güzel şey yani.” (H37)

Hemşirelerin yaklaşık üçte biri (n=11) program sayesinde kazandıkları farkındalık becerilerinin onlara farklı açılardan bakma fırsatı sunduğunu, daha iyi bir dinleyici olmalarını

sağladığını, empati becerilerinin daha da güçlendiğini ve kendilerini karşıdaki kişinin yerine koyabildiklerini ifade etti. Sadece iki hemşire hayır diyebilme becerisi geliştirdiklerini belirtti.

“Ondan sonra hayır demeyi öğrendim en başında. Biliyorsunuz ben bazı şeylere hayır diyemeyen bir insanım. Siz daha iyi bilirsiniz beni tanıyorsunuz. İşte onun belli yerlerde denmesi gerektiğini öğrettiğiniz için çok güzel öğrettiniz çok teşekkürler.” (H15)

“Şimdi şöyle bir düşündüm önceden olsaydı ben çok sinirlenirdim bağırdım yani çağırırdım çünkü ekmek tekne bu benim. Düşündüm kendi kendime yani dedim ki H. bu adamın yerinde sen de olabilirdin. Yani senin eşin Mahmure de hastalanabilirdi. Belki sen daha da kötü bir durumda olacaktın. Hani yine de bu adam böyle bazı şeyler oldu. Yani empati kurdum kendimi dinledim sen olsan ne yaparsın dedim. Yani bir nevi öfke kontrolümü sağlayabildim bugün yani anlatabildim mi. Yani sonradan da baktım ki aslında program sayesinde bize göre önemli olmayan ama karşı taraf için önemli olan bir şeyin bizim için de önemli olması gerektiğini öğrendim. Aslında bu ince ama çok güzel bir şey. Hani hayatta benim için önemli olmayan gözle görülemeyecek şeylerin karşıdaki insanlar için ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu farkındalığına vardım. O yüzden teşekkür ederim yani size.” (H18)

“Yani mesleki açıdan katkısını düşünürsem evet karşı tarafa empati yeteneğimi biraz daha kuvvetlendirdim diyebilirim. Hastalarla olan diyaloglarımız olsun daha doğrusu onlar gibi olmayı onların yerine kendimi daha çok koymayı denedim. Bu programdan sonra bu tarafım daha çok güçlendi gibi geliyor. Tabi normalde de zaten empatik bir insan olduğumu düşünüyorum. Bu tarafım daha da güçlendiğini düşünüyorum.” (H30)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu araştırma iki aşamalı olup elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır. Birinci bölümde, yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE Programının ruhsal sağlık parametreleri üzerine etkisinin belirlenmesi, ikinci bölümde ise, deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE Programına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amaçlarıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları literatür ışığında tartışıldı.

5.1.1. MIND-BE Programının Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ruhsal Sağlık Parametreleri Üzerine Etkisinin Tartışılması

MIND-BE Programının Bilinçli Farkındalık Üzerine Etkisi

Bilinçli farkındalık ile ilgili eğitimler, programlar ve müdahaleler, hemşirelerin ruh sağlığını ve psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkilemektedir [100, 155]. Literatürde yer alan çalışmaların çoğu; BF temelli müdahalelerin, hemşirelerin ruhsal sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptarken [63, 96, 144, 146, 175, 179, 185, 214-220], birkaç çalışma etkili olmadığını saptamıştır [103, 221]. Literatürde yer alan çalışmalarda BF temelli müdahaleler hemşirelerin BF düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir [94, 96, 111, 112]. Bu çalışmada MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Malezya ve Çin'de yoğun bakım hemşireleriyle yapılan çalışmalarda da bu araştırmayla benzer şekilde, BF temelli eğitim müdahalesinin yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeyinde belirgin bir artış sağladığını saptamıştır [96, 179]. Literatür incelendiğinde, BF temelli çeşitli müdahalelerin hemşirelerin BF düzeylerini arttırdığı belirtilmektedir. Örneğin; BF temelli; eğitim [175], yoga [220], çalıştay [218], rehbersiz dijital kendi kendine yardım [219], grup müdahalesi [214], stres azaltma programı [63], stres yönetimi ve dayanıklılık eğitimi programı [144] gibi müdahalelerin hemşirelerin BF düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir. Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldığında, çalışmalardaki BF temelli uygulamalar; çalışma ortamı, BF temelli programların çeşitliliği, oturumların tipi-süresi-sayısı ve boylamsal olup olmamasına göre değişiklik gösterdiği düşünülmektedir.

MIND-BE Programının Öz-Şefkat Üzerine Etkisi

Litaratürde yoğun bakım hemşirelerinin öz-şefkat müdahalesi içeren programlarda yer aldıklarını [17-19], bu programların psikososyal açıdan önemli bir iyileşme sağladığı [47,48], özellikle BF temelli müdahalelerin; hemşirelerde öz-şefkat ve empatiyi arttırdığı, stres ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu vurgulanmaktadır [19, 86, 110-113, 222]. Neff ve Germer (2013) çalışmalarında Mindful Öz-Şefkat programının öz-şefkat, farkındalık ve esenliği

artırmada etkili olduğunu saptamıştır [101]. Bu araştırmada MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bu artış, MIND-BE programının yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeylerini artırmada etkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Mahon ve ark. (2017) çalışmalarında BF ve öz-şefkat eğitim müdahalesinin hemşirelerin algılanan stresini olumlu yönde etkileyebileceğini ve öz-şefkatini artırabileceğini göstermektedir [185]. Dolayısıyla BF temelli uygulamalar, hemşirelere evlerinde ve iş hayatlarında var olan günlük stres faktörlerini yönetmelerine yardımcı olmak için baş etme becerilerini etkili bir şekilde öğretebilen uygun bir öz-bakım ve stres yönetimi müdahalesi olabilir. Yarı deneysel bir çalışmada; MBSR programının hemşirelerde BF, öz-şefkat, dinginlik düzeyinde belirgin artış ve iş tükenmişliğinde azalma sağladığı bulunmuştur [63]. Hunter (2016) BF'nin hemşirelerin stresli ve zorlu çalışma ortamlarında şefkatle çalışmasına olanak sağlayabileceğini öne sürmektedir [223]. Taylor ve ark. (2022) çalışmalarında, rehbersiz dijital BF tabanlı kendi kendine yardım uygulamasının sağlık çalışanlarında öz-şefkat ve başkaları için şefkat üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptamıştır. Avustralya'daki üçüncü basamak bir hastanede çalışan hemşirelere uygulanan kısa BF temelli öz bakım ve dayanıklılık müdahalesinin etkinliğinin incelendiği çalışmada ise; takip testinde müdahaleyi tamamlayan hemşirelerde merhamet memnuniyeti, öz-şefkat ve öznel yaşam kalitesini geliştirdiğini ortaya koymuştur [146]. BF eğitimi hemşirelere daha iyi bir duygusal denge, hastalarla daha iyi iletişim ve şefkatli bakım sunulması sağlayabilir [187]. Horton-Deutsch ve ark. (2020) çalışmalarında, hemşirelerin önce kendilerine ve kendi ihtiyaçlarına bakmaları gerektiğini ve ihtiyaçlarına karşı şefkatli olmanın, başkalarına en iyi bakımı sağladığını fark ettiklerini belirtmişlerdir [224]. Literatürde her ne kadar BF temelli programların hemşirelerin öz-şefkat düzeylerini arttırdığı belirtilse de öz-şefkati etkileyen farklı değişkenlerden dolayı araştırma sonuçları farklılık gösterebilmektedir. MIND-BE programının eklektik bir şekilde hazırlanması (eğitim, hikaye, şiir vb.), programın grup oturumları ile yapılması, BF temelli uygulamaları ve haftalık verilen ev ödevlerini yapmaya yönelik atılan hatırlatıcı mesajlar yoğun bakım hemşirelerini motive etmiş ve öz-şefkat düzeylerinin artmasını sağlamış olabilir. Ek olarak, BF'nin yedi tutumundan biri olan "kabul" MIND-BE programı içerisinde yer aldığından, yoğun bakım hemşirelerinin yaşamı olduğu gibi fark etmelerini ve hayatın sadece anlardan ortaya çıktığı gerçeğiyle yüzleşmelerini sağlayarak öz-şefkati arttırmış olabilir.

MIND-BE Programının Travma Sonrası Büyüme Üzerine Etkisi

Birçok yoğun bakım hemşiresi travmalara tekrar tekrar maruz kaldıkları için uyku bozukluğu, tekrarlayan geçmişe dönüşler, duygusal/fiziksel rahatsızlık ve kaçınma gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) belirtileri yaşarlar [122]. Bu durum, yoğun bakım

hemşirelerinin psikolojik iyi oluş, sosyal veya mesleki yaşamda bozulmaya neden olabilir bozar [123, 125] Dolayısıyla, yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı ve iyilik hali, hasta bakımını doğrudan etkileyebilir. Ancak, Tedeschi & Calhoun (2004)'a göre fiziksel ve psikolojik travma yaşayan her birey TSSB gibi psikopatolojik bir durum geliştirmeyebilir. Bazen travmadan etkilenen kişiler, yaşamı daha fazla takdir etme, daha anlamlı kişiler arası ilişkiler, yaşamlarında farklı öncelikler ve gelişmiş kişisel yetenekler geliştirmiş olabilir [115]. Tedeschi ve Calhoun (1996) bu olumlu psikolojik değişime "travma sonrası büyüme (TSB) adını vermişler ve bunu, kişinin yaşamını sarsan yaşam krizleri veya travmatik olaylarla mücadele ettikten sonra ortaya çıkan öznel ve olumlu psikolojik değişim olarak açıklamışlardır [114]. Bu çalışmada MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bununla birlikte, deney grubunda TSBE'nin benlik algısı alt boyut puanları son-test, 3. ay takip testinde; diğerleri ile ilişki alt boyut puanları ise son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Ek olarak; TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puanları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı. Literatürde, BF temelli müdahalelerin yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeylerine etkisine ilişkin kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ulaşılamamış olup, sadece birkaç gözlemsel çalışma olduğu görülmüştür. Chang ve ark. (2021) çalışmalarında, yoğun bakım hemşirelerinde TSB'nin düşük olduğunu, öz-şefkatin TSB için en önemli yordayıcı olduğunu ve bunu bilgelik, yaş ve kasıtlı ruminasyonun izlediğini saptamış ve yoğun bakım hemşirelerinde TSB'yi geliştirmek için ruh sağlığı programlarının geliştirilmesinin gerektiğini belirtmiştir [225]. Kim ve ark. (2013) BF temelli germe ve derin nefes egzersizinin TSSB'nin subklinik özelliklerine sahip bireylerde kortizol düzeylerini normalleştirdiği ve TSSB semptom prevalansını azalttığını saptamıştır [226]. Literatürde öncü olan bu sonuçlar, yoğun bakım hemşirelerinde MIND-BE programının grup oturumları şeklinde yapılmasının etkisi ile yoğun bakım hemşirelerinin TSB yaşamalarını sağlamış olabilir. Literatürde grup ortamında benzer yaşantı ve deneyimlerin paylaşımı, katılımcılar arası işbirliği, katarsis, birbirinden öğrenme, evrensellik duygusu, umut aşılama, sosyal kabul, geri bildirim gibi terapötik iyileştirici etkilere sahip olduğu belirtilmektedir [51-53]. Bununla birlikte, yoğun bakım hemşirelerinde BF temelli müdahaleler düzenli aralıklarla tekrarlanmadığında TSB'nin tüm alt boyutlarında önemli değişiklikler yapmak için yeterli olmamış olabilir. Kabat-Zinn (1982) ayrıca, geleneksel MBSR'nin başarısı için kilit bir unsur olarak haftalık grup eğitimini vurgulamaktadır [156]. Bu sonuçlar, yoğun bakım hemşirelerinin uygun şekilde desteklendiklerinde benlik algıları ve diğerleri ile ilişkilerinin olumlu yönde geliştiğini göstermektedir. Ancak yoğun bakım hemşirelerinin BF'nin temel felsefesini kavrayıp, uygulamalarını hayatlarına entegre etmeleri uzun zaman aldığından, gruplar arasında TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu

puanlarında anlamlı farklılık olmamış olabilir. Dolayısıyla bu süreçte, MIND-BE programında olduğu gibi, yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeylerini artırmada etkili olan öz-saygı, öz-şefkat, öz-yeterlik, sabır, kabul, akışına bırakma, tolerans, güven, baş etme ve iletişim becerileri gibi faktörlerin gelişiminin desteklenmesi önemlidir. Bu nedenle hastaneler ve hemşire yöneticileri, yoğun bakım hemşirelerinin artan TSSB riski ile travma yaşadığını kabul etmeli ve onlara uygun destek sağlamalıdır. BF temelli müdahaleler, yoğun bakım hemşirelerinin travmadan büyüyerek çıkmalarına, ruh sağlıklarının korunmasına ve hastalara en uygun bakımı sağlamasına yardımcı olacaktır. Özellikle BF temelli programların eklettik bir şekilde uzun süre uygulanması ve kanıt düzeyi yüksek prospektif izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

MIND-BE Programının Psikolojik Dayanıklılık Üzerine Etkisi

Zorluklara maruz kalmasına rağmen yaşamın zorluklarına uyum sağlayabildiği ve ruh sağlığını koruyabildiği anlamına gelen PD [23]; öğrenilebilir ve geliştirilebilir niteliktedir [26, 105, 132, 133]. Bu araştırmada MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin PD düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Araştırma sonucunda, deney grubunda PDÖ'nün gelecek algısı ve yapısal stil alt boyutları puanları son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Bu sonuç, MIND-BE programı ile birlikte yoğun bakım hemşirelerinin, yoğun çalışma koşullarına rağmen yaşama ilişkin bakış açılarının olumlu yönde değiştiğini ve yaşamlarında anlam bulmalarına yardım ettiğini göstermesi açısından önemlidir. Bu araştırmada, deney grubunda PDÖ'nün sosyal yeterlik ve aile uyumu alt boyutları puanları son-testte kontrol grubuna göre daha yüksek bulunurken, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış saptanmadı. Bu sonuç, program bittikten sonra MIND-BE programının etkinliğinin giderek azaldığını göstermektedir. Ek olarak, MIND-BE programı sonrası PDÖ kendilik algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutları puanları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu bağlamda yapılan araştırmada deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlik ve aile uyumu düzeylerinde MIND-BE programı sonrasında pozitif yönde gelişim olması programın gelecek algısı, yapısal stil ve sosyal yeterliliğe ilişkin farkındalığı artırdığını ve böylece aile uyumunu artırdığını düşündürmektedir. Joyce (2018), BF temelli müdahalelerin PD üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir [227]. Bu sonuç, yoğun bakım hemşirelerine çok yönlü bir yaklaşımla (MBSR, bilişsel davranışçı terapi) 12 haftalık bir dayanıklılık programı uyguladıktan sonra, hemşirelerin dayanıklılıklarının arttığını saptayan Mealer ve ark. (2014) çalışması ile desteklenmektedir [85]. Babanataj ve ark. (2019), İran'da yoğun bakım hemşirelerine uyguladıkları dayanıklılık programı sonrasında yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeylerinin azaldığı ve dayanıklılıklarının arttığını saptamıştır [228]. Görülmektedir ki,

literatürde yoğun bakım hemşirelerine uygulanan çok az sayıda BF temelli uygulama bulunmaktadır. yoğun bakım hemşireler dışında genel kliniklerde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; bir duyuşsal BF teknikleri seti olan üç saatlik Topluluk Esneklik Modeli eğitiminin [99], modifiye MBSR [215] ve dayanıklılık programının [86, 144, 146, 229] hemşirelerin dayanıklılıklarını arttırdığını saptamıştır. Buna paralel olarak; Badu ve ark. (2020) sistematik derlemelerinde, BF temelli dayanıklılık müdahaleleri, hemşirelerin ruh sağlığını ve refahını iyileştirmek için uygulanabileceğini önermişlerdir [145]. BF temelli dayanıklılık müdahaleleri ile şimdi ve burada olmanın daha fazla farkında olmak, yaşamdaki olumlu yönlere karşı duyarlılığı arttırabilir, geleceğe daha iyimser bir bakış açısı kazanmaya veya daha olumlu duygular yaşamaya yardımcı olabilir. Bu sayede, BF'yi öğretmek, olumsuz duygu ve durumları kabul etmeyi öğrenerek bireylerin bilişsel esnekliğini artırabilir [147]. Bu çalışmaların aksine; Brouwer (2022), yoğun bakım hemşirelerinde BF temelli yaptığı müdahale sonrasında, hemşirelerin dayanıklılığında bir değişim olmadığını saptamıştır [183]. Benzer şekilde; Kunzler ve ark. (2020), hemşirelerde dayanıklılığı arttırmaya yönelik müdahalelerin etkili olduğuna ancak kanıtların kesinliğini arttırmak için, geliştirilmiş çalışma tasarımları (örneğin daha büyük örneklem büyüklükleri, daha uzun takip süreleri) kullanan daha titiz, yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç olduğunu saptamıştır [147]. Bu sonuçlar, BF temelli programların PD üzerindeki etkisinin uzun dönemde daha iyi olacağına yönelik görüşü destekler niteliktedir. yoğun bakım hemşirelerinde dayanıklılığın tüm alt boyutlarında yapısal olarak değişim sağlanabilmesi için, BF uygulamalarının bireylerin yaşamlarına entegre etmeleri ve uzun dönem izlem çalışmaları yapılması gerektiği düşünülmektedir.

MIND-BE Programının Ruhsal Belirtiler Üzerine Etkisi

Literatürde yer alan güncel sistematik derlemelerde BF temelli uygulamaların hemşirelerin ruh sağlıklarını iyileştirdiği, psikolojik sıkıntılarını, duyuşsal yüklerini ve tükenmişliklerinin azalttığı belirtilmektedir [97, 187, 175]. Bu araştırmada MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal belirti düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık olduğu saptandı. İran'da yapılan bir çalışmada, BF temelli bilişsel terapi müdahalesinin, iş stresi yaşayan hemşirelerin psikolojik sıkıntı toleransını olumlu yönde etkilediğini saptamıştır [216]. Lin ve ark. (2019) Çin'de modifiye edilmiş MBSR programından hemen sonra ve üç aylık takipte algılanan stres, olumsuz etki ve olumlu duygulanımda anlamlı bir iyileşme sağladığını saptamıştır [215]. Güncel bir sistematik derlemede, BF temelli müdahalelerin hemşirelerin iyi oluşunu arttırdığı, olumlu bilişsel ve psikolojik etkileri olduğunu göstermektedir [100]. Ek olarak bu araştırmada, deney grubunda MIND-BE programı sonrası KSE'nin anksiyete ve olumsuz benlik alt boyutları puanları açısından son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmazken; depresyon ve

somatizasyon alt boyutları puanları son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde, hostilete alt boyutları puanları ise son-test, 3. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Literatürde BF temelli müdahale çalışmalarının bazılarında hemşirelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanırken [31, 103, 221], bazılarında depresyon, anksiyete ve olumsuz duyguları azalttığı, ruh sağlığı ve iyilik halini iyileştirdiğini saptamıştır [67, 75, 98, 102, 219, 230]. Sistematik bir derlemede; BF ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli müdahalelerin, doktorlar ve hemşirelerde stres, kaygı ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Derin nefes alma ve minnettarlığı içeren kısa müdahalelerin de faydalı olabileceği belirtilmiştir [75]. Bu sonuçlar MIND-BE programının yoğun bakım hemşirelerinde bazı ruhsal belirtileri azalttığını göstermektedir. Bu program ile yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlıkları korunabilir ve geliştirilebilir. Bu program sonrası yoğun bakım hemşirelerinde gelen geri bildirimlerde bu düşüncüyü destekler niteliktedir. BF uygulamaları sayesinde yoğun bakım hemşireleri yaşadıkları zorlayıcı duygu ve durumları kişiselleştirmeden ve rumine etmeden olduğu haliyle kabul ederek farkındalıklarını arttırmış olabilir. Dolayısıyla; yoğun bakım hemşireleri yaşadıkları zorlayıcı duygu ve durumlarda, ne düşündüklerini ve hissettiklerini farkederek onların gelip geçmelerine izin vermiş, ve bu sayede depresyon, somatizasyon ve hostilete düzeylerinde azalma olmuş olabilir. Ancak program bittikten sonra zaman geçtikçe (6. ay) yoğun bakım hemşirelerinin depresyon, somatizasyon ve hostilete puanlarının giderek artması, programın ve BF uygulamalarının etkisinin giderek azaldığını, yoğun bakım hemşirelerinin programı tam olarak hayata geçiremediklerini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, zor ve travmatik deneyimlerle karşılaşan yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları psikososyal problemlerle başetmelerinde önemli bir faktör olan BF temelli müdahaleler, süreç içerisinde öz-şefkat ve PD'nin artmasına, TSB'nin gelişmesine ve ruhsal belirtileri azaltarak sürece uyumun artmasına olanak sağlamaktadır. Dolayısıyla, yoğun bakım hemşirelerinin BF, ÖŞ, PD, TSB ve ruhsal belirti düzeylerinin belirlenmesi, güçlenmelerine olanak sağlaması açısından oldukça değerlidir. Bu sayede, zorlayıcı duygu ve durumları deneyimleyen yoğun bakım hemşirelerinin, psikososyal problemleri yaşama olasılığı azalarak güçlenmeleri sağlanabilir. Bu çalışmada da yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programından yararlandıklarının görülmesi bu katkıyı göstermektedir.

5.1.2. MIND-BE Programına Yönelik Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programına yönelik görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada iki ana temaya ulaşıldı; MIND-BE

programına ilişkin düşünceler, MIND-BE programının faydaları. Araştırma sonuçları bu iki tema altında tartışıldı.

Literatürde hemşirelerde BF temelli müdahalelerin etkinliği nicel olarak ortaya konulmasına rağmen, hemşirelerin BF temelli müdahaleler sonrasında görüş ve deneyimleri öznedir [215, 231, 232]. Foureur ve ark. (2013) BF uygulamalarını hayata entegre etmede birçok kolaylaştırıcı ve engel tanımlamışlardır [31]. Özellikle, BF temelli uygulamaların özünü oluşturan nefes ve bedenin bu anda varolması ve yaşanan deneyimlerin öznel olması bu fenomenin nitel olarak değerlendirilmesini gerekmektedir [32, 40, 41, 174]. Jarden ve ark. (2018) Yeni Zelanda'da 65 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları kalitatif çalışma sonucunda hemşireler işyeri refahının güçlendirilmesi için BF ve yoga gibi müdahalelerle bireysel, ilişkisel ve örgütsel kaynakların güçlendirilmesi gerektiği belirtmişlerdir [233]. Bu çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin çoğu MIND-BE programına ilişkin olumlu düşüncelere sahipken, bazıları olumsuz düşüncelere sahipti. yoğun bakım hemşireleri programdan sonra farkındalıklarının arttığını, içlerindeki gücü farkettilerini, hayatın içerisinde parçaların yerine oturduğunu ve programı hayatlarına entegre ettiklerini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda BF temelli girişimler sayesinde hemşirelerin kendi güçlerinin farkına vardıklarını, işyerinde odaklanma ve farkındalıklarının arttırdığı belirtilmiştir [144, 187, 234, 235, 236, 237, 238]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri programın etkisinin uzun süreceğini, günlük hayata entegre etmenin güçlenmeyi arttıracığını, program sayesinde erken yaşta farkındalık kazandıkları için şanslı olduklarını ve herkesin bu programa katılması gerektiğini ifade etmektedir. Çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde, hemşireler stres seviyelerini azaltacağını düşündükleri için BF temelli programa katıldıklarını [31], resmi eğitimler dışında verilen BF eğitiminin keyifli, ödüllendirici ve destekleyici bir deneyim olduğunu belirtmişlerdir [31, 239-241]. Hunter ve ark. (2018), hemşirelerin BF temelli eğitimi başkalarına da tavsiye ettiklerini [223], Slatyer ve ark. (2018) ise hemşirelerin yeni bilgileri meslektaşları ile aktif olarak kullanacaklarını saptamıştır [146]. Sağlık kurumları ve hemşire yöneticileri, strese en çok maruz kalan grup olarak yoğun bakım hemşirelerine BF temelli müdahaleleri düzenli olarak uyguladıklarında yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı ve iyilik hallerini geliştirerek güçlenmelerini sağlayabilir. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri, BF uygulamalarını grup olarak yapmanın programa katılmakta istikrarı sağlamaya yardımcı olduğunu, grupta yapılan deneyim paylaşımlarının olumlu etkilerinin olduğunu, uygulamaları yapmaya giderek alıştıklarını ve uygulamaları öğrendiklerini ifade etmiştir. Çalışmalarda, hemşirelerde BF temelli eğitimi grup olarak almanın faydalı olduğunu, diğer meslektaşların da benzer deneyimlere sahip olduğunu bilmenin kendilerine iyi geldiğini belirtilmektedir [240-242]. Literatürdeki meta-sentez çalışmalarında, BF eğitiminin hemşirelerin günlük hayatta kullanabilecekleri yeni becerilerin öğretilmesi açısından etkili olduğu belirtilmektedir [209, 231]. Güncel bir çalışmada, hemşireler BF temelli

eğitimi veren eğiticilerin psikoloji ve fizyolojide bilgisine sahip olmasının önemli olduğunu, eğitim gruplarında deneyimlerini yabancılarla paylaşmak istediklerini bildirmişlerdir. Ek olarak hemşireler, tanıdıkları meslektaşlarına duygularını ve zayıflıklarını gösterirlerse sonrasında profesyonel olamayacaklarını ifade etmişlerdir [241]. Bu çalışma bulguları, yoğun bakım hemşireleri ve eğitimci arasında saygı ve gizlilik alanı oluşturarak, hemşirelerin zorlayıcı duygu ve deneyimleri daha kolay paylaşmalarına olanak sağlamış olabilir. Bununla birlikte BF temelli müdahale türü, oturumların süresi, oturumların uzunluğu, eğitimcinin iletişim becerileri vb. değişkenler yoğun bakım hemşirelerinin verdikleri yanıtları etkilemiş olabilir.

Guillaumie ve ark. (2017) çalışmalarında, hemşirelerin BF temelli müdahalelerle ilgili zorluklar yaşadıklarını raporlamışlardır [187]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri uygulamalar sırasında uygulamaları yapamadıklarını düşündüklerini, hareketsiz kalamadıklarını, bel ağrısı yaşadıklarını, ayaklarının uyduğunu ve uykularının geldiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri anda kalmanın zor olduğunu ve hemşirelik gibi zor bir meslekte bu şekilde sekiz haftalık bir programı uygulamanın zor olduğunu ifade etmişlerdir. Lycke ve ark. (2022) çalışmalarında hemşirelerin BF uygulamalarını yapmak için zaman ayırmanın ve hareketsiz oturmanın zor olduğunu; ancak, düzenli olarak uygulamaya devam ettikçe bunu yapma yeteneklerinin arttığını belirtmişlerdir [234]. Foureur ve ark. (2013) çalışmalarında, hemşirelerin uzun BF uygulamaları sırasında endişeli hissettiklerini, baş dönmesi ve mide bulantısı yaşadıklarını, uygulamaya devam etmekte zorlandıklarını bulmuşlardır [31]. Hemşirelerin gece vardiyaları, uzun çalışma saatleri ve yönetim desteğinin olmaması gibi yaşadıkları zorluklar bu tür programlara zaman ayırmalarını zorlaştırabilir [31, 231]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri uygulamalar sırasında geçmişte yaşadığı üzücü anı tekrar zihinde canlandırmanın kırıcı ve üzücü olduğunu, farkında olmanın acı verdiğini ancak benliğimizi tanımamıza da fırsat sunduğunu belirtmiştir. Hemşireler programın bitmesinden sonra uygulamaları düzenli yapamadıkları için uygulamaların etkisinin giderek azaldığını, programın daha kapsamlı olmasını, daha uzun sürmesini ve yüz yüze olmasını istediklerini, internette kopma sorunları yaşadıklarını, eğitime katılacak ortam ve zaman bulmada zorlandıklarını ve kolay adapte olamadıklarını ifade etmiştir. Muir & Keim-Malpass, (2019) çalışmalarında hemşireler, BF temelli eğitimin çevrimiçi ulaşılabilirliğinin daha kolay rağmen, grupla etkileşimin yüz yüze deneyimden daha az samimi olduğunu belirtmişlerdir [242]. Yapılan çalışmalarda da, hemşireler BF temelli müdahalelerin uzun sürdüğü ve günlük hayatta alışkanlık haline getirmenin zor olduğu ve onları yönlendirecek bir eğitimci olmadığında motivasyonlarının azaldığını belirtmişlerdir [235, 236, 240]. Bu kapsamda McConville ve ark. (2017), farkındalığın öğrenci hemşire müfredatı entegre edilmesini [243]; Knudsen ve ark., (2020) ise hastanelerde düzenli olarak BF temelli kurslar verilmesini [235] önermiştir. BF temelli müdahalelerin uzunluğu ve veriliş şekli, araştırma sonuçlarının çok yönlü, niteliksel ve

özel doğası nedeniyle yoğun bakım hemşirelerini zorlamış olabilir. Dolayısıyla yoğun bakım çalışma koşullarında hemşirelerin böyle bir programa zaman ayırması ve katılması zor olabilir. Ruiz-Fernandez ve ark. (2019) iyi yapılandırılmış kısa MBSR programının etkili olduğunu saptarken [173]; Lomas ve ark. (2019) etkili olmadığını [244] söylemektedir. Ruiz-Fernandez ve ark. (2019) tarafından yapılan meta-analiz, klinik ortamlarda daha kısa BF temelli müdahalelerin daha etkili olduğunu belirtirken [173]; geleneksel MBSR programı 2-2,5 saatlik seanslarla sekiz haftalık ders sürecini kapsamaktadır [32, 41, 175]. Bu sonuçlar, YBÜ gibi yoğun çalışma koşullarında farkında olmanın önündeki engellerin farkında olmanın önemli olduğunu doğrular niteliktedir. Hastanelerin ve hemşirelik yöneticilerinin, YBÜ'de iyi bir eğitmen tarafından yönetilen BF temelli müdahaleleri desteleyerek; yoğun bakım hemşirelerinin eğitimlere katılmalarını kolaylaştıracak zamanlar oluşturması ve eğitimleri finanse etmesi gerekmektedir.

Hemşireler, BF temelli müdahalelerle ilgili çeşitli zorluklar yaşadıklarını belirtmelerine rağmen [187], oldukça yararlı olduğunu da iletilmişlerdir [146]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programından birçok fayda sağladığı bulundu. yoğun bakım hemşireleri program sonrasında baş ağrılarının, mide bulantılarının ve unutkanlıklarının azaldığını, yaşam kalitelerinin arttığını, yediklerinden haz aldıklarını ifade ederek programın fiziksel sağlığa faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalar BF temelli müdahalelerin hemşirelerin uyku sorunlarına iyi geldiğini bulmuşlardır [234, 239 245, 246]. Bu bulgunun aksine, bazı araştırmalar, BF temelli müdahalelerin fiziksel sağlık üzerinde önemli bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır [172, 177]. Bu tür kendine özgü deneyimler ve yanıtlar, BF temelli müdahalelere ilişkin yoğun bakım hemşirelerinin görüş ve deneyimlerini ele alan daha fazla kalitatif araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Ek olarak, BF temelli müdahalelerin yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel sağlık üzerinde etkileri araştırılmalıdır.

Guillaumie ve ark. (2017) çalışmalarında, BF temelli müdahalelerin hemşirelere psikolojik iyi oluş, içsel sakinlik hali ve farkındalık sağladığını, meslektaş ve hastalarla karmaşık ve stresli durumlarda iletişim ve davranış becerileri geliştirdiklerini raporlamışlardır [187]. Literatürde hemşireler MBSR'yi faydalı bulduklarını, program sonrasında daha fazla rahatlama, öz bakım, fiziksel acı ve zor duygularla başa çıkma bildirmişlerdir. [235, 247, 248]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri, MIND-BE programının ruhsal sağlığa faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler kafasına taktığı veya büyüttüğü olayları korkmadan ve kaçmadan yaşayıp rafa kaldırdıklarını, olayla veya durumla ilgili düşünceye günlerce takılıp kalmadıklarını ve uygulamaların ruhsal yönden kendilerine iyi geldiğini ifade etmiştir. Slatyer ve ark. (2018) BF temelli eğitim sonrasında hemşirelerin öz bakım ihtiyaçlarını farkettilerini, her şeyi artık otomatik olarak yapmadıklarını, düşünceyi kafalarında tutmadıklarını, nefes uygulamasını

yaptıklarını ve sonrasında hayatlarına devam ettiklerini belirtmişlerdir [146]. Lycke ve ark. (2022) çalışmalarında hemşirelerin zorlandıklarında nefes egzersizini kullandıklarını, meditasyonun düşüncelerini yumuşattığını ve zihinlerini temizlediğini bulmuşlardır [234]. Benzer şekilde Kanada ve Çin’de yapılan çalışmalarda, hemşireler BF eğitiminin geçmiş ya da geleceği düşünmek yoğun bakım hemşireleri program sayesinde stresi hayatlarından çıkaramayacaklarını anladıklarını, stresle baş etmeye ve streslerini kontrol etmeye başladıklarını ifade etmiştir. Literatürde, hemşireler BF temelli eğitimler sonrasında işle ilgili stres yaşadıklarını kabul ettikleri, eğitimin iş yeri stresiyle başa çıkmalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir [31, 224, 234, 239, 241, 242]. Knudsen ve ark. (2020), sekiz haftalık MBSR kursunu tamamlayan doktor ve hemşirelerle yaptıkları nitel görüşmeler sonrasında MBSR kursunun zorlu durumlarla başa çıkmalarına ve görevleri öncelik sırasına koymalarına yardımcı olduğunu belirtmiştir [235]. Bu bulgu, MIND-BE programı sonrasında yoğun bakım hemşirelerinin stresi nasıl kavramsallaştırdıklarını farketmelerini ve iş yerinde strese nasıl yaklaştıklarını yeniden değerlendirmelerini sağlamış olabilir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri programın onlara sessizlik, sakinlik ve dinginlik kattığını, ajitasyonlarını azaldığını hayatı bir bütün olarak kabul ettiklerini ve sabretmeyi öğrendiklerini, öfkelerini kontrol edebildiklerini, dikkat ve odaklanma becerilerinin güçlendiğini belirtmiştir. Program sonrasında hemşireler duygularını farketmeye ve ifade etmeye başladıklarını, huzurlu ve rahatlamış hissettiklerini, geleceğe veya hayata daha olumlu baktıklarını, kaybettiği heyecanları yeniden yakaladıklarını ve acıyı misafir gibi uğurlayabildiğini belirtmiştir. Literatürde BF temelli müdahalelerin hemşirelerin duygularını tanımalarına, olumsuz duygularla yüzleşmelerine ve duygusal sorunları yönetmelerine yardımcı olduğu kanıtlanmıştır [223, 234, 235, 245]. Mackenzie ve ark. (2006) kısa BF temelli eğitim programının hemşirelerde gevşeme sağladığını ve yaşam memnuniyetini arttırdığını saptamıştır [249]. Benzer şekilde Foureur ve ark. (2013) çalışmalarında hemşirelerin BF uygulamaları ile kendi pratiklerini geliştirdiklerini, rahatladıklarını, daha sakin ve dikkatli olduklarını belirtmişlerdir [31]. Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri program sonrasında kendilerini dinleme fırsatı bulduklarını, kendi değerlerinin farkına vardıklarını, kendilerine olan saygılarının arttığını, kendilerini tanımaya, daha fazla önemsemeye ve sevmeye başladıklarını, kendilerine zaman ayırmanın ve şefkat göstermenin önemli olduğunu, ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, hemşireler BF temelli müdahaleler sayesinde işverenlerinin onlara değer verdiklerini hissettiklerini ve bu müdahalelerin klinik çalışmalarının ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini belirtmişlerdir [146, 223, 235, 237, 246]. Horton-Deutsch ve ark. (2020) çalışmalarında, hemşireler “Proje7-Farkındalık Sözü” adlı programa katıldıktan sonra öz-bilinçli farkındalık ve öz-şefkat geliştirdiklerini, önce kendilerine ve kendi ihtiyaçlarına bakmaları gerektiğini ve ihtiyaçlarına karşı şefkatli olmanın, başkalarına en iyi bakımı sağladığını fark

ettiklerini belirtmişlerdir [224]. Bu bulgu, Neff'in (2011) kendine karşı nazik olma gücü olarak adlandırdığı öz-şefkatin önemini göstermektedir [49]. Çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde, literatürde hemşireler zorlayıcı duygu ve durumlarla karşılaştıklarında BF temelli müdahalelerden biri olan nefes alma tekniklerini kullandıklarını, kendilerini dinleyebilecekleri bir alan açtıklarını ve zamana sahip olmanın önemli olduğunun farkına vardıklarını, bir süre ara verdikten sonra işlerini yapmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir [31, 235, 236, 239, 241, 242, 245]. Slatyer ve ark. (2018) çalışmalarında, kendilerini değersiz hisseden hemşirelerin BF temelli müdahale sonrasında kendilerine değer verdiklerini ve özgüvenlerinin geliştiğini bulmuşlardır [146]. Lycke ve ark. (2022) çalışmalarında düzenli olarak BF uygulaması yapan hemşirelerin kendilerini daha fazla merkeze koyabildiklerini, bir şey yapmaya odaklandıklarında kendilerini daha hazır hissettiklerini ve sosyal aktiviteler için enerjiye sahip olduklarını belirtmişlerdir [234]. Bu bulgular MIND-BE programı içerisinde yer alan öz-şefkat, iletişim, stres, duyguların ifadesi gibi faktörlerin gelişiminin desteklenmesi önemlidir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri MIND-BE programının hem mesleki hem de kişilerarası ilişkilerine birçok katkı sağladığını belirtmiştir. Yoğun bakım hemşireleri yaşadıkları bu değişimin aile üyeleri ve iş arkadaşları tarafından farkedildiğini, iş arkadaşlarında bu değişimi görmekten mutlu olduklarını belirtmiştir. Bu sonuç, BF temelli müdahaleler sonrasında hemşirelerin hastalara ve meslektaşlarına yardım etmekten mutluluk duyduğunu [144, 235, 236, 241, 246]; ailelerinin ve arkadaşlarının kendilerindeki değişimi farkettilerini [234] belirten çalışma sonuçlarıyla uyumluydu. Bu çalışmada, yoğun bakım hemşireleri artık olayları ve durumları kişiselleştirmediklerini ve olduğu haliyle kabul etmeye başladıklarını, bakış açılarının değiştiğini, alınganlık göstermediklerini, daha umursamaz olduklarını ve "bardak değil göl olabildiklerini" ifade etmişlerdir. Foureur ve ark. (2013) çalışmasında hemşireler, BF temelli program sonrasında değiştiklerini görmeyen şaşkıncı olduğunu, iş yerinde bunalmış hissettiklerinde ana odaklandıklarını, pek çok şeyin ellerinde olmadığını, olayları ve durumları kişiselleştirmeden ve zihinlerinde çok fazla düşünmeden kabul etme ve salıverme ile "bir kutuya koyup" postaladıklarını belirtmişlerdir [31]. Benzer şekilde Knudsen ve ark. (2020) çalışmalarında MBSR kursu sonrası sağlık çalışanlarının zor klinik kararlar almaları gerektiğinde, sınırlamaları kabul ettikleri, belirsizlik ve olumsuzluk düşüncelerini akışına bıraktıklarını, birbirlerini daha iyi anladıklarını, zayıf noktalarının ve zorluklarının farkına vardıklarını, ekip olarak birbirlerine daha bağlı hissettiklerini bulmuştur [235]. Bu konuya yönelik yapılan çalışmalarda; hemşirelerin zorlayıcı klinik durumlarda bir adım geri atarak neler olduğuna bakma becerisi geliştirdiklerini bulmuşlardır [235, 236]. Bu sonuçlar, yoğun bakım hemşireleri arasında iletişim, bağlılık ve kişilerarası ilişkilerin geliştiğini daha şefkatli bir çalışma ortamı oluşturduğunu gösterir.

Bu çalışmada yoğun bakım hemşireleri program sayesinde kazandıkları farkındalıkla dinleme, hayır deme ve empati becerilerinin geliştiğini belirtmişlerdir. Bu bulgu, literatürde BF temelli müdahalelerin hemşirelerin iş ve aile ilişkileri üzerinde faydalı olduğunu, meslektaşlar ve hastalarla karmaşık ve stresli durumlarda iletişim ve davranış becerileri geliştirdiklerini raporlayan çalışma sonuçlarıyla benzerdir [187, 224, 234, 241, 242, 245, 247, 248]. BF temelli müdahaleler, hemşirelerin klinikte bakım davranışlarını geliştirmekte, odaklanmalarını arttırmakta, başkalarına yardım etme ve olumlu bir çalışma ortamını teşvik etmeye istekli olmalarını sağlamaktadır [238, 240]. Freeman ve ark. (2019) hemşirelerin BF eğitimi aldıktan sonra hastalara ve ailelerine yaklaşımlarının olumlu yönde değiştiğini ve onlara daha fazla şefkat gösterdiklerini bulmuşlardır [239]. Horton-Deutsch ve ark. (2020) çalışmalarında hemşirelerin BF temelli eğitim sonrasında, hastalarıyla ve ekip üyeleriyle iletişim becerilerinin arttığını, sakin ve rahat bir şekilde hastalar ile uyumu yakalayabildiklerini, ekip çalışması ve güven oluşturduğunu bildirmişlerdir [224]. Bu çalışmaların aksine Lycke ve ark. (2022) BF eğitimi sonrasında, hemşirelerin hastalara ve meslektaşlarına yönelik tutumlarını fark etmeye başladıklarını, hastalarla empati kurmadığını, aksine büyük bir rahatsızlık hissettiğini farkettiklerinde derin üzüntü duyduklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hemşireler, başkalarının da benzer deneyimler yaşadığını duyduktan sonra, hissettikleri rahatsızlık duygularının azaldığını belirtmişlerdir [234]. Bu sonuçlar, BF temelli müdahalelerin zihin-beden-ruh sağlığını güçlendirerek, yoğun bakım hemşirelerinin mesleki disipline bağlılığına hizmet edebilir. Yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programı ile kazandıkları dinleme, hayır deme ve empati becerilerinin, hasta-hemşire etkileşimini güçlendirmiş ve bakım kalitesinin artmasını sağlamış olabilir. Bu sonuçlar, yoğun bakım hemşirelerinde BF temelli müdahalelerin kullanımının ekip iş birliğini artırma, güven ortamı oluşturma ve tükenmişliği azaltma için etkili olabilir. BF hemşirelerin iyilik halini artırarak, bütünsel hemşirelik bakımını kolaylaştırma ve uzun vadede empatik, hasta merkezli bakım sağlamalarına yardımcı olma potansiyeline sahip olabilir.

Hemşirelerin yaşam kalitesi, ruh sağlığı ve iyi oluş düzeylerini olumlu yönde etkileyen BF temelli müdahalelerinin etkinliğinin nitel araştırmalarla değerlendirilmesi önemlidir. Böylece bu fenomeni tanımlamak, yoğun bakım hemşirelerinin BF temelli müdahalelere ilişkin görüş ve deneyimlerindeki öznelliği ortaya çıkaracaktır. Dolayısıyla, BF temelli müdahalelerde yaşanan deneyimler, gelecek araştırmalar için yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada da MIND-BE programına yönelik yoğun bakım hemşirelerinin olumlu ve olumsuz düşüncelere sahip olmaları; ruhsal, fiziksel, mesleki ve kişilerarası ilişkilerinde yararlandıklarını belirtmeleri bu öznel deneyimi kanıtlar niteliktedir.

5.2. Sonuç

Bu bölümde, araştırma sonuçları değerlendirilmiş ve özet olarak sunulmuştur.

- MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin BF düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı.
- MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ÖŞ düzeyleri kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı.
- MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin TSB düzeyleri kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Ayrıca, deney grubunda TSBE'nin benlik algısı alt boyut puanları son-test, 3. ay takip testinde; diğerleri ile ilişki alt boyut puanları ise son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Ek olarak; TSBE yaşam felsefesinde değişim alt boyutu puanları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı.
- MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin PD düzeyleri kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış olduğu saptandı. Ayrıca, deney grubunda PDÖ'nün gelecek algısı ve yapısal stil alt boyutları puanları son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Deney grubunda PDÖ'nün sosyal yeterlik ve aile uyumu alt boyutları puanları son-testte kontrol grubuna göre daha yüksek bulunurken, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir artış saptanmadı. MIND-BE Programı sonrası PDÖ kendilik algısı ve sosyal kaynaklar alt boyutları puanları açısından deney ve kontrol grupları arasında ön test, son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı.
- MIND-BE programı sonrası deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal belirti düzeyleri kontrol grubuna göre son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir azalma olduğu saptandı. Deney grubunda MIND-BE programı sonrası KSE'nin anksiyete ve olumsuz benlik alt boyutları puanları açısından son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde anlamlı bir farklılık saptanmazken; depresyon ve somatizasyon alt boyutları puanları son-test, 3. ve 6. ay takip testlerinde, hostilete alt boyutları puanları ise son-test, 3. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha düşük bulundu.
- Bu çalışmanın sonucunda, deney grubundaki yoğun bakım hemşirelerinin MIND-BE programına yönelik görüşlerinin içerik analizinden iki ana tema (MIND-BE programına ilişkin düşünceler, MIND-BE programının faydaları) ve beş subtema elde edildi. MIND-BE programına ilişkin düşünceler teması MIND-BE programına ilişkin olumlu düşünceler ve MIND-BE programına ilişkin olumsuz düşünceler olmak üzere iki subtemadan oluşmaktadır. MIND-BE programının faydaları teması ise MIND-BE programının fiziksel sağlığa faydaları,

MIND-BE programının ruhsal sağlığa faydaları, MIND-BE programının mesleki ve kişilerarası ilişkilere faydaları olmak üzere üç subtemadan oluşmaktadır.

5.3.Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya yönelik öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler

- KLP hemşireleri, yoğun bakımda ruhsal sağlık sorunları açısından riskli hemşireleri belirlemesi ve düzenli ruh sağlığı taramaları yapması ile birlikte yönetimsel olarak Türk Hemşireler Derneği ve Psikiyatri Hemşireleri Derneği'nin bu sonuçları yaygınlaştırması,
- Hastanelerde yoğun bakım hemşirelerinin bu çalışmada kullanılan MIND-BE programı kapsamında hazırlanan Farkındalık Günlüğü adlı eğitim kitapçığının kullanılması,
- Hastanelerde ve üniversitelerde, yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik kısaltılmış BF temelli programların yüz yüze yapılması ve rutin olarak hizmet içi eğitimlere entegre edilmesi önerilir.

Araştırmaya yönelik öneriler

- Bu sonuçlar doğrultusunda yoğun bakım hemşirelerinin KLP hemşireleri tarafından desteklenmeye gereksinimleri vardır. KLP hemşireleri yoğun bakım hemşirelerinin ruhsal sağlıklarını koruma ve geliştirmelerinin önündeki engellerin ve destek kaynaklarının farkında olması,
- BF temelli programların, yoğun bakım hemşirelerinin yaşadıkları zorlayıcı duygu ve durumlar göz önüne alınarak yaşamlarının bir parçası haline getirecek ve motivasyonlarını arttıracak şekilde planlanması,
- KLP hemşireleri, hastane yönetimi ve hemşirelik hizmetleri ile işbirliği içerisinde; BF temelli programların yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel sağlık üzerinde etkilerini araştırması,
- BF temelli programların uzun vadede sonuçlarını görebilmek için belirli aralıklarla programın tekrarlanması ve uzun vadeli ölçümlerin yapıldığı kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması,
- BF temelli programların kısaltılmış bir şekilde oluşturulması, hemşireden-hemşireye veya kendi kendine yardım programları ile eğitimlerin arttırılması,
- BF temelli programların etkinliğinin, memnuniyeti ve bakım kalitesi gibi hasta değişkenlerini içeren araştırmalarla değerlendirilmesi,
- Yoğun bakım hemşirelerinin BF, ÖŞ, TSB ve PD'lerini arttırabilecek, ruhsal belirtilerini azaltabilecek, ruh sağlığı gereksinimlerini ve yaşadıkları güçlükleri ortaya koyacak güçlendirme programlarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1]. International Council of Nurses (ICN). (2021, January 18) The COVID-19 effect: World's nurses facing mass trauma, an immediate danger to the profession and future of our health systems. 15.03.2022 tarihinde https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_01_%20COVID-19%20Effect_FINAL.pdf adresinden erişildi.
- [2]. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Health at a Glance: Europe. 01.11.2020 tarihinde <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230en.pdf?expires=1609488448&id=id&accname=guest&checksum=D87EFA061BA4086F4E51AD4DD72870A7> adresinden erişildi.
- [3]. International Council of Nurses (ICN). International Nurses Day 2021 Resources And Evidence. 15.03.2022 tarihinde https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN%20Toolkit_2021_ENG_Final.pdf adresinden erişildi.
- [4]. International Council of Nurses (ICN). International Nurses Day 2020 Resources and Evidence. Nurses A Voice to Lead Nursing The World To Health. 01.11.2020 tarihinde https://2020.icnvoicetolead.com/wpcontent/uploads/2020/03/IND_Toolkit_120320.pdf adresinden erişildi.
- [5]. Sağlık Bakanlığı. (30 Eylül 2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni. 01.11.2020 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- [6]. Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Critical care medicine*, 44(7), 1414–1421.
- [7]. Waddill-Goad, S. M. (2019). Stress, fatigue, and burnout in nursing. *Journal of Radiology Nursing*, 38(1), 44-46.
- [8]. Nasirizad Moghadam, K., Chehrzad, M. M., Reza Masouleh, S., Maleki, M., Mardani, A., Atharyan, S., & Harding, C. (2021). Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related?. *Nursing open*, 8(4), 1625–1633.
- [9]. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [10]. World Health Organisation. World Mental Health Day 2022. 15.08.2022 tarihinde <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2022> adresinden erişildi.
- [11]. Mental health report, 2022. 15.08.2022 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> adresinden erişildi.
- [12]. Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11432.
- [13]. Tedeschi, R. G. (1990). Positive aspects of critical life problems: recollections of grief. *Omega*, 20(4), 265–272.
- [14]. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications Inc.
- [15]. Tedeschi, R. G., & Blevins, C. L. (2017). Posttraumatic growth: A pathway to resilience. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 324–333). Routledge/Taylor & Francis Group.
- [16]. Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.

- [17]. Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., ... & Stein, J. (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology—a pilot program. *Journal of pediatric oncology nursing*, 30(5), 275-284.
- [18]. Gauthier, T., Meyer, R. M. L., Greife, D., Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulnessbased intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *J Pediatr Nurs*. 30(2): 402-409.
- [19]. Neff, K., & Germer, C. (2022). The role of self-compassion in psychotherapy. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 58–59.
- [20]. Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in psychology*, 6, 73.;
- [21]. American Psychological Association. The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. 15.03.2021 tarihinde <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> adresinden erişildi.
- [22]. Dennis, S., & Charney, M. D. (2014). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*, 161(2): 195-216.
- [23]. Zeller, J. M., & Levin, P. F. (2013). Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: An occupational health perspective. *Workplace Health & Safety*, 61(2), 85-89.
- [24]. Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*, 56: 417-27.
- [25]. Connerty, T. J., & Knott, V. (2013). Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth. *European journal of cancer care*, 22(3), 334-344.
- [26]. McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371–379.
- [27]. Kang, X., Fang, Y., Li, S., Liu, Y., Zhao, D., Feng, X., Wang, Y., & Li, P. (2018). The benefits of indirect exposure to trauma: the relationships among vicarious posttraumatic growth, social support, and resilience in ambulance personnel in China. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 452-459.
- [28]. Min, J. A., Lee, C. U., Hwang, S. I., Shin, J. I., Lee, B. S., Han, S. H., Ju, H., Lee, C. Y., Lee, C., & Chae, J. H. (2014). The moderation of resilience on the negative effect of pain on depression and post-traumatic growth in individuals with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 36(14), 1196-1202.
- [29]. Li, L., Hou, Y., Li, L., Hou, Y., Kang, F., & Wei, X. (2020). The mediating and moderating roles of resilience in the relationship between anxiety, depression, and post-traumatic growth among breast cancer patients based on structural equation modeling: an observational study. *Medicine*, 99(50), 1-10.
- [30]. Shi, J., Sznajder, K. K., Liu, S., Xie, X., Yang, X., & Zheng, Z. (2021). Resilience and posttraumatic growth of patients with breast cancer during the COVID-19 pandemic in China: the mediating effect of recovery. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-9.
- [31]. Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45(1), 114–125.
- [32]. Van den Brink, E., Koster, F., ve Atalay, Z. (2021). Şefkat Korkaklara Göre Değil, Mindfulness Temelli Şefkatli Yaşam İçin Bir Uygulama Klavuzu. İstanbul: İnkılap Yayınları.

- [33]. Kabat-Zinn J. (2005). Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress,pain, and illness. New York: Bantam Dell.
- [34]. Kabat-Zinn, J. (2019). Yeni başlayanlar için farkındalık: Yaşadığımız andan ibaret olan hayatınızın değerini bilin. İstanbul: Pegasus Yayınları.
- [35]. Alidina, S. (2019). Bilinçli farkındalık for dummies (2. Bs.). (Dr. Z. Babayiğit, Çev.). İstanbul: Nobel Yaşam Yayıncılık.
- [36]. Kabat-Zinn J. (2009). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. : Hachette Books.
- [37]. Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z. & Kabat-Zinn, J. (2019). İyi hissetme sanatı. İstanbul: Diyojen Yayıncılık.
- [38]. Atalay, Z. (2019). Şefkat: Zorlayıcı duygu ve durumlarla yaşayabilme sanatı. İstanbul: İnkılap Yayınları.
- [39]. Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice.
- [40]. Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette uK.
- [41]. Atalay, Z. (2019). Mindfulness: Bilinçli farkındalık, farkındalıkla kalabilme sanatı. İstanbul: İnkılap Yayınları.
- [42]. Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and identity, 2(3), 223-250.
- [43]. Neff, K., & Germer, C. (2018). The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive. Guilford Publications.
- [44]. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of research in personality, 41(1), 139-154.
- [45]. Germer C (2009) The Mindful Path to Self-compassion: Freeing Yourself From Destructive Thoughts and Emotions. New York, Guilford Press.
- [46]. Chodron, P. (2021). Start where you are: A guide to compassionate living. Shambhala Publications, Inc.
- [47]. Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. Mindfulness, 10(8), 1455-1473.
- [48]. Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The 'Flow'of compassion: A meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. Clinical Psychology Review, 70, 26-39.
- [49]. Neff, K. (2011). Self-compassion: The proven power of being kind to yourself. Hachette UK.
- [50]. Kocaman, N. (2006). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science, 2(47), 97-107.
- [51]. Corey, G. (2014). Theory and practice of group counseling. 9th Edition. USA: Cengage Learning.
- [52]. Corey, M. S., & Corey, G. (2006). Groups process and practice. Seventh Edition. USA: Thomson Brooks/Cole.
- [53]. Kağnıcı, Y., Koydemir, S., Çakır, S.G., Gizir, C.A., & Tuna, M. E. (2013). Grupla Psikolojik Danışma. Demir A, Koydemir S. editörler. 3. Baskı. Ankara: PEGEM Akademi Yayıncılık.
- [54]. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). Theory and Practice of Group Psychotherapy. Fifth edition. New York: Basic Books.

- [55]. Lautizi, M., Laschinger, H. K., & Ravazzolo, S. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: An exploratory study. *Journal of nursing management*, 17(4), 446-452.
- [56]. Chavasse, J. M. (1992). New dimensions of empowerment in nursing—and challenges. *Journal of advanced nursing*, 17(1), 1-2.
- [57]. Wåhlin I. (2017). Empowerment in critical care - a concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(1), 164–174.
- [58]. Conger, J.A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13, 471-428.
- [59]. Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An interpretive model of intrinsic task motivation. *Management Review*, 15, 666-681.
- [60]. Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442- 1465.
- [61]. Jay, A., & Conger, R. N. K. (1988). The empowerment process: integrating theory and practice. *Academy of Management Journal*, 13, 471-482.
- [62]. Wagner, J. I., Cummings, G., Smith, D. L., Olson, J., Anderson, L., & Warren, S. (2010). The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. *Journal of nursing management*, 18(4), 448–462.
- [63]. Penque, S. (2019). Mindfulness to promote nurses' well-being, *Nursing Management (Springhouse)*, 50(5); 38-44.
- [64]. Hevezi J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated With Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 34(4), 343–350.
- [65]. Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 8(2), 118-126.
- [66]. Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International journal of psychiatry in medicine*, 43(2), 119–128.
- [67]. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763–771.
- [68]. Aprilia, T. D., Somantri, I., & Mirwanti, R. (2019). Nurses' Mental Workload in Critical Care Rooms and Emergency Department. *Journal of Nursing Care*, 2(3), 159-166.
- [69]. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. (2011). Resmi gazete, 27910(19.04). 15.01.2021 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden erişildi.
- [70]. Chang, L. Y., & Hsiu-Hui, Y. U. (2019). The relationship between nursing workload, quality of care, and nursing payment in intensive care units. *The Journal of Nursing Research*, 27(1), 1.
- [71]. Mohammadi, M., Mazloumi, A., Kazemi, Z., & Zeraati, H. (2015). Evaluation of mental workload among ICU ward's nurses. *Health promotion perspectives*, 5(4), 280.
- [72]. Restuputri, D. P., Pangesti, A. K., & Garside, A. K. (2019). The measurement of physical workload and mental workload level of medical personnel. *Jurnal Teknik Industri*, 20(1), 34-44.
- [73]. Papatthanassoglou, E., & Karanikola, M. (2018). Stress in critical care nurses: A policy perspective [Editorial]. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 117–120.

- [74]. Chang, L. Y., Yu, H. H., & Chao, Y. C. (2019). The Relationship Between Nursing Workload, Quality of Care, and Nursing Payment in Intensive Care Units. *The journal of nursing research : Journal of Nursing Research*, 27(1), 1–9.
- [75]. Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E., & Bird, S. B. (2020). Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *American journal of health promotion: AJHP*, 34(8), 929–941.
- [76]. Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An “interpretive” model of intrinsic task motivation. *Academy of management review*, 15(4), 666–681.
- [77]. Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2003). Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment. *Journal of nursing care quality*, 18(3), 184–192.
- [78]. Suominen, T., Leino-Kilpi, H., Merja, M., Doran, D. I., & Puukka, P. (2001). Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(6), 341–347.
- [79]. Bartram, T., Joiner, T. A., & Stanton, P. (2004). Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention. *Contemporary nurse*, 17(3), 293–304.
- [80]. Hochwälder, J., & Brucefors, A. B. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and individual differences*, 39(7), 1237–1248.
- [81]. Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter’s model. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.
- [82]. Yılmaz, A., & Duygulu, S. (2021). Developing Psychological Empowerment and Patient Safety Culture: A Pre-experimental Study. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 5(2), 94–103.
- [83]. Özbaş, A. A., & Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & supportive care*, 14(4), 393–401.
- [84]. Ozgundodu, B., & Gok Metin, Z. (2019). Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among intensive care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 54, 54–63.
- [85]. Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 23(6), e97–e105.
- [86]. Sawyer, A. T., Bailey, A. K., Green, J. F., Sun, J., & Robinson, P. S. (2021). Resilience, Insight, Self-Compassion, and Empowerment (RISE): A Randomized Controlled Trial of a Psychoeducational Group Program for Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 107839032111033338. Advance online publication.
- [87]. O’Brien J. L. (2011). Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses’ Association*, 38(6), 475–482.
- [88]. Grafton, E., Gillespie, B., & Henderson, S. (2010). Resilience: the power within. *Oncology nursing forum*, 37(6), 698–705.

- [89]. Chang, L. C., Liu, C. H., & Yen, E. H. (2008). Effects of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2782–2790.
- [90]. Quinn, R. E., & Spreitzer, G. M. (1997). The road to empowerment: Seven questions every leader should consider. *Organizational dynamics*, 26(2), 37-49.
- [91]. Garland, E.L., Farb, N.A., Goldin, P.R., Fredrickson, B.L., 2015. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: a process model of mindful positive emotion regulation. *Psychol. Inq.* 26 (4), 293–314.
- [92]. Lindsay, E. K., Chin, B., Greco, C. M., Young, S., Brown, K. W., Wright, A. G., ... & Creswell, J. D. (2018). How mindfulness training promotes positive emotions: Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of personality and social psychology*, 115(6), 944.
- [93]. Sexton, J. B., & Adair, K. C. (2019). Forty-five good things: a prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work–life balance and happiness. *BMJ open*, 9(3), e022695.
- [94]. Wexler, T. M., & Schellinger, J. (2022). Mindfulness-Based Stress Reduction for Nurses: An Integrative Review. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 8980101221079472. Advance online publication.
- [95]. Ameli, R., Sinaii, N., West, C. P., Luna, M. J., Panahi, S., Zoosman, M., Rusch, H. L., & Berger, A. (2020). Effect of a Brief Mindfulness-Based Program on Stress in Health Care Professionals at a US Biomedical Research Hospital: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 3(8), e2013424.
- [96]. Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J., & Hu, X. (2020). Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, Article 102485.
- [97]. Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(5), 1124–1140.
- [98]. Yang, J., Tang, S., & Zhou, W. (2018). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses. *Psychiatria Danubina*, 30(2), 189–196.
- [99]. Grabbe, L., Higgins, M. K., Baird, M., Craven, P. A., & San Fratello, S. (2020). The Community Resiliency Model® to promote nurse well-being. *Nursing outlook*, 68(3), 324–336.
- [100]. Sulosaari, V., Unal, E., & Cinar, F. I. (2022). The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. *Applied nursing research*, 64, 151565.
- [101]. Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44.
- [102]. Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *The Journal of nursing administration*, 39(3), 130–137.
- [103]. Watanabe, N., Horikoshi, M., Shinmei, I., Oe, Y., Narisawa, T., Kumachi, M., Matsuoka, Y., Hamazaki, K., & Furukawa, T. A. (2019). Brief mindfulness-based stress management program for a better mental state in working populations - Happy Nurse Project: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 251, 186–194.
- [104]. Atalay, Z. (2018). *Mindfulness: şimdi ve burada bilinçli farkındalık*. İstanbul: Psikonet Yayınları.

- [105]. Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(3), 184–192.
- [106]. Ward, B. D. (2017). *Nurse Resilience: Implications on Critical Care Nurse Shortage and Proposed Intervention*. Grand Canyon University.
- [107]. Mohammady, S. (2016). Self-compassion in critical care nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 5(2), 44-50.
- [108]. Steen, M., Javanmard, M., & Vernon, R. (2021). The influence of self-compassion upon midwives and nurses: a scoping review. *Evidence Based Midwifery*, 19(3), 16-30.
- [109]. Hosseini Barzanji, A., & Kurd, B. (2019). A Review Study on Self-compassion and Its Place in Psychological Health. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 6(2), 57-66.
- [110]. Biber, D. (2022). Mindful self-compassion for nurses: a systematic review. *Nursing Management*, 29(3).
- [111]. Delaney M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PloS one*, 13(11), e0207261.
- [112]. Green, A. A., & Kinchen, E. V. (2021). The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39(4), 356-368.
- [113]. Sun, T., Yan, Y., Jin, Y., & An, J. (2021). Effects of mindfulness-based interventions on self-compassion: A meta-analysis. *Advances in Psychological Science*, 29(10), 1808.
- [114]. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 9(3), 455-71.
- [115]. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- [116]. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological inquiry*, 15(1), 93-102.
- [117]. Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In L. G.
- [118]. Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 433–439.
- [119]. Üzar Özçetin Y. S., & Hiçdurmaz, D. (2017). Posttraumatic growth and resilience in cancer experience. *Current Approaches in Psychiatry*, 9(4), 388-397.
- [120]. Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570.
- [121]. Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International journal of nursing studies*, 49(3), 292-299.
- [122]. Levi, P., Patrician, P. A., Vance, D. E., Montgomery, A. P., & Moss, J. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Nurses: A Concept Analysis. *Workplace health & safety*, 69(5), 224–234.
- [123]. Schuster, M., & Dwyer, P. A. (2020). Post-traumatic stress disorder in nurses: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2769–2787.
- [124]. Colville, G., Smith, J., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N., Shaunak, P., ... Perkins-Porras, L. (2017). Coping with staff burnout and work-re-lated PTSD in intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18, 267–273

- [125]. Sareen, J., Olafson, K., Kredentser, M. S., Bienvenu, O. J., Blouw, M., Bolton, J. M., Logsetty, S., Chateau, D., Nie, Y., Bernstein, C. N., Afifi, T. O., Stein, M. B., Leslie, W. D., Katz, L. Y., Mota, N., El-Gabalawy, R., Sweatman, S., & Marrie, R. A. (2020). The 5-Year Incidence of Mental Disorders in a Population-Based ICU Survivor Cohort. *Critical care medicine*, 48(8), e675–e683.
- [126]. Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 693-697.
- [127]. Kim, H., G., & Choi, J., Y. (2020). Factors influencing post-traumatic stress disorder in critical care nurses based on Lazarus & Folkman's stress, appraisal-coping model. *Korean Journal of Adult Nursing*, 32(1), 88-97.
- [128]. Danella, N., Hamilton, S., & Heinrich, C. (2017). Posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 12(3), 40-46.
- [129]. Basım, H. N., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- [130]. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist*, 18(1), 12.
- [131]. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- [132]. Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2020). Cognitive and behavioral components of resilience to stress. In *Stress resilience* (pp. 23-31). Academic Press.
- [133]. Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse education today*, 36, 457-462.
- [134]. Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(28), 113-128.
- [135]. Öz, F., & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- [136]. Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 93, 129–140.
- [137]. Bahadır Yılmaz, E. (2017). Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 9-13.
- [138]. Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10 (5), 276–282.
- [139]. Kester, K., & Wei, H. (2018). Building nurse resilience. *Nursing Management*, 49(6), 42-45.
- [140]. Hart, P. L., Brannan, J. D. & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 720–734.
- [141]. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open*, 8(6), e017858.
- [142]. Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse education today*, 71, 247–263.
- [143]. Brown, R., Wey, H., & Foland, K. (2018). The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3).
- [144]. Chesak, S. S., Morin, K. H., Cutshall, S., Carlson, M., Joswiak, M. E., Ridgeway, J. L., Vickers, K. S., & Sood, A. (2019). Stress Management and Resiliency Training in a Nurse Residency

Program: Findings From Participant Focus Groups. *Journal for nurses in professional development*, 35(6), 337–343.

[145]. Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., & Giles, M. (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International journal of mental health nursing*, 29(1), 5–34.

[146]. Slatyer, S., Craigie, M., Rees, C., Davis, S., Dolan, T., Hegney, D., 2018. Nurse experience of participation in a mindfulness-based self-care and resiliency intervention. *Mindfulness* 9 (2), 610–617.

[147]. Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD012527.

[148]. Prosser, S. J., Metzger, M. & Gulbransen, K. (2017). Don't just survive, thrive: Understanding how acute psychiatric nurses develop resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 171–176.

[149]. Sharrock, J., & Happell, B. (2000). The psychiatric consultation-liaison nurse: Towards articulating a model for practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9(1), 19-28..

[150]. Slatyer, S., Craigie, M., Heritage, B., Davis, S., & Rees, C. (2018). Evaluating the effectiveness of a brief mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses: A controlled trial. *Mindfulness*, 9(2), 534–546.

[151]. Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10(2):96-102.

[152]. İnci, F., & Öz, F. (2009). Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 10, 253-260.

[153]. İnci, F., & Öz, F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 4(2), 178-187.

[154]. Siegel, D. J., & Siegel, M. W. (2014). *Opening the Mind and Cultivating Inner Well-Being Through Contemplative and Creative Mindfulness*. The Wiley Blackwell handbook of mindfulness, 19.

[155]. van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201–211.

[156]. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*. 4(1), 33-47.

[157]. Kabat-Zinn, J. (1994, September). Catalyzing movement towards a more contemplative/sacred-appreciating/non-dualistic society. In *Meeting of the working group*.

[158]. Feliu-Soler, A., Cebolla, A., McCracken, L. M., D'Amico, F., Knapp, M., López-Montoyo, A., García-Campayo, J., Soler, J., Baños, R. M., Pérez-Aranda, A., Andrés-Rodríguez, L., Rubio-Valera, M., & Luciano, J. V. (2018). Economic Impact of Third-Wave Cognitive Behavioral Therapies: A Systematic Review and Quality Assessment of Economic Evaluations in Randomized Controlled Trials. *Behavior therapy*, 49(1), 124–147.

[159]. Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS one*, 10(4), e0124344.

- [160]. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.
- [161]. Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- [162]. Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... & Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, behavior, and immunity*, 26(7), 1095-1101.
- [163]. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Myers, R. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S., & Singh, J. (2014). A randomized controlled trial of a mindfulness-based smoking cessation program for individuals with mild intellectual disability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(2), 153-168.
- [164]. Kang, M. J., & Myung, S. K. (2022). Effects of mindfulness-based interventions on mental health in nurses: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 51-59.
- [165]. Resnicoff, M., & Julliard, K. (2018). Brief Mindfulness Meditation With Night Nursing Unit Staff: A Qualitative Study. *Holistic nursing practice*, 32(6), 307-315
- [166]. Hilton, L. G., Marshall, N. J., Motala, A., Taylor, S. L., Miake-Lye, I. M., Baxi, S., ... & Hempel, S. (2019). Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work*, 63(2), 205-218.
- [167]. Gál, É., Ştefan, S., & Cristea, I. A. (2021). The efficacy of mindfulness meditation apps in enhancing users' well-being and mental health related outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 279, 131-142.
- [168]. Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). The relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5491.
- [169]. Galuska, L. A., & Bursch, B. (2020). Meaning, Joy, and Critical Care Nurse Well-Being: A Call to Action. *Critical Care Nursing Clinics*, 32(3), 349-367.
- [170]. Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), 592-598.
- [171]. Laeeque, S. H., Bilal, A., Hafeez, A., & Khan, Z. (2019). Violence breeds violence: burnout as a mediator between patient violence and nurse violence. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 25(4), 604-613.
- [172]. Nguyen, M. C., Gabbe, S. G., Kemper, K. J., Mahan, J. D., Cheavens, J. S., & Moffatt-Bruce, S. D. (2020). Training on mind-body skills: Feasibility and effects on physician mindfulness, compassion, and associated effects on stress, burnout, and clinical outcomes. *The Journal of Positive Psychology*, 15(2), 194-207.
- [173]. Ruiz-Fernández, M. D., Ortíz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. D. M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Mindfulness therapies on health professionals. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 127-140.

- [174]. Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M., Simón Márquez, M., & Martos Martínez, Á. (2020). The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC public health*, 20(1), 16.
- [175]. Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 3747–3758.
- [176]. Dodek, P., Norena, M., Ayas, N., Dhingra, V., Brown, G., & Wong, H. (2019). Moral distress in intensive care unit personnel is not consistently associated with adverse medication events and other adverse events. *Journal of critical care*, 53, 258–263.
- [177]. Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29-38.
- [178]. Bailey, A. K., Sawyer, A. T., & Robinson, P. S. (2021). A Psychoeducational Group Intervention for Nurses: Rationale, Theoretical Framework, and Development. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903211001116. Advance online publication.
- [179]. Lan, H. K., Subramanian, P., Rahmat, N., & Kar, P. C. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 22–31.
- [180]. Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., ... & Li, M. (2019). Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and mental health outcomes among Chinese intensive care nurses. *Frontiers in psychiatry*, 10, 260.
- [181]. Janssen, M., Van der Heijden, B., Engels, J., Korzilius, H., Peters, P., & Heerkens, Y. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction training on healthcare professionals' mental health: Results from a pilot study testing its predictive validity in a specialized hospital setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9420.
- [182]. Jacobs, R. H., Guo, S., Kaundinya, P., Lakind, D., Klein, J., Rusch, D., ... & Atkins, M. (2017). A pilot study of mindfulness skills to reduce stress among a diverse paraprofessional workforce. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2579-2588.
- [183]. Brouwer, K. (2022). Caring for Ourselves Before We Care for Others: A Mindfulness-Based Intervention for Acute Care Nursing Staff. DNP Projects. 15.03.2022 tarihinde https://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/366 adresinden erişildi.
- [184]. Steinberg, B. A., Klatt, M., & Duchemin, A. M. (2017). Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 10-18.
- [185]. Mahon, M. A., Mee, L., Brett, D., & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of research in nursing*, 22(8), 572-583.
- [186]. Nourian, M., Nikfarid, L., Khavari, A. M., Barati, M., & Allahgholipour, A. R. (2021). The impact of an online mindfulness-based stress reduction program on sleep quality of nurses working in COVID-19 care units: a clinical trial. *Holistic Nursing Practice*, 35(5), 257-263.
- [187]. Guillaumie, L., Boiral, O., & Champagne, J. (2017). A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1017–1034.
- [188]. Grafton, E., Gillespie, B., & Henderson, S. (2010). Resilience: The power within. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 698–705.
- [189]. Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(4), 220–235.

- [190]. Chaskalson, M. (2011). *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. John Wiley & Sons.
- [191]. Hazlett-Stevens, H. (2020). Mindfulness-based stress reduction for health care staff: expanding holistic nursing paradigms to the whole system. *Holistic Nursing Practice*, 34(5), 301-305.
- [192]. Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, 19(1), 1-14.
- [193]. Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*, 19(1), 1-18.
- [194]. Alpar, C. (2016). *Spor Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik Güvenirlik*.
- [195]. Lim, C. Y., & In, J. (2019). Randomization in clinical studies. *Korean journal of anesthesiology*, 72(3), 221-232.
- [196]. Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., & Welch, V.A. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* (updated February 2022). Cochrane, 2022. 11.06.2022 tarihinde www.training.cochrane.org/handbook adresinden erişildi.
- [197]. Akl, E. A., Kahale, L. A., Agoritsas, T., Brignardello-Petersen, R., Busse, J. W., Carrasco-Labra, A., Ebrahim, S., Johnston, B. C., Neumann, I., Sola, I., Sun, X., Vandvik, P., Zhang, Y., Alonso-Coello, P., & Guyatt, G. (2015). Handling trial participants with missing outcome data when conducting a meta-analysis: a systematic survey of proposed approaches. *Systematic reviews*, 4, 98.
- [198]. Kantaş, Ö. (2013). *Impact of Relational and Individuational Selforientations on the Well-being of Academicians: the Roles of ego-or Eco-system Motivations, Selftranscendence, Self-compassion and Burnout* (Master's thesis, Middle East Technical University).
- [199]. Kağan, M., Güleç, M., Boysan, M., & Çavuş, H. (2012). Travma Sonrası Büyüme Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Normal Toplumda Hiyerarşik Faktör Yapısı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 617-624.
- [200]. Friberg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42.
- [201]. Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. *Clinical Psychometric Research*, 1-16.
- [202]. Şahin, N.H., Batıgün, A.D., & Uğurtaş, S. (2002). Kısa semptom envanteri (KSE), ergenler için kullanımının geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.
- [203]. Cohen, J. (1988). *The t test for means. Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Ed: Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- [204]. World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194.
- [205]. Creswell, J. W. (2015). *30 essential skills for the qualitative researcher*. Sage Publications.
- [206]. Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. (9th ed.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- [207]. Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in nursing & health*, 23(4), 334-40.

- [208]. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- [209]. Morgan, D. L. (2015). From themes to hypotheses: Following up with quantitative methods. *Qualitative health research*, 25(6), 789-793.
- [210]. Pandey S.C., & Patnaik, S. (2014). Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: a critical examination. *Jharkhand Journal of Development and Management Studies*, 12(1), 5743-5753
- [211]. Burla, L., Knierim, B., Barth, J., Liewald, K., Duetz, M., & Abel, T. (2008). From text to codings: intercoder reliability assessment in qualitative content analysis. *Nursing research*, 57(2), 113-117.
- [212]. Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174
- [213]. Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- [214]. Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International journal of nursing studies*, 64, 98-107.
- [215]. Lin, L., He, G., Yan, J., Gu, C., & Xie, J. (2019). The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Workplace health & safety*, 67(3), 111-122.
- [216]. Motaghedi, H., Donyavi, R., & Mirzaian, B. (2016). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on the distress tolerance of nurses and job burnout. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(4), 3-12.
- [217]. Norouzinia, R., Ramezani, Z., Khalili, A., Dehghani, M., & Sharifis, A. (2017). The effect of mindfulness-based stress reduction training on stress and burnout of nurses. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 4(5), 1296-1302.
- [218]. Sarazine, J., Heitschmidt, M., Vondracek, H., Sarris, S., Marcinkowski, N., & Kleinpell, R. (2021). Mindfulness Workshops Effects on Nurses' Burnout, Stress, and Mindfulness Skills. *Holistic nursing practice*, 35(1), 10-18.
- [219]. Taylor, S. B., Kennedy, L. A., Lee, C. E., & Waller, E. K. (2022). Common humanity in the classroom: Increasing self-compassion and coping self-efficacy through a mindfulness-based intervention. *Journal of American college health*, 70(1), 142-149.
- [220]. Hilcove, K., Marceau, C., Thekdi, P., Larkey, L., Brewer, M. A., & Jones, K. (2021). Holistic nursing in practice: Mindfulness-based yoga as an intervention to manage stress and burnout. *Journal of Holistic Nursing*, 39(1), 29-42.
- [221]. Urso, C., Laserna, A., Feng, L., Agnate, A., Jawe, N., Magoun, C., Layton, L. S., Nates, J. L., & Gutierrez, C. (2022). Mindfulness as an Antidote to Burnout for Nursing and Support Staff in an Oncological Intensive Care Unit: A Pilot Study. *Holistic nursing practice*, 36(5), E38-E47.
- [222]. Bernstein S. (2019). Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing*, 49(6), 14-17.
- [223]. Hunter L. (2016). Making time and space: the impact of mindfulness training on nursing and midwifery practice. A critical interpretative synthesis. *Journal of clinical nursing*, 25(7-8), 918-929.
- [224]. Horton-Deutsch, S., Monroe, C., Varney, R., Loresto, F., Eron, K., & Kleiner, C. (2020). Moving from practice to praxis: A qualitative descriptive study revealing the value of Project7 Mindfulness Pledge©. *Journal of nursing management*, 28(3), 728-734.

- [225]. Chang, A. K., Yoon, H., & Jang, J. H. (2021). Predictors of posttraumatic growth of intensive care unit nurses in Korea. *Japan journal of nursing science: JJNS*, 18(4), e12427.
- [226]. Kim, S. H., Schneider, S. M., Bevans, M., Kravitz, L., Mermier, C., Qualls, C., & Burge, M. R. (2013). PTSD symptom reduction with mindfulness-based stretching and deep breathing exercise: randomized controlled clinical trial of efficacy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(7), 2984-2992.
- [227]. Joyce, S. (2019). The development and evaluation of an online mindfulness based resilience training program to enhance psychological resilience among first responders (Doctoral dissertation, UNSW Sydney).
- [228]. Babanataj, R., Mazdarani, S., Hesamzadeh, A., Gorji, M. H., & Cherati, J. Y. (2019). Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International journal of nursing practice*, 25(1), e12697.
- [229]. Janzarik, G., Wollschläger, D., Wessa, M., & Lieb, K. (2022). A Group Intervention to Promote Resilience in Nursing Professionals: A Randomised Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 649.
- [230]. Yıldırım, D., & Yıldız, C. Ç. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Breathing and Music Therapy Practice on Nurses' Stress, Work-Related Strain, and Psychological Well-being During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *Holistic Nursing Practice*, 36(3), 156.
- [231]. Wu, X., Hayter, M., Lee, A. J., & Zhang, Y. (2021). Nurses' experiences of the effects of mindfulness training: A narrative review and qualitative meta-synthesis. *Nurse education today*, 100, 104830.
- [232]. Morgan, P., Simpson, J., & Smith, A. (2015). Health care workers' experiences of mindfulness training: a qualitative review. *Mindfulness*, 6(4), 744-758.
- [233]. Jarden, R. J., Sandham, M., Siegert, R. J., & Koziol-McLain, J. (2019). Strengthening workplace well-being: perceptions of intensive care nurses. *Nursing in critical care*, 24(1), 15-23.
- [234]. Trygg Lycke, S., Airosa, F., & Lundh, L. (2022). Emergency Department Nurses' Experiences of a Mindfulness Training Intervention: A Phenomenological Exploration. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 8980101221100091. Advance online publication.
- [235]. Knudsen, R. K., Gregersen, T., Ammentorp, J., Tousig, C. G., & Timmermann, C. (2021). Healthcare professionals' experiences of using mindfulness training in a cardiology department - a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(3), 892-900.
- [236]. Hunter, L., Snow, S., & Warriner, S. (2018). Being there and reconnecting: Midwives' perceptions of the impact of Mindfulness training on their practice. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1227-1238.
- [237]. Rosen, J., & Penque, S. (2022). How Does Mindfulness Affect Registered Nurses Practicing in Acute Care Settings? A Study of the Lived Experiences of Nurses After Participating in a Mindfulness Program. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10783903221108767.
- [238]. King, C., Rossetti, J., Smith, T. J., Raison, M., Gallegos, D., Gorman, R., ... & Watson, J. (2019). Effects of a mindfulness activity on nursing service staff perceptions of caring behaviors in the workplace. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(11), 28-36.
- [239]. Freeman, R.C., Sukuan, N., Tota, N.M., Bell, S.M., Harris, A.G., Wang, H.-L., 2019. Promoting spiritual healing by stress reduction through meditation for employees at a veterans hospital: a CDC framework-based program evaluation. *Workplace Health Saf.*

- [240]. Lynch, J., Prihodova, L., Dunne, P.J., O'Leary, C., Breen, R., Carroll, A., White, B., 2018. Mantra meditation programme for emergency department staff: a qualitative study. *BMJ Open* 8 (9), e020685.
- [241]. Nissim, R., Malfitano, C., Coleman, M., Rodin, G., Elliott, M., 2019. A qualitative study of a compassion, presence, and resilience training for oncology interprofessional teams. *J. Holist. Nurs.* 37 (1), 30–44.
- [242]. Muir, K. J., & Keim-Malpass, J. (2020). The Emergency Resiliency Initiative: A Pilot Mindfulness Intervention Program. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 38(2), 205–220.
- [243]. McConville, J., McAleer, R., Hahne, A., 2017. Mindfulness training for health profession students—the effect of mindfulness training on psychological well-being, learning and clinical performance of health professional students: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Explore* 13 (1), 26–45.
- [244]. Lomas, T., Medina, J.C., Ivztan, I., Rupprecht, S., Eiroa-Orosa, F.J., 2019. Mindfulnessbased interventions in the workplace: an inclusive systematic review and metaanalysis of their impact upon wellbeing. *J. Posit. Psychol.* 14 (5), 625–640.
- [245]. Pan, C., Wang, H., Chen, M., Cai, Y., Xiao, C., Tang, Q., & Koniak-Griffin, D. (2019). Mindfulness-Based Intervention For Nurses In AIDS Care In China: A Pilot Study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3131–3141.
- [246]. dos Santos, T.M., Kozasa, E.H., Carmagnani, I.S., Tanaka, L.H., Lacerda, S.S., NogueiraMartins, L.A., 2016. Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: qualitative and quantitative evaluation. *Explore* 12 (2), 90–99.
- [247]. Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic nursing practice*, 19(1), 26–35.
- [248]. Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holistic nursing practice*, 19(2), 78–86.
- [249]. Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied nursing research : ANR*, 19(2), 105–109.

EKLER

EK-1: Randomizasyon Tablosu

The screenshot shows the 'GENERATE NUMBERS' form on the Research Randomizer website. The form is set against a teal background. At the top, there is a navigation bar with 'RESEARCH RANDOMIZER' and 'RANDOMIZE TUTORIAL LINKS ABOUT'. The main heading is 'GENERATE NUMBERS'. The form contains several input fields and dropdown menus:

- 'How many sets of numbers do you want to generate?' with a text input field containing '8'.
- 'How many numbers per set?' with a text input field containing '4'.
- 'Number range (e.g., 1-50)' with two text input fields: the first contains '1' and the second contains '6'.
- 'Do you wish each number in a set to remain unique?' with a dropdown menu set to 'No'.
- 'Do you wish to sort the numbers that are generated?' with a dropdown menu set to 'No'.
- 'How do you wish to view your random numbers?' with a dropdown menu set to 'Place Markers Off'.

Below the form is a 'RANDOMIZE NOW!' button. At the bottom of the page, there is a small banner with the text 'Low maintenance costs, long overhaul period' and an 'OPEN' button. The footer contains the copyright notice: 'Copyright © 1977-2021 by Geoffrey C. Ulman and Scott Price | Site 5461016'.

The screenshot shows the 'RESULTS' page of the Research Randomizer website. The page has a white background with a teal header. The word 'RESULTS' is displayed in large teal letters. To the right of the header are three buttons: 'PRINT', 'DOWNLOAD', and 'CLOSE'. Below the header, the results are displayed as follows:

8 Sets of 4 Numbers Per Set
Range: From **1** to **6**

Set #1
2, 3, 3, 3

Set #2
5, 4, 5, 1

Set #3
1, 5, 4, 2

Set #4
5, 1, 3, 4

Set #5
1, 2, 5, 1

Set #6
2, 1, 1, 6

Set #7
2, 6, 2, 6

Set #8
2, 5, 2, 6

Below the results, there is a disclaimer text:

Please note: By using this service, you agree to abide by the [SPN User Policy](#) and to hold Research Randomizer and its staff harmless in the event that you experience a problem with the program or its results. Although every effort has been made to develop a useful means of generating random numbers, Research Randomizer and its staff do not guarantee the quality or randomness of numbers generated. Any use to which these numbers are put remains the sole responsibility of the user who generated them.

BÖLÜM 2: İnfomal Uygulama Formları

Güçlenmeye Başlarken Formu

Bu formu programa başlamadan önce doldurmanız gerekmektedir.

Programın sonunda şunu umuyorum:

Güçlü yönlerimden bazıları şunlardır:

Uygulamalarımı yapmayı planladığım zaman (örneğin sabah 07.00):

Uygulamalarımı yapmayı planladığım yer (örneğin salon):

Basit Farkındalık Formu

Bu hafta her gün, bazı rutin aktivitelere karşı dikkatli bir farkındalık getirip getiremeyeceğinizi görmeye çalışın. Örneğin, bulaşıkları yıkamak, sırada beklemek, sıkıcı bir toplantıda oturmak, arabadan ofisinize yürümek vb. aktivitelerinizi gözlemleyin. Bunu nefes egzersizini hatırlayarak yapabilirsiniz. Her gece yatmadan önce en az bir "basit farkındalık" örneğini hatırlayıp hatırlayamayacağınıza bakın ve bu forma not alın.

Tarih	Durum neydi? Neredeydin, kiminleydin, ne yapıyordun?	Bunu dikkatli bir şekilde deneyimleme ye karar vermeden önce hangi duygu ve düşünceleri fark ettiniz?	Bunu dikkatlice yaparken hangi duygu ve düşünceleri fark ettiniz?	Bunu yaparken ne öğrendiniz?	Şimdi bunları yazarken hangi duygu ve düşünceleri fark ediyorsunuz?

Hoşa Giden Anlar Takvimi

Tarih	Deneyiminiz neydi?	Olay olurken hoş hislerinizin farkında mıydınız?	Bu deneyim sırasında bedeninizde neler hissettiniz?	Hangi duygu ve düşünceler bu olaya eşlik etti?	Bunu yazarken zihninizden nasıl düşünceler geçiyor?

Hoşa Gitmeyen Anlar Takvimi

Tarih	Yaşantınızı tarif ediniz.	Hoşunuza gitmeyen an sırasında bunun farkında mıydınız?	Bu deneyim sırasında bedeninizde neler hissettiniz?	Hangi duygu ve düşünceler bu olaya eşlik etti?	Bunu yazarken zihninizden nasıl düşünceler geçiyor?

Bir Dakikalık Nefes Alma Alanı Formu

Tarih	Durum neydi?	Bir Nefes Alma Alanı almayı düşündüğün üzde sizde neler oldu? (Beden, zihin, duygu)	Nefes Alma Alanını yaparken ne fark ettiniz? (Beden, zihin, duygu)	Nefes Alma Alanını yaptıktan sonra ne fark ettiniz? (Beden, zihin, duygu, eylem)	Ne öğrendiniz?

Ara Öz Değerlendirme Formu

Şimdiye kadar, üç ana formal uygulamayı (beden taraması, oturma meditasyonu, vb.) ve bir dizi gayri resmi uygulamayı (basit farkındalık, hoş/hoş olmayan deneyimlerin farkındalığı, bir dakikalık nefes alma alanı) deneyimlediniz. Bu deneyiminizi ve bu noktadaki duygu ve düşüncelerinizi olduğu gibi yazma kişisel öğrenmelerinizi sağlamanın yanı sıra günlük yaşamınızda mücadele ettiğiniz şeyler üzerine düşünmenizi sağlayarak faydalı olacaktır. Bu farkındalığın olası bir sonucu da sizlere güçlendirme ve pekiştirme sağlaması olacaktır.

Şimdiden ne olmaya başladığını fark ettiniz mi? Sizde ne gibi değişimler oldu?

Henüz ne olmadı - hala ne ile mücadele ediyorsunuz? Neyin olmasını istersiniz?

Hayatınızda, bu programda şimdiye kadar yaptığınız çalışmayla bir şekilde ilgili olan belirli bir olayı hatırlayıp hatırlayamayacağınızı görmek için bir dakikanızı ayırın (aklınıza herhangi bir olay hemen gelmezse, gayri resmi uygulamanızı gözden geçirmek yararlı olabilir. Durum neydi ve ne oldu?

EK-3. Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket “Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi” adlı araştırma kapsamında, Yoğun Bakım Hemşireleri’ne uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programının ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin belirlenmesi amaçlamaktadır. Sonuçlar çalışmanın eğitim, uygulama, araştırma ve yönetim alanlarındaki çıktılarına yardımcı olacaktır.

Ankette altı form yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 15-20 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak her türlü kayıt gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay veren Etik Kurul gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar

Prof. Dr. Mualla YILMAZ

Araş. Gör. Hilal ALTUNDAL

1. Tanıtıcı Bilgi Formu
2. Kısa Semptom Envanteri (KSE)
3. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)
4. Öz-Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ)
5. Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)
6. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

BÖLÜM 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3.Medeni durumunuz:

Evli Bekâr Boşanmış

4.Çocuk sahibi olma durumunuz/sayısı:

5.Eğitim düzeyiniz:

Lise Üniversite Yüksek lisans Doktora

6.Kiminle yaşıyorsunuz?

Ailemle Yalnız Diğer

7.Bir nöbetinizde hastalar ile kaç saat vakit geçiriyorsunuz?

.....

8.Fiziksel/kronik hastalık varlığı:

Var Yok

9.Hemşire olarak çalışma deneyimi:

.....(yıl)(ay)

10.YBÜ'de çalışma deneyimi:

.....(yıl)(ay)

BÖLÜM 2: Kısa Semptom Envanteri (KSE)**KSE**

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, **son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirmeniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça fazla	Ciddi derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Baygınlık, baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olayları hatırlamada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İştahta bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yalnızlık hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hüzünlü, kederli hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hiçbir şeye ilgi duymama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ağlamaklı hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kolayca incinebilme, kırılma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mide bozukluğu, bulantı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Karar vermede güçlükler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sıcak, soğuk basmaları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Kafanızın birden bomboş kalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Dehşet ve panik nöbetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Sık sık tartışmaya girme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÖLÜM 3: Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Aşağıda yer alan her bir ifade için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Aşağıda yer alan her bir ifade için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1	Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2	Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3	Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4	Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5	Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6	Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7	Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatikçe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8	Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9	Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10	İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11	Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12	Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13	Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14	Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15	Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

BÖLÜM 4: Öz-Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ)

Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Hiç bir zaman (2) Nadiren (3) Sık sık (4) Genellikle ve (5) Her zaman anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

Aşağıda yer alan her bir ifade için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Hiçbir zaman	Nadiren	Sık sık	Genellikle	Her zaman
1	Bir yetersizlik hissettiğimde, kendime bu yetersizlik duygusunun insanların birçoğu tarafından paylaşıldığını hatırlatmaya çalışırım.					
2	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine ilişkin anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.					
3	Bir şey beni üzdüğünde, duygularıma kapılıp giderim.					
4	Hoşlanmadığım yönlerimi fark ettiğimde kendimi suçlarım.					
5	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, kendimi bu başarısızlıkta yalnız hissederim.					
6	Zor zamanlarımda ihtiyaç duyduğum özen ve şefkati kendime gösteririm.					
7	Gerçekten güç durumlarla karşılaştığımda kendime kaba davranırım.					
8	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.					
9	Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.					
10	Kendimi kötü hissettiğimde kötü olan her şeye kafamı takar ve onunla meşgul olurum.					
11	Yetersizliklerim hakkında düşündüğümde, bu kendimi yalnız hissetmeme ve dünyayla bağlantımı koparmama neden olur.					
12	Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda, dünyadaki birçok insanın benzer duygular yaşadığını hatırlamaya çalışırım.					
13	Acı veren olaylar yaşadığımda kendime kibar davranırım.					
14	Kendimi kötü hissettiğimde duygulanma ilgi ve açıklıkla yaklaşmaya çalışırım.					
15	Sıkıntı çektiğim durumlarda kendime karşı biraz acımasız olabilirim.					
16	Sıkıntı veren bir olay olduğunda olayı mantıksız biçimde abartırım.					
17	Hata ve yetersizliklerimi anlayışla karşılarım.					
18	Acı veren bir şeyler yaşadığımda bu duruma dengeli bir bakış açısıyla yaklaşmaya çalışırım.					
19	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun belki de benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.					
20	Hata ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcı bir tavır takınırım.					
21	Duygusal anlamda acı çektiğim durumlarda kendime sevgiyle yaklaşırım.					
22	Benim için bir şeyler kötüye gittiğinde, bu durumun herkesin yaşayabileceğini ve yaşamın bir parçası olduğunu düşünürüm.					
23	Bir şeyde başarısızlık yaşadığımda objektif bir bakış açısı takınmaya çalışırım.					
24	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik duygularıyla kendimi harap ederim.					
25	Zor durumlarla mücadele ettiğimde, diğer insanların daha rahat bir durumda olduklarını düşünürüm.					
26	Kişiliğimin beğenmediğim yönlerine karşı sabırlı ve hoşgörülü değilimdir.					

BÖLÜM 5: Travma Sonrası Büyüme Envanteri (TSBE)

Sizden öğrenmek istediğimiz, yaşamınızda önemli yer tutan travmatik yaşam olaylarının, hayatınızda ne ölçüde pozitif değişikliklere sebep olduğudur. Geçmişte yaşadığınız krizden/krizlerden sonra yaşamınızda ve düşüncelerinizde meydana gelen değişimleri yaşama düzeyinize ilişkin “Hiçbir şekilde” ile “çok büyük ölçüde” seçeneklerinden size uygun olan kutucuğa çarpı (X) işareti koyunuz.

	Stresli olay(lar) sonucu bu değişimi yaşama düzeyi	Hiçbir şekilde	Çok az bir düzeyde	Bir miktar	Orta düzeyde	Oldukça fazla	Çok büyük ölçüde
1.	Yaşamda önem verdiğim şeylerin öncelik sırası değişti.						
2.	Kendi hayatıma verdiğim değerde büyük bir artış oldu.						
3.	Yeni ilgi alanları keşfettim.						
4.	Kendime güven hissinde artış oldu.						
5.	Manevi konuları daha iyi anlamaya başladım.						
6.	Başım sıkıştığında insanlara güvенеbileceğimi daha iyi anladım.						
7.	Yaşamım için yeni bir yön belirledim.						
8.	Kendimi diğer insanlarla çok daha yakın hissetmeye başladım.						
9.	Duygularımı ifade etmeye daha çok istekliyim.						
10.	Zorlukları göğüsleyebileceğimi daha iyi anladım.						
11.	Yaşamımda daha iyi şeyler yapabiliyorum.						
12.	Her şeyi olduğu gibi, daha çok kabullenebiliyorum.						
13.	Her günümü daha iyi değerlendirebiliyorum.						
14.	Daha önce var olmayan yeni olanaklara kavuştum.						
15.	Diğer insanlara karşı daha şefkatliyim.						
16.	İlişkilerime daha çok emek sarf etmeye başladım.						
17.	Değişmesi gereken şeyleri değiştirebilmek için daha çok çaba harcıyorum.						
18.	Daha güçlü bir inanca sahibim.						
19.	Düşündüğümden çok daha güçlü olduğumu keşfettim.						
20.	İnsanların ne kadar mükemmel olabildiklerine dair çok şey öğrendim.						
21.	Başkalarına ihtiyaç duyuyor olmayı daha çok kabullendim.						

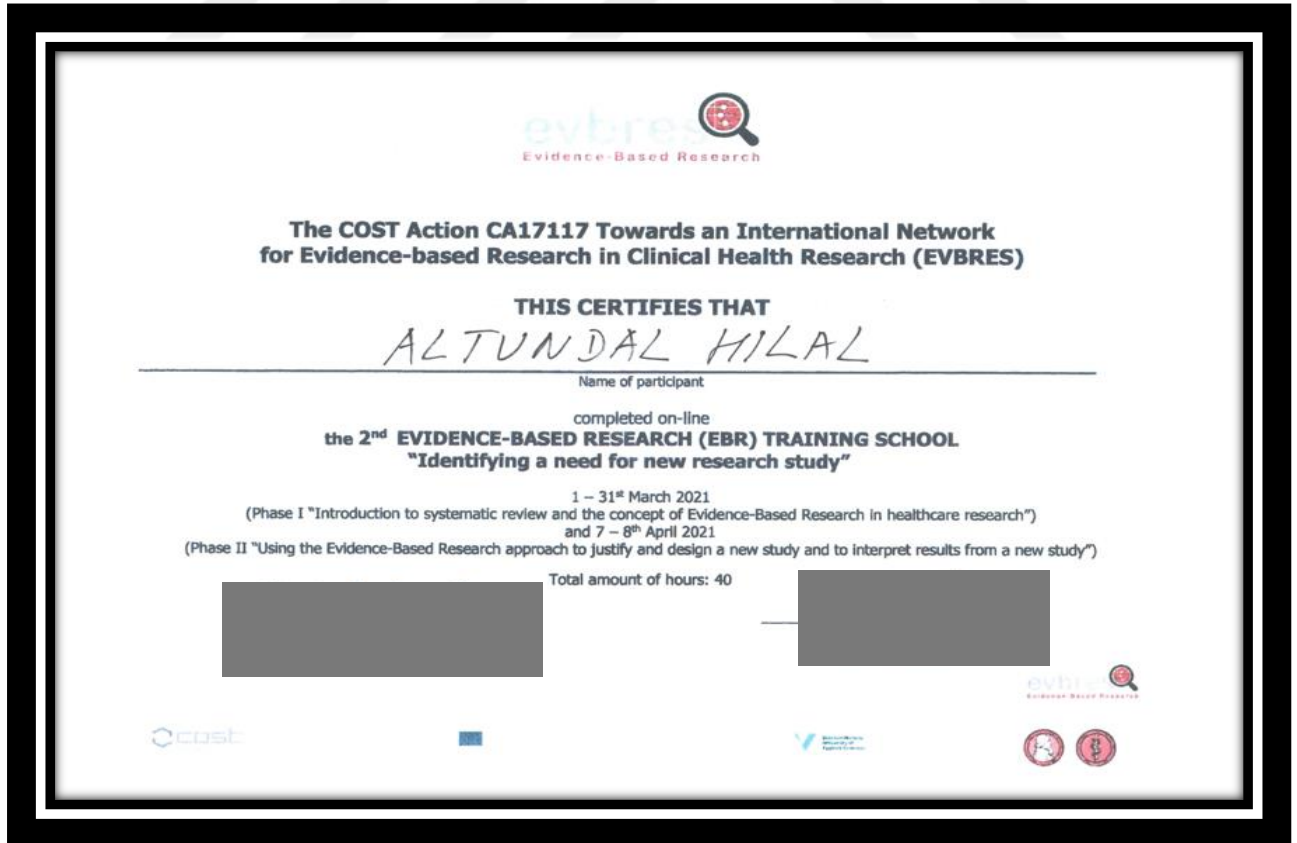
BÖLÜM 6: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayamlılık Ölçeği (PDÖ)

Aşağıda yer alan her bir soruya ilişkin iki ifade verilmiştir. İfadeler arasında yer alan kutucuklardan sol tarafa yakın olanları işaretlemeniz soldaki ifadenin, sağ tarafa yakın olanı işaretlemeniz ise sağdaki ifadenin size uygunluk düzeyini göstermektedir. Size uygun olan kutucuğa X işareti koyunuz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile-üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim Çok mutlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ... bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ... Zordur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-4: Araştırmacının Konuyla İlgili Aldığı Kurslar ve Belgeleri







PANDEMİ SÜRECİNDE SÖZ SİZDE:
Covid Dönemi Hemşirelerin Deneyimleri ve Baş Etme Yöntemleri

Katılım Belgesi

Hilal ALTUNDAL

19 Kasım 2020 tarihinde online olarak düzenlenen "**Pandemi Sürecinde Söz Sizde: Covid Dönemi Hemşirelerin Deneyimleri ve Baş Etme Yöntemleri**" toplantısına katılmıştır.



Medtronic





EK-5: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırma İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Eğitim-Öğretim Şube Müdürlüğü

Sayı : E-12685297-774.01.01-1611760
Konu : Araştırma İzni (Hilal ALTUNDAL)

16.03.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15.03.2021 tarihli ve E-41993462-774.01.01-1610484 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi [REDACTED] sorumluluğunda yürütülecek olan Doktora öğrencisi Hilal ALTUNDAL'ın "**Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi**" adlı tez çalışması için gerekli iznin verildiğine dair ilgi yazı ekte gönderilmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.



Ek: Yazı (1Sayfa)

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğr

EK-6: Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17/02/2021	44	131

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mualla YILMAZ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Geliştirme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 29/01/2021 tarihinde sunulan Girişimci Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığına sunulan "COVID-19 Pandemi Nedeniyle Klinik Araştırmalarda Alınacak Tedbirlere" kapsamında gönüllüler ve araştırmacıların güvenliği açısından alınması gereken önlemler istikrarlı olarak bir risk değerlendirilmesi yapılması, COVID-19 kaynaklı öncelikler ve aciliyetin söz konusu olduğunda bilimsel araştırma merkezinde vikiüsün azaltılması, sosyal izolasyon kurallarına uyulmasının sağlanması, araştırma ekibinin (sivilite ve vikiüsün azaltılması vb.) dekontaminasyonu ve araştırmanın yapılabilirliği için izin alınması durumunda gereken izin yazısının başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürütülürte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN Başkan	(Katılmadı) Prof. Dr. Selma ÜNAL Başkan Yardımcısı	İmza Prof. Dr. P. Özlem KANDEMİR Üye
İmza Prof. Dr. Oğuz HALLIOĞLU KILINÇ Üye	İmza Prof. Dr. Murat BOZLU Üye	İmza Prof. Dr. M. Sami SERİN Üye
İmza Prof. Dr. İsmail ÜN Üye	İmza Prof. Dr. Nispet KARAGÖLLE Üye	İmza Doç. Dr. Ataman KÖSE Üye
İmza Doç. Dr. Gülhan TEMEL Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi M. Türkan İŞİK Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AZİZOĞLU Üye
İmza Dr. Öğr. Üyesi Özgür KURMUŞ FERİK Üye	(Katılmadı) H. Betül LEVENT ERDAL Üye	(Katılmadı) Lale DAĞLI Üye



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Gözlemleme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ;	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruhsal Sağlık ve Hastalıklar Hemşireliği Ara Bilim Dalı	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---	
	DESTEKLEYİCİ	---	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ/ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alırlar için)	---	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>
FAZ 4		<input type="checkbox"/>	
Gözetimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vivo tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>	
Diğer ise belirtiniz: - Anket kullanılarak yapılan çalışma - Hemşirelik etkinliklerinin sonuçları içerisinde yapılacak araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	
	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	



Not: Etik kurul başvurusu, incelemesi per akabinde her soruşa cevap alınabilir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yoğun Bakım Hastalarının Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Gözden Geçirme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		---							
Prof. Dr. F. Özdemir KANDIŞIR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MED Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E	K	B	H	E	H	
Prof. Dr. Oğuz HALILOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlık ve Hastalıkları	Serbest	E	K	B	H	E	H	
Prof. Dr. Murat DOĞLU	Üroloji	MED Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E	K	B	H	E	H	
Prof. Dr. M. Sami ŞERİN	Mikrobiyoloji	MED Felsefî Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E	K	B	H	E	H	
Prof. Dr. İsmail ÜN	Tıbbi Farmakoloji	MED Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E	K	B	H	E	H	
Prof. Dr. Nimet KARAOĞLU	Dişçilik	MED Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E	K	B	H	E	H	
Doç. Dr. Ataman KÖSE	Acil Tıp	MED Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Acil Tıp ABD	E	K	B	H	E	H	
Doç. Dr. Gülhan TEMEL	Biyoetik	MED Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoetik ve Tıbbi Etik ABD	E	K	B	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi M. Tufan İŞİK	Tıp Tarihi ve Etik	MED Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bilimleri Hemşirelik Bilimleri ABD	E	K	B	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AZİZÖZÜ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	MED Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD	E	K	B	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Özgür KURMUŞ FERİK	Kardiyoloji	UFK Çukurova Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E	K	B	H	E	H	
Yabancı Dil Bilgisi H. Bevil LEVENT ERDAL	Sehir ve İlçe Planlama/İnşaatın Psikolojisi	Mersin Meslek Yüksekokulu	E	K	B	H	E	H	Katılmadı
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E	K	B	H	E	H	Katılmadı

* Toplamda Beklenen

Not: Etik kurul baykanı, imzasızca yer alınmış her sayfaya imza atmalıdır.

EK-7: Kurum İzni Belgesi



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-41993462-774.01.01-1610484
Konu : Araştırma İzni

15.03.2021

REKTÖRLÜK MAKAMINA
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına
Eğitim-Öğretim Şube Müdürlüğüne

İlgi: 12/03/2021 tarihli ve E-1608762 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi [REDACTED] sorumluluğunda yürütülecek olan Doktora [REDACTED] Yoğun Bakım Hemşirelerine Uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programının Ruhsal Sağlık Parametrelerine Etkisi '' adlı araştırmanız ile ilgili 01/04/2021-31/12/2021 tarihleri arasında hastanemizde yapma talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ERİŞKİN SAĞLIKLI/HASTA GÖNÜLLÜLER İÇİN)

Bu çalışmada, birinci aşamasında yoğun bakım hemşirelerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme (MIND-BE) programının ruhsal sağlık parametrelerine etkisinin belirlenmesi; ikinci aşamasında yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MIND-BE programına yönelik deney grubundaki hemşirelerin görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla bir araştırma yapacağız. Bu araştırma toplam 6 ay sürecektir. Ayrıca, bu çalışmaya sizden başka 97 (sayı) erişkin sağlıklı kişi daha katılacaktır.

Bu çalışmaya sizin de katılmanı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen herşeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Sorumlu araştırmacı (Araş. Gör. Hilal Altundal), size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Eğer anlamadığınız bir şey olursa sorumlu araştırmacıya istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Çalışmaya katılmaya "evet" dersanız ve isterseniz bu formu imzalayabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı ya da katılmamayı seçebilirsiniz. İstemediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak sizin açınızdan hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında, ayrıca eğer çalışma sırasında farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde sorumlu araştırmacıya çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Bu çalışmaya neden ben seçildim?

Sizde yetişkin yoğun bakım ünitesi hemşiresi olduğunuz için bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?

Bu çalışmaya katılmanız durumunda yetişkin yoğun bakım ünitesi hemşiresi olan diğer kişilerin ruhsal sağlık parametrelerinin (bilinçli farkındalık, öz-şefkat, travma sonrası büyüme, psikolojik dayanıklılık, ruhsal belirtiler (anksiyete, depresyon, somatizasyon, hostilite, olumsuz benlik)) iyileşmesine yardımcı olacak bilgiler edinmeyi umuyoruz.

Bu çalışmada bana ne olacak?

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size Veri Toplama Formu içerisinde yer alan 6 adet anket/ölçek uygulanacaktır. Bireysel özelliklerinizi tanımada "Tanıtıcı Özellikler Formu",

bilinçli farkındalık düzeyinizi belirlemede "Bilinçli Farkındalık Ölçeği", öz-şefkat düzeyinizi belirlemede "Öz-şefkat Ölçeği", travma sonrası büyüme düzeyinizi ölçmede "Travma Sonrası Büyüme Envanteri", psikolojik dayanıklılığınızı ölçmede "Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ve ruhsal belirtilerinizi ölçmede "Kısa Semptom Envanteri" uygulanacaktır.

Bu ölçekleri/envanterleri araştırmaya başlamadan önce (ön-test), ve MIND-BE Programının bittiği 8. haftada (son-test), programın bitmesinin ardından 3. ay ve 6. aylarda (takip testleri) tekrar doldurmanız istenecektir.

Bilinçli Farkındalık, dikkatin şimdiki an içerisindekilere odaklanmasını, içsel deneyimlerin gözlemlenmesini ve tüm bunları yaparken yargısızca ve belli bir niyet ile kabul etmeyi içeren bir zihin ve beden pratiğidir. Bu araştırma içerisinde uygulanacak olan MIND-BE programı; araştırmacılar tarafından Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR), Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Öz Şefkatli Farkındalık (MSC) programları ile Prof. Dr. John Kabat-Zinn, Prof. Dr. Zümra Atalay, Doç. Dr. Kristin Neff ve Dr. Christopher Germer'in kitap ve kaynaklarından faydalanarak eklettik bir biçimde hazırlandı. Bu doğrultuda deney grubuna uygulanan MIND-BE Programı, 8 hafta, haftada bir gün 60-90 dakika olarak planlandı. MIND-BE Programı, interaktif bir program olup, içerisinde grup etkileşimleri, grup içerisinde yapılan uygulamalara ilişkin deneyim paylaşımları yer almaktadır. Programda, her hafta bilinçli farkındalık temelli formal bir uygulama ve o hafta yapılan uygulama ve anlatılan konuya ilişkin ev ödevi yer almaktadır. MIND-BE Programı içerisinde; bilinçli farkındalık formal uygulamalarından kısa beden taraması, üç dakikalık nefes alanı, görme, oturma, şefkat ve dağ meditasyonlarına yer verildi. Program içerisinde yer alan informal bilinçli farkındalık uygulamaları ise belirli bir program gerektirmeyen; dış fırçalama, sebze doğrama, bulaşık yıkama, araç kullanma vb. gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken, uygulanan eylemin bilincinde olunmasına yönelik olarak ev ödevleri sırasında uygulanması istenen uygulamalardır. Programda sizlere verilmek üzere, MIND-BE programı oturumlarının özet içerikleri ve hatırlatıcı notları, formal ve informal uygulama takip çizelgelerinin yer aldığı Farkındalık Günlüğü kitapçığı hazırlandı.

Bu çalışmada uygulanacak programın ve program içerisinde yer alan uygulamaların herhangi bir olumsuz riski bulunmamaktadır. Bu araştırma sırasında yapılacak işlemler için sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size, bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar sorumlu araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu araştırmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" desanız de, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu araştırmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca sorumlu araştırmacıya söylemeniz yeterlidir.

Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?

Sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığınızda sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu araştırmacıya sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu araştırmaya katıldığınızı kendi özel doktorunuza söyleyebilirsiniz.

Ne yapmak zorundayım?

Size yapılacak herşeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. İmzaladığınız bu formun bir kopyası da sizde kalacaktır.

Merak ettiğiniz bir şey olursa mesai saatleri içinde (0324 361 00 01 / 14238) ve günün 24 saatinde (0535 949 17 81) numaralı telefonda sorumlu araştırmacıyı arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Olur verme beyanı

Toplam 4 sayfa olan bu formdaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen Araş. Gör. Hilal Altundal adlı araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmanın amacını ve ne yapılacağını anladım. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

Bağımsız tanığın [gönüllü okur-yazar olmadığı için imzalı onay veremiyorsa vb. durumlarda]

Adı Soyadı :

İmzası :

Tarih (Gün/Ay/Yıl) :

Bu çalışmada benden alınan biyolojik materyalin/verinin:

- Yalnızca yukarıda adı geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan araştırmalarda hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Formdaki bilgileri vererek gerekli açıklamaları yapan ve olur alan araştırmacının

Adı Soyadı : [REDACTED]
İmzası :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
Adresi : Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çiftlikköy Kampüsü Yenişehir
MERSİN
Telefon numarası : [REDACTED]

Acil tıbbi durumlarda iletişime geçilecek kişinin

Adı Soyadı : [REDACTED]
İmzası :
Tarih (Gün/Ay/Yıl) :
Adresi : Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çiftlikköy Kampüsü Yenişehir
MERSİN
Telefon numarası :

Araştırmaya onay veren Etik Kurulun

Adı : Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Adresi : [REDACTED]

Telefon numarası : [REDACTED]

EK-9: Ölçek İzinleri

← Travma Sonrası Büyüme Envanteri kullanım **izni** hk.

MK

Travma Sonrası Büyüme Enva...
37 KB

Uyarlamasını yaptığımız Travma Sonrası Büyüme Envanterini akademik çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Prof. Dr. Mücahit KAĞAN- EBYU-Eğitim Fakültesi- Erzincan

...

← Yanıtla → İlet

← Bilinçli Farkındalık Ölçeği

ŞK

Kime: Siz

BİFÖ-3.doc
47 KB

Merhaba; tez çalışmanız için ölçeği kullanmanıza **izin** veriyorum. İyi çalışmalar dilerim, ölçek ektedir.

← Yanıtla → İlet

← Öz Şefkat Ölçeği kullanım **izni** hk.

İlgili ölçeği çalışmanızda tabii ki kullanabilirsiniz. Yalnız mevcut bilgisayarında ölçeğin kopyasını bulamadığımdan yollayamıyorum. Umarım sorun olmaz.

İyi dilek ve sevgilerimle,

Olca

← Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanım **izni** hk.

N

Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz.
Prof. Dr. H. Nejat Basım - Prof. Dr. Fatih Çetin

...

← Kısa Semptom Envanteri (KSE) ölçek kullanım **izni** hk.

A

Kime: Siz

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

EK-10: Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saati:.....

Görüşmenin Bitiş Saati:.....

Merhaba. Yoğun Bakım Hemşirelerine uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programı'nın (MIND-BE) ruhsal sağlık parametrelerine etkisini incelemek amacı ile yaptığımız bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin program süresinde neler yaşadıklarını, bu süreci nasıl deneyimledikleri ve nasıl algıladıklarını ve hem hemşire hem de hemşirelik uygulamaları üzerindeki etkisini belirlemek istiyoruz. Uzun süre yoğun bakımda çalışmak, ölüm, kayıp, kötü haber verme gibi zor durumlarla karşılaşmak yoğun bakım hemşirelerini çeşitli yönlerden etkilemektedir. Bilinçli Farkındalık Temelli Güçlendirme Programı'nda sizlerin bu zorlu durumlarla başedebilmesi için ruhsal sağlık sorunları meydana gelmeden önlemeyi ve ruh sağlığını korumayı hedefleyerek ruh sağlığı bakış açısı ile ele almaktadır. Program süresince programla ilgili deneyimlerinizin öğrenilmesi, neler yaşadığının bilinmesi ve hem sizler hem de hemşirelik uygulamalarınız üzerinde nasıl bir etki bıraktığına ilişkin duygu ve düşüncelerinizin saptanması oldukça önemlidir.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yaklaşık 30-60 dk süreğinin tahmin ettiğim online görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için online olarak bu platformda (Google meet) kaydedilecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacılar dışında herhangi birinin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken isimlerinizi kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir. Odak grup görüşmelerine katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Görüşme Soruları

1. MIND-BE programı hakkında görüşleriniz nelerdir?
2. MIND-BE programına yönelik olumlu ve olumsuz deneyimleriniz nelerdir?
3. MIND-BE programı uygulamaları yaşamınıza ne gibi değişiklikler getirdi?
4. MIND-BE programına katılmaya başladıktan sonra hangi özelliklerinizin güçlendiğini fark ettiniz?
5. MIND-BE programını günlük yaşamınıza entegre etme konusunda ne düşünüyorsunuz?

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı :

Doğum Tarihi :

E-mail :

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik Fakültesi/Hemşirelik Bölümü (%30 İngilizce)	Hacettepe Üniversitesi	2015
Yüksek Lisans	Hemşirelik Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2016-2018
Doktora	Hemşirelik Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2018-2022

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Yıl
Araştırma Görevlisi	Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı / Türkiye, Mersin	2016-halen
Psikiyatri Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu Üyesi (Yedek)	Psikiyatri Hemşireleri Derneği / Türkiye, Ankara	2021-halen
Travma, Afet ve Krizlerde Ruh Sağlığı Komisyonu Başkan Yardımcısı	Psikiyatri Hemşireleri Derneği / Türkiye, Ankara	2021-halen
Toplum Ruh Sağlığı Komisyonu Asil Üyesi	Psikiyatri Hemşireleri Derneği / Türkiye, Ankara	2021-halen
Engelli Öğrenci Danışmanı	Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi / Türkiye, Mersin	2020-halen
Topluluk Danışmanı	Mersin Üniversitesi Genç Yeşilay Topluluğu / Türkiye, Mersin	2020-halen
Stajyer Hemşire (Erasmus+ Staj Hareketliliği Programı)	CareMalta Home for the Elderly / Malta, Bugibba	2019
Dahiliye Servis Hemşiresi	İskenderun Devlet Hastanesi / Türkiye, Hatay	2015-2016

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler

Görevi	Kurum	Yıl
Üye	Türk Hemşireler Derneği / Türkiye, Ankara	2020
Üye	Türkiye Yeşilay Cemiyeti / Türkiye, İstanbul	2020
Üye	Onkoloji Hemşireliği Derneği / Türkiye, Ankara	2018
Üye	Psikiyatri Hemşireliği Derneği / Türkiye, Ankara	2018

YAYINLAR (Makaleler/Bildiriler/Ödüller)

Makaleler

Uluslararası - SCI, SCI-Expanded, SSCI ve AHCI kategorisine giren

1. Türkleş, S., Boğahan, M., Altundal, H., Yaman, Z. & Yılmaz, M. (2021). Diaries of Nursing Students during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-13.
2. Dudaklı, N., Altundal Duru, H., Yılmaz, M. & Türkleş, S. (2022). The Interaction and Life Experiences between the Patient and the Nurse Caring for the Patient with COVID-19 in Turkey. *International Journal of Mental Health Promotion*, 24, 511-525.
3. Altundal Duru, H., Yılmaz, M. & Türkleş, S. (2022). The Perspectives of Psychiatric Nurses in Turkey on Malpractice: A Qualitative Study. *Ethiopian Journal of Health Development*, (kabul edildi, basımda).
4. Yıldırım, F., Türkleş, S. & Altundal Duru, H. (2022). The Effect of Delirium Information Training Given to Intensive Care Nurses on Patient Care: Quasiexperimental Study. *PEERJ Life And Enviroment*, 10, 1-13.

Uluslararası - ESCI kapsamındaki dergilerde yayımlanan tam makale

1. Tekingündüz, S.; Yılmaz, M.; Altundal, H. (2021). Living as immigrant in Germany: an analysis of civil society organizations leaders' perspectives. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17, 417-432.

Uluslararası - Alan endexleri

1. Altundal Duru, H., Yağtu, L., Denizhan, N., Güneşli, G. & Yılmaz, M. (2022). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Klinik Uygulamalara İlişkin Görüşleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 166-177.
2. Altundal Duru, H., Denizhan, N., Güneşli, G., Yağtu, L., Yılmaz, M. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinin Terapötik İletişim Becerileri Nasıldır?. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5, 67-74.

Kitap Bölümleri

Uluslararası

1. Altundal, H., Yaman, Z., Yılmaz, M. & Türkleş, S. Roles And Responsibilities Of Nurses Struggling With Substance Abusers. In: *Health and Health Psychology - ich&Hpsy 2017*, vol 30. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. (Eds: Bekiroğulları, Z., Minas, M.Y., Thambusamy, R.X.) ISBN: 978-1-80296-029-7, 1. Edition. Future Academy: London, 2019, p: 248-256.
2. Türkleş, S., Yılmaz, M., Boğahan, M., Yaman, Z. & Altundal, H. Why Is Cultural Competence Important in Psychiatric Nursing Care Practices? In: *The Most Recent Studies In Science And Art* (Eds: ISBN: 978-605-288-356-3, Gece Kitaplığı Publisher: Ankara, 2018, p:244-251.
7. Altundal, H. & Yılmaz, M. Psychosocial Problems Among Postgraduate Students. In: *Recent Developments in Nursing And Midwifery*. ISBN: 978-1-5275-1171-2, Cambridge Scholars Publishing, Baskı Sayısı: 1, Newcastle upon Tyne, İngiltere /Birleşik Krallık, 2018.

Ulusal

6. Altundal, H. & Yılmaz, M. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları ve Etik-Özel Konular, ISBN: 978-625-401-180-1, Türkiye Klinikleri, Baskı Sayısı: 1, Ankara, Türkiye, 2020.
5. Yılmaz, M., Yaman, Z., Ünal Alaçam, E., Boğahan, M. & Altundal, H. Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, ISBN: 978-625-7795-52-4 , Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 250 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2020.

3. Ünal, E.; Altundal, H.; Yılmaz, M. Hemşirelik ve Ebelik/Kültürel Yetkinlik Gerçeği: LGBTİ ve Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlikler, ISBN: 1100-1125, Akademisyen Yayınevi , Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 500, 170 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2018.

4. Altundal, H. & Yılmaz, M. Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim, ISBN: 978-625-7795-26-5, Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 450 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2020.

Bildiriler

Uluslararası - Tam Metin - Sözlü

1. Tekingündüz, S., Yılmaz, M., Boğahan, M., Yaman , Z. & Altundal , H. Hemşirelikte Örgütsel Davranış Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerinin Eğilimleri ve Değerlendirilmesi . I. Uluslararası Akdeniz Sempozyumu, 2018-11-01, 2018-11-03, Mersin, Türkiye, 2018.

Uluslararası - Özet - Sözlü

1. Altundal Duru, H. & Yılmaz, M., Hemşirelik Öğrencilerinin Somatizasyon Durumları ve Flört Şiddetine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. VI. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2021-10-20, 2021-10-23, İzmir, Türkiye, 2021.

2. Yıldırım, F., Türkleş, S. & Altundal Duru, H., Yoğun Bakım Hemşirelerine Verilen Deliryum Bilgilendirme Eğitiminin Hasta Bakımına Etkisi. VI. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2021-10-20, 2021-10-23, İzmir, Türkiye, 2021.

3. Dudaklı, N., Altundal, H., Yılmaz, M. & Türkleş, S. Türkiye'de COVID-19 Servisinde Çalışan Hemşire ve Hasta Arasındaki Etkileşim ve Yaşam Deneyimleri: Kalitatif Bir İkili Yaklaşım. Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, 2021-06-24, 2021-06-25, Erzurum, Türkiye, 2021.

4. Altundal Duru, H., Türkleş, S., & Yılmaz, M. Türkiye'de COVID-19 Pandemisi Sırasında Bireylerin Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Ve Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi: Web Tabanlı Kesitsel Bir Araştırma. Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, 2021-06-24, 2021-06-25, Erzurum, Türkiye, 2021.

5. Yazgı, Z., Altundal Duru, H. & Yılmaz, M. COVID-19 Tanılı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, 2021-06-24, 2021-06-25, Mersin, Türkiye, 2021.

6. Altundal, H., Yılmaz, M.; Türkleş, S., Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Malpraktis Konusundaki Deneyim Ve Farkındalıkları. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2018-11-20, 2018-11-23, Antalya, Türkiye, 2018.

7. Tekingündüz, S.; Yılmaz, M.; Altundal, H., Almanya'da Sivil Toplum Kuruluşu Yöneticisi Olan Bireylerin Almanya'daki Türklerin Yaşantılarına İlişkin Görüşleri. 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, 2018-05-03, 2018-05-06, Aydın, Türkiye, 2018.

8. Altundal, H., Türkleş, S., Çiçek, E., Sayın, T. & Kuş, M. Üniversitelerde Cinsel Şiddet. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 2018-05-02, 2018-05-05, Burdur, Türkiye, 2018.

9. Altundal, H. & Yılmaz, M., Lisansüstü Eğitim Alan Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar. 5. Uluslararası Avrasya Eğitim Araştırmaları Kongresi, 2018-05-02, 2018-05-05, Antalya, Türkiye, 2018.

Uluslararası - Özet - Poster

1. Altundal, H., Türkleş, S., Çiçek, E., Sayın, T. & Kuş, M., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasının Öğrenci Hemşireler Üzerinde Etkisi. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 2018-05-02, 2018-05-05, Burdur, Türkiye, 2018.

2. Altundal, H., Türkleş, S., Paçal, A., Doğanay, B., Yürük, B., Seyran, M. & Koçyiğit, S., Psikiyatri Kliniklerinde Malpraktis ve Hemşirenin Rolü. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 2018-05-02, 2018-05-05, Burdur, Türkiye, 2018.

3. Altundal, H., Türkleş, S., Paçal, A., Paçal, A., Yürük, B., Seyran, M. & Koçyiğit, S., Hemşirelik Eğitiminde Teori Ve Uygulama Arasındaki Bosluk. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 2018-05-02, 2018-05-05, Burdur, Türkiye, 2018.

4. Yılmaz, M., Türkleş, S., Yaman, Z., Altundal, H. & Boğahan, M., Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesini Arttırmada Sağlık Eğitiminin Önemi. Uluslararası Yaşlı Sağlığı ve Bakımında Multidisipliner Yaklaşım Kongresi, 2018-03-22, 2018-03-23, Ankara, Türkiye, 2018.

5. Altundal, H., Türkleş, S., Paçal, A., Paçal, A., Çiçek, E., Sayın, T. & Kuş, M. Sağlıklı Yaşlanma ve Hemşirenin Rolü. Uluslararası Yaşlı Sağlığı ve Bakımında Multidisipliner Yaklaşım Kongresi, 2018-03-22, 2018-03-23, Ankara, Türkiye, 2018.

6. Türkleş, S., Boğahan, M., Yaman, Z., Altundal, H. & Yılmaz, M., Psikiyatri Hemşireliği Bakım Uygulamalarında Kültürel Yeterlilik ve Önemi. 1. Uluslararası 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 2017-10-21, 2017-10-24, Şanlıurfa, Türkiye, 2017.

Ulusal - Özet - Sözlü

1. Altundal, H.; Denizhan, N.; Güneşli, G.; Yağtu, L.; Yılmaz, M., Hemşirelik Öğrencilerinin Terapötik İletişim Becerileri Nasıldır?. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2021-06-03, 2021-06-04, Edirne, Türkiye, 2021.

2. Altundal, H.; Yağtu, L.; Denizhan, N.; Güneşli, G.; Yılmaz, M., Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamalara İlişkin Görüşleri. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2021-06-03, 2021-06-04, Edirne, Türkiye, 2021.

3. Toptaş, S., Altundal, H., Güven, E. & Uçar, S. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2015-04-22, 2015-04-26, Kayseri, Türkiye, 2015.

Ulusal - Özet - Poster

1. Altundal, H., Güneşli, G., Yağtu, L., Denizhan, N. & Yılmaz, M. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşadıkları Sorunlar: Sistematik Bir Derleme. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2021-06-03, 2021-06-04, Edirne, Türkiye, 2021.

Projeler

1. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Malpraktis Konusundaki Deneyim ve Farkındalıkları, Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Birimi (BAP), Proje no: 2018-2-TP2-2990, 7.400 TL, Araştırmacı, 2021, Tamamlandı.

2. Hayata Gülümse, Sosyal İçerme/Bağımlılıkla Mücadele, Sosyal Destek Programı (SODES), Mersin Valiliği, Proje no: 2.500.000 TL, Eğitimci, 2021, Tamamlandı.

Ödüller

1. Dudaklı, N., Altundal, H., Yılmaz, M. & Türkleş, S. Türkiye'de COVID-19 Servisinde Çalışan Hemşire ve Hasta Arasındaki Etkileşim ve Yaşam Deneyimleri: Kalitatif Bir İkili Yaklaşım. Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, 2021-06-24, 2021-06-25, Erzurum, Türkiye, 2021. (Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü)