

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEKİMLERİN
AMELİYATHANEDEKİ GERGİN
DAVRANIŞLARININ HEMŞİRELER
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Kezban KORAŞ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Okan SOLAK

Tez No:2012-001

2011-Afyonkarahisar

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

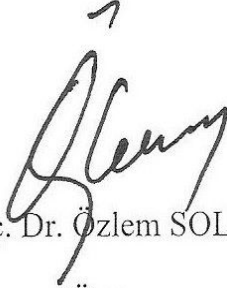
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 30/12/2011



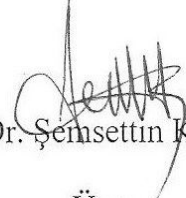
Doç. Dr. Okan SOLAK

Jüri Başkanı



Doç. Dr. Özlem SOLAK

Üye



Doç. Dr. Şemsettin KARACA

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Kezban KORAŞ'ın "Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri" başlıklı tezi **05.01.2012** günü saat: **16.00'de** Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği' nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail BAYRAM

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında bilgi, birikim ve deneyimleriyle yardımını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Okan SOLAK'a, katkılarından dolayı Sayın Arş. Gör. Dilek ÖCALAN'a, istatistik bilgileri ile teze önemli katkısı olan Sayın Arş. Gör. Sakine GÖÇER'e, tezimde emeği geçen tüm arkadaşlarıma ve anket çalışmama katılan tüm meslektaşlarıma, değerli jüri üyelerim Sayın Doç. Dr. Özlem SOLAK'a ve Sayın Doç. Dr. Şemsettin KARACA'ya, hayatımın her anında desteklerini yanımda hissettiğim fedakar AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kezban KORAŞ

İçindekiler

Kısaltmalar	V
Tablolar	VI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.CERRAHİ HEMŞİRELİĞİN TANIMI	3
2.2.CERRAHİ HEMŞİRELİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ	3
2.3.GENEL ETİK İLKELER DOĞRULTUSUNDA CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNE BAKIŞ	5
2.4.HEKİM HEMŞİRE İLİŞKİLERİ.....	7
2.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması.....	7
2.4.2.Hekim-Hemşire İlişkisini Etkileyen Faktörler	9
2.4.2.1.Toplumsal Faktörler	9
2.4.2.2.Eğitsel Faktörler	9
2.4.3.Hekim-Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunlar ve Nedenleri	10
2.4.4.Hekimlerin Gergin Davranışlarının ve Hekim-Hemşire Arasında Yaşanan Sorunların Sağlık Hizmetlerine Etkisi.....	12
2.5.İŞYERİNDE PSİKOLOJİK ŞİDDET (MOBBİNG) KAVRAMI	14
2.5.1.Şiddetin Tanımı	14
2.5.2.Psikolojik Şiddet	14
2.5.3.Sağlık Sektöründe Duygusal Taciz	16
2.6.AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU	17
2.6.1.Tükenmişliğin Tanımı ve Tükenmişliğe Sebep Olan Faktörler	17
2.6.2.Tükenmişliğin Sonuçları.....	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	21
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	21
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENI VE ÖRNEKLEMİ.....	21

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI.....	21
3.5.VERİ TOPLAMA FORMUNUN UYGULANMASI.....	22
3.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	22
4.BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	41
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7.ÖZET.....	51
8.SUMMARY.....	53
9.KAYNAKLAR.....	55
10.EKLER.....	63
10.1.EK-1 ANKET FORMU.....	63
11.ÖZGEÇMİŞ.....	73

Kısaltmalar

NLNE: Ulusal Hemşirelik Eğitim Cemiyeti

AORN: Ameliyathane Hemşireler Birliği

ANA, AHB: Amerikan Hemşireler Birliği

MTE: Maslach Tükenmişlik Envanteri

SÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

MWU: Mann Whitney U Testi

Tablolar

Tablo 4.1:Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4.2:Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı.....	24
Tablo 4.3:Katılımcıların Çalışma Alanlarından Memnuniyetleri	25
Tablo 4.4:Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4.5:Katılımcıların Ağırlıklı Olarak Görev Aldıkları Cerrahi Bölümler.....	26
Tablo 4.6:Katılımcıların Ameliyathane Ortamında En sık Karşılaştıkları Sorunlar	26
Tablo 4.7:Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kalma, etkilenme durumları	27
Tablo 4.8:Katılımcıların Gergin Davranışlara Maruz Kaldıkları Bölümler	28
Tablo 4.9:Ameliyat Sırasında Cerrahi Sinirlendiren Olayların Dağılımı	29
Tablo 4.10:Ameliyat Esnasında Yetersiz Kaldığınızda Cerrahın Hemşirelere Tepkilerinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.11:Ameliyat Sırasında Oluşan Bir Problem Karşısında Birlikte Çalışılan Cerrahın Hemşirelere Tepkilerinin Dağılımı	30
Tablo 4.12:Ameliyat esnasında cerrahın sinirli-gergin davranışı karşısında Hemşirelerin Tepkilerinin Dağılımı.....	30
Tablo 4.13: Cerrahlar Sinirli ve Gergin Oldukları Ameliyat Türlerinin Dağılımı	31
Tablo 4.14:Cerrahlar Sinirli ve Gergin Oldukları Zaman Aralığının Dağılımı	31
Tablo 4.15:Hemşirelerin Ameliyatların Ne Kadarında Cerrahların Gergin Davranışları ve Çevreye Yüksek Sesle Bağırmalarına Maruz Kaldıklarını Dağılımı	32
Tablo 4.16: Cerrahların Ameliyatlardaki Sinirli-Gergin Davranışlarının Amaçlarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.17: Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Elleriindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma vb. Davranışları Karşısında Hemşirelerin Tepkilerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.18:Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Elleriindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma Vb. Davranışlarından Sonra Doktor-Hemşire İlişkilerinde Değişikliklerin Dağılımı	34

Tablo 4.19: Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Ellerindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma Vb. Davranışları İle İlgili Yorumların Dağılımı ..34	
Tablo 4.20: Ameliyat Sırasında Gergin Durumların En Aza İndirilmesi İçin Önerilerin Dağılımı.....35	
Tablo 4.21: Hemşirelerin MTE' den Elde Edilen Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre MWU Testi Sonuçları.....35	
Tablo 4.22: Hemşirelerin SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre t Testi Sonuçları36	
Tablo 4.23: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Mezun Oldukları Okul Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları.....36	
Tablo 4.24: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Mezun Oldukları Okul Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları.....37	
Tablo 4.25: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Aylık Gelir Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları.....38	
Tablo 4.26: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Aylık Gelir Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları.....38	
Tablo 4.27: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Çalıştığı Kurum Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları.....39	
Tablo 4.28: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Çalıştığı Kurum Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları.....39	

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarındaki sağlık hizmetinin kalitesi nitelikli insan sayısı ile orantılıdır. Sağlık kurumlarında personel yönetiminin en önemli özelliği sağlık personelinin ekip anlayışını benimsemesidir (1). Sağlık ekibi tanımlanacak olursa; sağlık kurumlarında ortak hedefleri bireye kapsamlı ve kaliteli sağlık bakımının verilmesi olan değişik meslek üyelerinin bir araya geldikleri, her birinin görevlerinin yerine getirildiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve kararların birlikte uygulandığı bir birliktir (2).

Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyeleri olan hemşire ve hekimler arasındaki ilişkinin çok önemli olduğu, bu ilişki rahatsız edici boyuta ulaştığında iş ortamındaki stresin arttığı, hemşirenin moralinin, iş memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının olumsuz yönde etkilendiği literatur bilgileri arasında yer almaktadır (3, 4, 5).

Ekip üyeleri arasındaki uyumlu çalışma, hasta bakımını olumlu yönde etkilerken, uyumsuz ve iletişim kopukluğu olan ekip çalışması ise, hasta bakımına olumsuz olarak yansımaktadır (6, 7). Hekim-hemşire ilişkisini etkileyen etmenler arasında kişisel güçler, geçmiş deneyim, bireysel ve mesleki değerler, bilgi, bakım, beklentiler, sosyal destek, toplum kurumları, yasal yaptırımlar ve çevresel etkenler yer almaktadır (8).

Hastane birimleri içerisinde ameliyathane ortamı, majör işlemlerin gerçekleştirildiği, sağlık ekibinde bilgi, birikim, işlevsellik ve zamanı iyi kullanabilme becerileri gerektiren bir birimdir. Bu nedenle çalışma alanında stres ve gerilimin artması cerrah ve ameliyathane hemşiresinin iletişimini etkilemektedir.

Çalışmamızın amacı; cerrahi branştaki hekimlerle beraber çalışan hemşirelerin aralarında gerginliğe neden olan olayların tespiti ve bu durumun hemşirelerin iş motivasyonuna yansımalarının belirlenmesidir . Ameliyathanedeki vakaların riski ve yapılan ameliyathane süresinin uzunluğu baz alınarak cerrahların sinirli ve gergin davranışları ortaya çıkmaktadır. Ameliyathane sırasında cerrahların sinirli ve gergin davranışları birlikte çalıştıkları ekibin diğer üyelerini farklı şekilde etkileyebilmekte ve yapılan ameliyathane seyrini değiştirmektedir. Hemşirelerin bu iş ortamından kişisel

etkilenimi ile bu ortamın iş performansına etkisi ortaya çıkarılacaktır. Cerrahların ameliyathanedeki gergin davranışlarının sebepleri ve bu davranışların hemşireler üzerindeki etkileri araştırılıp ortaya konarak gerginliğe sebep olan hemşireye yönelik risk faktörleri belirlenecektir. Böylece belirlenen olumsuz durumların oluşturduğu riskler ortadan kaldırılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.CERRAHİ HEMŞİRELİĞİN TANIMI

Cerrahinin ve cerrahi hemşireliğin gelişimi, tıp biliminin tarihsel gelişim süreci ile paralellik gösterir. Arapça kökenli bir sözcük olan cerh “yara”, cerrah ise “yara ile uğraşan kişi” anlamındadır. Bu sözcüklerin anlamlarından yola çıkılarak cerrahi hemşireyi yara bakımı yapan, yaralı hastanın bakımını sağlayan kişi olarak tanımlamak eksik bir yaklaşım olacaktır (9).

Günümüzde sağlık bilimlerinde yaşanan ilerlemeler beraberinde sağlık hizmeti sunan insanların da profesyonelleşmesini zorunlu kılmış, hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri çağın gelişimine uyum sağlamak için yenilikleri takip etme çabasına girmişlerdir. Dolayısıyla cerrahi hemşireliğin tanımı da gelişmiş ve değişmiştir (9).

Cerrahi Hemşireliği; “hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine kurulmuş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalı”dır (9).

2.2. CERRAHİ HEMŞİRELİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Hemşireliğin ilk prensip ve uygulamaları ile ameliyathane hemşireliğinin ilk olarak M.Ö. 800’lü yıllarda Hindistan’da başladığı bilinmektedir. Hint hekim Sisruta hemşireleri asistan olarak çalıştırmıştır. Ancak profesyonel hemşirelik konusunda ilk eğitimler 1870’li yıllardaki hemşirelik dersleri ile başlar. Bu derslerde cerrahi aletler ve ameliyata hazırlık, bandajlama ve hemostaz gibi konular anlatılmıştır. Öğrencilere alet temizliği sorumluluğu 1891’de, asistanlık görevi ise 1896’da verilmiştir (10-14).

Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale, aslında aynı zamanda modern cerrahi hemşireliğinin de temellerini bu dönemlerde atmıştır. Nightingale 1854 Ekim’de İstanbul’a gelmiş arkadaşları ile birlikte yaralı askerlerin bakımını üstlenmiş, disiplinli çalışmaları sonucunda ölüm oranını %42’den %2’ye düşürmüştür. Florence Nightingale burada öncelikle temiz çevre ve su koşullarını

sağlamış, hastaların yatak ve çevrelerinin temizliğine önem vermiş, salgınlar için önlem almış, pansumanlarında asepsi ilkelerine uyulmasını sağlamış ve enfeksiyon riskini ortadan kaldırmıştır. Bu sağladığı koşullarla cerrahi hemşireliğinin önemini gözler önüne sermiştir. Cerrahi hemşiresinin 1890'larda görevi cerraha ameliyat sırasında sünger uzatmak ve sargı beziyle asiste etmektir. Daha sonra hastanın ameliyata hazırlığı, ortamın hazırlanması ve hastadan anamnez alma görevleri de 1900'den sonra hemşireye verilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1903'te Ameliyathane Hemşireliği lisans diploması verilmiştir. Anna M. O'Neil sekiz haftalık kurs programında etik, cerrahi yöntemler ve anestezi konularını ele almıştır. 19. yy sonları ve 20. yy başlarında ABD'de yetişkin hastalar, dahili, cerrahi ve jinekolojik olgular olarak ayrılmış, bu ayrıma hemşirelik okulları da uyum sağlamıştır. Bu dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde faaliyet gösteren Ulusal Hemşirelik Eğitim Cemiyeti (NLNE) eğitim programını "Dahiliye Hemşireliği", "Cerrahi Hemşireliği" ve " Halk Sağlığı Hemşireliği" olarak ayırmıştır. Amerikan Ameliyathane Hemşireler Birliği (AORN) 1949'da kurulmuştur.

Ülkemizde hemşireliğin temellerinin oluşturulmasında Prof. Dr. Besim Ömer Akalın'ın 1907 yılında Londra'da düzenlenen Kızılhaç konferansında Florence Nightingale ile tanışması önemli rol oynamıştır. Prof. Dr. Akalın hemşireliğin ülkemiz için bir gereksinim olduğunu Kızılay Cemiyetine önermesi sonucunda 1912'de Kızılay Cemiyeti İstanbul'da "altı ay" süreli hasta bakımı kursu açmıştır.

Birinci Dünya savaşında müttefik askerlerine bakım verilmesini sağlamak için 1920 yılında Amiral Bristol Sağlık Meslek Lisesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda hemen hemen her ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liseleri açılmıştır.

Üniversite düzeyinde ilk hemşirelik yüksekokulu 1955 yılında Ege Üniversitesi'nde açılmıştır. Bu okul aynı zamanda Avrupa'da üniversite düzeyinde açılan ilk hemşirelik okuludur. Yüksek lisans programları ilk kez 1968 yılında, Doktora ise 1972 yılında Hacettepe Üniversitesinde başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora programları hemşirelikte sekiz ana bilim dalında yürütülmektedir. Bu programlar Ege Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Florence Nighthale, Marmara

Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksekokullarında yürütülmektedir. Ayrıca 10 yılı aşkın bir süredir cerrahi hemşireliğinin alt dalları olarak Acil ve Ameliyathane Hemşireliği Yüksek Lisans Programları, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda sürdürülmektedir (12, 15-20).

2.3. GENEL ETİK İLKELER DOĞRULTUSUNDA CERRAHİ HEMŞİRELİĞİNE BAKIŞ

Sağlık bakımı ile ilgili etik konular, yaşam ve ölüm kararları ile sınırlı değildir. Sağlık bakımının her düzeyinde ve tüm yönlerinde yer alabilir. Hemşireler ve hastalar arasındaki ilişki etik konulardan birisidir. Bunun dışında cerrahide çalışan hemşireler için, hasta savunuculuğu rolü çok önemlidir. Çünkü cerrahi ortama giren hastalar anestezi, sedasyon deneyimi yaşayacakları için, özellikle bu dönemde onların savunucusu olmak hemşirenin etik sorumluluğudur (20).

Cerrahide çalışan hemşireler, diğer hemşirelerle benzer nitelikteki etik konularla karşılaşır. Bunlar hasta hakları, bilgilendirilmiş onam, kıt kaynakların kullanımı, yaşam kalitesi gibi konulardır. Gerçekte tüm bu konular cerrahi hemşiresinin rollerinde doğal olarak vardır (21). Hemşirelerin etik teorileri ve ilkeleri anlaması, sahip olduğu rolleri yerine getirmesine ve etik konuları değerlendirmesine yardımcı olacaktır. Cerrahide çalışan hekim ve hemşirelerin, bilgilendirilmiş onayın varlığından emin olmaları için bilmeleri gereken noktalar şunlardır (22):

- İnsan onuruna saygı,
- Alıcının durumu ve özellikleri,
- Sağlık problemlerinin doğası,
- Sağlık bakımının durumu,
- Alıcının mahremiyet hakkı,
- Bilginin korunması,

- Kayıtlara ulaşma,
- Alıcının sağlık ve güvenliğinin korunması,
- Şüpheli bir uygulamada harekete geçme,
- Hemşirelik karar ve eylemlerinin sorumluluğunu alma,
- Kendi yeterliliğini arttırmada mesleki sorumluluk,
- Danışma ve işbirliği,
- Araştırmalara katılan kişilerin haklarını koruma,
- Standartlar için topluma karşı sorumluluk
- Yanlış bilgilendirme ve sunumlardan koruma

Gerçekte tüm bu noktalar cerrahide çalışan hemşirelerin etik ilkelere uygun bakım vermelerini kolaylaştıran yeterliliklerdir.

Hemşire hasta savunuculuğu rolü ile yararlılık ilkesini destekler. Bu rol cerrahi hemşiresinin sahip olduğu rollerin belki de en önemlisidir. Cerrahi sürecin intraoperatif fazı hastaların, fiziksel ve ruhsal travmaya, enfeksiyona en yatkın oldukları ve bunlardan korunmada tamamen cerrahi ekibe bağlı oldukları bir dönemdir. Cerrahi hemşiresi, anestezi ve cerrahi işlemle ilgili tüm aktiviteleri dikkatle izlemeli, gereksinimleri tahmin etmeli, işlemle ilgili güçlük ve değişiklikleri değerlendirebilmek için konuşmaları izlemelidir. Hemşirenin dikkatini yönlendirmesi gereken diğer konu, cerrahi ekibin aseptik tekniğe uyumlarıdır. Aseptik tekniklere uyum, sağlık profesyonellerinin etik zorunluluğu olarak düşünülmektedir. Hemşireler için bu zorunluluk, savunuculuk rolünün bir parçasıdır (20).

Sonuç olarak, hemşirelerin etik ilkeler doğrultusunda bakım vermeleri profesyonelleşmelerine katkı sağlayacaktır. Bireyleri her açıdan yaralanmaya maruz bırakan cerrahi süreç boyunca bakım verme sorumluluğu olan hemşirelerin, temel etik ilke olan insana saygı çerçevesinde çalışmalarını çok önemlidir. İnsana saygı hasta haklarını içerir. Bunlar bilgilendirilme, mahremiyet, karar vermede otonomi,

özel bilginin saklanması ve hastanın güvenli bakım alma hakkıdır. Hemşirelerin etik temelli bakım verebilmeleri için eğitimleri süresince, bakım felsefesi ve bakım davranışlarının öğretilmesine önem verilmelidir (20, 23). Bu amaca ulaşmak için eğitimcilerin, araştırmacıların ve yöneticilerin işbirliği yapmalarının gerekliliği vurgulanmıştır. Bunun dışında, hastane etik komitelerinin oluşturulması, hemşirelik etik komitelerinin oluşturulması mesleki örgütlerin bu konuya gereken önemi vermeleri hemşirelerin etik temelli bakım vermelerine önemli katkılar sağlayacaktır.

2.4. HEKİM HEMŞİRE İLİŞKİLERİ

Ortak uğraşı alanı hasta bireyin bakımı ve tedavisi olan hekimlerle hemşirelerin ilişkileri bireysel olmasının yanı sıra çalıştıkları kuruma, hitap ettikleri topluma, aldıkları mesleki eğitime ve mensubu oldukları mesleki örgütlere bağlı olarak da şekillenir. Bu durum her meslek grubunda olduğu gibi koordinasyonda sıkıntılara yol açarak çatışmalara neden olur. Hekim-hemşire ilişkisinde donanım farklılığının daha belirgin bir şekilde görünmesi, bu ilişkilerin daha geniş bir perspektifle ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (24). Hekim–hemşire ilişkisinin anlaşılması ve aradaki anlaşmazlıkların çözülmesi sayesinde daha etkin ve daha güvenli hasta bakımı sağlanacak, dolayısıyla hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının işleyişi kolaylaşacaktır (25).

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması

Sağlık ya da hastalık durumunda benzer amaçlar veya tanımlanan ortak amaçlar doğrultusunda belirli görev, sorumluluk, yetki ve farklı rollerdeki sağlık disiplini üyelerinin sistematize ve planlı iş birliği ile birey ve topluma doğrudan veya dolaylı, etkin ve nitelikli hizmet dağılımı sağlanmasına sağlık hizmeti denir (26).

Sağlık personeli sorumluluk duygusu olan, insana saygı duyan, istekle çalışan, insan ve hasta haklarına sahip çıkan, çevresini koruyan, sağlıklı çevre koşullarının oluşmasında birey ve meslek üyesi olarak en üst düzeyde sağlık hizmeti sunma çabası içinde olan kişidir (27). Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu ekibin temel üyeleri hemşire ve hekimlerdir. Hekimler ve hemşireler ortak bir amaca hizmet ederler. Amaç; hastanın iyileşmesine ve kendi kendine yetebilir duruma gelmesine

destek vermektir. Bu nedenle doğal bir ekip oluşmakta ve ekip içindeki iletişim hem hekimleri hem de hemşireleri ilgilendirmektedir (28-32).

Hastanelerde yer alan sağlık ekibinin ortak hedefi tedavi etmek ve en iyi bakımı vermektir. İletişim, koordine faaliyetlerin ve etkin bir ekip çalışmasının temelidir. Ekip üyeleri arasında iyi bir iletişim ve uyumlu bir ilişki olması hizmetin kalitesini yükseltir. İyi bir ekip çalışması için ekip üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının açık, anlaşılır ve birbirleriyle çakışmayacak şekilde belirtilmesi gerekir. Ekip başarı sağladıkça hedeflere ulaşılabacaktır (33). Sağlık ekibinin uyumlu ve verimli çalışmasını etkileyen faktörler, ekip içinde iyi bir iletişim, yardımlaşma ve ekip üyelerinin mesleki rollerinde yeterli olmasıdır. Sağlık ekibini oluşturan bireylerin, birbirlerinin görev ve sorumluluklarını bilmesi bireylerin yeteneklerinden optimal düzeyde yararlanılması ve mesleki doyumun yaşanması açısından oldukça önem taşır. Hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi, hekim-hemşire etkileşimi ve işbirliği ile olasıdır (25).

Amerikan Hemşirelik Akademisi'nin etik kodunda, "Hemşire, sağlık bakımı ve güvenliği konusunda sağlık ekibindeki herhangi birinin yetersizliği, etik dışı veya illegal uygulaması ile hastanın etkilenmesi durumunda, hastayı koruyacak şekilde davranır" denilmektedir (19, 20). Cerrahi alanda çalışan hemşirelerin de bu söze uygun davranmaları beklenir. Bu açıdan, cerrahi ekip üyelerini bazı özellikler açısından değerlendirmesi gerekir. Bunlar, kimyasal maddelerin etkisi altında olma, cerrahiye katılamayacak kadar hasta olma, önemli yanlış karar verme, tanı ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz gelişmeleri gizlemeye çalışmadır. Hemşirenin bu özelliklere sahip ekip üyelerini rapor etmesi ve böyle kişilerin izlenmelerini sağlaması gerekir. Bunun olabilmesi için de sağlık kurumlarının politikaları hemşirenin bireyi ve toplumu koruma sözünü destekleyecek şekilde olmalı ve hemşirenin olumsuz durumları zamanında ve uygun şekilde rapor etmesini kolaylaştırmalıdır (20).

2.4.2. Hekim-Hemşire İlişisini Etkileyen Faktörler

2.4.2.1. Toplumsal Faktörler

Meslek üyeleri, toplumun mesleklerine verdiği değerden olumlu ya da olumsuz yönde etkilenirler. Hekimlik mesleğinin bağımsız olarak uygulanabilir olması, hekimlerin sundukları hizmetlerin toplum tarafından anlaşılması ve kabul görmesi, hekimlerin toplumsal statülerinin yüksek olmasında rol oynayan etkenlerdir.

Buna karşın, hemşirelerin meslekleşme süreçlerinin devam etmesi, standart eğitim düzeylerinin olmaması, verdikleri hizmetin toplum tarafından net olarak anlaşılabilmesi, hemşirelerin toplumsal konumlarının yeterli düzeyde olmamasına neden olan faktörlerdir. Bu iki meslek grubunun toplumda farklı saygınlık düzeyine sahip olması, onları sosyopsikolojik açıdan farklı şekillerde etkiler. Hekimlerde bu etkilenme; mesleğe bağlılık, özgüven ve motivasyon artışı şeklinde gözlenirken hemşirelerde bu durum tam tersi gibi görünmektedir.

Toplumsal bakış açısındaki bu farklılıklar; hekimlik ve hemşirelik mesleklerinin varolma ve gelişme süreçlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Önceleri, hekimlik mesleğinin saygınlık düzeyinin yüksek olması onun iyileştirme gücüne bağlanırken, bugün tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemelere paralel olarak gelişen uzmanlık gücüne bağlanmaktadır (34).

Eskiden dini kuruluşların desteği altında işlev gören hemşirelerin konumları oldukça yüksek iken daha sonraları bilimsel bilgi temeli olmayan hemşireler üzerinden bu desteğin kalkması sonucu hemşirelerin toplumsal konumlarında düşüş gözlenmiştir (35). Birçok toplumda hemşire ve hemşirelik mesleği, “hastaya bakan”, “anne”, “melek ve şefkatli” gibi imgelerle tanımlanırken; hekim ve hekimlik mesleği “hami”, “şifa dağıtan kimse” imgeleriyle tanımlanmaktadır (36).

2.4.2.2. Eğitsel Faktörler

Diğer meslek gruplarının eğitimleri ile kıyaslandığında hemşirelik eğitimi henüz tam anlamıyla standart temellere oturmamıştır. Liseye dayalı, dört yıllık

eğitim sonrası, bilim uzmanlığı ve doktora yapmış, akademik ortamda oğretim üyeliğine yükselmiş hemşireler mevcuttur.

Sağlık meslek lisesi yaş ortalaması, hemşirelik oğrencisine sorumluluk bilincini vermek için düşüktür (35). Ülkemizde hemşireler için farklı eğitim düzeylerine özđü görev tanımlarının olmayışı; hepsinin hemşire unvanı altında aynı işlevleri görmesi, grup içi dayanışmayı azaltmakta ve diğer sağlık meslek grupları ve özellikle hekimlerle olan ilişkilerde zorluklara neden olmaktadır. Hemşirelik eğitimi ve yönetimi konusundaki kararlarda etkin olan kişilerden bir kısmı bile, maalesef hemşireliğin pek fazla bilgi ve beceri gerektirmediğine inanır. Hemşirelik mesleğinde yüksek lisans ve doktora yapılması, pek çok kimse, hekimler ve hatta hemşireler tarafından kuşkuyla karşılanmakta ve anlamsız bulunmaktadır (36). Hekimler, sağlık ekibi içinde en fazla eğitim süresine sahip olmaları nedeniyle ekip lideri ve eğiticisi olması gerektiği anlayışıyla yetiştirilmektedir (37). Hemşirelik eğitimi ise ekip üyelerinin eşdeğer öneme sahip olduğunu, hiyerarşinin ekip çalışmasında ilişkilere zarar vereceği oğretisini savunur (38).

Eğiticilerle eğitilenlerin sürekli ve yoğun biçimde karşılıklı etkileşim içinde buldukları okullar ve hastaneler, hekim ve hemşire adaylarına mesleki kimlik kazandıran eğitim ortamlarıdır. Tıp ve hemşirelik eğitimi, bilgi ve beceri eğitimini gerektirdiğinden hekimlik ve hemşirelik sanatı ve rolü hemen her zaman usta-çırak ilişkisi içinde oğrenilip kazanılmaktadır (39).

2.4.3. Hekim-Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunlar ve Nedenleri

Hizmet birimlerinin birlikte ve uyum içinde çalışması gerekirken otonom çalışma isteklerinin ağır basması hastanelerin başarısını olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Hastaneler içinde hekim ve hemşirelerin arasında yaşanan bireysel ve örgütsel çatışmalar ayrıcalıklı bir konuma sahiptir. Çünkü her durumda etkilenen ve mağdur olan grup, sağlık hizmeti alan hastalardır. Hastanelerde çatışma; hizmet gruplarından birinin çalışma düzenine, görev sınırlarına, kaynak tahsisine, ödül sistemine, diğer meslek gruplarının açık ya da kapalı yollarla karşı çıkması olarak tanımlanır (24).

Çalışma ortamında içinde bazı grupların kendi saygınlıklarının başkalarından yüksek olduğunu düşünmeleri, ya da başka gruplarca daha yüksek konuma sahip olarak görülmeleri gruplar arası ilişkilerde çatışmaların temelini oluşturur (40). Hekimlerin hasta bakımı konusunda hemşireleri pasif pozisyonda tutmalarına karşın hemşireler aktif olmak isterler ve hekimlerin kendileri için düşünmüş oldukları bu geleneksel role karşı çıkarlar (41).

Hekimlerin hemşirelerle olan ilişkilerini ekip birlikteliğinden çok ast-üst ilişkisi şeklinde düşünmeleri, profesyoneller arası ilişkilerde gerginlik yaratır. Hekimlerin kendi katkılarını öne çıkarması ve diğerlerinin katkılarını önemsememesi ya da engellemesi, hemşirelerin tüm potansiyeli ile hasta bakımına katılımlarını önler. (42) Hekimler, hemşirelerin kendi alanlarına girmesini engellemeye çalışırken hemşireliği ilgilendiren konularda söz sahibi olmak isterler. Bunun nedeni şüphesiz ki hekimlerin kendilerini sağlık alanında tek otorite olarak görmesidir. Bu durum, sağlık ekibinin başarı ve etkinliğini azaltır (43, 44). Bir başka sorun ise hemşirelerden bir kısmının hekimlerle çatışmaya girmemek ve üstün olanların saygı ve sevgisini kazanmak için hekimin güçlü pozisyonunu desteklemeleridir. Bu durumda hemşireler statüye ilişkin çatışmayı, hem kendi grubu içinde hem de hekimlerle ilişkilerinde yaşamaktadır (44, 45).

Çalışma ortamında meslek grupları arasında yeterli ve uygun iletişimi engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Hekimlerle hemşirelerin arasında yaşanan çatışmaların büyük çoğunluğu iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Hekim direktiflerinin yorumlanma yöntemleri konusunda hekimler ile hemşireler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklar ve hekimlerin hasta bakımı ve tedavisine ilişkin hemşire görüşlerini dikkate almaması, hemşirenin görüş bildirmede çekingen davranmasına, hekimlerle hemşireler arasında iletişim yetersizliğine ve kopukluğuna neden olmaktadır. Hemşireler, hekimlere göre hastayı daha uzun süre gözleme fırsatına sahip olduğundan hastaya ilişkin gözlemlerini hekimler ile paylaşırlar. Ancak bunu hastanın tedaviye olan güvenini azaltmayacak ve hekimi rencide etmeyecek şekilde yerine getirirler (40, 46, 47).

İletişim yetersizliğine ve kaynak yokluğuna bağlı ortaya çıkan uygulama hataları hastanın yaşamını tehlikeye sokabilir. Cerrahi ortamdaki kaynakların

yetersizliği insan ve malzeme boyutunda olabilir. Belirli bir malzemeye aynı anda iki cerrah tarafından gereksinim duyulabilir. Alet kullanılıyor ise ve diğer ameliyat odasında acil gereksinim varsa çelişki yaşanabilir. Hastanın yaşamı tehlikede olduğu zaman, kaynak kullanımının düzenlenmesi cerrah ve hemşire arasında gerginliğe neden olabilir. Akılcı kaynak kullanım yöntemleri bu zorlukları hafifletebilir.

Sağlık kuruluşlarında malzeme yetersizliği dışında, güvenli bakım vermek için yeterli hemşire bulunmayabilir. Hemşire yetersizliğinden kaynaklanan olumsuz sonuçların kaydedilmesi, hasta bakımında hemşire kaynağı azlığının etkilerini göstermek için gereklidir. Doğru planlama ile çelişkiler yaşanmadan olası tehlikeler önlenebilir (20). Bu nedenle hekimlerle hemşireler arasında etkin ve sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulması ve iletişim kanallarının artırılması önem kazanmaktadır (43, 48). Hekimler ile hemşireler arasında ilişkilerin hiyerarşiyeye odaklanması hasta bakımına yönelik hekim-hemşire işbirliği oluşmasında ciddi engellere neden olur (48).

2.4.4. Hekimlerin Gergin Davranışlarının ve Hekim-Hemşire Arasında Yaşanan Sorunların Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Hekim hemşire işbirliğinin sağlık hizmetleri üzerine olumlu etkileri daha önce yapılan pek çok çalışmada vurgulanmıştır. Örneğin; Knaus ve arkadaşları tarafından 13 yoğun bakımda hasta çıktılarının (hastanın yoğun bakıma tekrar yatışı, mortalite oranı) incelendiği bir çalışmada yoğun bakımlarda hasta mortalite oranlarının azaltılmasında en kritik ve en güçlü etmenin, “sağlık hizmeti sunumunda hekim ve hemşirelerin etkileşiminin, iletişiminin ve işbirliği düzeyinin iyi olması” olduğu bildirilmiştir (49, 50).

Larson'un, hekim-hemşire ilişkisinin hasta bakımına etkisini incelediği başka bir çalışmada ise hekim ve hemşireler arasındaki etkileşimin, hem iş ortamı hem de hasta bakımını doğrudan etkilediği belirtilmiştir. Bu çalışmada hekim ve hemşire arasındaki ilişkilerin gerilmesinin, gizli ya da açık olarak çatışmaya zemin hazırladığı, bunun sonucunda hasta bakımı kalitesinin düştüğü bildirilmiştir. Araştırma sonucunda, özellikle hemşire araştırmacıların hekim-hemşire ilişkilerinin önemi üzerinde çalışmalara vurgu yaptıklarına dikkat çekilmiş ve bunun sebebinin

ise hemşirelerin bu sorundan daha fazla rahatsız olmaları, hekimlerin hemşirelerle işbirliği yapmamaları ve iletişim eksikliği olduğu belirtilmiştir (51).

Wheelan ve arkadaşları (52), 17 yoğun bakım ünitesinde ekip çalışması ile hasta mortalite oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Sonuç olarak, mortalitenin beklenenden düşük olduğu ünitelerde ekip çalışması yapıldığı ve çalışanların olumlu bir çalışma ortamında hizmet verdiği tespit edilmiştir. Diğer yandan, yazarlar mortalitenin beklenenden yüksek olduğu ünitelerde çalışanların birbirlerine daha az güvendiklerini belirlemişlerdir (52).

Hizmet almak için gelen hastalar açısından bakıldığında hekim hemşire ilişkilerinin istenilen düzeyde olduğu zaman hastaların gergin olmayan, saygın ve olumlu bir ortamda hizmet alması, gereksinimlerinin doğru zamanda belirlenmesi ve sorunlarının çözümlenmesi ile birlikte memnuniyetin artacağı, tekrar hizmet almak için aynı kurumu tercih edeceği düşünölmektedir (42). Yapılan araştırmalarda, hasta bakım kalitesinin artması yanında hekim ve hemşirelerin de olumlu çalışma ortamında hizmet vermeye devam etmek istedikleri, iş doyumlarının iyi seviyede olduğu saptanmıştır (53).

Ölkemizde Akyürek ve arkadaşları (54), bir üniversite hastanesinde hemşirelerin % 84'ünün hekimlerin yıkıcı davranışları ile karşılaştıklarını ve bu davranışlar nedeni ile olumlu bir çalışma ortamının olmadığını, hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin olduğunu ve işten ayrılanların sayısının azımsanmayacak kadar çok olduğunu saptamıştır.

Hekim-hemşire işbirliğinin kurumsal sonuçları incelendiğinde, hasta çıktılarının olumlu hale geldiği, hekim hemşire arasındaki iletişimin etkin hale geldiği ve iletişimden kaynaklanan hataların azalması ile birlikte hastane maliyetlerinin azaldığı görölmektedir. Örneğin Saluvan hekim hemşire etkileşiminin hastane performansına etkisini incelemiştir (55). Araştırmaya katılanların tamamı dikkate alındığında hekim-hemşire etkileşimi ile servis performansı arasında pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hekimler çalışılan kliniğin performansını en fazla klinikteki iletişim düzeyinin etkilediğini belirtmiştir (55). Hemşireler de hekimlerle aynı görüşü paylaşmaktadır. Hemşirelere göre

servisteki srtme, performansı etkileyen ikinci etmendir (55). Özellikle hasta bakımı ile ilgili bilgi aktarımı için doktor ve hemşirelerin birbirleriyle kurdukları iletişim, hasta için hayati bir nitelik taşımaktadır. Aktarılacak bilginin bu kadar hayati öneme sahip olduğu hastanelerde hekim ve hemşireler arasındaki iletişim sürecinin daha etkili olması gerektiği dnlmektedir (53).

Ayrıca, O'Brien – Pallas ve arkadaşları (56), etkin bir hekim-hemşire işbirliği ile olumlu çalışma ortamının sağlanabileceğini, personel devir oranının ve hastane maliyetinin azalmasına katkı sağlanabileceğini belirtmiştir. Böyle bir kurumda çalışan hekim ve hemşirelerin olumlu bir ortamda hizmet verdikleri için etkinliklerinin artacağı belirtilmiştir. Kurum güvenilir, saygın hekim ve hemirelerle birlikte çalışacağı için hizmet alan bireyler tarafından kurumun imajının olumlu yönde etkileneceği öngörülmektedir (53).

2.5. İŞYERİNDE PSİKOLOJİK ŞİDDET (MOBBİNG) KAVRAMI

2.5.1. Şiddetin Tanımı

Şiddet genellikle saldırı ve agresif yaklaşımla doğrudan ilişkili olan bir kavramdır. Modern sosyal psikoloji yaklaşıma göre, Şiddet ortamı yaratmak, kötü yaklaımlı kuşakların tarzıdır. Freud'un teorisine göre ise kişisel olarak yaşanan talihsizlikler ya da olumsuzluklar Şiddeti, Şiddet ise tüm toplumu etkiler (57). Şiddet genel anlamıyla; "fiziksel güç veya kuvvetin, bir birey ya da bir grup üzerinde sakatlık, ölüm, psikolojik rahatsızlık, gelişim bozukluğu gibi problemlere yol açabilecek Şekilde kasıtlı olarak uygulanması" olarak tanımlanabilir (58). Şiddet; psikolojik ya da fiziksel olarak görülebileceği gibi, yaygın Őekliyle her ikisi bir arada görülebilir.

2.5.2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik Şiddet kişiye işyerinde, tacizkar, zorbaca ve saldırganca davranarak onu sosyal ortamdaki dışlamak veya işyerindeki pozisyonunun, kapasitesinin altında iler vererek onu küçük düşürmektir (59).

Psikolojik şiddet, işyeri şiddetinin en hızlı büyüyen şeklidir. Bu şekilde uygulanan şiddet türünde, şiddeti uygulayan birey, işini daha verimli yapabilecek olan kişiye karşı çalışma yaşamını zorlaştırıcı bir takım davranışlarda bulunur. Bu türden davranışların bazıları aşağıdadır:

- Kin gütmek,
- Acımasız ve zalimce davranışlar,
- Kasıtlı kötü niyetli davranışlar,
- Aşağılayıcı davranışlar,
- Sarsmak,
- Bağırıp çağırarak iş yaptırmak,
- Kendi bildiğinin doğru olduğunda ısrar etmek,
- Güvensizlik nedeniyle yetki vermeyi reddetmek,
- Sürekli olarak diğerlerini eleştirmek,
- Gereksiz sorularla rahatsız etmek (60)

Şiddetin soyut biçimi olan psikolojik şiddet (mobbing) fiziki şiddetten daha tehlikelidir ve daha kalıcı psikosomatik etkiler bırakabilir (60). “Mob” sözcük olarak, kanun dışı şiddet uygulayan düzensiz kalabalık anlamına gelir. Latince ise kararsız kalabalık anlamına gelen “mobile vulgus” sözcüklerinden oluşur. Mob fiili “ortalıkta toplanmak, saldırmak veya rahatsız etmek” anlamındadır. “Mob” kökünden türetilen “Psikolojik şiddet” olarak adlandırılan olgu ise İngilizce’de çete, serseri grubu, aşırı şiddete yönelmiş kalabalık anlamına gelir (61).

Kavram ilk kez duygusal taciz olarak zoologlar tarafında incelenmiştir. 1960’lı yıllarda tanınmış Avusturyalı bilim adamı Konrad Lorenz psikolojik şiddet terimini, hayvanların bir yabancıyı veya avlanmakta olan bir düşmanı kaçırma anlamında kullanmıştır (62). Sonraki yıllarda psikolojik şiddet, çocuklarda, diğer çocuklara

yönelik olarak sergilenen, genelde zorbalık-kabadayılık olarak adlandırılan davranış olarak tanımlanmıştır. 1980’li yıllarda ise, psikolojik şiddet terimi işyerinde yetişkinler arasında grup şiddeti keşfedildiğinde kullanmıştır. Leymann, bu şiddeti “bir ya da birkaç kişinin, sistematik bir biçimde, etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunarak, genelde bir kişiye karşı gerçekleştirdikleri ve onu çaresiz, savunmasız bıraktıkları durum” olarak tanımlamıştır. Bu tanım günümüzde de aynı şekilde kullanılmaktadır (63).

Yapılan araştırmalarda zaman geçtikçe daha çok acı veren psikolojik şiddet eylemleri endişe verici davranışlara dönüşmektedir. Psikolojik şiddet mağduru her gün işe stresli başlamakta ve işe gitmek istememektedir. Bireyin çalıştığı işletme bu davranışlara göz yumacak ve hatta destekleyecek olursa birey önemli boyutlara ulaşan sıkıntılar yaşayacaktır. Bu süreçte verim sıklıkla düşmekte ve birey depresyona girmektedir. Hatta psikolojik şiddetin sonu intiharla bile sonuçlanabilir. Sağlık çalışanları için de psikolojik şiddete kanser benzetmesi yapılabilir. İyileştirici önlemler alınmazsa kısa sürede sağlık hizmeti sunan ekibin tamamına yayılabilir. Genelde bu olumsuzlukları istifa, işine son verme, erken emeklilik, anlaşmalı veya anlaşmasız işten çıkarılma izlemektedir (63).

2.5.3. Sağlık Sektöründe Duygusal Taciz

Sağlık sektörü dünyada ve ülkemizde diğer mesleklere oranla kadın çalışanların çokluğuyla dikkat çekmektedir. Ayrıca bazı koşullarda doktor ve hemşireler 32 saat aralıksız nöbet tutmak durumunda kalmaktadır. Bu koşullarda uygulanan baskıcı yıldırıcı saf dışı bırakıcı yaklaşımlar psikolojik şiddet saldırısını doğurmaktadır. Günlük sıkıntılar, nöbetler, aşırı hasta yükü ve araştırmaların getirdiği yoğun stresten bunalan genç doktorlar ve hemşireler, bütün bunlar yetmezmiş gibi baskıcı yöneticiler tarafından psikolojik şiddet sendromuyla karşı karşıya bırakılmaktadır (64).

Yapılan bir araştırma İngiltere’de hemşirelerin %38’inin bir önceki sene şiddete maruz kaldığını ve bunların %42’sinin diğer personel tarafından rahatsız edildiğini göstermiştir. Bir başka çalışmaya göre 462 ebenin %46’sının şiddete

maruz kaldığı ve bunların %55'inin aynı yıl işi bırakmayı düşündükleri rapor edilmiştir (65).

2.6. AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Ameliyathane ortamında çalışan hemşireler, hızlı hasta sirkülasyonu nedeniyle dikkat ve yakın gözlem gerektiren, çok yönlü, dinamik hemşirelik bakımı vermektedirler. Hasta bakım sürecinde problem çözme becerisinin yanı sıra çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç-gereç kullanmak zorundadırlar. Aynı zamanda bu çalışma alanları diğer kliniklere göre daha izole ortamlardır. Bu çalışma koşulları ameliyathane hemşirelerini etkilemekte ve çok yönlü sorun yaşamalarına, stres altında kalmalarına neden olmaktadır (66). Özbayır ve arkadaşlarının ameliyathane hemşirelerinde meslek hastalıklarını konu alan bir çalışmada stresin, iş yerinde verimi düşürdüğü; madde bağımlılığı, obsesif davranışlar, anksiyete ve depresyon gibi durumlara neden olduğu belirtilmiştir (67). Ameliyathane hemşirelerinin anksiyete düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ise hemşirelerin orta düzeyde anksiyete yaşadığı ve ekip içindeki işbirliğini yeterli bulmayanların anksiyete düzeyinin, yeterli bulanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gürsoy ve arkadaşları ise ameliyathane hemşirelerinin anksiyete düzeyinin ve iş doyumlarının orta düzeyde olduğunu ve tükenmişlik alt ölçeklerinden duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (68). Kurum açısından bakıldığında yaşanan sorunlar iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve hemşirelerin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına (69) ve tüm bu faktörler hasta bakımına yansiyarak bakımın kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (70).

2.6.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Tükenmişliğe Sebep Olan Faktörler

İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından “Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde tanımlanmıştır (71). Tükenmişlikle ilgili günümüzde en yaygın kabul gören tanım, Maslach Tükenmişlik Envanterini geliştiren Christina Maslach'a aittir. Maslach, tükenmişlik kavramını; duygusal tükenme (emotional

exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarıya (personel accomplishment) ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele almaktadır (72). Başka bir deyişle Maslach'a göre tükenmişlik "İşi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma, ve düşük kişisel başarı hissi" şeklinde tanımlanmaktadır (73).

Duygusal tükenme; tükenmişliğin bireysel stres boyutunu belirtmekte ve "Bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı" ifade etmektedir (74, 75). Duyarsızlaşma; tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmekte ve kişinin hizmet sunduğu kişilere karşı yönelik negatif, katı tutum göstermesi ve işe karşı tepkisizleşmesidir (74, 75). Düşük kişisel başarı duygusu ise; "Kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması"nı ifade etmektedir (73, 74, 75).

Tükenmişlik sendromuna sebep olan faktörler:

- İş arkadaşları arasında paylaşımın olmaması, rekabete dayalı ilişkiler
- Sonuca bağlanamayan görevlerin verilmesi,
- Yönetimin profesyonel olmaması,
- Verilen sorumluluk ve yetki arasında dengesizliğin olması
- Çalışanlara eşit davranılmaması,
- Gereken takdirin gösterilmemesi,
- İş yerinde dinlenmeye uygun ortamın olmaması,
- Yöneticilerin gerçekçi olmayan beklentileri,
- Birbirleriyle çelişen iş talepleri,
- Aşırı iş yükü,
- Rol çatışması ve rol belirsizliği,
- Uzun çalışma süresi,

- Çalışma ortamının fiziksel koşulları,
- Ücretin düşük olması,
- İş ortamının güvenilir olmaması,
- Mükemmeliyetçi tutum,
- Hayır diyememe,
- Aşırı gelişmiş görev duygusu şeklinde özetlenebilir (76).

2.6.2. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik çalışanların kişilikleri, sosyal hayatları ve iş doyumları üzerinde yıkıcı etkilere neden olabilir. Gerekli önlem alınmadığı takdirde zamanla kurum ve kişinin bünyesini kemiren bir hastalığa dönüşebilir. Yönetimsel bakış açısıyla bunun önemi sadece çalışanların iyilik halinin sorgulanışında değil, bunun yanında kurumda yeterli verimliliğin sağlanması gerçeğinde de aranmalıdır (77). İş yaşamının erken dönemlerinde oluşan tükenmişlik sendromu, uzun dönemde sorun yaratmıyor gibi görünmekte ve çalışanlar bu sendromdan kurtulabilmektedir. Ancak iş yaşamının sonraki dönemlerinde oluşursa ciddi ve uzun süren sorunlara yol açabilmektedir. Tükenmişliği yaşayan kişi, genelde kişisel mesleki doyumsuzluk ve yorgunluğun karmaşık bir duygulanımını yaşadığının farkına varır. Ancak bu duyguların dile getirilmesinin acı oluşu ve belirgin belirtilerin olmayışı, bu durumun sıklıkla göz ardı edilmesine neden olur. Bunun bedeli ise gittikçe artan bir şekilde işten soğumadır. İşe gitmeyi istememe, yüklenmişlik, tahammülsüzlük, kendinden şüphelenme ve kendi imajına uygun olmayan şekillerde davranma görülür (78). Araştırmalar, tükenmişliğin çok ciddi sonuçları olduğunu ortaya koymaktadır. Yoğun bir tükenmişlik durumu, bireylerde ciddi psikosomatik rahatsızlıklara neden olmakta, işten ayrılma, iş doyumsuzluğu, uykusuzluk, evlilik ve aile yaşantısında sorunlar, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi sorunlara yol açmaktadır. İş ve iş dışında genel olarak insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluklar, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma, düşük iş performansı, azalmış verim ve düşük performanstan kaynaklanan hizmetin niteliğinde bir bozulma, İşteki kaza ve yaralanmalarda artma, işe geç

gelmelerde artış, hastalıktan kaynaklanan nedenlerle işe gelmemelerde artış, her fırsatta iş ortamından uzaklaşma eğilimi, evraklarla ilgili sahtekarlıklar, işi bırakma eğilimi veya niyetindeki artış şeklinde sonuçlar görülebilmektedir. Bireylerin tükenme yaşamaları aynı zamanda kendilerinden hizmet alan kişiler tarafından olumsuz şekilde eleştirilmelerine de yol açmaktadır. Bireyin düşük iş performansı göstermesi, sürekli olarak işte bulunmaması, işle ilgili işlevlerini yerine getirmemesi ile sonuçlanan tükenmişlik sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (78). Bu nedenle iş yaşamında tükenmişlik sendromuna sebep olan faktörler ortadan kaldırılarak sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma ile cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkileri; duygu ve düşüncelerine yansıması; yapılan işi nasıl etkilediği ile ilgili olarak hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Araştırmanın şekli görüşlerin belirlenmesine yönelik tarama modelinde betimsel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Bu çalışmanın verileri, Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya illerindeki üniversite, eğitim-araştırma, devlet ve özel hastanelerinin ameliyathanesinde görev yapan hemşirelerden elde edilmiştir. Bu çalışma için hedeflenen katılımcı sayısı tamamlanıncaya kadar Şubat 2011 ve Nisan 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya illerindeki üniversite, eğitim-araştırma, devlet ve özel hastanelerinin ameliyathanesinde belirtilen tarihler arasında görev yapan 550 ameliyat hemşiresi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bulunan 100 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması $32,8 \pm 7,13$ olup (min: 21 – max: 48), %70'inin evli, %51'inin önlisans mezunu olduğu ve %56'sının devlet hastanesinde çalıştığı saptanmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Ameliyat hemşirelerine uygulanan anket formu 29 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca 22 maddeden oluşan Maslach tükenmişlik envanteri ile 34 maddeden oluşan Sürekli öfke ve öfke

ifade tarzı ölçeği uygulanmıştır. Araştırmaya katılan ameliyat hemşirelerine yönelik ankette yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, meslekteki toplam çalışma süresi, ameliyat hemşiresi olarak çalışma süresi ve görev alınan cerrahi bölümler, çalışma ortamından memnuniyet durumu, gergin davranışlara neden olan durumlar ve bu davranışlara tepkileri belirleyici sorular sorulmuştur.

3.5. VERİ TOPLAMA FORMUNUN UYGULANMASI

Anket formları araştırma amacına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumlarda iş yoğunluğunun az olduğu zaman dilimlerinde anketlerin dağıtılması planlanmış ve böylelikle, sağlıklı verilerin elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu aşamalardan sonra hemşirelere çalışmanın amacı anlatılmış, kabul edenlere gerekli olan açıklamalar yapılarak anket formları dağıtılmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

100 ameliyat hemşiresinden elde edilen veriler SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences for Windows 11.5) paket programına kodlanarak girilmiştir. Verilerin analizinde araştırma sorularına, katılımcı sayısına ve verilerin yapılacak olan istatistiksel analizin sayıltılarını karşılayıp karşılamaması durumuna göre t testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ve ANOVA testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır

4. BULGULAR

Cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bu çalışmada katılımcılara ait betimsel istatistikler analiz sonuçlarına göre tablolarla şekillendirilmiş olup, ayrıntılar belirtilmiştir.

Tablo 4.1:Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Bireysel Özellikler		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	92	92
	Erkek	8	8
Medeni Durum	Evli	70	70
	Bekar	30	30
Mezun Olunan Okul	Ön Lisans	51	51
	Lisans	27	27
	Sağlık Meslek Lisesi	18	18
	Yüksek Lisans	4	4

Çalışmaya dahil olan katılımcıların Tablo 4.1’ de de görüldüğü gibi % 92’si kadın ve % 8’i erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun cinsiyetinin kadın olması anlamlı sonuç vermeyeceğinden çalışmamızda cinsiyet gözardı edilmiştir. Katılımcıların %70’i evli olup %30’u bekadır. Hemşirelerin mezuniyet durumları incelendiğinde, %51’inin ön lisans, %27’sinin lisans, %18’inin sağlık meslek lisesi ve %4’ünün yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2:Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

Mesleki Özellikler		Frekans	%
Ameliyat hemşiresi olarak çalışma süresi	2 yıl üzeri	66	66
	1 yıl üzeri-2 yıl	20	20
	6 ay üzeri-1 yıl	9	9
	0-6 ay	5	5
Görev	Hem steril hem sirküler hemşire	79	79
	Steril hemşire	20	20
	Sirküler hemşire	1	1
Çalışma Şekli	Gündüz ve gece	77	77
	Sürekli gündüz	23	23

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcıların% 66’sı 2 yıl ve üzeri, %20’ si 1-2 yıl arası , %9’ u 6-12 ay arası ,%5’i 0-6 ay arası ameliyat hemşiresi olarak çalıştığını belirtmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ameliyathane deneyimlerinin olduğu söylemek mümkündür. Ayrıca katılımcıların ameliyathanedeki görevleri ele alındığında % 79’unun hem steril hem sirküler, % 20’ sinin yalnızca steril, %1’ inin de sirküler hemşire olarak çalıştığı görülmüştür. Katılımcıların çalışma şeklinin % 77 gündüz ve gece; %23 sürekli gündüz olduğu belirtilmiştir.

Tablo 4.3:Katılımcıların Çalışma Alanlarından Memnuniyetleri

	Frekans	%
Gergin davranışlara maruz kaldığımda memnun olmuyorum (Bazen)	76	76
Çok Memnunum (Genellikle)	20	20
Memnun değilim; çalışma alanımdan nefret ediyorum (Hiçbir zaman)	4	4
Toplam	100	100

Tablo 4.3'e göre katılımcılara yöneltilen "Çalışma alanınızdan memnun musunuz?" sorusuna hemşirelerin % 76'sı "gergin davranışlara maruz kaldığımda memnun olmuyorum" diyerek çalışma alanlarından bazen memnun olduklarını; % 20'si "çok memnunum" diyerek çalışma alanlarından genellikle memnun olduklarını ve % 4'ü "memnun değilim; çalışma alanımdan nefret ediyorum" diyerek çalışma alanlarından hiçbir zaman memnun olmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.4:Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Kurumlar	N	%
Devlet hastanesi	56	56
Üniversite	22	22
Eğitim ve araştırma hastanesi	13	13
Özel hastane	9	9
Toplam	100	100

Çalışmaya katılan 100 hemşirenin çalıştığı kurumlar incelendiğinde, Tablo 4.4'te de gösterildiği gibi, % 56' sının devlet, % 22' sinin üniversite , % 13' ünün eğitim ve araştırma, % 9' unun ise özel hastanede çalıştığı bilgisi elde edilmiştir.

Tablo 4.5:Katılımcıların Ağırlıklı Olarak Görev Aldıkları Cerrahi Bölümler

Cerrahi Bölümler	Frekans	%
Genel Cerrahi	41	21
Kadın Hastalıkları ve Doğum	34	17
Çocuk Cerrahisi	31	16
Ortopedi ve Travmatoloji	29	15
Kalp ve Damar Cerrahisi	15	8
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	14	7
Beyin Cerrahisi	13	6,5
Üroloji	11	5,5
Plastik Cerrahi	8	4
Göğüs Cerrahisi	3	1,5

Katılımcıların ağırlıklı olarak yer aldıkları bölümler birden fazla olup, Tablo 4.5’ te ameliyathanede yer alan cerrahi bölümlerin işaretlenme frekans ve yüzdeleri ile belirtilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan katılımcılar % 21 Genel Cerrahi, %17 Kadın Hastalıkları ve Doğum, % 16 Çocuk Cerrahisi, %15 Ortopedi ve Travmatoloji, %8 Kalp ve Damar Cerrahisi, %7 Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, %6,5 Beyin Cerrahisi, % 5,5 Üroloji, %4 Plastik Cerrahi ve %1,5 Göğüs Cerrahisi bölümünde görev almaktadır.

Tablo 4.6:Katılımcıların Ameliyathane Ortamında En sık Karşılaştıkları Sorunlar

Karşılaşılan Sorunlar	Frekans	%
Ameliyathanedeki malzeme yetersizliği	60	46,5
Ameliyathanedeki personel yetersizliği	48	37
Normal mesai saati dışında çok fazla çalışmak	21	16,2

Katılımcıların ameliyathanede en sık karşılaştıkları sorunların işaretlenme sıklığı şöyledir; “ameliyathanedeki malzeme yetersizliği” % 46,5; “ameliyathanedeki personel yetersizliği” % 37 ve “normal mesai saati dışında çok fazla çalışmak” %16,2. Birden fazla şikâin de işaretlenebildiği bu durumun sonuçları Tablo 4.6’ da gösterilmektedir.

Tablo 4.7:Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kalma, etkilenme durumları

Cerrahın Tepkisine Maruz Kalma	Frekans	%
Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (Biraz).	49	49
Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (Orta Düzeyde).	26	26
Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (Çok).	17	17
Hayır maruz kalmadım.	4	4
Evet, maruz kaldım ama beni etkilemedi.	4	4

Tablo 4.7’ de katılımcıların ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kalma, etkilenme durumları listelenmiştir. Buna göre; hemşirelerin %49’ u ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kaldığını ve biraz etkilendiğini; % 26’ sı maruz kaldığını ve orta düzeyde etkilendiğini; % 17’ si ise maruz kaldığını ve çok etkilendiğini belirtmiştir.% 4’ü maruz kalmadığını; % 4’ ü ise belirtilen davranışlara maruz kaldığını ancak etkilenmediğini belirtmiştir. Buna göre katılımcıların % 96’ sı ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 4.8:Katılımcıların Gergin Davranışlara Maruz Kaldıkları Bölümler

Cerrahi Bölümler	Frekans	%
Genel Cerrahi	38	21,59
Kadın Hastalıkları ve Doğum	32	18,18
Ortopedi ve Travmatoloji	26	14,77
Çocuk Cerrahisi	20	11,36
Kalp ve Damar Cerrahisi	19	10,79
Beyin Cerrahisi	17	9,65
Plastik Cerrahi	9	5,11
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	6	3,40
Üroloji	5	2,84
Göğüs Cerrahisi	4	2,27

Tablo 4.8’ de katılımcıların gergin davranışlara maruz kaldıkları cerrahi bölümler listelenmiştir. Buna göre katılımcılar % 21,59 genel cerrahi, %18,18 kadın hastalıkları ve doğum, %14,77 ortopedi ve travmatoloji, %11,36 çocuk cerrahisi, %10,79 kalp ve damar cerrahisi, %9,65 beyin cerrahisi, %5,11 plastik cerrahi, % 3,4 kulak burun boğaz hastalıkları, %2,84 üroloji ve %2,27 göğüs cerrahisi bölümünde ilgili gergin davranışlara maruz kalmaktadırlar.

Tablo 4.9:Ameliyat Sırasında Cerrahi Sinirlendiren Olayların Dağılımı

Cerrahi Sinirlendiren Olaylar	Frekans	%
Cerrahi el aletlerinin kalitesizliği (makasın kesmemesi, pensetin	85	36,17
Olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesi (Beklenmeyen kanama	81	34,46
Steril saha dışındaki ameliyathane personelinin yetersizliği (çevre	50	21,27
Cerrahi işlem prosedürünü sırasıyla ve zamanında takip	9	3,82
Yapılan ameliyat hakkında bilgi eksikliğim	6	2,55
Ameliyat malzemelerini tanımamda eksiklik	4	1,7

Tablo 4.9’ da ameliyat sırasında cerrahi sinirlendiren olaylar ve yüzdeleri gösterilmiştir. Buna göre bu olayların başında % 36,17 ile cerrahi el aletlerinin kalitesizliği (makasın kesmemesi, pensetin tutmaması vs.) gelirken, % 34,46’lık bir yüzde ile olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesi (Beklenmeyen kanama vs.) ikinci sırada yer almaktadır. Bunları % 21,27 ile steril saha dışındaki ameliyathane personelinin yetersizliği (çevre ekipmanları kontrol zayıflığı, istenen malzemeleri yanlış ve gecikmeli getirmesi vs.), %3,82 ile cerrahi işlem prosedürünü sırasıyla ve zamanında takip edememek, %2,55 ile yapılan ameliyat ile ilgili bilgi eksikliği ve %1,7 ile ameliyat aletlerini tanımada eksiklik izlemektedir.

Tablo 4.10:Ameliyat Esnasında Yetersiz Kaldığınızda Cerrahın Hemşirelere Tepkilerinin Dağılımı

Cerrahın Tepkisi	Frekans	%
Yüksek sesle bağırma	66	46,47
Normal ses tonuyla uyarma	43	30,28
Aletleri fırlatma	24	16,9
Ameliyathaneden kovma	9	6,33

Ameliyat esnasında hemşirelerin yetersiz kalmaları durumunda cerrahların verdikleri tepkiler Tablo 4.10' da gösterilmiştir. Bu tepkilerin katılımcılar tarafından işaretlenme sıklığı sırasıyla % 46,47 yüksek sesle bağırma, % 30,28 normal ses tonuyla uyarma, % 16,9 aletleri fırlatma, % 6,33 ameliyathaneden kovmadır. Verilen 4 seçeneğin 1'i olumlu 3'ü olumsuz olup bu olumsuz maddelerin işaretlenme sıklığı ise % 69,72'dir.

Tablo 4.11:Ameliyat Sırasında Oluşan Bir Problem Karşısında Birlikte Çalışılan Cerrahın Hemşirelere Tepkilerinin Dağılımı

Cerrahın Tepkisi	Frekans	%
Yüksek sesle bağırma	70	40
Normal ses tonuyla uyarma	39	27,85
Aletleri fırlama	29	20,71
Ameliyathaneden kovma	2	1,42

Tablo 4.11 de ise ameliyat sırasında oluşan bir problem karşısında birlikte çalışılan cerrahların verdikleri tepkiler gösterilmiştir. Bu tepkilerin işaretlenme sıklığı sırasıyla % 40 yüksek sesle bağırma, % 27,85 normal ses tonuyla uyarma, %20,71 aletleri fırlatma, % 1,42 ameliyathaneden kovma'dır. Verilen 4 seçeneğin 1'i olumlu 3'ü olumsuz olup bu olumsuz maddelerin işaretlenme sıklığı ise % 62,15'tir

Tablo 4.12:Ameliyat esnasında cerrahın sinirli-gergin davranışı karşısında Hemşirelerin Tepkilerinin Dağılımı

Hemşirelerin Tepkisi	Frekans	%
Öfkelenirim; ama belli etmem.	63	52,06
Tepki vermem; ama telaşlanırım.	31	25,61
Korkarım; dikkatim dağılır.	18	14,87
Ben de ona aynı şekilde tepki veririm.	7	5,78
Ağlamaya başlarım.	2	1,65

Ameliyat sırasında cerrahların sınırlı ve gergin davranışları karşısında hemşirelerin verdiği tepkiler yüzdeleri Tablo 4.12’ de gösterilmiştir. Bu tepkilerin işaretlenme sıklığı sırasıyla %52,06 “Öfkelenirim; ama belli etmem”; %25,61 “tepki vermem; ama telaşlanırım”; %14,87 “korkarım; dikkatim dağılır”; %5,78 “ben de ona aynı şekilde tepki veririm”; % 1,65 “ağlamaya başlarım” olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.13: Cerrahlar Sınırlı ve Gergin Oldukları Ameliyat Türlerinin Dağılımı

Ameliyat Türleri	Frekans	%
Büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlar	59	59
Büyükliğünden bağımsız tüm işlerde	38	38
Küçük operasyonlar	2	2
Orta büyüklükteki operasyonlar	1	1

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tablo 4.13’ e göre % 59’u cerrahların büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlarda; %38’i ise büyüklüğünden bağımsız tüm işlerde; % 2’si küçük; % 1’i ise orta büyüklükteki operasyonlarda sınırlı ve gergin olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.14:Cerrahlar Sınırlı ve Gergin Oldukları Zaman Aralığının Dağılımı

Zaman Aralığı	Frekans	%
Başlangıcı - ortası arası	49	49
Ortası - sonu arası	43	43
Başlangıcı	8	8

Cerrahların ameliyat süresindeki gerginlik sınırlandırmaları hakkında yapılan analizde ise, Tablo 4.14’ te de gösterildiği gibi hemşirelerin % 49’u cerrahların ameliyatın başlangıcı ve ortası arası; % 43’ü ortası ve sonu arası; % 8’si ise başlangıcında gergin olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.15:Hemşirelerin Ameliyatların Ne Kadarında Cerrahların Gergin Davranışları ve Çevreye Yüksek Sesle Bağırma Maruz Kaldıklarının Dağılımı

Süre	Frekans	%
%40	28	28
%60 ve üstü	21	21
%10	18	18
%50	15	15
%20	15	15
Hiç	3	3

Tablo 4.15’ te hemşirelerin ameliyatın ne kadarında cerrahların gergin davranışlarına ve çevreye yüksek sesle bağırma maruz kaldıklarına bakıldığında sırasıyla hemşirelerin % 28’i ameliyat süresinin % 40’ında; % 21’i % 60’ında ; % 18’i % 10’unda; % 15’i % 50’sinde ve % 15’i % 20’si boyunca cerrahların gergin-sinirli davranışlarına maruz kaldığı ifade etmektedir.Hemşirelerin %3’ü ise ameliyatta hiçbir gergin cerrah davranışına maruz kalmadığını belirtmektedir.

Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da elindeki cerrahi el aletlerini fırlatma sıklığı incelendiğinde katılımcıların %63 bu durumun dönemsel olduğunu, %37’si ise sürekli gözlendiğini aktarmıştır.

Katılan hemşirelerin % 53’ ü ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarının ameliyat esnasındaki koşullar (fiziki mekân-personel-hastanın durumu vs.) iyiyse bile değişmediğini düşünürken, %47’ si değiştiğini düşünmektedir.

Tablo 4.16: Cerrahların Ameliyatlardaki Sinirli-Gergin Davranışlarının Amaçlarının Dağılımı

Cerrahın Amacı	Frekans	%
Cerrahın başka bir olaya kızgınlığını ameliyat ekibine yansıtması	64	45,71
Cerrahın kendi otoritesini sağlama şekli	49	35
Kendini iyi hissetme	9	6,42
Hiçbiri	9	6,42
Hızımın arttırılmasını ve el aletlerini daha doğru bir şekilde	5	3,57
Ameliyattaki dikkat yoğunluğunun artmasını sağlamak	4	2,85

Tablo 4.16’ da göre cerrahların ameliyatlardaki sinirli-gergin davranışlarının amaçlarına bakıldığında seçeneklerin işaretlenme sıklığı sırasıyla % 45,71 “Cerrahın başka bir olaya kızgınlığını ameliyat ekibine yansıtması (şahsi hayatındaki sosyal sıkıntıları vs)”; % 35 “Cerrahın kendi otoritesini sağlama şekli” ; % 6,42 “Kendini iyi hissetme” ve “Hiçbiri”; % 3,57 “Hızımın arttırılmasını ve el aletlerini daha doğru bir şekilde vermeme sağlamak”; % 2,85 “Ameliyattaki dikkat yoğunluğunun artmasını sağlamak”tır.

Tablo 4.17: Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Ellerindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma vb. Davranışları Karşısında Hemşirelerin Tepkilerinin Dağılımı

Hemşirenin Tepkisi	Frekans	%
Doğru bildiklerimi de karıştırdım, performansımı olumsuz etkiler.	70	70
İş düzenimi etkilemez.	23	23
Ameliyata odaklanmamı sağlar, el aletlerini daha hızlı ve dikkatli	7	7

Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışları karşısında araştırmaya katılan hemşirelerin % 70’ i doğru bildiklerini de karıştırdığını ve performansını olumsuz etkilediğini; % 23’ ü bu davranışlardan etkilenmediğini; % 7’si işlerine daha çok

odaklandıklarını, daha dikkatli ve hızlı olduklarını ifade etmektedir. Bu sonuçlar Tablo 4.17’ de frekans bilgileriyle birlikte verilmiştir.

Tablo 4.18:Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Ellerindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma Vb. Davranışlarından Sonra Doktor-Hemşire İlişkilerinde Değişikliklerin Dağılımı

Doktor-Hemşire İlişkisindeki Değişim	Frekans	%
Olumsuz anlamda bir değişiklik oluyor	65	65
Bir değişiklik olmuyor	35	35
Olumlu anlamda bir değişiklik oluyor	0	0

Tablo 4.18’ de ameliyatlarda yaşanan gerginlik sonrası doktor-hemşire arasındaki ilişkide gözlenen değişimler gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 65’i olumsuz anlamda bir değişiklik olduğunu; % 35’i ise ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarından sonra doktor-hemşire ilişkilerinde bir değişiklik olmadığını ifade etmektedir. Ayrıca olumlu anlamda bir değişiklik olduğunu düşünen hiçbir katılımcıya rastlanmamıştır.

Tablo 4.19: Ameliyatlarda Cerrahların Sinirli-Gergin Olma, Yüksek Sesle Bağırma Ya Da Ellerindeki Cerrahi El Aletlerini Fırlatma Vb. Davranışları İle İlgili Yorumların Dağılımı

Hemşirelerin Yorumu	Frekans	%
Bu davranışları doğru bulmuyorum ve gerekli olmadığını	97	97
Bu davranışları doğru bulmuyorum ancak gerekli olduğunu	2	2
Bu davranışları doğru buluyorum ve gerekli olduğunu düşünüyorum.	1	1

Katılımcı hemşirelerin ameliyat esnasında yaşanan gerginliklerle ilgili yorumları incelenmiş ve sonuçlar Tablo 4.19’ da gösterilmiştir. Buna göre hemşirelerin % 97’ si ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarını doğru

bulmadığını ve gerekli olmadığını, %2’ si doğru bulmadığını ancak gerekli olduğunu ve %1’ i de doğru bulduğunu ve gerekli olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.20: Ameliyat Sırasında Gergin Durumların En Aza İndirilmesi İçin Önerilerin Dağılımı

	Frekans	%
Cerrahların kişisel problemlerinden kaynaklıdır; engellenemez	58	36,47
Branş hemşiresi yetiştirilmeli	44	27,67
Çalışılacak ilgili branşta eğitim almak	33	20,75
Ameliyathanede gönüllü hemşirelerin çalışması	24	15,09

Tablo 4.20’ ye göre ameliyatlarda cerrahların sınırlı-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarının en aza indirmeye yönelik önerilerin işaretlenme sıklığı sırasıyla %36,47 “Cerrahların kişisel problemlerinden kaynaklıdır; engellenemez”; % 27,67 “Branş hemşiresi yetiştirilmeli”; % 20,75 “Çalışılacak ilgili branşta eğitim almak”; % 15,09 “Ameliyathanede gönüllü hemşirelerin çalışması” dır.

Katılımcı hemşirelerin MTE’ den elde edilen puan ortalaması ölçeğin “çok nadir” ve “biraz” kategorileri arasında değerlendirilebilir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin nadiren tükenmişlik yaşadığı söylenebilir. Yine hemşirelerin SÖTÖ’ den elde edilen puan ortalaması aynı ölçeğin “hiç” ve “bazen” kategorileri arasında değerlendirilebilir. Diğer bir ifadeyle hemşirelerin yine nadiren öfke duydukları söylenebilir.

Tablo 4.21: Hemşirelerin MTE’ den Elde Edilen Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre MWU Testi Sonuçları

		N	Sıra	Sıra Toplamı	MWU	P
MTE	Evli	67	45,69	3061,00	783	0,204
	Bekar	28	53,54	1499,00		

Tablo 4.22: Hemşirelerin SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Medeni Durum Değişkenine Göre t Testi Sonuçları

		N	Ortalama	Ss	Sd	t Testi	P
SÖTÖ	Evli	67	68,67	9,71	93	0,376	0,708
	Bekar	28	69,51	10,48			

Tablo 4.21 ve Tablo 4.22 birlikte incelendiğinde MTE ve SÖTÖ' den elde edilen toplam puanların dağılımları göz önünde bulundurularak MTE' den elde edilen puan ortalamalarının medeni duruma göre değişip değişmediği MWU testi ile SÖTÖ' den elde edilen puanların ortalamasının medeni duruma göre değişip değişmediği ise t testi ile incelenmiştir. Buna göre MTE' den elde edilen puan ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($U=0783$, $p>0,05$). Benzer şekilde SÖTÖ' den elde edilen puan ortalamaları da yine medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($t_{93}=0376$, $p>0,05$).

Tablo 4.23: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Mezun Oldukları Okul Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları

Eğitim Durumu	N	Sıra	Sd	X ²	p	Anlamlı fark
Sağlık meslek	18	48,22	3	8,60	0,035	Ön Lisans – Lisans; Ön Lisans – Yüksek Lisans
Ön lisans	49	42,83				
Lisans	26	56,73				
Yüksek lisans	4	77,88				
Doktora						

MTE' den elde edilen puan ortalamalarının mezun olunan okullara göre değişip değişmediği MTE' nin puan dağılımı da göz önünde bulundurularak Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Tablo 4.23'e göre MTE' den elde ettikleri puanlar mezun

oldukları okula göre farklılık göstermektedir ($X^2=8,60$, $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ikili Mann Whitney U testine göre Ön Lisans mezunu hemşirelerin MTE' den aldıkları puanlar Lisans ve Yüksek Lisans mezunu hemşirelerden anlamlı düzeyde farklı çıkmış olup bu fark Ön Lisans mezunu hemşirelerin aleyhinedir.

Tablo 4.24: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Mezun Oldukları Okul Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalamaları	F	p	Anlamlı fark
Gruplararası	1193,643	3	397,881	4,55	0,005	yüksek lisans - sağlık meslek lisesi; yüksek lisans-ön lisans; yüksek lisans - lisans
Gruplarıçi	8138,994	93	87,516			
Toplam	9332,637	96				

SÖTÖ' den elde edilen puan ortalamalarının mezun olunan okullara göre değişip değişmediği SÖTÖ' nin puan dağılımı da göz önünde bulundurularak Tek Yönlü ANOVA testi ile incelenmiştir. Tablo 4.24' e göre SÖTÖ' den elde ettikleri puanlar mezun oldukları okula göre farklılık göstermektedir ($F=4,55$, $p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc testine göre yüksek lisans mezunlarının SÖTÖ' den elde ettikleri puanların diğer tüm gruplarından daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.25: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Aylık Gelir Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları

MTE	N	Sıra Ortalamaları	Sd	X ²	P
750-1000	1	7,50	3	3,41	0,332
1001-1500	19	54,76			
1501-2000	59	49,15			
2001 ve üzeri	18	44,72			
Toplam	97				

MTE' den elde edilen puan ortalamalarının aylık gelire göre değişip değişmediği MTE'nin puan dağılımı da göz önünde bulundurularak Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Tablo 4.25' ye göre MTE' den elde ettikleri puanların aylık gelire göre farklılık göstermemektedir ($X^2=3,41$ $p>0,05$). SÖTÖ' den elde edilen puan ortalamalarının aylık gelire göre değişip değişmediği SÖTÖ' nin puan dağılımı da göz önünde bulundurularak Tek Yönlü ANOVA testi ile incelenmiştir. Tablo 4.26' ye göre SÖTÖ' den elde ettikleri puanların aylık gelire göre farklılık göstermemektedir ($F=0,967$, $p>0,05$).

Tablo 4.26: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Aylık Gelir Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalamaları	F	P
SÖTÖ	Gruplararası	335,088	3	111,696	0,967	0,412
	Gruplarıçi	10742,848	93	115,514		
	Toplam	11077,937	96			

Tablo 4.27: MTE' den Elde Edilen Puanlarının Çalıştığı Kurum Değişkenine Göre Kruskal Wallis Sonuçları

MTE	N	Sıra	Sd	X ²	p	Anlamlı Fark
Üniversite	21	69,10	3	29,38	0,000	Ünv. Hast.- Devl.Hast.; Ünv.Hast.-Özel Hast.; Eğt. Arş. Hast -Devl. Hast.
Eğitim ve araştırma	12	72,58				
Devlet hastanesi	55	38,69				
Özel hastane	9	33,67				
Toplam	97					

Tablo 4.28: SÖTÖ' den Elde Edilen Puanlarının Çalıştığı Kurum Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları

		Kareler	Sd	Kareler	F	p	Anlamlı Fark
SÖTÖ	Gruplararası	1386,477	3	462,159	5,41	,002	Özel Hast- Üniv.Hast; Devlet Hast- Ünv Hast Özel Hast. – Eğt ve Arş. Hast;
	Gruplarıçi	7946,160	93	85,443			
	Toplam	9332,637	96				

MTE' den elde edilen puanların çalışılan kuruma göre farklılık gösterip göstermediği Kruskal Wallis ile incelenmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=29,38;p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ikili Mann Whitney U testine göre Üniversite Hastanesi çalışanlarının MTE' den elde ettikleri puanlar Özel Hastane ve Devlet Hastanesi çalışanlarından daha fazla olduğu; yine Eğitim ve araş. Hastanesi çalışanlarının MTE' den elde ettikleri puanlar da Özel Hastane çalışanlarından daha fazla olduğu bulgusuna rastlanmıştır. Bulgular Tablo 4.27 ve 4.28' da gösterilmiştir.

MTE' den elde edilen puanların çalışılan kuruma göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile incelenmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($F=5,41;p<0,05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ikili Post Hoc testine göre Üniversite Hastanesi çalışanlarının MTE' den elde ettikleri puanlar Özel Hastane ve Devlet Hastanesi çalışanlarından daha fazla olduğu; yine Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının MTE' de elde ettikleri puanların da Özel Hastane çalışanlarından daha fazla olduğu bulgusuna rastlanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız üniversite, eğitim araştırma, devlet ve özel hastanelerini kapsayan ve bu hastanelerin ameliyathanelerinde çalışan hemşirelerin cerrahi hekimlerin gergin davranışları karşısında nasıl etkilendiklerini ve bu durumun iş performanslarına nasıl yansıdığını değerlendirmeyi amaç edinmiştir.

Çalışmaya katılan 100 katılımcının demografik bilgileri, eğitim bilgileri, iş yeri çalışma süreleri ve koşullarının yanı sıra cerrahların davranış biçimleri ve bunların hemşireler tarafından nasıl yorumlandığı incelenmiştir. Katılımcıların %66'sı 2 yıl ve üzerinde ameliyathane hemşireliği yapmış, %77'si gece-gündüz vardiyalı sistemde çalışan, yaş ortalaması $32,8 \pm 7,13$ (min: 21- max: 48) ve meslekte çalışma süreleri ortalama 12 yıl olan hemşirelerdir.

70 hemşirenin evli olduğu katılımcı grubumuzda medeni duruma bağlı bir gerginlik de söz konusu değildir. Medeni durumun, literatürdeki diğer çalışmalara paralel olarak, hekim hemşire arasında yaşanan mesleki gerginlikle herhangi bir anlamlı ilişkisi olduğu söylenemez (66).

İncelenen grupta hemşirelerin yaş ortalaması $32,8 \pm 7,13$ (min:21 - max: 48) bulunmuştur.Yapılan analiz sonuçları çalışmamızda yaş faktörünün anlamlı bir etkisi olmadığını gösterse de Bölükbaş ve arkadaşları ve Güliz Kara' nın yaptığı diğer çalışmalar 20 yaş altı ve 40 yaş üstü hemşirelerde gerginlik yaşama durumunun daha fazla olduğunu göstermektedir. 20 yaşın altındakilerde mevcut olan gençlik ve tecrübesizlik bu duruma sebep olabilecekken, 46 yaş üstündeki hemşirelerde olası bıkkınlık, otoriteyi kabul edememe gibi sebepler dikkate alınmalıdır (79, 80).

Ülkemizdeki literatür bilgileri incelendiğinde; hemşirelerde tükenmişlik sendromu ve tükenmişliğe yol açan sosyodemografik faktörler, depresyon, iş doyumu, anksiyete düzeyi gibi konuların hizmet verilen birimlere göre değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (81-79).

Bizim çalışmamızda ise ameliyathane hemşirelerinin nadiren tükenmişlik ve öfke yaşadığı, tükenmişlik ve öfke ölçeği puanlarında medeni durum ve aylık gelir faktörünün etkili olmadığı saptandı. Ancak eğitim düzeyine göre tükenmişlik puanları incelendiğinde, ön lisans mezunu hemşirelerin tükenmişlik ölçeği puanları, lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelere göre anlamlı bulunmuştur. Bu fark ön lisans mezunu hemşireler aleyhinedir. Yüksek lisans mezunu hemşirelerin öfke ölçeği puanları ise diğer gruplardan daha fazladır.

Çalışma süreleri incelendiğinde katılımcıların % 66'sı 2 yıl ve üzeri; %20'si 1-2 yıl arası; %9'u 6-12 ay arası ve %5'i 0-6 ay arası ameliyat hemşiresi olarak çalıştığını belirtmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ameliyathane deneyimlerinin olduğu söylemek mümkündür.

Demir ve arkadaşları 333 hemşirede, meslekte geçirilen süre ile alt ölçeklerden sadece kişisel başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu, diğer alt ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirmişlerdir(86) . Literatürde hem hemşirelerle, hem de farklı meslek grupları ile yapılmış benzer sonuçların bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır (87, 88, 89).

Eğitim durumu ve bunun yarattığı farklılıklar hekim ve hemşire arasındaki ilişkide büyük rol oynamaktadır. Hemşireler için standart bir eğitimin olmayışı, hemşirelik eğitiminin meslek okulu, önlisans, lisans gibi derecelendirilmesi ancak seçimin tercihe bırakılması, doktorlar için ise belirli ve standart bir eğitim oluşu bu iki grup arasında bir düzey farkı yaratmaktadır. Bu fark donanım farkı, iletişim farkı, sosyal statü farkı ve sosyopsikolojik farklılıklardır. Hekimlerin aldıkları eğitimde edindikleri usta-çırak ilişkisi, hastane ortamında da ast-üst ilişkisi kurmalarına ve hemşirelere astları gibi davranmalarına neden olmaktadır. Bu durum ise iki grup arasındaki tatsızlıkların ve gerginliklerin asıl sebebi olmaktadır. Bir grup hemşire ast konumunda muamele görüp pasif tutulmaktan hoşlanmazken; bir diğer grup ise bunu kabullenerek doktorlarla iletişimini bozmamaya özen göstererek yaşanan gerginliklere karşı tavır koymamaktadır. Bir diğer açıdan incelenecek olursa hekimler aldıkları uzun eğitim sonucu yaşça hemşirelerden daha büyük olduğu için araya giren yaş farkı da bahsi geçen usta-çırak veya ast-üst ilişkisini körüklemektedir. Kendilerine bahsedilen sebeplerle amir görevi üstlenen doktorlarla

hemşireler arasında yaşanan sorunlar artmaktadır. Hekimlerin hemşireleri küçümsemesi, hemşirelerin doktorlara karşı negatif bakış açısı, ameliyathane koşullarının zorluğu gibi sıkıntılarla birlikte de gerginlik yaşama sıklığı artmaktadır (80, 53). Bizim çalışmamızda da ön lisans mezunu hemşirelerin MTE'den elde edilen puanları diğer gruplara göre daha fazladır.

Araştırmamızda MTE ve SÖTÖ çalışılan kurumlar açısından incelendiğinde, üniversite hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve öfke ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucumuza paralel olarak, Brezilya'da, Moreira ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, hasta sayısının ve hastane birimlerinin fazla olduğu geniş ölçekli hastanelerde çalışan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik içinde olduğu görülmektedir (90). Bu sonuç, üniversite hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde hemşirelerin fazla sayıda hasta bakmaları, hasta profilinin daha kompleks olması, takip ve tedavilerinin daha yoğun olması, fazla mesai yaparak çalışmak, yeterli izin kullanamamak, hemşire sayısının azlığı gibi faktörlerle açıklanmaktadır. Araştırmamızda "çalışma alanından memnun musunuz?" sorusuna hemşirelerin %76'sı gergin davranışlara maruz kaldıklarında memnun olmadıklarını bu nedenle çalışma alanlarından bazen memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %96'sı ameliyathanede cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ve cerrahi alet fırlatma gibi davranışlarına maruz kaldıklarını, hemşirelerin %49'u bu durumdan biraz etkilendiğini, %26'sı orta düzeyde ve %17'si çok etkilendiğini belirtmiştir. Çalışmamızda ameliyat sırasında oluşan bir problem karşısında birlikte çalışılan cerrahın hemşirelere tepkileri, %40 yüksek sesle bağırma, %27 normal ses tonuyla uyarma, %20 alet fırlatma olarak belirlenmiştir. Hekimler tarafından bağırma/sesini yükseltme, özel bir şekilde, meslektaşlarının önünde ve hastaların/diğerlerinin yanında azarlama, incitici/zarar verici kızgınlık, saygısızlık, aşağılama gibi yıkıcı davranışların ekip üyelerinin morali, ekibin başarısı, verimlilik, hasta bakımının kalitesi, hemşirelerin memnuniyeti ve işe devam etme durumları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (91, 92, 93). Akyürek ve arkadaşları bir üniversite hastanesinde hemşirelerin %84'ünün hekimlerin yıkıcı davranışları ile karşılaştıklarını ve bu davranışlar nedeni ile olumlu bir çalışma ortamının olmadığını,

hemşirelerin işten ayrılma niyetlerinin olduğunu ve işten ayrılanların sayısının azımsanmayacak kadar çok olduğunu saptamıştır.

Benzer şekilde, Rosenstein'in hekim-hemşire ilişkilerini ve bu ilişkinin hemşirelerin iş doyumunu üzerine etkisinin incelediği araştırmaya katılan hekimler, hemşireler ve hastane yöneticileri, hekim-hemşire ilişkisinin hizmet sunumunda önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, hekimlerin hemşireleri küçük düşürücü tavırlarının ve davranışlarının olduğu, bunun da hemşirelerin iş doyumunun azalmasına ve işten ayrılmalarına sebep olduğu tespit edilmiştir (93). Bizim çalışmamızda ise, hemşirelerin %65' i cerrahların ameliyattaki olumsuz davranışlarının hekim-hemşire ilişkilerinde olumsuz değişikliğe neden olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda ameliyethenede en sık karşılaşılan sorunun %46 malzeme yetersizliği, %37 personel yetersizliği, %16 normal mesai saatinden fazla çalışmak olarak saptanmıştır. Cerrahların sinirli-gergin olma nedenleri, %36 aletlerin kalitesizliği, %34 olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesi, %21 steril saha dışında ameliyathane personelinin yetersizliği olarak belirlenmiştir. Kara'nın hekim hemşire anlaşmazlıklarını ve nedenlerini inceleyen çalışmasında ise, hekimlerle hemşirelerin yaşadığı en temel sorunlar bizim çalışmamızdan farklı olarak görev tanımıyla ilgili sorunlar, iletişim kopukluğu ve orderler olarak belirtilmektedir (80).

Tespit edilen sorunların farklı olmasının nedeni bizim çalışmamızda spesifik olarak cerrah ve ameliyethane hemşiresi ilişkisi baz alınırken, diğer çalışmada birim farkı gözetmeksizin temel olarak hekim hemşire sorunlarının incelenmesindedir. Her iki çalışmada da spesifik nedenler incelendiğinde Kara'nın çalışmasında hemşirelerin %79'u yeterli sayıda tıbbi malzeme olmayışı hekimlerle olan ilişkileri gerginleştirdiğini ifade ederken, bizim çalışmamızda da ameliyethenede en sık karşılaşılan sorun %46 malzeme yetersizliği olarak görülmektedir.

Hekim-hemşire ortak çalışmasının bir takım işi olması sebebiyle yarattığı avantajların dışında mevcut dezavantajlar hastanelerde yaşanan gerginlikleri açıklamada yardımcı olmaktadır. Özellikle ameliyatlarda takım çalışması sebebiyle sorumluluk dağılır, hedef ortak olmasına rağmen görev dağılımı diğer grup

arkadaşlarını riske atar, kişilerin mesleki yeterliliklerindeki dengesizlikler sebebiyle tedirginlik oluşur ve kişiler arasındaki iletişim sorunu sebebiyle grup içi tartışmalar gözlenir. Kişisel iletişim ve birlikte çalışma etkenleri dışında çalışılan ortam da gerginlik üzerinde belirleyicidir. Bölükbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada incelenen hastane bölümleri arasında ameliyathanelerin dahili birimlere oranla daha gergin iletişimlere sahip olduğunu görülmüştür. Benzer şekilde, Kara' nın çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre hekimlerle en çok sıkıntı yaşadığı bölümün cerrahi servisler olduğu, ameliyathane hemşirelerinin tamamının görev karmaşası yaşadığı belirtilmiştir.

Buradan yola çıkarak ameliyathanede çalışan doktor ve hemşirelerin görevli oldukları tıbbi birimin iş yükü ve ciddiyetiyle orantılı olarak daha çok gerginlik yaşadığını söyleyebiliriz (79). Bizim çalışmamızda ise bu sonuçlara paralel olarak, hemşirelerin %59'u cerrahların sinirli ve gergin oldukları ameliyat türlerini büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlar olarak tanımlamışlardır. Ayrıca cerrahi birimler arasında da farklılıklar saptanmıştır. Cerrahların sinirli ve gergin davranışlarına maruz kalma durumu cerrahi birimlerin dağılımına göre en fazla %21,59 genel cerrahi bölümünde iken, en az %2,27 ile göğüs cerrahisi bölümünde görülmektedir.

Hemşirelerin %63' ü bu gerginliğin dönemseldiğini düşünürken, %53'ü de koşullar iyi olsa bile gerginlik gözlendiğini ve bu durumun cerrahın psikolojik durumuyla ilgili olduğunu söylüyor. Buna bağlı olarak da cerrahın gerginliğini indirmek için bir şey yapılamayacağını; çünkü durumun kişisel olduğunu belirtiyorlar. Çalışmamızda ameliyat sırasında cerrahın sinirli ve gergin davranışı karşısında hemşirelerin % 52'si öfkelenediklerini ama belli etmediklerini, %25'i ise tepki vermediklerini ama telaşlandıklarını ifade etmişlerdir. Yine ameliyatta cerrahların gergin davranışları karşısında hemşirelerin %70'i doğru bildiklerini de karıştırdıklarını ve bu durumun performanslarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Kara' nın çalışmasında ise, hemşirelerin %86'sının hekimle aralarında bir sorun olduğunda konuştuklarını, % 67'si sorunu onun da fark etmesi için tavır aldıklarını, %55'i hiçbirşey olmamış gibi işine devam ettiklerini, %69'u sorunu sorumlu hemşirelere ilettiklerini ifade etmişlerdir.

Cerrahların gösterdikleri negatif tepkilerden hemşirelerin çoğunun olumsuz etkilendiği, bu durumun performanslarına kötü yansıdığı, aynı zamanda doktor-hemşire ilişkilerinin yine bu sebeple zedelendiği fakat çoğunlukla da hemşirenin öfkesini dışarı belli etmeyip çalışmaya devam ettiği gözlenmiştir. Katılımcıların %97'si haklı olarak durumu doğru bulmadıklarını da eklemiştir. En çok ameliyatın yolunda gitmemesi, olumsuz çevre koşulları ve yetersizlik gibi sebeplerle gerginlik yaşayan doktorların, bu durumu yüksek sesle bağırma olarak dışarı vurdukları belirtilmiştir. Cerrahları ameliyathanede sinirlendiren olayların çoğunluğunun hemşirelerin bireysel eksikliklerinden kaynaklanmadığı çoğunlukla çevresel faktörlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Genellikle ameliyatın ortasına doğru artan gerginliklerin, ameliyat süresinin %40' ı gibi uzun bir süresinde de hissedildiği sonucuna varılmıştır.

Yaşanacak teknik sorunlar, donanımla ilgili eksiklikler, bilgi eksikliği, teknik yetersizliklerin yanısıra kişisel iletişim becerisi de cerrah-hemşire ilişkisinde önemli rol oynar. Akyürek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahların gergin ve agresif tavırlarının hemşirelerin performansındaki kötü etkileri ve hatta işten ayrılmaya sebep olduğu tartışılmakta ve bu durumun psikolojik olarak kötü yönde tesir ettiği bizim çalışmamızla paralellik göstererek anlatılmaktadır (54).

Çalışma süresi ve aylık kazanç analizleri yapıldığında, hemşirelerin bölümde ne kadar çalıştıklarının yaşanan gerginlikle istatistiksel bir ilgisinin olmadığı; ancak tecrübenin kişisel yetersizlik üzerindeki etkisi sebebiyle durumla bağlantısı olabileceği söylenebilir. Elde edilen maaşla ilgili ise herhangi bir değer elde edilmemiş ve durumla bağlantısı bulunmamıştır.

Hekim-hemşire arasında incelenen gerginlik vakaları başka bir açıdan daha önem taşımaktadır. Dünya çapında bilinen adıyla “mobbing” ya da “work place bullying” iş yerinde psikolojik taciz olarak ele alınmakta ve ciddi tartışmalara sebep olmaktadır. Işıl Birik' in çalışmasında incelendiği gibi aynı iş yerinde çalışan kişilerin birbirlerine psikolojik tacizde bulunmaları, işten uzaklaştırmak için kasıtlı gerginlik yaratmaları, performans düşürmek dolayısıyla daha çok söz sahibi olabilmek için meydana getirdikleri yapay gerginlikler ve buna maruz kalan

Çalışanların yaşadığı sıkıntılar iş hayatinde oldukça sık gözlenen ve sıkıntı yaşatan durumlardır. Cerrah-hemşire ilişkisindeki gerginliklerin sıklığı, niteliğı, sebebi ve içeriğini incelemek olası bir kasıt ve kötü niyeti ortaya çıkarmak açısından da faydalı olabilir. Durumun açığa kavuşturulması, iş yeri güvenliğı ve huzurunun etik bakış açısıyla düzenlenmesi ve bu durumun hastalara yansımasının engellenmesi açısından da oldukça önem taşıyan bir konudur (94).

Çalışmamızda cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarına hemşirelerin %96'sının maruz kaldığı, bu durumdan olumsuz yönde etkilendikleri ve bu davranışlar karşısında fkelendikleri; ancak belli etmedikleri görülmüştür. Ayrıca cerrahları ameliyathanede sinirlendiren olayların genellikle çevresel faktörlerden kaynaklandığı dşnlmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

1. 70 hemşirenin evil olduğu katılımcı grubunda medeni duruma bağlı bir gerginlik söz konusu değildir. Medeni durumun cerrahi hekim-hemşire arasında yaşanan mesleki gerginlikle herhangi bir anlamlı ilişkisi olmadığı gözlenmektedir.
2. İncelenen grupta olup yaş ortalaması $32,8 \pm 7,13$ olup (min: 21 - max: 48) meslekteki çalışma süreleri ortalama 12 yıldır. Yapılan analiz sonuçları anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.
3. Çalışma süreleri incelendiğinde katılımcıların % 66'sı 2 yıl ve üzeri; %20' si 1-2 yıl arası; %9' u 6-12 ay arası ve %5'i 0-6 ay arası ameliyat hemşiresi olarak çalıştığını belirtmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ameliyathane deneyimlerinin olduğu söylemek mümkündür.
4. Hemşirelerin eğitim durumlarının ve mezun olduğu okulların durumla istatistiksel açıdan anlamlılığın olduğu bulunmuştur. Ön lisans mezunu hemşirelerin MTE' den elde edilen puanları diğer grupların puanlarından yüksektir. Ayrıca yüksek lisans mezunu hemşirelerin SÖTÖ' den elde edilen puanları diğer gruplarınkinden fazla bulunmuştur.
5. Çalışmamızda katılımcıların çalıştığı kurumlar da dikkate alınmıştır. Buna göre en fazla tükenmişlik ve öfke sonuçları üniversite hastaneleri ve eğitim-araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerde gözlenmiştir.
6. Bizim çalışmamız göstermektedir ki; hemşireler özellikle büyük girişimli ameliyatlarda gerginliğin yüksek olduğunu düşünüyor. %63' ü bu gerginliğin dönemseld olduğunu düşünürken, %53'ü de koşullar iyi olsa bile gerginlik gözlendiğini belirtiyor.

7. Çalışmamız cerrahların gösterdikleri negatif tepkilerden hemşirelerin çoğunun olumsuz etkilendiğini, bu durumun performanslarını düşürdüğünü göstermektedir. Aynı zamanda doktor-hemşire ilişkilerinin yine bu sebeple zedelendiği fakat yoğunlukla da hemşirenin öfkesini dışarı belli etmeyip çalışmaya devam ettiği gözlenmiştir.
8. Katılımcıların %97'si negatif tepkileri doğru bulmadıklarını belirtmiştir. En çok ameliyatın yolunda gitmemesi, olumsuz çevre koşulları ve yetersizlik gibi sebeplerle gerginlik yaşayan cerrahların, bu durumu yüksek sesle bağırma olarak dışarı vurdukları belirtilmiştir.
9. Çalışmamızda cerrahları ameliyathanede sınırlendiren olayların çoğunluğunun hemşirelerin bireysel eksikliklerinden değil; çevresel faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir.
10. Ameliyatın ortasına doğru artan gerginliklerin, ameliyat süresinin %40' ı gibi uzun bir süresinde de hissedildiği sonucuna varılmıştır.
11. Çalışma süresi analizi yapıldığında, hemşirelerin bölümde ne kadar çalıştıklarının yaşanan gerginlikle istatistiksel bir ilgisinin olmadığı; ancak tecrübenin kişisel yetersizlik üzerindeki etkisi sebebiyle durumla bağlantısı olabileceği söylenebilir.
12. Aylık kazanç analizi yapıldığında elde edilen maaşla ilgili ise herhangi bir değer elde edilmemiş ve durumla bağlantısı bulunmamıştır.
13. Genellikle genel cerrahi bölümünde gerginlik yaşandığı gözlenirken bu durumun cerrah-hemşire ilişkilerini de kötü etkilediği sonucuna varılmıştır.

ÖNERİLER

Yaptığımız araştırmanın sonuçlarına göre cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki olumsuz etkilerini önlemeye veya azaltmaya yönelik önerilerimiz şunlardır:

1. Ortak yönetime sahip ve ortak sağlık hizmeti veren meslek gruplarına yönelik uzman yöneticiler tedavi kurumlarında bulundurulmalıdır.
2. Oryantasyon programları ve görev tanımları düzenli olarak yapılmalıdır.
3. Kaliteli hizmeti verebilmesi için yeterli sayıda hemşire istihdam edilmelidir.
4. Kaliteli hizmet verilebilmesi ve ekip içi çatışmanın en aza indirilebilmesi için, hastanelere uygun kalitede malzemeler alınmalı ve teknik yetersizlikler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.
5. İşe, kuruma ve ekibe uyumu sağlayıcı oryantasyon programları planlı vesistemli bir şekilde uygulanmalıdır.
6. Ekip çalışmasının önemi ve hasta menfaatine katkısı sağlık meslek gruplarına vurgulanmalıdır.
7. Sağlık meslek gruplarına yönelik sağlıklı iletişim konusunda eğitimler yapılmalıdır.
8. Hemşirelik eğitiminde standart sağlanmalı; branş hemşiresi yetiştirilerek hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyleri yükseltilmelidir.

7. ÖZET

Amaç: Cerrahi branştaki hekimlerle beraber çalışan hemşirelerin aralarında gerginliğe neden olan olayların tespiti ve bu durumun hemşirelerin iş motivasyonuna yansımalarının belirlenmesidir.

Giriş: Ortak uğraşı alanı hasta bireyin bakımı ve tedavisi olan hekimlerle hemşirelerin ilişkileri bireysel olmasının yanı sıra çalıştıkları kuruma, hitap ettikleri topluma, aldıkları mesleki eğitime ve mensubu oldukları mesleki örgütlere bağlı olarak da şekillenir. Bu durum her meslek grubunda olduğu gibi koordinasyonda sıkıntılara yol açarak çatışmalara neden olur. Hekim–hemşire ilişkisinin anlaşılması ve aradaki anlaşmazlıkların çözülmesi sayesinde daha etkin ve daha güvenli hasta bakımı sağlanacak, dolayısıyla hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının işleyişi kolaylaşacaktır.

Materyal ve metod: Çalışmamız, Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya illerindeki üniversite, eğitim-araştırma, devlet ve özel hastanelerinin ameliyathanesinde belirtilen tarihler arasında görev yapan 550 ameliyat hemşiresinden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bulunan 100 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma verileri anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Ameliyat hemşirelerine uygulanan anket formu 29 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Envanteri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmaya katılan ameliyat hemşirelerine yönelik ankette yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, meslekteki toplam çalışma süresi, ameliyat hemşiresi olarak çalışma süresi ve görev alınan cerrahi bölümler, çalışma ortamından memnuniyet durumu, gergin davranışlara neden olan durumlar ve bu davranışlara tepkileri belirleyici sorular sorulmuştur.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması $32,8 \pm 7,13$ olup (min: 21 – max: 48), %51'inin önlisans mezunu olduğu ve %56'sının devlet hastanesinde çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların %66'sı 2 yıl ve üzerinde ameliyathane hemşireliği yapmış, %77'si gece-gündüz vardiyalı sistemde çalışan, meslekte çalışma süreleri ortalama 12 yıl olan hemşirelerdir.

Çalışmamızda cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarına hemşirelerin %96'sının maruz kaldığı, bu durumdan olumsuz yönde etkilendikleri (%49) ve bu davranışlar karşısında öfkelenedikleri; ancak belli etmedikleri (%52,06) görülmüştür. Cerrahları ameliyathanede sinirlendiren olayların genellikle çevresel faktörlerden kaynaklandığı (%46,5) düşünülmektedir. Katılımcıların %97'si bu davranışları doğru bulmadığını ifade etmektedir. Ayrıca bu tür davranışların cerrahların kişisel problemlerinden kaynaklandığı ve engellenemeyeceği (%36,47) düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin yaşanan gerginlikte etkisi olduğu, bu gerginliklerin en sık üniversite veya eğitim-araştırma hastanelerinde meydana geldiği gözlenmiştir. Genellikle genel cerrahi bölümünde gerginlik yaşandığı gözlenirken bu durumun hemşire-doktor ilişkilerini de kötü etkilediği, cerrah-hemşire gerginliklerinde en sık rastlanan sebeplerin teknik yetersizlikler olduğu, gerginliğin ameliyatın ortasında en sık görüldüğü, önemli ameliyatlarda gerginliğin daha çok olduğu, cerrahların tepkilerini en sık yüksek sesle bağırarak dışarı vurduğu, bu durumun hemşirelerce onaylanmadığı ancak tepki göstermeden işlerine devam ettikleri görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamız, cerrahi hekimlerin gösterdikleri negatif tepkilerden hemşirelerin çoğunun olumsuz etkilendiğini, bu durumun performanslarını düşürdüğünü göstermektedir. Bu tür davranışlara maruz kalan hemşirelerin tükenmişlik ve öfke ölçeği puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hekim-hemşire İlişkisi, Ameliyathane Hemşiresi, Cerrah-Hemşire Anlaşmazlıkları.

8. SUMMARY

Purpose: To determine the events giving rise to tension between nurses working with physicians in branch of surgery; and its reflection on their work motivation.

Introduction: Relationship between nurses and physicians, common occupational areas of whom are patient care and treatment, is shaped depending on the institution they work, the community they appeal to, their professional training and professional associations. In this case, it leads to conflicts causing difficulties in coordination, as in every occupational group. Through understanding the relationship between physicians and nurses; and resolving conflicts between them, more efficient and safer patient care will be provided; and thus, the operation of hospitals and other health institutions will be easier.

Material and method: Our study consist of 550 surgical nurses working in operating rooms in university hospitals, training and research hospitals, public hospitals and private hospitals in Afyon, Ankara, Bursa, İstanbul, Karaman, Konya, between the dates indicated. In the study, no sample selection has been made; 100 nurses, who accept to participate and are available in the institution, have been included.

Data of the research have been obtained through questionnaires. The questionnaire administrated to the surgical nurses consists of 29 questions. Additionally, Maslach Burnout Inventory-Trait Anger Expression Scale has been used. Questions determining age, gender, school of graduate, total working time, total time of working as a surgical nurse, surgical departments they worked in, status of satisfaction with the working place, situations causing tense behaviors and the reactions, have been asked.

Findings: The average age of the nurses included was $32,8 \pm 7,13$ (min: 21 – max: 48); %51 of them were graduates of associate degree and %56 worked in public hospitals.

%66 of the participants worked as surgical nurses for more than 2 years, %77 of them, working in day and night shift system, worked in the profession for an average of 12 years. In our study, it is seen that %96 of the nurses are exposed to tense behaviors of physicians working in operating rooms; that they are negatively affected(%49); and that they were furious with these behaviors; but did not express (%52,06). It is thought that the events breaking the nerves of the physicians are usually caused by environmental factors (%46,5). %97 of the participants indicates that they do not identify these behaviors correct. In addition, it is thought that these behaviors derive from personal problems of the physicians and cannot be prevented (%36,47).

It is observed that the educational level of the nurses affects tension; and that the tension is most frequently observed in university hospitals or in training and research hospitals. It is concluded that tension is observed usually in general surgical department; it affects relationship between physicians and nurses negatively; the reasons most frequently met in tension between physicians and nurses are technical inadequacies; the tension is most frequently observed during surgeries; there is more tension in major surgeries; the physicians express their tension by shouting out loud; the nurses do not approve this behavior but continue working without any reactions.

Conclusion: In our study shows that, because of the negatives reactions of the surgeries to the nurses in the operatig room most of the nurses effected adversely and this situation reduces the performance of the nurses.

The nurses who undergo this situation has shown that burnout inventory and Trait Anger Expression Scala points has gone up is determined.

Keywords: Doctor-Nurse Relationship, Surgical Nurse, Surgeon-Nurse Disagreement

9. KAYNAKLAR

1. Yaşar, İ., (2002). Sağlık İnsan Gücü Adlı Resmi Açıklaması.
2. Uyer, G., (1993). Hemşirelik ve Yönetim. Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 144.
3. Cangelosi, J. D. (1998). Factors Related To Nurse Retention and Turnover: An Updated Study”, Health Mark Q, 15(3): 25-43.
4. Greenfield, L. J. (1999). Doctors and Nurses a Troubled Partnership. Ann Surg, 230(3): 279-88.
5. Patrick, S. (2000). Managers Shoulder Burden of Retaining Staff. Dallas Bus J, 11.
6. Karadakovan, A. (1997). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hemşirelik ve Sağlık Ekibine İlişkin Düşüncelerin İncelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 82-6.
7. Velioglu, P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, 3-26.
8. Öz, F. (2003). Sorgulanması Gereken Bir ilişki: Hekim-hemşire ilişkisi. Türk Hemşireler Dergisi, 3-4; 55: 9-14.
9. Aslan, E. F. (2009). Cerrahi Hemşireliğin Tarihçesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 1.
10. Russell, S. S. (1995a). Mastering the magic of the future. Medsurg Nursing 4(5): 338, 340.
11. Russell, S. S. (1995b). Defining medical-surgical nursing practice. Medsurg Nursing(1): 6- 8.
12. Chani, P. S. (2003). Susruta and our heritage. Indian Journal of Plastic Surgery 36:4-13.
13. Grindel, C. G. (2004). The leadership role of medical-surgical nurses: what is it? Medsurg Nursing 13(6): 361-2.
14. Taylor, M. K. (2006). Mapping the literature of medical-surgical nursing. Journal of the Medical Library Association 94 (2 Suppl): E65–E73.

15. Erdil, F., Elbaş N. Ö. (2001). Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. 4. Baskı, AydoğduOfset, Ankara.
16. Fetter, M. S. (1996). Positioning adult health nursing for the future. *Medsurg Nursing*, 5(5):311-312.
17. Grindel, C. G. (1993a). New visions for medical-surgical nursing. *Medsurg Nursing*, 2(6): 38-440.
18. Grindel, C. G. (1993b). Medical-surgical nursing: a unique specialty. *Medsurg Nursing*, 2(1): 57-8.
19. Ulusoy, M.F. (1998). Türkiye’de Hemşirelik eğitiminin tarihsel süreci. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1):1-8.
20. Karaöz, S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik.Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1): 1-8.
21. Berlandi, H. J. (1997). Ethical issues in pediatric perioperative nursing, *Nurs Clin of North Am*, 32(1):153-168.
22. Beerman, M.C. (1997). The nurse’s role in bioethics, *AORN Journal*, 65(5):923-926.
23. Kurtz, R.J. (1991). The caring ethic: more than kindness, the core of nursing science, *Nursing Forum*, 26(1):4-8.
24. Ergün, Akbal, Y. (1999). Hastanelerde Hekim-Hemşire İlişkilerinde Yaşanan Çatışma Kaynaklarının Belirlenmesi ve Çözüm Önerileri, İstanbul.
25. Tel, H. (1993). “Hekim, Hemşire ve öğrenci Hemşire Arasındaki İletişim Olgusunun İrdelenmesi” İsimli Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
26. Sabuncu, N. ve arkadaşları (1991). Hemşirelik Esasları. A.Ü.A.Ö.F. Yayınları, Eskişehir, 28.
27. Akdemir, N. (1995). Sevgi ve Hoşgörü (Mesleğe ve Hizmete Yansıması). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. cilt:2, sayı:Ocak-Haziran, 1-3.
28. Garvin, B.J. (1988). Confirming Communication of Nurses in Interaction with Physicians. *Journal of Nursing Education*, Vol: 27, No:4, 161-5.
29. Karataş, N. (1974). Ekip Çalışması. *Türk Hemşireler Dergisi*, sayı:2-3, 37-38.

30. Karns, P. J., Schwab, T. A. (1982). Therapeutic Communication and Clinical Instruction. *Nursing Outlook*, Vol: 30, No:1, 39-43.
31. Oktay, S. (1990). Etkin Sağlık Hizmetleri için Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, cilt:4, sayı:15, 27-32.
32. Turnbull, E. N. (1982). Interdisciplinary Problems-Promises. *Journal of Nursing Education*, Vol: 21, No:2, 24-30.
33. www.veezyweb.com/selcanakin/ekip.htm.
34. Lindberg, J. (1990). *Introduction to Nursing*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 27-28.
35. Ulusoy, F., Görgülü, S. (1995). *Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler*. cilt:1, Çağın Ofset, Ankara, 2-3, 7-8.
36. Veliöğlu, P. (1985). *Hemşirelikte Bütünleşmeye Doğru*. *Hemşirelik Bülteni*, 79 Güleç, C. (1990). *Tıp Eğitimi, Hekim Kimliği ve Sağlık Bilinci*, Sağlık ve Toplum sayı: 1, 53-76 Fülöp, T. (1977). *Sağlık İnsan Gücü Planlamasında Devlet-Tıp Fakülteleri*.
37. *İşbirliği, Tıp ve Hemşirelik Eğitimi Sempozyumları*. İstanbul Tıp Kurultayı, Sermet Matbaası, 170.
38. Dirican, R.M. (1997). *Türkiye’de Devlet ve Tıp Fakülteleri İlişkileri*. Tıp ve Hemşirelik Eğitimi Sempozyumları, İstanbul Tıp Kurultayı, Sermet Matbaası, İstanbul.
39. Güleç, C. (1990). *Tıp Eğitimi, Hekim Kimliği ve Sağlık Bilinci*, Sağlık ve Toplum. sayı: 1, 53-76.
40. Kılınç, T. (1990). *Gruplar Arası Çatışmaların Çözümüne Laboratuvar Yaklaşımı*. İşletme Fakültesi Dergisi, cilt:19, sayı:1-2, Nisan-Kasım, 39-66.
41. Stevens, J. B. (1984). *Nurse/Physician Relations: A Perspective From Nursing*. *Bull. N. Y. Acad. M.*, Vol. 60/8, October, 799-806.
42. Bates, B. (1970). *Doctor and Nurse: Changing Roles and Relations*. *New England Journal Medicine*, Vol. 203/3, July, 129-134.
43. Kalisch, B., and Kalisch, P. (1977). *An Analysis of the Sources of Physician Nurse Conflict*. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 7/1, January, 51-7.
44. Veliöğlu, P. (1988). *Sağlığa Disiplinler Arası ve Ekip Yaklaşımı*. *Hemşirelik Bülteni*, cilt:3, sayı:10, 1-9.

45. Huntington, A., Judith and Louise, Shores. (1983). From Conflict to Collaboration. *American Journal of Nursing*, Vol. 83/8, August, 1184-6.
46. Mackay, L. (1993). *Conflicts in Care: Medicine and Nursing*. Chapman Hall, London, 48, 64.
47. Watts, T., David, Bettel, L., Mc., Caulley and Beverly, A., Prieger. (1990). *Physician-Nurse Conflict: Lessons from a Clinical Experience*. American Geriatrics Society, Vol: 38/10, 1151-2.
48. Katzman, M., E., and Roberts, J., I. (1988). Nurse-Physician Conflicts as Barriers to the Enactment of Nursing Roles. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 10/5 October, 576-579.
49. Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D., Hutson, A. D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units, *Critical Care Medicine*, Volume 27(9).
50. Baggs, J.G., Schmitt, M.H., Mushlin, A.I., Eldredge, D.H., Oakes, D., Hutson, A. D. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units, *American Journal of Critical Care*, 6(5), 393-399.
51. Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care (Hekim hemşire etkileşiminin hasta bakımı üzerine etkisi). *Holistic Nurs*, 13, 38-47.
52. Wheelan, SA., Burchill, CN., Tulin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Amerikan Journal Critical Care*, 12, 527-534.
53. Özkaraca R. (2009). "Hekim ve Hemşirelerin İşbirliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri" isimli yüksek lisans tezi, H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
54. Akyürek, B., Özer, S., Argon, G., Conk, Z.(2005). Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti ve Hemşirelerin işine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 44(3), 167-172.

55. Saluvan, M. (2007). Doktor-Hemşire Arasındaki Etkileşimin Hastanenin Performansına Etkisi: Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
56. O'Brien Pallas, L., Hiroz, J., Cook, A., Mildon, B. (2005). Nurse-Physician Relationships Solutions and recommendations for change. Erişimi:04.10.2006,<http://www.nhs.uk/documents/Revised%20FINAL%20Nurse-Physician%20Report%20-%20Dec%2013%202005.pdf>.
57. Tomev, L., Daskalova, N., Ivanov, V.; Workplace Violence in the Health Sector-Country Case Study Bulgaria. Geneva. ILO/ICN/WHO/PSI/ Joint programa on Workplace Violence in the health sector. Fortcomins working paper.
58. Barrios, L.C., Sleet, D. A. (2004) International Encyclopedia Of The Social And Behavioral Sciences, p.112.
59. ZAPF, D. (1999). "Organizational Work Group Related and Personal Causes of Mobbing/Bullying at Work" International Journal of Manpower, 20(1/2), 70-85.
60. TINAZ, P. (2006). İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing), Beta, İstanbul.
61. Eliot A., Timothy D.W, Robin M.A. (2006). Social Psychology by Pearson Education Inc. New Jersey pp; 475-503.
62. Pavey, C.R., Smyth, A.K. (1998). Effects Of Avian Mobbing On Roost Use And Diet Of Powerful Owls, *Ninox strenua Anim Behav*; 55(2): 313-8.
63. Davenport, N., Schwartz, D., Ruth, E., Pursell, G. (2003). "Mobbing İş Yerinde Duygusal Taciz" Çeviri, Osman Cem Öner Toy, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
64. Çobanoğlu, Ş. (2005). İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri, Timaş yayınları, İstanbul, s76.
65. Stevens, S. (2002). Nursing Workforce Retention: Challenging A Bullying culture, *Health affairs*; 21(5), 189-193.
66. Özgür G., Yıldırım S., Aktaş N. (2008). Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2).

67. Özbayır, T. (1996). Ameliyathane hemşirelerinde görülen meslek hastalıkları. I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı, 26-27 Eylül, İzmir, 145- 148.
68. Gürsoy, A. A., Çolak A., Çakar Y. (2003). Ameliyathanede çalışan hemşirelerde iş doyumunu, tükenmişlik ve anksiyete. 4. Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 22-26 Ekim, İzmir, 281- 288.
69. Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu R., Çiçek Z. (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. Sted, 15(6): 92- 97.
70. Dunn, S., Wilson, B., Esterman, A. (2005). Perceptions of working as a nurse in an acute care setting. Journal of Nursing Management, 13: 22- 31.
71. Sılığ, A. (2003). Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, T.C. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
72. Ergin, C. (1992). “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması”, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 22-25 Eylül 1992, Hacettepe Üniversitesi, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.
73. Maslach, Christina ve Philip G. Zimbardo (1982). Burnout-The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
74. Maslach, Christina, Wilmar B. Schaufeli ve Michael P. Leiter (2001). “Job Burnout”, Annual Review of Psychology, Volume: 52, 397-422.
75. Wright, Thomas A. ve G. Bonett Douglas (1997). “The Contribution of Burnout to Work Performance”, Journal of Organizational Behavior, 18, 491-499.
76. Özkan, Ş. (2008). Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliğinin Hekim Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Olan Etkileri. İsimli yüksek lisans tezi Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
77. Çam, O. (1991). Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Armağan Yürekli, İzmir.

78. Demirkan, E. (2007). Hemşirelerde Mesleki Motivasyon Eksikliğinin Nedenleri Ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Prof Dr Yasin Aktay, Konya.
79. Bölükbaş, N., Karabulut, N., Özer, H. (1998). Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 11:1.
80. Kara, G. (2005). Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar (Anlaşmazlıklar). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Doç Dr Gökhan Akbulut, Afyon.
81. Barutçu, E., Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma. Ege Akademik Bakış, 8 (2) 541-561.
82. Altay, B., Günener, D., Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi, 15 (1) 10-16.
83. Taze, S. (2008). Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
84. Durmuş, S., Osman, G. (2007). Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi, 29 (2) 139-146.
85. Taparlı, T. Z. (2004). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin anksiyete düzeyleri ve nedenlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
86. Demir, A., Ulusoy, M., Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. Int J Nurs Stud, 40:807-827.
87. Dolunay, A. B. (2002). Keçiören ilçesi “genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,55: 51-62.

88. Ergin, C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara.
89. Bryant, E. (1994). When the going gets tough. *Can Nurse*,90:36-39.
90. Moreira Dde S., Magnago R. F., Sakae T. M., Magajewski F. R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cad Saude Publica*, 25(7):1559-68.
91. Kissoon, J., Lapenta, S., Armstrong, G. (2002). Diagnosis and Theraphy for the Disruptive Physician. *The Physician Excutive*,54-8.
92. Pfifferling, J. H. (1997). Managing the Unmanageable: The Disruptive Physician. *Family Practice Management*.
93. Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfact ion and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6), 26-34.
94. Birik, I. (2009). İş Yerinde Psikolojik Taciz: Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Çalışan Asistan Doktor Ve Hemşirelerin Algıları Üzerine Bir Çalışma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı Doktora Tezi, Tez Danışmanı: Prof Dr Pınar Tınaz, İstanbul.

10.EKLER

10.1. EK-1 ANKET FORMU.

CERRAHİ HEKİMLERİN AMELİYATHANEDEKİ GERGİN DAVRANIŞLARININ HEMŞİRELER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma, cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Veriler sadece bilimsel amaç doğrultusunda kullanılacaktır. Anket formlarını doldururken isim yazmanıza gerek yoktur.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve her soruyu içtenlikle yanıtladığınız için çok teşekkür ederim.

Kezban Koraş

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz:

a) Evli b) Bekar

4. Mezun olduğunuz okul:

a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans

d) Yüksek Lisans e) Doktora

5. Aylık geliriniz:

- a) 750TL-1000TL b) 1001TL- 1500TL c) 1501TL-2000TL
- d) 2001TL ve üzeri

6. Çalışmakta olduğunuz kurumu seçiniz.

- a) Üniversite b) Eğitim ve araştırma hastanesi c) Devlet hastanesi
- d) Özel Hastane

7. Meslekteki toplam çalışma süreniz:ay /yıl

8. Ne kadar süredir ameliyat hemşiresi olarak çalışmaktasınız?

- a) 0-6 ay b) 6 ay üzeri - 1 yıl c) 1 yıl üzeri -2 yıl d) 2 yıl üzeri

9. Ameliyathanedeki görev tanımınız nedir?

- a) Steril hemşire b) Sirküler hemşire c) Hem steril hem sirküler hemşire

10. Ağırlıklı olarak hangi cerrahi bölümlerin ameliyatlarında görev almaktasınız?

- a) Genel Cerrahi g) Plastik Cerrahi
- b) Göğüs Cerrahi h) Kadın Hastalıkları ve Doğum
- c) Beyin Cerrahi i) Üroloji
- d) Çocuk Cerrahisi k) Kalp ve Damar Cerrahisi
- e) Ortopedi ve Travmatoloji l) Diğer belirtiniz
- f) Kulak Burun Boğaz Hast.

11. Ameliyathane ortamında çalışma şekliniz?

- a) Sürekli gündüz b) Gündüz ve gece c) Sürekli gece

12. Çalışma alanınızdan memnun musunuz?

- a) Çok memnunum (genellikle)
- b) Gergin davranışlara maruz kaldığımda memnun olmuyorum (bazen)
- c) Memnun değilim; çalışma alanımdan nefret ediyorum (hiçbir zaman)

13. Ameliyathane ortamında en sık karşılaştığınız sorun nedir?

- a) Ameliyathanedeki malzeme yetersizliği
- b) Ameliyathanedeki personel yetersizliği
- c) Normal mesai saati dışında çok fazla çalışmak
- d) Diğer belirtiniz

14. Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışlarına maruz kaldınız mı?
Etkilendiniz mi?

- A. Hayır maruz kalmadım
- B. Evet maruz kaldım ama beni etkilemedi
- C. Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (Biraz)
- D. Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (orta düzeyde)
- E. Evet, Olumsuz anlamda etkilendim (çok)

15. Birden fazla cerrahi bölümde çalışıyorsanız daha çok hangisinde gergin davranışlarla karşılaşmaktasınız?

- a) Genel Cerrahi
- b) Göğüs Cerrahi
- c) Beyin Cerrahi
- g) Plastik Cerrahi
- h) Kadın Hastalıkları ve Doğum
- i) Üroloji

- d) Çocuk Cerrahisi
e) Ortopedi ve Travmatoloji
f) Kulak Burun Boğaz Hast.
- k) Kalp ve Damar Cerrahisi
l) Diğer belirtiniz

16. Ameliyat sırasında cerrahi sinirlendiren olay nedir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Yapılan ameliyat hakkında bilgi eksikliğim.
b) Ameliyat malzemelerini tanımamda eksiklik.
c) Cerrahi işlem prosedürünü sırasıyla ve zamanında takip edememem.
d) Cerrahi el aletlerinin kalitesizliği (makasın kesmemesi, pensetin tutmaması vs.)
e) Olguda cerrahi işlerin yolunda gitmemesi (Beklenmeyen kanama vs.)
f) Steril saha dışındaki ameliyathane personelinin yetersizliği (çevre ekipmanları kontrol zayıflığı, istenen malzemeleri yanlış ve gecikmeli getirmesi vs.)
g) Bunlardan birden fazlası (Hangi maddeler olduğunu belirtiniz)

17. Ameliyat esnasında yetersiz kaldığınızda cerrahın size tepkisi ne olur?

- a) Normal ses tonuyla uyarma
b) Yüksek sesle bağırma
c) Bunlardan birden fazlası (Hangi maddeler olduğunu belirtiniz.....)
- d) Ameliyathaneden kovma
e) Aletleri fırlatma

18. Ameliyat sırasında oluşan bir problem karşısında birlikte çalıştığınız cerrah nasıl bir davranış sergiler?

- a) Normal ses tonuyla uyarma
d) Ameliyathaneden kovma

- b) Yüksek sesle bağırma e) Aletleri fırlatma
- c) Bunlardan birden fazlası (Hangi maddeler olduğunu belirtiniz.....)

19. Ameliyat esnasında cerrahın size sinirli-gergin davranışı karşısında sizin tepkiniz ne olur?

- a) Tepki vermem; ama telaşlanırım
- b) Korkarım; dikkatim dağılır
- c) Öfkelenirim; ama belli etmem
- d) Ağlamaya başlarım
- e) Ben de ona aynı şekilde tepki veririm
- f) Bunlardan birden fazlası (Hangi maddeler olduğunu belirtiniz.....)

20. Genellikle hangi tür ameliyatlarda cerrahlar sinirli ve gergin olur?

- a) Küçük operasyonlar
- b) Orta büyüklükteki operasyonlar
- c) Büyük girişimli ve uzun süreli operasyonlar
- d) Büyüklüğünden bağımsız tüm işlemlerde

21. Cerrahlar genellikle ameliyatların hangi zaman aralığında sinirlenirler?

- a) Başlangıcı b) Başlangıcı – ortası arası
- b) Ortası – sonu arası d) Sonunda

22. Ameliyatların genel olarak ne kadarında cerrahların gergin davranışları ve çevreye yüksek sesle bağırmasına maruz kaldınız?

- a) Hiç b) %10 c) %20 d) %30 e) %40 f) %50 g) %60 ve üstü

a) Bir değişiklik olmuyor
değişiklik oluyor

c)Olumlu anlamda bir

b) Olumsuz anlamda bir değişiklik oluyor

28. Ameliyatlarda cerrahların sinirli-gergin olma, yüksek sesle bağırma ya da ellerindeki cerrahi el aletlerini fırlatma vb. davranışları ile ilgili yorumunuz?

a) Bu davranışları doğru buluyorum ve gerekli olduğunu düşünüyorum

b) Bu davranışları doğru bulmuyorum ancak gerekli olduğunu düşünüyorum

c) Bu davranışları doğru bulmuyorum ve gerekli olmadığını düşünüyorum

29. Ameliyat sırasında gergin durumların en aza indirilmesi için önerileriniz nelerdir?

a) Cerrahların kişisel problemlerinden kaynaklıdır; engellenemez.

b) Branş hemşiresi yetiştirilmeli

c) Çalışılacak ilgili branşta eğitim almak
belirtiniz.....

e) Diğer

d) Ameliyathanede gönüllü hemşirelerin çalışması

MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ

Aşağıda belli bazı duyguları ve durumları içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerde belirtilen duygu ve durumları yaşıyıp yaşamadığınızı düşünerek size en uygun olan sıklık sayısını aşağıdaki tabloya bakarak her cümle için en uygun rakamı yazmanız gerekmektedir.

Duyguları Yaşama Sıklığı ve Sayısı				
0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman

	Hangi Sıklıkta	
1		İşimden soğudumu hissediyorum.
2		İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.
3		Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.
4		İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.
5		İşim gereği bazı insanlara sanki insan değilmişir gibi davrandığımı fark ediyorum.
6		Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.
7		İşim gereği insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.
8		Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.
9		Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum
10		Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.
11		Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.
12		Çok şeyler yapabilecek güçteyim.
13		İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.
14		İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.
15		İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.
16		Doğrudan doğruya insanlarla ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.
17		İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.
18		İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim
19		Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.
20		Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.
21		İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.
22		İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği:

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin öfke durumlarını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren

HER ZAMAN;

	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda bir insanım.				
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarırım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilememek canımı sıkar.				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.				
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA

	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
11. Öfkemi kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur yada surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğukkanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim				
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29. Kötü şeyler söylerim.				
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32. Sinirlerime hakim olamam.				
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Kezban Koraş

Doğum yeri: Karaman

Doğum yılı: 1985

Medeni hali: Bekâr

Ev adresi: Gevher Hatun Mh. 1782.sk. Doğukent koop. G blok kat:4 Daire:9

Merkez/ KARAMAN

Eğitim durumu: (Adı,yeri)

İlkokul: İstiklal İlkokulu, Karaman

Ortaokul: Yunus Emre Orta Okulu, Karaman

Orta öğretim: Karaman Anadolu Lisesi, Karaman

Üniversite: Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümü, Mersin

Yüksek Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı (devam ediyor).

Çalıştığı Kurumlar

- Özel Karaman Kardiyoloji ve Dâhiliye Merkezi (15 Eylül 2008 – 03 Mart 2009)
- Mersin Tarsus Devlet Hastanesi (26 Mart 2009 – 15 Ekim 2009)
- Karaman Ayrancı Toplum Sağlığı Merkezi (28 Ekim 2009 – 03 Ekim 2011)
- Karaman Devlet Hastanesi (06 Ekim 2011 – halen devam ediyor).