

ÖZET

Araştırma hemşirelerin iş ortamında yaşadıkları duruma bağlı kaygı düzeylerinin ve sürekli kaygı düzeylerinin saptanması, kaygı düzeylerini etkileyen demografik ve kişisel özelliklerin incelenmesi ile iş ortamında hemşireye etki eden stres faktörlerinin tanımlanması amacıyla yapılmıştır.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yönetici, cerrahi birimler, dahili birimler, yoğun bakım, ameliyathane, acil servis, kadın ve doğum servisi, poliklinikler ve eğitim hemşiresi olarak çalışan 112 hemşireye 3 Şubat 2005 ve 10 Şubat 2005 tarihleri arasında tanımlayıcı sorular, durumluluk kaygı ölçeği, süreklilik kaygı ölçeği ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stres faktörlerini tanımlayabilmek amacıyla geliştirilen iş ortamına ilişkin durumlar formu doldurtulmuş, elde edilen veriler, Kolmogorov-Smirnov, Independent t testi, tek yönlü basit varyans analizi (One Way ANOVA), tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda hemşirelerin anksiyete düzeylerinin normal popülasyonun üzerinde olduğu, sözleşmeli çalışmanın, mesleki ihtisasın dışında görev yaptırılmasının, sık nöbete girmenin, fazla sayıda yardımcı personel ve hemşire ile birlikte çalışılmasının, nöbetlerde eczane bulunmamasının, ceza sisteminin uygulanmasının, idari sorunlarda hak arama yollarının olmayışının, hizmet içi eğitime katılamamanın, dinlenme odasının olmayışının ve servis sorumlusu ile uyumsuzluğun, duruma bağlı kaygı düzeyini etkileyen bağımsız değişkenler olduğu, meslekte tecrübesizliğin, idari sorunlarda hak arama yolları olmayışının ise sürekli kaygı düzeyini etkileyen bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, stres, kaygı, tükenmişlik sendromu, iş doyumu, Durumluluk Kaygı Ölçeği, Süreklilik Kaygı Ölçeği, tanımlayıcı istatistik.

SUMMARY

The objective of the study is to determine the level of state anxiety and trait anxiety that nurses experience at the occupational environment and to define stressors by analyzing their occupational characteristics and personality.

A questionnaire endorsing the state anxiety inquiry, trait anxiety inquiry, personal occupational status inquiry are filled in 112 nurses who work as intensive care, emergency service, birth service, director, surgical units, polyclinics, educational nurse and surgery at AKU Research hospital between February 3th and 10th, 2005, in order to define the stress factor which affect the nurses at work. Data is analyzed by using Kolmogorov-Simimov, independent t, One Way ANOVA and Tukey tests.

Analysis showed an increased level of anxiety among nurses. Working for contract, doing non-occupational chores, turning too often, working with crowded personnel and colleagues, conflict with supervisor, existence of punishment system and the lack of justification, postgraduate education, a lounge and a pharmacy on duty are all independent stressors increasing the state anxiety score. Being inexperienced and the lack of justification are the independent stressors increasing the trait anxiety score.

Keywords: Nursing, stress, anxiety, burnout syndrome, working pleasure, State Anxiety Inquiry, Trait Anxiety Inquiry, descriptive statistics.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Stres günlük yaşamımıza girmiş ve giderek de yaygınlık kazanan bir kelime olmuştur. Son yıllarda stres kavramı üzerinde yoğun çalışmalar yapılmaktadır. Stres bireyin fiziksel ve ruhsal yapısını olumsuz yönde etkilemekte birlikte, çalıştığı ekibin verimlilik ve etkinliğinin de düşmesine sebep olmaktadır (1).

İş yaşamının kaçınılmaz bir parçası olan stres yoğun ve sürekli hale geldiğinde gerek çalışanlar gerekse ekip açısından ciddi bir sorun kaynağı olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, yoğun ve sürekli mesleki stresin bir yandan çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehdit ederken, diğer yandan çalışanların görev ve sorumluluklarını yeterince yerine getirememeleri, işe devamsızlık ve işten ayrılma gibi, ekibin işleyiş ve verimliliğini olumsuz yönde etkileyebilecek sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir (2).

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ile ortaya çıkan bir durumdur (3). Stresin birey üzerinde tamamıyla olumsuz etkisi olduğunu söylemek mümkün değildir. Aşırı stresli durumlar kaçınılmaz şekilde bireye zarar verebilirken orta düzeyde stres çoğu kez yararlı amaçlara hizmet edebilmektedir. Hatta psikolojik büyüme, başarı ve yeni becerilerin kazanılması için böyle bir stresin zorunlu olduğu bildirilmiştir (4). Ancak aşırı stres apatiye, sinir bozukluğuna, hastalıklara, performans düşüklüğüne ve ekipten psikolojik ve fizyolojik olarak geri çekilmeye neden olabilmektedir (5).

Kaygı, insan davranışlarının açıklamasında önemli bir kavram olup “bireyde stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepki”dir. Kaygı, belirsiz endişe veren bir korku duygusu, açıklanamayan hatta bazen farkında bile olunamayan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (6).

Kaygı yaşantısının iki bileşeni vardır. Kişi kaygı yaşadığının hem bilişsel, hem de fizyolojik olarak farkına varır. Bilişsel açıdan kaygı, kişide düşünme, algılama ve öğrenmeyi etkiler. Algılamada çarpıtma, kişi, yer ve zaman yönelimiyle ilgili

bozuklukları, yoğunlaşma zorlukları ortaya çıkarabilir. Kaygı düzeyi yüksek kişilerin tehlike olarak algıladıkları uyarılarla ilgili dikkatleri seçici olarak artmıştır (7).

Bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik bileşenlerden oluşan kaygı, yaklaşan tehlikeyi haber vererek sinir sisteminin tüm birimlerini en üst düzeyden uyarmakta ve böylece kişiye kendisini koruma fırsatı vermektedir. Normal kaygı olarak adlandırılan bu durum belirsizliğe karşı duyulan evrensel tepki olup organizmanın yaşamını sürdürebilmesi için gereklidir (8).

1.2. Araştırmanın Amacı

Organizmanın tehdit karşısında olduğu stres durumunda, bireylerde hem fizyolojik, hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay meydana gelir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlarlar. Ancak streslerin sıklığı ve yoğunluğu zaman faktörünü kısaltabilir (9).

Ülkemizde 90'lı yılların başından itibaren araştırılmaya başlanan bu kavramlar özellikle, hemşirelik, doktorluk, öğretmenlik ve polislik gibi, insanlarla yüz yüze, bire bir ilişki kurmayı gerektiren meslek gruplarında çalışanların verimliliği ile doğrudan ilişkilidirler. İnsanlar için son derece hayati bir konuda bakım hizmeti veren ve hastalarla direkt olarak yoğun bir şekilde bulunan hemşireler, stresle daha yoğun bir şekilde karşılaşmakta ve sağlıkla ilgili hizmet veren diğer çalışanlara göre tükenmeyi daha fazla yaşayabilmektedirler (10).

Günümüzde stresten en çok etkilenilen iş ortamı da hastanelerdir. Bu ortamların, çalışan bireyler için stres kaynağı olduğu söylenebilir. Sağlık personeli olarak da hemşire, hastalarla yakın ilişkide bulunmasından tutun da, hemşireliğin kadın mesleği olması gibi sayısız stres faktörleriyle karşı karşıyadır.

Hemşirelik gerçekten de stresle sık karşılaşılan bir meslektir. Hemşirelerin stres ile ilişkisi 25 yıldan fazla bir süredir bilinmektedir. Menzies (11), daha 1960 yılında hemşirelerin gerilimli olduklarından bahsetmektedir. Daha sonraki yıllarda yapılan bir çok çalışmada da hemşirelerin stres ve kaygı altında oldukları ve bir çok faktörün buna neden olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin verdiği bakımın kalitesi, bakım verenlerin kendilerini iyi hissetmeleri ile doğrudan ilgilidir (12). Günümüzde bakım verenin ve bakım alanın direkt etkilendiği stres kavramının giderek artan bir öneme sahip olması, hemşirelerin stres kaynaklarının araştırılması ve bu konuda önlemler alınması gereğini açıkça ortaya koymaktadır (13).

Ülkemizde hemşirelik bakımının etkin ve istenilir düzeyde olamadığı yaygın olarak kabullenilen bir gerçektir. Bilinen diğer bir gerçek ise, stres ve kaygının organizmada yarattığı fizyolojik ve psikolojik etkilerdir. Bu iki olguyu bir arada düşündüğümüzde, hemşirenin sağlığının, hemşirelik mesleğinin getirdiği stres yaratıcı durumlar nedeniyle olumsuz yönde etkileneceği kesindir. Diğer taraftan, kaliteli bir hemşirelik hizmetinin verilebilmesi için, öncelikle hemşirenin kendisinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sağlıklı olması gerekmektedir.

Bu araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Uygulama ve Araştırma Hastanesinde, hemşirelik hizmetlerinin istenilir ve etkin düzeyde sunulabilmesine yönelik olarak, işyerindeki stres ve kaygı düzeylerinin sağlık yönünden risk boyutuna ulaşp ulaşmadığını, ulaşmış ise bu durumu etkileyen stres faktörlerini belirleyebilmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Günümüzde pek çok insan fazla stres altında olduklarının bilincindedir. Eğer, stresi doğru ve faydalı olarak yönlendirebilirsek, ümitlerimizi ve hedeflerimizi gerçekleştirmekten alıkoyan engelleri aşmada stres bize cesaret verecek bir unsur olabilir. Şayet kontrolümüzden çıkarsa, hastalığa, düşük performansa ve hatta erken ölüme bile neden olabilir. Sağlığımız mutluluğumuz ve başarımız, karşılaşacağımız streslere uyum sağlayabilmemize bağlıdır. Eğer bu uyumu sağlayamazsak, nihai sonuç depresyon, kendimize olan saygınlığı kaybetme ve başarısızlık olacaktır (14).

2.1. Stres Nedir?

Stres, Latince’de “estricia” ve eski Fransızca’da “estrece” sözcüklerinden gelmekte olup, isim olarak kullanıldığında zorlanma, gerilme, baskı gibi anlamlara gelmektedir. 17. yy’ da felaket, bela, keder gibi anlamlarda kullanılmaya başlayan stresin anlamı 18. yy ve 19. yy’da biraz değişerek objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik güç, baskı, zor gibi anlamlarda kullanılmıştır. 20. yy’ a gelindiğinde, stresin insan hayatında her an varlığını hissettirdiği görülmüştür. Stres için farklı tanımlara yer verilmiş ve böylece bilim adamları kavrama daha geniş ve anlamlı bilgiler katmışlardır (15).

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlı, kendisini korumaya yönelik savunma mekanizmalarını harekete geçirir. Bu savunma mekanizması yardımıyla, tehlike anında başa çıkılamayacağına inanılan durumdan uzaklaşmaya çalışılır ya da yeni şartlara uyum sağlanarak bu durum ile savaşılr (9).

Bedenin uyum kapasitesini etkileyerek, stres tepkisinin gelişmesine neden olan çevresel faktör ya da ajanlara stres faktörleri denir (16).

Tıp alanında stres sözcüğü ilk kez XIX. yüzyılın ikinci yarısında, Claude Bernard tarafından kullanılmış ve stres kavramı tanımlanmıştır. Bernard stresi, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlanmıştır. Pfluger ise 1877 yılında stresi, “yaşamın gereksinimlerini doyumak ve karşılamak için organizmanın zararlı

etkenlerden kaçıp korunması” olarak yorumlamıştır. Aynı yıllarda Belçikalı fizyolog Fredericq stresi, “yaşayan organizmanın zararlı etkenlere karşı tepkisi” olarak ele almış ve bu tepkinin sonucunda organizmanın ya zararlı etkenlerden kurtulacağını ya da hastalanacağını ileri sürmüştür (5).

1950’li yıllarda Selye stresi, “organizmaya zarar veren uyaran” olarak tanımlanmış, daha sonra “organizmada zorlama sonucu ortaya çıkan tepki” olarak kabul etmiştir. 1956 yılında “özümlenmeyen gelen uyum belirtileri” üzerinde durmuş ve stresin, “organizmanın zararlı etkenler karşısında hastalık belirtileri göstermesi” olgusunu ileri sürmüştür. Selye’yle birlikte araştırma ve çalışma yapan Lazarus, 1960’lı yıllardan 1980’li yıllara dek değişik zamanlarda stresi, “insan ile, insanın içinde yaşadığı ortam arasındaki karşılıklı ilişkinin organizmada yarattığı tepki” olarak ele alan çeşitli tanımlar yapmıştır. Bunların sonucunda stres, “organizmanın gereksinimlerinin, organizmanın kaynaklarını aştığında ortaya çıkan durum” olarak değerlendirilmiştir (17).

Ivancevich ve Matteson’a (18) göre stres, insan üzerinde fiziksel veya psikolojik baskı yaratan dışsal bir hareket, durum veya olay sonucunda kişilik özellikleri veya psikolojik süreçlerce yönlendirilen uyumsal bir tepkidir.

Herkesin yaşamını etkileyen bir olgu olan stres, genellikle olumsuz bir durum olarak değerlendirilir. Başarısızlık ve uyumsuzluk gibi olumsuzluk sonuçlara neden olan stresin kronikleşmesi durumunda psiko-fizyolojik bozukluklar ve tükenme meydana gelir.

2.2. Stresin Nörofizyolojisi

Çağımızın sorunu olan stres, insan ve hayvan araştırmalarından pek çok hastalığa zemin hazırlayan bir faktör olarak önemini her geçen gün artırmaktadır. Stres, hastalığa yatkınlık yaratan ve insan vücudunun direncini kırabilen bedensel bir zorlama yaratır.

Organizma, stres faktörü ile ilk karşılaştığı zaman, bir mediatör alarm reaksiyonunun oluşmasını tetikler. Daha sonra hipotalamustan gelen uyarılarla hipofiz ön lobunun uyarılması ve ACTH sekresyonunun artması böbrek üstü bezi korteksini uyararak kortizol salınmasına ve aynı zamanda otonom sinir sisteminin aktivasyonu

sonucu sürrenal medullanın uyarılmasıyla adrenalinin ve noradrenalinin kana verilmesine neden olur.

Bu salgılanan hormonlar ve otonom sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, stres faktörü ile karşılaşınca alarm reaksiyonunun başlamasına neden olur. Stres faktörünün sıklığı ve süresi ile ilgili olarak ikinci faz ve eğer stres çok büyükse tükenme ve hastalık belirtileri ortaya çıkar. Kişi hayat boyunca genel adaptasyon sendromunun ilk iki dönemine pek çok kez girebilir. Eğer stres etkeni çok büyükse veya süresi çok uzamışsa tükenme ortaya çıkar. Bazen, stres çok şiddetli ise, ilk iki dönem yaşanmadan önce tükenme dönemine girebilir.

Katekolamin gibi hormonlar serbestleşip özellikle adrenalin salgılanınca, kan basıncı yükselir, nabız artar, kaslarda kan dolaşımı artar ve merkezi sinir sistemi uyarılır. Kan pıhtılaşma mekanizması aktive olur. Stres boyunca ortaya çıkan sayısız hormonal ve kimyasal değişiklikler vücut fonksiyonlarını ve stabilitesini sağlamayı ve devam ettirmeyi amaçlar. Streste esas rolü, ön hipofiz ve adrenal korteksin oynadığı bilinmektedir.

İleride açıklanacak olan Genel Adaptasyon Sendromu'nun (GAS) tanımlanmasından sonra önemli bir buluş da günümüzde yapılmıştır. Beyin ACTH ile yakından ilişkili kimyasal maddeler ortaya çıkarmaktadır. Bunlar morfin benzeri, ağrı dindirici özellikleri olan endojen maddelerdir (endorfinler). Endorfinler, tıpta ve özellikle stres çalışmaları alanında önemli yer tutmaktadır. "Antistres" etkisinden başka, alarm sinyalinin beyinden hipofize geçişinde önemli rol oynadığı ve hipofizde yüksek konsantrasyonda bulunduğu bilinmektedir (19).

Hans Selye stresi, bireye yapılan etkilere özel olmayan tepki olarak tanımlasa da daha sonra bunu zaman boyutunu da ekleyerek (GAS) adını vermiştir (20). Selye'ye göre tüm olumsuz uyarıcılar GAS denen biyolojik bir tepki ortaya çıkarır. Bu tepki üç aşamada ortaya çıkar (21):

2.2.1. Alarm Dönemi: Organizmanın herhangi bir dış uyaranı ilk algıladığında ortaya çıkan durumdur. Bu dönemde organizma dış uyaranı stres olarak algılar. Organizma şoka girer. Hemen ardından karşı şok dönemi gelir. Organizmada bu durumla başa çıkabilmek için aktif hormonal ve fizyolojik yapıda değişimler sonucunda

adrenal kortekste genişleme olur, kalp vurum sayısı ve solunum artar, göz bebekleri büyür, depolanmış yağ ve şeker kana geçer (22). Bir anlamda organizma stres tepkisiyle savaşmak ya da ondan kaçmak için harekete geçer (21).

2.2.2. Direnç Dönemi: Stresle mücadelenin devam ettiği bu dönemde stresin yol açtığı zararlar ortadan kaldırılır. Ancak stres faktörlerinin devamlı olması, bu dönemi uyarmakta ve bir uyum veya alarm reaksiyonunun semptomları görülmektedir (22).

Bunların en belirgin olanları şunlardır;

- Ağızda ve boğazda kuruluk
- Bitkinlik ve yorgunluk
- Ani kilo değişiklikleri
- Baş ağrısı ve baş dönmesi
- Beyinde ve sırtta kasılma ve ağrı
- Denge kaybı
- Uyku bozuklukları
- El, ayak ve tüm vücutta terleme
- Uykuda diş gıcırdatma ve konuşma
- Mide, barsak ve sindirim bozuklukları
- Konuşma güçlüğü ve aşırı konuşma (22).

2.2.3. Tükenme Dönemi: Stres verici çok önemli algılanıp uzun sürerse, tükenme aşamasına gelinir (27). Sınırlı bir enerji ve uyuma sahip olan organizma, stresin kronikleşmesi durumunda direnmek için gerekli olan enerjisi tükenir. Organizmanın kendisini yeniden toparlaması mümkün olmakla birlikte, olumsuz uyarıcı ortadan kalkmadığı sürece sonuç depresyon, diğer bazı fizyolojik, psikosomatik rahatsızlıklar ve hatta ölüm olabilir. En tipik psikosomatik rahatsızlıklar aşağıdaki gibidir (22).

- Dolaşım sistemi, kalp-damar hastalıkları (aritmiler, taşikardi, angina pectoris, miyokard enfarktüsü, hipertansiyon, hipotansiyon)
- Sindirim sistemi, mide-barsak hastalıkları (anoreksi, konstipasyon, ülseratif kolit, duodenal ülser, obesite, spastik kolon, bulantı, kusma)

- Kas, kemik ve sinir sistemi hastalıkları (kas zayıflığı, kaslarda gerginlik, kas ağrıları, nevrotik reaksiyonlar, migren, güçsüzlük, uykusuzluk)
- Deri hastalıkları (ürtiker, egzema, sedef hastalığı, vitiligo, saç ve kıl dökülmesi)
- İç salgı bezleri hastalıklar (hipertiroidi, diabetes mellitus)
- Solunum sistemi hastalıkları (bronşial astım, dispne, hiperventilasyon)
- Ürogenital hastalıklar (menstrüel düzensizlikler, cinsel ilişki bozuklukları) (22).

Stres sırasında organizmanın verdiği fizyolojik tepkiler ise şöyle sıralanabilir (23) :

1. Ani Etkiler: Tehlike karşısında vücut tüm olanaklarını, gücünü ve hızını arttırmaya seferber eder.

- Vücudun acıya karşı duyarlılığı azalır. Düşünce ve bellek güçlenir,
- Göz bebekleri büyür,
- Oksijen alma kapasitesi artar,
- Glikojen olarak depolanan şeker glikoza dönüşür,
- Kan damarları daha fazla oksijen ve glikoz taşır, kalp atışları ve tansiyon yükselir,
- İlik, savaş veya kaç hormonu (adrenalin) salgılar,
- Dalak daha fazla alyuvar üreterek kanın kaslara daha fazla oksijen taşımalarını sağlar,
- Sindirim, kaslara daha fazla enerji girmesi için yavaşlar,
- Vücut kılları, vücudu daha heybetli göstermek için dikilir ve kabarır.

2. Gecikmiş Etkiler: Savaş veya kaç tepkisinden birkaç dakika sonra vücut eski haline dönebilmek için başka değişiklikler geçirir.

- Bellek ve öğrenme merkezi olan hipokamp, stresi yönetmek için harekete geçer,
- Bağışıklık sistemi enfeksiyon ile savaş ve enerji tasarrufu sağlamak için duraklar,
- Karaciğerde depolanan yağ kullanılabilir yakıt haline gelir,
- Adrenal bezleri, korteks, metabolizma ve bağışıklığı düzenleyen kortizol salgılar,

3. Kronik Etkiler: Sıklıkla yaşanan stres, bağışıklık sistemine, beyne ve kalbe zarar verir

- Kortizol beyin hücrelerini zehirlemeye başlar, öğrenme yeteneği körelir. Yorgunluk, öfke ve depresyon kronikleşir,
- Hastalıkla savaşılan hücrelerin sık sık bastırılması sonuçta enfeksiyona direnci kırar,
- İç duvarlara daha az kanın gittiği bağırsaklarda ülser riski artar,
- Yüksek tansiyon ve hızlı nabız kan damarlarının esnekliğini azaltır.

Kişi bireysel bütünlüğüne yönelik tehditlere karşı, özellikle zihinsel düzeyde başarılı bir mücadele veremezse, başa çıkmadığı streslerin biriken ve yoğunlaşan etkilerin sonucu duygu, düşünce ve davranış düzeyine yansıyan bazı belirtileri olmaktadır.

- Önemli veya önemsiz, daha önceden kolaylıkla verilebilen kararları vermekte güçlük,
- Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terkedilmişlik duyguları,
- Alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklik,
- En iyi olanı değil garanti olanı seçmek,
- Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kırgınlık duyguları,
- Sigara ve içki eğiliminin artması,
- Kişisel hata ve başarısızlıkları sürekli düşünmek,
- Aşırı hayal kurmak, sık sık düşüncelere dalıp gitmek,
- Duygusal ve cinsel hayatta düşüncesiz davranışlar,
- Birlikte olunan kişilere aşırı güven veya güvensizlik,
- Alışılmıştan daha titiz veya işin gerektirdiğinden daha fazla çalışmak,
- Nispeten önemsiz konularda aşırı endişelenme veya tam tersine problemler karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık,
- Sağlığa karşı ilgi,
- Ölüm ve intihar fikirlerinin sık sık tekrarlanması (24).

2.3. Kaygı nedir?

Yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir tehlike hissiyle kendini gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen kaygı, herkesin zaman zaman hissettiği bir duygudur. Aynı zamanda kaygı, kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlikeye başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir (25). Literatüre bakıldığında kaygının çeşitli yönlerden ele alınarak tanımlandığı görülmektedir. Bunlardan bazıları şöyle sıralanabilir.

- Kaygı, çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan, içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır (26).
- Kaygı, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (27).
- Kaygı, insan davranışlarının açıklanmasında önemli bir kavram olup, “bireyde stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepkidir”.
- Kaygı, belirsiz endişe veren bir korku duygusu, açıklanamayan hatta bazen farkında bile olunmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır (6).
- Dinamik açıdan kaygı, her türlü ruhsal bozukluğun birincil kaynağıdır. Kaygı, engelleme yada stres tarafından ortaya çıkarılır (28).

Kaygı ile ilgili çalışmalar iki kuramsal yaklaşımla ele alınmıştır. Bunlardan ilki bilişsel kuramdır. Bu kuram ilk önceleri Freud tarafından ortaya atılmış, sonraları birçok psikolog tarafından desteklenmiştir. Bu kuramcılara göre kaygının normal ve patolojik oluşu, kaynağına bağlıdır. Freud’a göre kaygı:

- Gerçek kaygı
- Nevrotik kaygı
- Ahlaki kaygı olarak üçe ayrılmaktadır.

2.3.1. Gerçek kaygı: tehlike kaynağı bireyin dış çevresindedir. Benlik altbenliğin gereksinimlerine doyum sağlamaya çalışırken, dış dünyanın gerçekleri karşısında zorlandığında ortaya çıkan kaygı durumudur.

2.3.2. Nevrotik kaygı: kaynağı bireyin içindedir, içgüdülerin, özellikle bastırılmış saldırganlık ve cinsel güdülerden oluşur.

2.3.3. Ahlaki kaygı: ise, kişinin duyduğu suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı bir sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişkiler ve çatışmalar sonucu ortaya çıkar (29).

Kaygı ile ilgili ikinci kuram ise koşullama kuramıdır. Koşullama kuramının temsilcileri olan Miller, Spencer ve Taylor ise, kaygının oluşumundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmuşlardır. Bu kurama göre kaygının normal veya patolojik olma özelliğini, tehdit duygusunun kaynağı değil, yoğunluğu, süresi, dış tehlikenin önemi ve derecesi belirler. Bu kuramda ayrıca kaygının davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir.

Spielberger'e göre gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı, "durumluluk kaygısı" (state anxiety)'dir. Burada tepki, çevresel tehdidin (stresin) ortadan kalkması ile biter. Buna karşı bireyin huzursuzluk, endişe, karamsarlık duyguları, aşırı duyarlılık ve yaygın coşkulu tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de, "sürekli kaygı" ('trait anxiety') denmektedir. Bu durum zamanla değişmez. Spielberger kaygıyı, şiddetine göre değişebilen bir durum, ya da karmaşık bir yanıt olarak ele almış ve bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliği olarak açıklamaya çalışmıştır (27).

Nemiah'ın psikanalitik teori zemini üzerine yaptığı kaygı sınıflaması, kişileri duydukları korkunun niteliğine göre dört gruba ayırmaktadır(30)

1. Üstben kaygısı: bireyin yaptığı bir hareketten duyduğu suçluluk duygusudur. Kişi yaptığı hareketin yanlış olduğunu bilir, başkalarının bunu farketmesinden korkarak kaygı duyar.

2. İğdiş edilme kaygısı: bedene gelecek bir zarardan ya da bedensel veya psişik kapasitenin azalmasından korkmak şeklinde kendini gösteren çeşitli kaygıları içerir.

3. Ayrılık kaygısı: birey için önemli olan bir insanı kaybetmek ya da o insanla ilişkisinin sona ermesi korkusudur.

4. Altben kaygısı: bireyin iradesine hakim olamayıp bir güdü üzerindeki kontrolünü kaybetme korkusudur.

2.4. Kaygı Nedenleri

Kaygı çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişkilere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit de kaygının kaynağını oluşturabilir (31).

Kaygıda etyolojik faktörler;

- Biyolojik, psikolojik ve / veya sosyal bütünlüğüne olan tehditler
- Dayanma mekanizmalarının / kaynaklarının inefektif kullanımı
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri
- Umutsuzluk
- Güçsüzlük
- Gerçekçi veya ulaşılabılır olmayan ihtiyaçların / beklentilerin karşılanmaması
- Uzun dönemli hastalığa cevap
- Özgüvene tehdit
- Biyolojik, psikososyal, çevresel faktörler olarak sıralanabilir.

Kaygı, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktör kaygı nedeni olabilir. Bu duygunun yaşanması, hayatın sürdürülmesinde ve uyumun gerçekleşmesinde önemlidir. Ancak bir noktadan sonra yaşamı ve aktiviteleri olumsuz yönde etkileyerek ruhsal sorun halini almaktadır (32).

2.5. Kaygı'nın Organizmaya Etkisi

Kaygıda negatif duygu durumu, kötü bir şeyin meydana gelebileceğini önceden hissetme ve gerilimin somatik ifadeleri örneğin titreme, sarsılma, güçsüz hissetme, sırt ağrısı, baş ağrısı, adale gerginliği, kısa ve sık nefes alma, kolay yorulma uyuşukluk ve karıncalanma hissi, yutma güçlüğü gibi fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bunların yanında, otonomik aktivitede artma söz konusudur. Buna bağlı olarak yüzde kızarma, solgunluk, kalp atım hızının ve şiddetinin artması, terleme, ellerde soğukluk hissi, ishal gibi belirtiler ortaya çıkar (33).

Kaygı belirtileri ani başlangıçlı veya giderek yoğunlaşan tarzda olabilir. Kişi kendisinde olan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Belirtiler egodistonik niteliktedir (29). Kaygı belirtileri çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir (34).

Kaygı düzeyleri ve tepkiler şekil 1’ de gösterilmiştir.

Kaygı Düzeyi	Fizyolojik Tepkiler	Kognitif/algısal Tepkiler	Duygusal/Davranışsal Tepkiler
Hafif	Hayati bulgular normal, minimal kas gerginliği, pupiller normal kontraktürde.	Algı alanı geniş, birçok çevresel ve içsel uyaranların farkında olma, düşünceler gelişi güzel olabilir; ama kontrol altındadır.	Rahatlamış sakin görünüm ve ses tonu, kendiliğinden eyleme geçme alışkanlığa bağlı davranışlar görülür.
Orta	Hayati bulgular normal veya hafif yüksek, gerilim var, rahatsız veya istenmeyen durumlar.	Alarm; algı daralmış, odaklanmış. Problem Çözme ve öğrenme için elverişli durum, Dikkatli.	Hazır olma, karşı koyabilme hissi, enerji dolu, rekabet eden davranışlar ve yeni yetenekler öğrenmeye istekli.
Ağır	Kavga veya kaçma cevabı, otonom sinir sistemi aşırı derecede stimüle (hayati bulgular artmış, aşırı terleme, sık idrara çıkma, diyare) kaslar rijit, gergin, duyular etkilenmiş, duyma azalmış, ağrıya duyarlılık azalmış.	Algısal alan çok daralmış, problem çözmeye zorluk, selektif dikkatsizlik (tehdit edici uyarıyı bloke eden) zamanın distorsiyonu, disosiyatif eğilimler, viganbulizm (otomatik davranışlar).	Kendilerini tehdit edilmiş hissederler. Aşırı yüklenmiş görünürler, aktivite artabilir veya azalabilir (devamlı dolaşma, kaçma, titreme). Deprese hissedebilir veya görünebilir. Ağrı sızidan şikayet edebilir. Ajite veya irite olabilir. Daha fazla boş alana ihtiyaç duyar.
Panik	Sempatik sistem rahatlayana dek yukarıdaki semptomlar artar. Kişi soluklaşabilir. Kan basıncı düşer. Kas koordinasyonu bozulur. Ağrı duyma duyuları minimal olur.	Algı tamamen dağılmış veya kapanmıştır. Problem çözme ve mantıklı düşünme düzensizleşir. Disosiyasyon oluşabilir.	Kontrolünü tamamen kaybeder ve kendini umutsuz hisseder. Sinirli ve korkmuş olabilir, ağlayabilir. Tamamen disorganize (düzensiz) olur. Davranış aktif veya inaktiftir.

Şekil 1: Kaygı Düzeylerine Göre Verilen Tepkiler (35).

Kaygı, şiddeti ve süresi açısından tehlike olasılığı ile orantılı değilse, tehlikesiz olduğu bilinen durumlarda ortaya çıkıyorsa ya da fark edilebilir herhangi bir tehdit olmadan başlıyorsa normal dışı kabul edilmektedir. Aşırı uyarılmayla birlikte ruhsal ve bedensel belirtilerden oluşan karmaşık bir deneyimdir. Davranışsal tepkilerde kaygıya

sıklıkla eşlik etmektedir. Ruhsal belirtiler, gerginlikten korkuya kadar uzanan afektif tepkilerden oluşur; en aşırı halinde ise panik biçiminde görülebilir. İçinde bulunan durumla başa çıkma konusunda rahatsızlık hissi ve gelecek hakkında belirsizlik, kaygının bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bunların yanında tasalanma, korku, felaket önsezisi, içinde bulunan durumla başa çıkamama korkusu, kaygı geliştirme korkusu ve bunun sonucunda insanlarla beraberken utanma gibi özellikler de azalmaya neden olur. Kişinin kaygıyı kontrol etme becerisi konusunda kendine olan güvenini yitirmesi, sıklıkla geçici depresyon duygusuna neden olur (36).

2.6. Hemşirelikte Stres ve Kaygı

İnsanlık tarihi boyunca çalışma ve çalışan birey, bütün dinlerde ve toplumlarda olumlu değerlerle nitelendirilmiştir. Günümüzde çalışma yaşamı, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için sağladığı ekonomik olanakların yanısıra bireyin, toplumda belli bir yer rol sahibi olabilmesi, toplumla bütünleşebilmesi ve toplumda saygınlık kazanabilmesi için gerekli olan temel toplumsal kurumların başında gelir (5).

Her geçen gün hızla ilerleyen teknoloji, insanların yaşamına yenilik ve rahatlık getirmekle birlikte sağlık ve mutluluklarından da bir şeyler götürmektedir. Hayatları boyunca tanık oldukları yenilik ve değişimlerin insanların üzerinde aşırı bir endişe ve gerilim yaratması onların stresle karşı karşıya kalmalarına, stresi yaşamalarına neden olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre iş sağlığının tanımı şöyledir: Bütün çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal refahlarını en üst düzeye yükseltmek; çalışanların sağlıklarının iş koşulları nedeniyle bozulmasını önlemek; çalışanları sağlığa aykırı risk faktörlerinden korumak; her çalışanı kendi iş çevresinde bedensel ve psikolojik şartlarına uygun pozisyona yerleştirmek ve orada korumak (37).

Çalışma hayatının her aşamasında yaşanan stres, sağlık kuruluşları gibi karmaşık örgütlerde çalışan tüm sağlık personelini etkisi altına alır. Hastanede yapılan faaliyetlerin yaşam ve ölümle ilgili olması her düzeydeki personel üzerinde stres yaratır. Hastanın tedavi talebinin acillik özelliği göstermesi, reddedilmez nitelikte oluşu da bu

stresi ve karmaşıklığı artırır. Ayrıca hastanenin günün yirmi dört saatinde hizmet vermesi çeşitli programlama sorunlarına yol açar.

Hastanedeki aşırı iş bölümü, uzmanlaşma, karşılıklı bağımlılık, birbirinden çok farklı özelliklere sahip personel, faaliyetlerin tabiatı ve hacminin değişebilirliği, birden fazla yetki hattı, faaliyetlerin insan sağlığıyla ilgili olması, hastanın tedavi talebinin acillik göstermesi ve hastanenin günde yirmi dört saat hizmet vermesi yoğun bir trafiğe yol açar. Hastanede çalışan sağlık personelinin rollerinde değişikliklerinin olması olasıdır. Bu değişikliklere uyumsuzluk ise çalışan sağlık personeli üzerinde stres yaratabilmektedir (38).

Yapılan araştırmalarda hastane ortamına özgü bazı faktörlerin hemşirelerin çalışmalarını etkilediği, hatta, hasta bakım hizmetlerinin verimini düşürdüğünü ortaya koymuştur. Bu faktörlerin, fiziksel, kimyasal, biyolojik, mekanik ve psiko-sosyal olabilecekleri bildirmektedir. Öte yandan bu faktörler hemşirelerin sağlık durumunu da etkileyebilmektedir. Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında, hemşirelerin olumsuz faktörlere dikkat etmemeleri, gerekli titizliği göstermemeleri önemlidir. Ayrıca hastane yönetimlerinin gerekli önlemleri zamanında uygulayıp uygulamaması da etkili olabilmektedir. Hemşireler tüm mikrobik hastalıklar yönünden risk altındadırlar. Ancak özellikle tüberküloz, hepatit ve AIDS, hemşire ve doktorların meslek hastalığı haline gelmiştir. Uzun süre ayakta durmaya bağlı olarak gerek varis, gerekse sırt-bel ağrıları hemşireler arasında sıkça görülmektedir. Çalışma koşulları gereği hastane personeli yoğun strese de maruz kalmaktadır. Bunlara daha çok psiko-sosyal sorunlar neden olarak gösterilmiştir. Bu sorunların uzun sürmesi durumunda hemşireler arasında psikosomatik hastalıklar da sıkça görülmektedir. Ayrıca psikolojik sorunlar davranış bozukluklarına yol açabilmektedir. Bunlara bağlı olarak sigara, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, ruhsal gerginlik, depresyon ve kaygı gelişebilmektedir (39).

Sağlık bakım hizmeti veren hemşirelerin iş ortamından ve mesleğin doğasından kaynaklanan çeşitli stres faktörleriyle karşılaştığı, sağlık profesyonellerinin içinde en fazla stres deneyimleyen grup olduğu öne sürülmektedir (39). Hemşirelikte stres 1960'lı yıllardan beri araştırılmakta olup stresin iş doyumunu ve hasta bakımının niteliğini etkilediği, tükenmişliğin artmasına neden olduğu artık bilinmektedir (40).

2.7. Tükenmişlik sendromu (Burn-out syndrome)

Stresle uygun başa çıkma yöntemleri kullanılmadığında psikosomatik rahatsızlıklar yanında ortaya çıkan en önemli sonuçlardan biri de son yıllardaki önemi gittikçe artan ve araştırmalara konu olan tükenmişlik sendromudur.

Bireyin düşük iş performansı göstermesi, sürekli olarak işte bulunmaması, işle ilgili görevlerini yerine getirmemesi ile sonuçlanan tükenmişlik sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (41). Tükenme belirtisi, öğretmenlik, polislik, hemşirelik gibi yardım edici mesleklerde daha sık görülür.

Tükenmişlik, iş stresine tepki olarak, bireyin tutum ve davranışlarında negatif dengesizlik göstermesidir. Yoğun çalışmaların sonucu, öz kaynakların, yaşam enerjisinin ve işlev görme yeteneğinin tükenmesidir. Yorgunluk ve yıpranmadan farklı olduğu gibi, iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmayan tükenme, hem fiziksel hem de davranışsal değişimler meydana getiren; bazı durumlarda kimyasal bozulmalara da yol açan bir sendromdur (10).

Maslach ve Jackson (42), tarafından yapılan bir çalışmada tükenmişliğin üç boyutunu tanımlamışlardır. Bunlar;

- 1.Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)
- 2.Duyarsızlaşma (Depersonalization)
- 3.Kişisel Başarı (Personal Accomplishment)

Bu boyutlar şöyle tanımlanmaktadır:

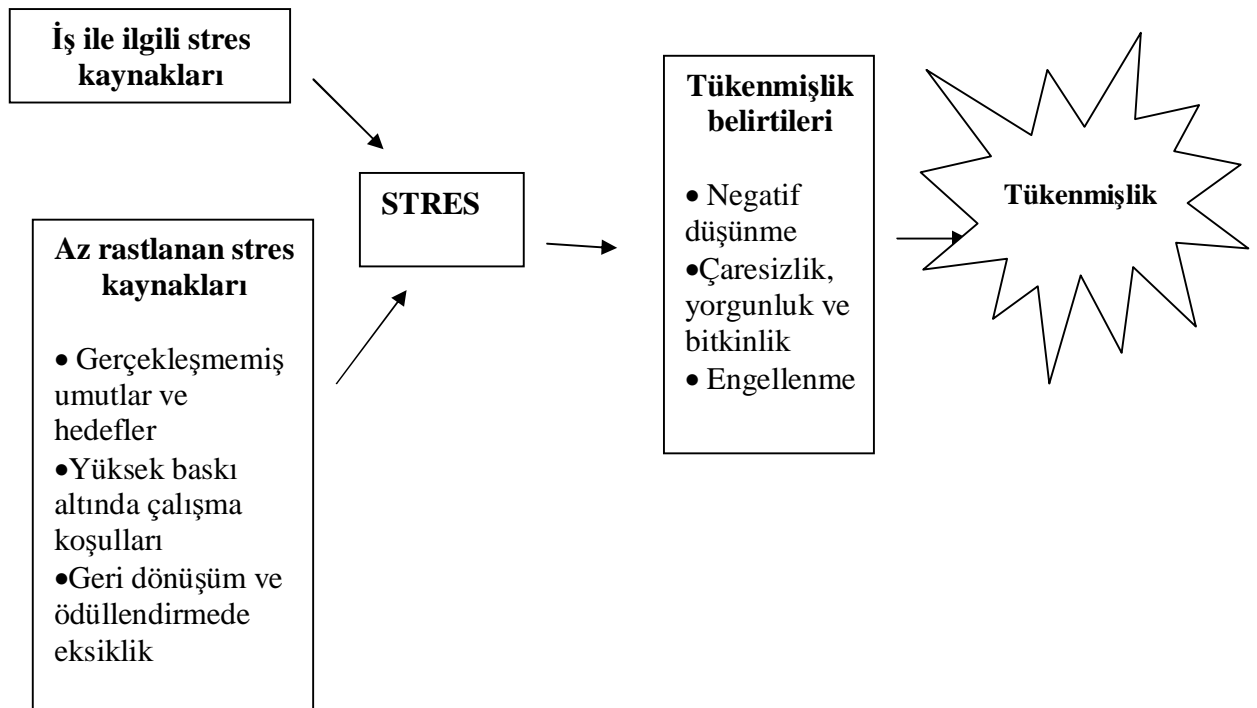
1.Duygusal Tükenme: kişinin iş ve mesleği nedeniyle aşırı yüklenilmiş ve duygusal yönden kendini yıpranmış hissetmesidir.

2.Duyarsızlaşma: kişinin hizmet ya da bakım verdiklerine karşı olumsuz ve alaycı tutumlarını ifade eder. Diğerlerinden uzaklaşma o kadar artar ki arkasından onların duygularına sert bir şekilde aldırma gelir. Çalışanın kendisini ve hizmet verdiklerini insancıl olmayan tarzda algılamasıdır.

3.Kişisel Başarısızlık: kişinin çalışmalarında kendini yeterli bulmaması, kendini olumlu bir biçimde değerlendirememesidir.

Araştırmacılar tükenmişliğe yol açan pek çok olay ve durum tespit etmişlerdir. Bunlardan Miller ve Smith tükenmişliğin sinsice gelişen bir durum olduğunu belirterek tükenmişliğe yol açabilecek bazı olayları açıklamışlardır. Bunlar (42):

1. Beklenti düzeyinin yüksek olması ve ulaşılması olanaksız olan hedeflere sahip olmak,
2. Zihinsel yorgunluk ve iş stresi,
3. Kendi kendini aşırı güdülemeye çalışmak,
4. Katı kurallar,
5. Her şeyi mükemmel yapma isteği,
6. İnsanlarla sık sık karşı karşıya gelmek,
7. Zamanı gelmeden üst makama terfi etme şeklindedir.



Şekil 2: Tükenmişlik Modeli

(Robert Kreitner and Angelo Kinicki (1989), Organizational Behavior Richard D.Inc., s576)

(Kaynak: 43)

İş ortamında pozitif durumların tükenme belirtisini azaltıcı, negatif durumların ise tükenme belirtisini artırıcı etkileri vardır. Tükenme belirtisine karşı organizmanın gösterdiği fizyolojik ve psikolojik strese bağlı hastalıkları içerebilir ve bu durumda bireyi ruhsal ve fiziksel sağlığı ile iş gücü olumsuz yönde etkilenir.

2.8. İş Ortamında Hemşireyi Etkileyen Stres Faktörleri

Gerek örgütsel yapıdaki karmaşıklık, gerek verdikleri hizmetin niteliğinden dolayı sağlık profesyonelleri diğer mesleklerde çalışanlara göre daha fazla iş stresi yaşamaktadır. İş stresini özerkliğin az, fiziksel ya da psikolojik taleplerin fazla olduğu mesleklerde daha sık görüldüğü ve hemşireliğin de böyle bir meslek olduğu kabul edilmektedir. İş ortamından kaynaklanan stresi sürekli olması hemşirelerde fiziksel, psikolojik ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır. Bu durum ülkemizde de değişmemekte, hastanelerdeki iş gücünün %50-60'ını oluşturan ve kaliteli sağlık hizmeti verme konusunda ağır sorumluluğu olan hemşirelerin, eğitim, yönetim ve hizmet alanlarında yetki sahibi olmadıkları ve hemşirelerde işe karşı olumsuzluk, kayıtsızlık, mesleği bırakmayı düşünme ve emeklilik süresi genç yaşta dolmasına karşın işten ayrılma gibi davranışların görüldüğü belirtilmektedir (44,45).

İş stresi oldukça evrensel ve şiddetli bir stres türüdür. İş stresi, iş arkadaşları arasında çatışma, yönetici ile çatışma, iş doyumsuzluğu, işteki sorumlulukların fazla olması, toplumsal desteğin yetersizliği, iş beklentilerinin belirsizliği veya zaman baskısından kaynaklanabilir (46). Bazı kişiler kendilerinden işlerinde beklenen performansı göstermek için yeterli eğitimi almadıkları; bazıları ise işlerinin onları becerilerini kullanmalarına izin vermediğini düşündükleri için strese girebilirler. İş çevresinde ve bireyler arasında her zaman çatışmalar ve uyumsuzluklar vardır. Bunlar şiddetli stres belirtilerinin bireyde görülmesine neden olabilirler. Burada bu stres faktörlerinden en sık karşılaşılanlarını şu şekilde sıralanabilir (47,48,49,50):

- Hemşirelik eğitiminin doyurucu olmaması,
- Görev tanımının açık ve net bir şekilde yapılmamış olması,
- Farklı düzeyde eğitime karşılık aynı ünvanın verilmesi,
- Farklı düzeyde eğitime karşılık aynı sorumlulukların verilmesi,
- Rol belirsizliği,
- İşin amaçlarını bilememe,
- İş yükünün fazla ya da az olması,
- Vardiya sistemiyle çalışma, günlük rutinlerin değişmesi,
- Malzeme eksikliği,
- Ortamdaki sıcaklık, gürültü, koku, görüntüler,
- Mesleki deneyim eksikliği,
- İş yerinde her an acil durumun çıkma olasılığı,
- Ekip üyeleri arasındaki iletişim sorunları,
- Ekip üyelerinin hemşireden mesleki nitelik taşımayan beklentileri (dosya takma, çay yapma, kırtasiye işlemleri vb.)
- Ekip üyelerinin mesleğe ilişkin bilgi eksikliği,
- Hasta ve ailesiyle yaşanan iletişim problemleri,
- Stres altındaki bireye bakım verme,
- Bazı özel durumları olan bireylere bakım verme (psikiyatri hastası, ölüm halindeki hasta, kayıp yaşayan hasta, kanserli hasta, sorunlu yenidoğan vb.)
- Ölüm, ağrı, acı çekme gibi durumlarla sık sık karşılaşma,
- Hastaya acı veren işlemlerin uygulanması,
- İşlemler sırasında hata yapma ve hastaya zarar verme korkusu,
- Karar verici durumlarda bulunma,
- Özel ünitelerde çalışma,
- Yetenekleri ile işin gerektirdikleri arasında dengesizlik olması,
- Karmaşık araç, gereçlerle çalışma, karmaşık formla çalışmaktan kaynaklanan faktörler hemşirelerde stres yaratmaktadır.

2.9. Hemşirelikte Stres ve Kaygı ile İlgili Araştırmalar

Yapılan çeşitli araştırmalar, çalışan bireyin bedensel, ruhsal sağlığının iş ortamından kaynaklanan çeşitli streslerin etkisi altında kaldığını göstermektedir.

Kırman ve Armtrong (51), ölümlü hastaların aşırı sorumluluklarını görevlerinde devamlı olarak hissetme, nakil teknolojisindeki hızlı ilerlemeler ve hasta ile yakınlarının aşırı kişisel isteklerinin devamı; Hillhouse ve Adler (52), iş yükü, doktorlarla çatışma, sosyal destek ve hasta yoğunluğunun hemşireleri iş ortamında etkileyen stres faktörleri olduğunu belirtmişlerdir.

Pıko (53), hemşirelerin işe ilişkin stres düzeyleri ile mesleklerinin bazı psikolojik ve organizasyonel özellikleri arasındaki ilişkiyi inceldiği araştırmasında eğitim düzeyi, vardiyalı çalışma, duygusal yük ya da sosyal destek gibi sosyo-psikolojik ve kuruma ilişkin faktörler hemşirelerin stres düzeylerini etkilediklerini; streslerini azaltmada ise sigara içme, aşırı içki tüketme, düzenli olarak sakinleştirici ve uyku hapi kullanma gibi yollara başvurduklarını belirtmektedir.

McGrath (54), hemşirelikte iş stresi ile ilgili yapılan çalışmalarını incelediğinde aşağıda belirtilen stres kaynaklarını saptamıştır. Bunlar: bağımsızlık ve otonomiye sahip olmama, hemşireliğin geleneksel olarak bir kadın mesleği olması, hemşirelik bakımı konusunda taleplerin fazlalığı ve hemşire sayısının yetersiz olması, karar verme konusunda hemşireler veya hekimler arasında oluşan güç ve çatışma durumları, hemşireliğin doğası bakımından, kayıp, kaygı, kızgınlık, doğum ve ölüm gibi duygusal durumları ele alması, sağlık bakımı verme sistemini etkileyen devamlı değişim ve değişime eşlik eden talepler, fiziksel ve emosyonel reaksiyonlar ile stresli durumlara eşlik eden tepkiler, yaşamın niteliğini azaltan (sigara, alkol, yetersiz beslenme vb) durumlar, işlerin yapısından kaynaklanan çeşitli çevresel tehlikeler (hastalıklar, kimyasal ürünler), çok farklı ilişkiler (hekim, hastalar, hasta yakınları, meslektaşlar), çeşitli talepler ve gerçekçi olmayan iş beklentileri (iş yükü, rotasyon şiftleri, çift şiftler), çalışanın potansiyelini ya da performansını tanımlayan örgütsel yapı ve bu yapıdan kaynaklanan stres faktörleridir.

Terakye'nin (55), öğrencilerin klinik uygulamalarında karşılaştıkları stres yaratıcı durumlar ile ilgili çalışmasında, öğrencilerin çeşitli hemşirelik işlemleri, hasta ve yakınları ile olan ilişkileri ve eğitimcilerle ilgili alanlarda stres yaratıcı durumlarla karşılaştıkları belirtilmektedir.

Kalemoğlu ve arkadaşları (56), acil servis çalışanlarındaki stres faktörleri ve tükenmişlik ile ilgili çalışmasında, acil servis personeli, aşırı miktarda hasta bakma, hasta ölümleri, uyku düzeninin bozulması, uzun çalışma saatleri, tanı ve tedavisi zor ve karmaşık hastalarla uğraşma, mesleki ilişkilerde problemler, yetersiz hastane kaynakları, hasta yakınları ile uğraşma, emniyetsiz çalışma ortamı, zor ve kritik kararlarla ilgili alanlarda stres yaratıcı durumlarla karşılaştıklarını belirtmektedir.

Ergin (57), çalışmasında, insanlarla yakın ilişkide bulunan mesleklerde tükenmişliğin daha fazla olduğunu göstermekte olup Yoğun Bakım ünitesi hemşireleri de hasta, hasta ailesi ve diğer sağlık profesyonelleri başta olmak üzere, birçok kişi ile sürekli iletişim halinde olup, genel durumu her an değişebilecek hasta bakma ve acil girişimlere her an hazır olma durumu, hemşireleri tükenmişlik düzeyini arttırdığını belirtmektedir.

Gentry ve arkadaşları (58), yoğun bakım ve servis hemşirelerinin strese cevaplarını karşılaştırmıştır. Elde edilen bulgular yoğun bakım hemşirelerinin, servis hemşirelerinden daha çok depresyon, öfke ve kaygı gösterdiklerini, ağır iş yükü, fazla sorumluluk alma, hemşire-doktor arasında yetersiz iletişim ve görev içi eğitimin yetersiz olmasının stres yarattığını göstermiştir.

Öz ve arkadaşları (6) "Hemşirelik Yüksek Okul Birinci Sınıf Öğrencilerin Klinik Uygulama Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi" ile ilgili araştırmasında, öğrencilerin klinik öncesi huzursuzluk, hata yapmaktan korkma ve bilinmezlik korkusu yaşadıkları ayrıca, öğrencilerin yarısından fazlasının duygularının konuşulmadığı belirlenerek bu doğrultuda öğrencilerin kaygı düzeylerini arttırdığını belirtmektedir.

Vural ve arkadaşları (59) ameliyathane hemşirelerinde depresyona neden olan faktörlerden en önemli bulgunun kişiler arası ilişkilerde samimiyetsizlik ve ekip içinde çalışanların sınıf farkı yaratması, iş doyumunun önemli derecede olumlu insan ilişkileri

ile ilgili olduğu ve son 10 yılda kişiler arası ilişkilerde becerilerin hızla arttığı tespit edilmiştir.

Sever (60), toplam 374 hemşire üzerinde iş stresi ile başa çıkma ve sonuçlarını araştırdığı çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır:

1. İş yükü, yönetim, kritik bakım, hasta ve ailesi ile ilişkiler, hastalığa özgü durumlar, genel bakım, ekip çalışması ile bilgi / beceri ve ilişkiler sırası ile bulunan stres kaynaklarıdır.
2. Hemşirelikte birçok stres faktörleri evrensel olmasına karşın bu çalışmadaki hemşirelerin, iş yükü ve yönetimden kaynaklanan stres düzeylerinin en fazla olmasının, hastanelerin örgütsel yapısına ilişkin düzenlemelerin ve yöneticilerin yönetim konusundaki bilgi ve becerilerinin yetersizlikten kaynaklanmaktadır.
3. İş stresinin; iş doyumunu azalttığı, duygusal tükenme ve duyarsızlaştırmayı arttırdığı; iş stresi fazla olan hemşirelerinin iş doyumunun daha düşük, tükenmişliğin fazla olduğu bulunmuştur.
4. Araştırmaya göre hemşirelerin stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemler ise sırasıyla: Duygusal destek arama, bilgisel destek arama, kendini kontrol etme, mesafe koyma, kaçma / kaçınma ve olumlu yaklaşımdır.
5. Sorun odaklı başa çıkma ve bilgisel destek aramanın doyumunu arttırdığı ve tükenmişliği azalttığı; duygusal destek aramanın tükenmişliği azaltma potansiyeli olduğu; kaçma / kaçınmanın doyumunu azalttığı, tükenmişliği arttırdığı; kendini kontrol etme, mesafe koyma ve olumlu yaklaşımın bir yönden doyumunu artırma bir yönden de tükenmişliği artırma özelliğinin olduğu belirtilmiştir. Diğer yönden, iş doyumunu düşük ve tükenmişliği daha fazla olan hemşirelerin etkisiz; iş doyumunu yüksek ve tükenmişliği düşük olan hemşirelerin etkili başa çıkma yollarını daha fazla kullandığı; tükenmişliğin etkisiz başa çıkmayı, iş doyumunun etkili başa çıkmayı arttırdığı görülmüştür.

Stehle'nin (61) aktardıklarına göre; Holschaw, 1965 yılında hemşirelikte ruhsal yönden yüksek riskli alanları tanımlamıştır. Bunlar hastaları sağlığına kavuşturamama, hastaları kaybetme korkusu, terminal dönemdeki hastalar ve psikiyatrik problemleri olarak belirtilmektedir. Yoğun bakım personelinin stresi ile ilgili ilk çalışmalar ise Koumans, Kornfeld ve Strauss tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda veriler kişisel gözlemler yolu ile toplanmış olup genelde yoğun bakım ortamı, sosyal ilişkiler ve fizyolojik tehlikeler stres verici olarak belirtilmiştir. Koumans, 1965 yılında yaptığı çalışmasında, sık vardiya değiştirme ve kişilerarası ilişkilerde duygusal yoğunluğu temel stres faktörleri olarak bildirmektedir. Straus ise yoğun hasta bakımı verme, komplike araçlarla çalışma, yönetimle çatışmanın yoğun bakım hemşiresinde stres yarattığını ifade etmektedir. Kornfeld'in çalışmasının bulguları Koumans'ın bulgularını desteklemekte olup sık vardiya değiştirmenin yoğun bakımda strese neden olduğunu belirtmiştir.

2.10. Hemşirelerin Strese Tepkisi

Daha önce değinildiği gibi iş ortamında birçok nedenle stresi yoğun bir biçimde yaşayan hemşirelerin strese tepkileri değişik şekillerde olabilmektedir. Hemşirelerin strese tepkilerinde çeşitli savunma mekanizmaları büyük ölçüde yer almaktadır. Sıklıkla kaygı, güvensizlik ya da yetersizlik duyguları, yer değiştirme ya da yansıtma ile ortaya konulur. Hemşire çevredeki bir olay ya da kişi ile duygularını boşaltmak istediği zaman sıklıkla yer değiştirmeyi kullanır. Hemşire agresif davranma, kapıyı gürültü ile kapatma, aşırı gürültü yapma, başka bir kişiyi gereksiz yere azarlama gibi davranışlar gösterebilir. Yansıtma ile hemşirenin kendi yetersizlik duygularını bir başka kişiye yüklemesi anlamına gelir. Örneğin, hastanın işbirliği yapmadığını ifade etme, hasta ailesi, doktor ya da diğer hemşirelerin hasta ile ilgilenmediklerini ifade etme, yöneticileri yetersiz bulma görülebilir (62).

Stres yaratan durumu tamamen inkar etme ve hiçbir şey yokmuş gibi davranma hemşirelerin kaygıyı kabul etmemesi ve duygularını bastırması anlamına gelir. İnkarı kullanan hemşire işini çok sevdiğini, herşeyin yolunda olduğunu ifade eder. İzolasyon sıklıkla geçici olarak kullanılan bir tepkidir. Örneğin, ölen bir hastaya bakım verirken duygular izole edilir. Ancak bu durum sona erdiğinde hemşire

kendisine sıkıntı veren duygularını kabul edebilmelidir. Bunun yanı sıra bireyin kendini meslekten izole etmesi, hastanın sadece alışılmış işlerini yapması, hastadan uzaklaşıp diğer işlerle gereğinden çok ilgilenmesi hemşirenin: izolasyonu kullandığını göstermektedir. Kompanse etme, uyum için başlangıçta kullanılabilir. Hemşire kaygısı ile baş edebilmek için işe erken gelir, geç gider diğer kişilerin işlerini yüklenir, hastayı gerektiğinden daha sık takip eder (63).

Bunların yanı sıra hemşirede; alkol, tranklizan bağımlılığı, daha fazla sayıda sigara içme, işe gitmeme ya da gitme, iş arkadaşlarına karşı eleştirici bir tutum içine girme, çalıştığı ünitenin fonksiyonlarına uyumsuz tutum takınma, unutkanlık, yapıcılık ve enerjinin azalması, sık sık saate bakma, etkili karar verememe ve istifa etme gibi çeşitli davranışlar ile birlikte ağlama, hayal kurma, daha çok ya da az uyuma, fazla ya da az yemek yeme strese tepki olarak gelişebilmektedir (62,63).

Sonuç olarak, hemşirelerin strese gösterdiği tepkilerin geçici çözümler olduğu ve bireyi rahatlatmadığı söylenebilir. Ancak, hemşirelik gibi stresli bir mesleğin üyeleri olarak hemşirelerin, sağlıklarını korumaları ve sürdürebilmeleri için, stresleri ile etkili şekilde baş edebilmeleri ve bu durumu azaltıcı yaklaşımları bilmelerinin önemi göz önüne alınmalıdır (62,63).

2.11. Araştırmanın Amacı

Günümüzde modern kuruluşların hiç birisi hastaneler kadar karmaşık bir yapıya sahip değildir. Hastanelerde faaliyetler, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, ihtiyaç ve fonksiyonlara sahip olan çok sayıda personel ve birimler tarafından yerine getirilmektedir. Hastanelerin birer hizmet örgütü olması, faaliyetlerin kesintisiz oluşu, sistemin karmaşıklığı, matrix yapıda faaliyetler göstermeleri gibi özellikleri nedeniyle önem verilmesi gerekmektedir.

Hastanelerdeki işle ilgili durumlar ve iş stresi üzerinde etkili olan faktörleri iyi tanımlamak gerekir. Bu yüzden bu araştırmanın amacı hemşirelerin kaygı düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stres faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.12. Araştırmanın Önemi

Günümüzde stres ve sonuçları üzerinde giderek daha fazla durulmasının başlıca iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi; stresle ilgili hastalıkların her geçen gün daha da yaygınlaşması, ikincisi ise; stresin verimliliği düşüren ve sağlıkla ilgili birçok harcamaya neden olan, işte hata ve kazaları artıran bir faktör olmasıdır. Ekip içi veya dışı, kontrol altına alınabilecek veya alınamayacak pek çok nedenle sağlık personeli stres altına girmektedir. Stres birçok insanda fizyolojik ve psikolojik yıkım yapabilmektedir. Aynı zamanda iş görenlerin sağlığını ve organizasyonunun ve kişilerin başarısını, iş yapma ve verim durumlarını olumsuz yönde etkileyebilen bir faktördür. Bu nedenle, stresin birey ve ekip kökenli olumsuz sonuçlarının denetlenip kontrol edilebilmesi ve etkili bir şekilde yönetebilmesi için sağlık personeli etkileyen iş stres faktörlerinin tanınması ve tanımlanması büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık personeli ve stres konusuyla ilgili yapılan araştırmaların az olması bu çalışmanın önemini daha da artırmaktadır.

İş stres faktörlerinin tanımlanmasıyla sağlık personelinin çalışmalarında daha az stresle karşılaşmaları, veya karşılaştıklarında bunlarla sağlıklı ve bilinçli bir şekilde mücadele edebilmelerini amaçlayan program ve projeler için bilimsel bir taban oluşturulmuş olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin kaygı düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stres faktörlerinin tanımlanması amacıyla yönelik planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde toplam 10 servis, 4 yoğun bakım ünitesi, 26 poliklinik, bir de ameliyathane bulunmaktadır. Hastanede hemşirelerin yönetimi Başhemşirelik tarafından yürütülmektedir. Hemşireler 08-16 ve 16-08 saatleri arasında olmak üzere iki vardiya halinde çalışmaktadırlar. Araştırma AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu 3 Şubat 2005-10 Şubat 2005 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan yüksek lisans, lisans ve ön lisans mezunu hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem kümesine giren toplam hemşire sayısı 122 olmasına karşın bu hemşirelerden 9 hemşire izinli ya da raporlu olduğundan ve 1 anket formu da yetersiz bilgi nedeniyle geçersiz kabul edilmiştir. Bu araştırmaya çoğunluğu 26-30 yaş grubu arasında olup, 90 hemşire kadrolu, 22 hemşire sözleşmeli olarak 112 gönüllü hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Stres ve kaygı, organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler oluşturmaktadır. Ancak bireylerde stres ve kaygının fizyolojik tepkilerinin objektif bir şekilde değerlendirilmesini birçok faktörün etkileyebileceği ve örneklem hacminin büyüklüğü göz önüne alınarak bu çalışmada stres ve kaygının sadece psikolojik yönü incelenmiştir.

AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin demografik özellikleri, çalışmalarını etkileyen olası stres faktörleri ve kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmak için hazırlanan anket formunda yer alan sorular ve kullanılan ölçeklerle sınırlandırılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu, örneklem olarak seçilen AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin mevcut koşulları ve sağlık personelinin durumu incelenerek hazırlanmıştır.

Hazırlanan anket formunun cevaplaması ortalama 15 dakika sürmektedir. Bu anket formu dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümü, hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ait sorular (Ek-IA), ikinci bölümü Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (Ek-IB), üçüncü bölümü Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) (Ek-IC) oluşturmaktadır.

DKÖ Spielberger, Gorusch ve Lushene (64), tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiş, Öner ile Le Compte (65,66,67,68,69) tarafından Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmış, Türkiye'de de sayısız araştırmada kullanılmış ve DKÖ ile SKÖ adlı iki bölümden oluşan bir testtir (65). DKÖ; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. SKÖ ise , bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeklerde kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları çeşitli ifadeler bulunmaktadır. Ölçeklerde (Ek-IB ve Ek-IC) deneklerin kendileri durumları ile ilgili belirttikleri toplam 40 ifade bulunmakta olup, bunların ilk 20'si kişilerin duruma bağlı kaygı düzeylerini, diğerleri ise bireylerin sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir.

Dördüncü ve son bölümde ise (Ek-ID), hemşireleri iş ortamında etkileyebilecek stres faktörlerini tanımlayabilmek amacıyla "Hastane Ortamına İlişkin Durumlar Formu" geliştirilmiştir. Form, konuya ilişkin olarak yapılan çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmış olup, temel olarak 3 ana başlıkta toplanmıştır:

- 1.Yönetim ile ilgili durumlar
2. Fiziksel iş çevresi ile ilgili durumlar
3. Kişiler arası ilişkiler

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya sadece araştırmaya katılmaya istekli olan hemşireler alınmıştır. Çalışma, tanımlayıcı bir çalışma olduğu için AKÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurulu' na çalışmanın etik yönü açısından başvuru yapılmamıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin idari kaygıları (kovuşturma vs. gibi) göz önüne alınarak, anket formlarında araştırmaya katılanların isim ve imzaları bulunmamaktadır.

3.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastane'sinde çalışan araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireleri kapsamaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Anket uygulaması sonucu elde edilen veriler SPSS, 10.0, versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir.

DKÖ ve SKÖ değerlerinin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Simirnov testi ile incelenmiş, test sonucuna göre normal dağılım gösterdikleri bulunmuştur. Bu sonuçlara göre DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından her bir soru için ayrı ayrı cevap gruplarının karşılaştırılmasında bağımsız iki grup karşılaştırma testlerinden independent t test, tek yönlü basit varyans analizi (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır. Farklı olan grupların belirlenmesinde ise tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Kolmogorov-Simirnov testi ile incelenmiş, test sonucuna göre soruların bazılarının dağılımının normal olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Sperman's rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelerin kaygı düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stres faktörlerinin tanımlanması ile ilgili tablolar yer almaktadır.

Tablo 1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	N	%
YAŞ GRUPLARI		
21-25 yaş	29	25.9
26-30 yaş	73	65.2
31 yaş ve üzeri	10	8.9
TOPLAM	112	100.0
MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ		
1 yıldan az	2	1.8
1-3 yıl	40	35.7
4-6 yıl	50	44.6
7-9 yıl	14	12.5
10 yıl ve üzeri	6	5.4
TOPLAM	112	100.0
ÇALIŞILAN BİRİM		
Yönetici	5	4.5
Cerrahi birimler	14	12.5
Yoğun bakım	24	21.4
Dahili birimler	30	26.8
Acil servis	6	5.4
Ameliyathane	13	11.6
Dializ	3	2.7
Kadın ve doğum servisi	8	7.1
Poliklinik	9	8.0
TOPLAM	112	100.0

Sayı:N

Yüzde:%

Tablo1: Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımının Devamı

	N	%
KADROLU VEYA SÖZLEŞMELİ HEMŞİRE		
Kadrolu hemşire	90	80.4
Sözleşmeli hemşire	22	19.6
TOPLAM	112	100.0
EĞİTİM DURUMLARI		
Yüksek lisans	16	14.3
Lisans	89	79.4
Önlisans	7	6.3
TOPLAM	112	100.0
MESLEK TERCİHİ		
Evet (isteyerek)	50	44.6
Hayır (diğer nedenler)	62	55.4
TOPLAM	112	100.0
MESLEĞİ DEĞİŞTİRİP / DEĞİŞTİRME		
Evet	80	71.4
Hayır	32	28.6
TOPLAM	112	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1' de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin %25.9' unun (n=29) 21-25 yaş grubunda, %65.2'nin (n=73) 26-30 yaş grubunda, %8.9'unun (n=10) 31 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerine göre dağılımlarına bakıldığında; %1.8'i (n=2) 1 yıldan az, %35.7'si (n=40) 1-3 yıl, %44.6'sı (n=50) 4-6 yıl, %12.5' i (n=14) 7-9 yıl, %5.4'ü (n=6) 10 yıldan fazla süredir çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre görev dağılımlarına bakıldığında; %4.5' i (n=5) yönetici, %12.5' i (n=14) cerrahi birimler, %21.4' ü (n=24) yoğun bakım, %26.8' i (n=30) dahili birimler, %5.4' ü (n=6) acil servis, %11.6' ı (n=13) ameliyathane, %2.7'si (n=3) dializ, %7.1' i (n=8) kadın ve doğum servisi, %8.0' ı (n=9) polikliniklerde

çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %80.4'ü (n=90) kadrolu hemşire, %19.6'ı (n=22) sözleşmeli hemşire olarak çalıştıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin eğitim durumlarının dağılımlarına bakıldığında; %14.3'ü (n=16) yüksek lisans, %79.4'ü (n=89) lisans, %6.3'ü (n=7) önlisans mezunu olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin meslek tercih durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %44.6'sı (n=50) mesleğini isteyerek tercih ettiği, %55.4'ü (n=62) mesleğini istemeyerek tercih ettiği görülmektedir.

Hemşirelerin meslek değiştirip değiştirmeme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %71.4'ü (n=80) mesleğini değiştirmek istediğini, %28.6'sı (n=32) mesleğini değiştirmek istemediği görülmektedir.

Tablo 2: Son Bir Ay İçinde Tutulan Nöbet Sayısına Göre Dağılımları

NÖBET SAYISI	N	%
Tutmadım	23	20.5
1-5 defa	10	9.0
6-10 defa	68	60.7
11 defa ve üzeri	11	9.8
TOPLAM	112	100.0

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşirelerin, Son bir ay içinde tutulan nöbet sayısına göre dağılımlarına baktığımızda; %20.5'inin (n=23) nöbet tutmadığını, %9'unun (n=10) 1-5 defa nöbet tuttuğunu, %60.7'si (n=68) 6 -10 kez nöbet tuttuğunu, %9.8'i (n=11) 11 defa ve üzeri nöbet tuttuğu saptanmıştır.

Tablo 3: Son Bir Ay İçinde Servisde Yapılan Eleman Değişikliği ve Bir Yıl İçinde Yapılan Servis Değişikliği Dağılımları

ELEMAN DEĞİŞİKLİĞİ	N	%
Yapılmadı	65	58.0
1 defa	20	17.9
2 ve daha fazla	27	24.1
TOPLAM	112	100.0
SERVİS DEĞİŞİKLİĞİ		
Yapmadım	77	68.8
1 ve daha fazla	35	31.2
TOPLAM	112	100.0

Tablo 3’de araştırmaya katılan hemşirelerin, “son bir ay içinde servisinizde kaç eleman değişikliği yapıldı?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımlarına bakıldığında; %58’i (n=65) hiç değişiklik yapılmadığını, %17.9’u (n=20) bir defa, %24.1’i (n=27) iki ve daha fazla, değişiklik yapıldığı görüşünü belirtmiştir. “bir yıl içinde kaç servis değişikliği yaptınız?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımlarına bakıldığında; %68.8’i (n=77) servis değişikliği yapmadığını, %31.2’i (n=35) bir ve daha fazla servis değişikliği yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4: Hemşirelerin Görevleri Olmadığını Düşündükleri İşleri Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

GÖREV DIŞI İŞLER	N	%
Evet	88	78.6
Hayır	24	21.4
TOPLAM	112	100.0

Tablo 4’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelerin görevleri olmadığını

düşündükleri işleri yapma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, %78.6'sı (n=88) görev dışı işlere baktıklarını, %21.4'ü (n=24) görev dışı işlere bakmadıkları görüşünü belirtmişlerdir.

Tablo 5: Mesai Saatlerinde Çalışılan Yardımcı Personel Sayısına Göre Dağılımları

(08-16) KAÇ YARDIMCI PERSONEL?	N	%
Hiç çalışmıyoruz	8	7.1
1-2 kişi	81	72.3
3 –4 kişi	23	20.5
TOPLAM	112	100,0

Tablo 5’de araştırmaya katılan hemşirelerin, mesai saatlerinde çalışılan Yardımcı personelle sayısına göre dağılımlarına bakıldığında, %7.1’i (n=8) yardımcı personellerinin olmadığını, %72.3’ü (n=81) bir veya iki kişi yardımcı personelle çalıştıklarını, %20.5’i (n=23) 3 veya 4 kişi ile, yardımcı personelle çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 6: Nöbetlerde Çalışılan Yardımcı Personel Sayısına Göre Dağılımları ve Nöbetçi Eczanemiz Var Mı? Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları

NÖBETLERDE KAÇ YARDIMCI PERSONEL?	N	%
Hiç çalışmıyor	24	21.4
1 –2 kişi	88	78.6
TOPLAM	112	100.0
NÖBETÇİ ECZANE?		
Evet	16	14.3
Hayır	96	85.7
TOPLAM	112	100.0

Tablo 6’da araştırmaya katılan hemşirelerin, nöbetlerde çalışılan yardımcı

personel sayısına göre dağılımları bakıldığında; %21.4' ü (n=24) yardımcı personelle çalışmadıklarını, %78.6'sı (n=88) bir veya iki kişi ile, çalıştıklarını belirtmişlerdir. "Nöbetçi eczaneniz var mı?" sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımlarına bakıldığında; %14.3'ü (n=16) nöbetçi eczanenin olduğunu, %85.7'si (n=96) nöbetçi eczanelerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 7: Servislerde Ödül ve Ceza Sistemi Durumuna Göre Dağılımları

ÖDÜL SİSTEMİ?	N	%
Evet	14	12.5
Hayır	98	87.5
TOPLAM	112	100.0
CEZA SİSTEMİ		
Evet	71	63.4
Hayır	41	36.6
TOPLAM	112	100.0

Tablo 7' de araştırmaya katılan hemşirelerin, servislerde ödül ve ceza sistemi durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %12.5'i (n=14) ödül sisteminin olduğunu, %87.5'i (n=98) ödül sisteminin olmadığı görüşünü belirtmektedir. %63.4'ü (n=71) ceza sisteminin olduğunu, %36.6'sı (n=41) ceza sisteminin olmadığı görüşünü belirtmişlerdir.

Tablo 8: Serviste Birlikte Çalışılan Hemşire Sayısına Göre Dağılımları

BİRLİKTE ÇALIŞILAN HEMŞİRE SAYISI	N	%
Tek başıma	11	9.8
1 veya 5 kişi	92	81.1
6 ve üzeri	9	9.1
TOPLAM	112	100.0

Tablo 8'de araştırmaya katılan hemşirelerin, serviste birlikte çalışılan hemşire

sayısına göre dağılımlarına baktığımızda; %9.8'i (n=11) tek başına çalıştıklarını, %81.1'i (n=92) 1 veya 5 kişi ile çalıştıklarını, %9.1'i (n=9) 6 ve üzeri kişi arasında çalıştıkları saptanmıştır.

Tablo 9: Servis Sorumlularının veya Süpervizörlerin Değişme Durumlarına Göre Dağılımları

SÜPERVİZÖR / SORUMLU DEĞİŞİKLİĞİ	N	%
Hiç değişmedi	82	73.2
1 defa değişti	30	26.8
TOPLAM	112	100.0

Tablo 9'da araştırmaya katılan hemşirelerin, servis sorumlularının veya süpervizörlerin değişme durumlarına göre dağılımlarına baktığımızda; %73.2'si (n=82) değişmediği, %26.8'i (n=30) bir defa değiştiği görülmektedir.

Tablo 10: Hastalara Özel İlgi Gösterilme Durumuna Bağlı Dağılımları

HASTALARA ÖZEL İLGI GÖSTERİLİYOR MU?	N	%
Evet	71	63.4
Hayır	41	36.6
TOPLAM	112	100.0

Tablo 10'da araştırmaya katılan hemşirelerin, hastalara özel ilgi gösterilme durumuna bağlı dağılımlarına bakıldığında; %63.4'ü (n=71) evet cevabını, %36.6'sı (n=41) hayır cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo 11: İdari Sorunlarda Hak Arayabilme Durumuna Göre Dağılımları

İDARİ SORUNLARDA HAK ARAMA?	N	%
Evet	41	36.6
Hayır	71	63.4
TOPLAM	112	100.0

Tablo 11’de araştırmaya katılan hemşirelerin, idari sorunlarda hak arayabilme durumuna göre dağılımlarına baktığımızda; %36.6’sı (n=41) idari sorunlarda hakkını arayanlar, %63.4’ü (n=71) idari sorunlarda hakkını aramayanlar olarak görülmektedir.

Tablo 12: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları

HİZMETİÇİ EĞİTİM?	N	%
Evet	71	63.4
Hayır	41	36.6
TOPLAM	112	100.0

Tablo 12’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımlarına baktığımızda; %63.4’ü (n=71) hizmet içi eğitim aldığı, %36.6’sı (n=41) eğitim almadığı görülmektedir.

Tablo 13: Order Saatlerinin Verildiği Zamana Göre Dağılımları

ORDER SAATLERİ?	N	%
00:00 ve 03:00 arası	50	44.8
09:00 ve 18:00 arası	6	5.4
19:00 ve 23:00 arası	21	18.8
Order almayan hemşireler (Başhemşire, yrd, süpervizör, ameliyathane, poliklinik)	35	31.3
TOPLAM	112	100.0

Tablo 13’de araştırmaya katılan hemşirelerin, order saatlerinin verildiği zamana göre dağılımlarına baktığımızda; %44.8’i (n=50) 00:00 ve 03:00 arası, %5.4’ü (n=6) 09:00 ve 18:00 arası, %18.8’i (n=21) 19:00 ve 23:00 arası , %31.3’ü ise order almayan hemşireler grubu olarak belirlenmiştir.

Tablo 14: Hekimlerin Vizit Saatlerine Göre Dağılımları

VİZİTE SAATLERİ	N	%
15 dakika	3	2.7
30 dakika	31	27.6
60 dakika	16	14.3
Vizite katılmayan hemşireler	62	55.4
TOPLAM	112	100.0

Tablo 14’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hekimlerin vizit saatlerine göre dağılımlarına baktığımızda, hekim vizitlerine katılıp %2.7’si (n=3) 15 dakikasını, %27.6’sı (n=31) 30 dakikasını, %14.3’ü (n=16) 60 dakikasını almakta, %55.4’ü (n=62) ise vizite katılmayanlar görülmektedir.

Tablo 15: İlaçların Eczaneden Zamanında Gelme Durumuna Bağlı Dağılımları

ECZANE	N	%
Evet	42	37.5
Hayır	40	35.7
Bazen	4	3.6
Görüş belirtmeyen	26	23.2
TOPLAM	112	100.0

Tablo 15’de araştırmaya katılan hemşirelerin, ilaçların eczaneden zamanında gelme durumuna bağlı dağılımlarına bakıldığında; %37.5’i (n=42) evet cevabını, %35.7’si (n=40) hayır, %3.6’sı (n=4) bazen, %23.2’si (n=26) görüş belirtmeyen olarak görülmektedir.

Tablo 16: “Yemeklerinizi Serviste mi Yiyorsunuz, Servis Dışına mı Gitmek Zorundasınız?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımları

YEMEK	N	%
Yemekhanede	68	60.7
Serviste	31	27.7
Görüş belirtmeyen	13	11.6
TOPLAM	112	100.0

Tablo 16’da araştırmaya katılan hemşirelerin, “Yemeklerinizi serviste mi yiyorsunuz, servis dışına mı gitmek zorundasınız?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımlarına bakıldığında; yemeklerini %60.7’si (n=68) yemekhanede, %27.7’si (n=31) serviste yediğini, %11.6’sı (n=13) görüş belirmemiştir.

Tablo 17: Refakatçi Durumuna Göre Dağılımları

REFAKATÇİ	N	%
Evet	56	50.0
Hayır	32	28.6
Görüş belirtmeyen	24	21.4
TOPLAM	112	100.0

Tablo 18’de araştırmaya katılan hemşirelerin, refakatçi durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %50.0’ı (n=56) hastalarının yanında refakatçi olduğunu, %28.6’sı (n=32) refakatçi olmadığını, %21.4’ü (n=24) görüş belirtmediği görülmektedir.

Tablo 18: Nöbet Teslimindeki Yaşanan Sorunlara Göre Dağılımları

NÖBET?	N	%
Evet	53	47.3
Hayır	34	30.4
Görüş belirtmeyen	25	22.3
TOPLAM	112	100.0

Tablo 18’de araştırmaya katılan hemşirelerin, nöbet teslimindeki yaşanan sorunlara göre dağılımlarına bakıldığında; %22.3’ü (n=25) görüş belirtmediği, %47.3’ü (n=53) evet nöbet tesliminde sorun yaşıyor, %30.4’ü (n=34) hayır nöbet tesliminde sorun yaşanmıyor cevabını verdikleri görülmektedir.

Tablo 19: Size Özel Dinlenme Odanız Var Mı? Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre Dağılımları

DİNLENME ODASI?	N	%
Evet	37	33.0
Hayır	75	67.0
TOPLAM	112	100.0

Tablo 19’da araştırmaya katılan hemşirelerin, “size özel dinlenme odanız var mı?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımlarına bakıldığında; %33.0’ünün (n=37) dinlenme odasının olduğunun, %67.0’ının (n=75) dinlenme odasının olmadığı görülmektedir.

Tablo 20: Servis-Ulaşım Olanakları Durumuna Göre Dağılımları

ULAŞIM OLANAKLARI?	N	%
Evet	14	12.5
Hayır	98	87.5
TOPLAM	112	100.0

Tablo 20’de araştırmaya katılan hemşirelerin, servis-ulaşım olanakları durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %12.5’inin (n=14) ulaşım olanaklarından yararlandığını, %87.5’inin (n=98) ulaşım olanaklarından yararlanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 21: Hemşirelerin Hasta Takip Sayısına Göre Dağılımları

HASTA SAYISI?	N	%
Hasta takip etmiyorum	26	23.2
4 ila 10 hasta	38	34.0
11 ila 20 hasta	39	34.8
22 ve üzeri hasta	9	8.0
TOPLAM	112	100.0

Tablo 21’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelerin hasta takip sayısına göre dağılımlarına bakıldığında; %23.2’si (n=26) hasta takip etmediğini, %34.0’ının (n=38) 4 ila 10 hasta, %34.8’i (n=39) 11 ila 20 hasta, %8.0’ının (n=9) 22 ve üzeri, takip ettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 22: Hemşirelerin İş Arkadaşları İle Toplanma Durumuna Göre Dağılımları

İŞ ARKADAŞLARINDA TOPLANMA?	N	%
Evet	78	69.6
Hayır	34	30.4
TOPLAM	112	100.0

Tablo 22’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelerin iş arkadaşları ile toplanma durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %69.6’sı (n=78) mesai saatleri dışında görüştiklerini, %30.4’ü (n=34) görüşmedikleri saptanmıştır.

Tablo 23: Hemşirelerin Sorumlu İle Uyum Durumuna Göre Dağılımları

NÖBETLERİN DÜZENLENMESİ	N	%
Evet	76	67.9
Hayır	20	17.8
Görüş belirtmeyen	16	14.3
TOPLAM	112	100.0

Tablo 23’de araştırmaya katılan hemşirelerin, hemşirelerin sorumlu ile uyum durumuna göre dağılımlarına bakıldığında; %14.3’u (n=16) görüş belirtmemiş, %67.9’u (n=76) sorumlu ile uyum içinde olduklarını belirtmiş, %17.9’u (n=20) nöbetlerinin düzenlenmesinde sorumlu ile uyum içinde olmadıkları saptanmıştır.

Tablo 24: Hemşirelerin DK ve SKÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	X	SD	N
DK	44.61	8.84	112
SK	42.53	6.42	112

X=Ortalama

SD=Standart sapma

N=Sayı

Hemşirelerin duruma bağlı ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamalarına göre dağılımı tablo 24’de gösterilmiştir. Hemşirelerin durumluluk kayđı leği puan ortalaması 44.61, sürekli kayđı leği puan ortalaması 42.53 olarak bulunmuştur.

Tablo 25: Hemşirelerin Yaş Durumlarına Göre DK ve SKÖ Dağılımlarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DK	NS	-0.048	112
SK	NS	-0.144	112

P=ift taraflı

r=Korelasyon katsayısı

N=Sayı

NS: Nonsignificant

Tablo 25’de hemşirelerin yaş durumlarına göre DK ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Spearman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Hemşirelerin yaş ile DK değerleri ve yaş ile SK değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 26: Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	NS	-0.171	112
SKÖ	0.01	-0.223	112

Tablo 26’da hemşirelerin çalışma sürelerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Spermán’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Hemşirelerin çalışma süresi ile DKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki olmadığı görülürken çalışma süresi ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak negatif yönlü bir doğrusal ilişki bulunmuştur (**r=-0.223, p<0.01**).

Tablo 27: Hemşirelerin Halen Yapmakta Olduğu Görev Durumlarına Göre DKÖ ve SKÖ Değerlerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Hemşirelik idaresi	5	4.5	31 ± 0.0	39 ± 0.66
Cerrahi servisi 1	9	8	46.4 ± 1.56	40 ± 0.98
Cerrahi servisi 2	5	4.5	49.6 ± 1.60	44.60 ± 1.12
Poliklinikler	6	5.4	45.16 ± 2.32	43.16 ± 2.24
Cerrahi yoğun bakım	5	4.5	46.60 ± 3.12	43.60 ± 2.03
Anestezi yoğun bakım	6	5.4	43.83 ± 2.91	38.83 ± 2.94
Acil servis	6	5.4	44.83 ± 3.32	43.66 ± 2.18
Diyaliz	3	2.7	41.33 ± 2.72	42.66 ± 2.02
Psikiyatri servisi	5	4.5	36.80 ± 1.65	44.40 ± 2.58
FTR ve dermatoloji servisi	3	2.7	33.33 ± 2.18	47.66 ± 8.35
Dahiliye servisi 1	5	4.5	42.20 ± 4.46	42.20 ± 2.67
Dahiliye yoğun bakım	7	6.3	46.71 ± 4.37	44.28 ± 3.69
Yenidoğan servisi	6	5.4	52.50 ± 1.17	43.66 ± 3.10
KDH ve pediatri servisi	8	7.1	45.25 ± 2.68	42.50 ± 2.18
Dahiliye servisi 2	5	4.5	39.60 ± 2.69	44.20 ± 1.93
Koronar yoğun bakım	6	5.4	45.83 ± 4.19	43.50 ± 1.23
Karma servis	6	5.4	42.66 ± 3.47	42.16 ± 3.56
Ameliyathane	13	11.6	54 ± 0.98	44.46 ± 1.34
Toplam	109	97.8	45.31 ± 0.80	43.03 ± 0.57

Tablo 27’de hemşirelerin görev türlerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı tek yönlü basit varyans analizi testi ile hesaplanmıştır. DKÖ değerleri bakımından görev türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p < 0.001$), SKÖ değerleri bakımından görev türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çoklu karşılaştırma sonucunda ise DKÖ değerleri bakımından hemşirelik idaresi ile cerrahi servisi II ($p < 0.05$), hemşirelik idaresi ile yenidoğan servisi ($p < 0.01$), hemşirelik idaresi ile Ameliyathane ($p < 0.001$), psikiyatri

servisi ile yenidoğan servisi ($p<0.05$), psikiyatri servisi ile ameliyathane ($p<0.01$), FTR ve dermatoloji servisi ile yenidoğan servisi ($p<0.05$), FTR ve dermatoloji servisi ile ameliyathane ($p<0.01$), dahiliye servisi II ile ameliyathane ($p<0.05$) görev türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, diğer tüm görev türlerinin ise birbirine benzer olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 28: Kadrolu veya Sözleşmeli Hemşire Olarak DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Kadrolu hemşire	90	80.4	43.92 ± 0.99	42.31 ± 0.70
Sözleşmeli hemşire	23	19.6	47.45 ± 1.11	43.45 ± 1.12
			P<0.05	NS

Tablo 28’de hemşirelerin kadrolu veya sözleşmeli olarak DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından kadrolu hemşireler ve sözleşmeli hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenirken ($p<0.05$), SKÖ değerleri bakımında kadrolu hemşireler ve sözleşmeli hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 29: Eğitim Durumlarına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Yüksek lisans	16	14.3	40.37 ± 2.02	40.56 ± 1.23
Lisans	89	79.5	45.59 ± 0.92	42.85 ± 0.69
Önlisans	7	6.3	41.85 ± 3.76	43 ± 3.08
TOPLAM	112	100	44.51 ± 0.83	42.53 ± 0.60
			NS	NS

Tablo 29’da hemşirelerin eğitim durumlarına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında tek yönlü basit varyans analizi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 30: Hemşirelerin Meslek Seçimi Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X±SH
Evet	50	44.6	44.78 ± 1.39	41.34 ± 0.97
Hayır	62	55.4	44.48 ± 1.01	43.50 ± 0.75
			NS	NS

Tablo 30’da hemşirelerin meslek seçiminde DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından hemşirelik mesleğini isteyerek seçenler ve istemeyerek seçenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 31: Hemşirelerin Meslek Değişirme Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X±SH
Evet	80	71.4	46.50 ± 0.88	40.25 ± 0.70
Hayır	32	28.6	39.90 ± 1.64	40.75 ± 1.15
			P<0.001	NS

Tablo 31’de hemşirelerin meslek değişirme durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından mesleğini değiştirmek isteyenlerle istemeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken (**p<0.001**), SKÖ değerleri bakımından mesleğini

değiştirmek isteyenlerle istemeyenler arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 32: Bir Ay İçinde Tutulan Nöbet Sayısına Göre Dağılımları DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	0.001	0.422	112
SKÖ	NS	0.117	112

Tablo 32’de hemşirelerin bir ay içinde tutulan nöbet sayısına göre dağılımları DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının arasında korelasyon regresyon analizi, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Son bir ay içerisinde tutulan nöbet sayısı ile DKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunurken ($r=0.422$, $p<0.001$), son bir ay içerisinde tutulan nöbet sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki görülmemiştir.

Tablo 33: Bir Ay İçinde Serviste Yapılan Eleman Değişikliği Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	0.081	0.165	112
SKÖ	0.549	0.057	112

Tablo 33’de hemşirelerin bir ay içinde serviste yapılan eleman değişikliği durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Son bir ay içerisinde yapılan eleman değişikliği sayısı ile DKÖ değerleri ve son bir ay içerisinde yapılan eleman değişikliği sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir doğrusal ilişki görülmemiştir.

Tablo 34: Bir Yıl İçerisinde Yapılan Servis Değişikliği Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	NS	-0.098	112
SKÖ	NS	0.112	112

Tablo 34’de hemşirelerin bir yıl içerisinde yapılan servis değişikliği durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Spearman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Bir yıl içerisinde yapılan servis değişikliği sayısı ile DKÖ değerleri ve bir yıl içerisinde yapılan servis değişikliği sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 35: Hemşirelerin Görevleri Olmadığı Düşündükleri İşleri Yapma Durumlarına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	88	78.6	46.36 ± 0.89	42.67 ± 0.65
Hayır	24	21.4	37.42 ± 2.04	42.47 ± 1.75
			P<0.001	NS

Tablo 35’de hemşirelerin görevleri olmadığı düşündükleri işleri yapma durumlarına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımında görev dışında işler yapanlarla yapmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunurken (**p<0.001**), SKÖ değerleri bakımından görevi dışında işler yapanlarla yapmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 36: Mesai Saatlerinde Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	0.001	0.307	112
SKÖ	NS	0.094	112

Tablo 36’da hemşirelerin mesai saatlerinizde çalışan yardımcı personel sayısına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Mesai saatlerinde çalışılan yardımcı personel sayısı ile DKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunurken ($r=0.307$, $p<0.001$), mesai saatlerinde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 37: Nöbetlerde Çalışan Yardımcı Personel Sayısına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	0.05	0.238	112
SKÖ	NS	0.143	112

Tablo 37’de hemşirelerin nöbetlerde çalışan yardımcı personel sayısına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Nöbetlerde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısı ile DKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü doğrusal ilişki bulunurken ($r=0.238$, $p<0.05$), nöbetlerde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 38: “Nöbetçi Eczaneniz var mı?” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X±SH	DKÖ X±SH
Evet	16	14.3	52.83 ± 5.32	47.16 ± 2.98
Hayır	96	85.7	44.82 ± 0.85	42.64 ± 0.61
			P<0.05	NS

Tablo 38’de hemşirelere “nöbetçi eczaneniz var mı?” sorusuna DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından nöbetçi eczanesi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülürken ($p<0.05$), SKÖ değerleri bakımından nöbetçi eczanesi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 39: Hemşirelerin Servislerde Ödül Sistemi Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	14	12.5	40.50 ± 5.18	36.25 ± 3.66
Hayır	98	87.5	46.39 ± 0.86	43.39 ± 0.61
			NS	P<0.05

Tablo 39’da hemşirelerin servislerde ödül sistemi durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı Independent t testi ile hesaplanmıştır. DKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ödül sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken, SKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ödül sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 40: Hemşirelerin Servislerde Ceza Sistemi Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	Durumluluk kaygı ölçeği X±SH	Sürekli kaygı ölçeği X ± SH
Evet	71	63.4	47.70 ±1.08	43.70 ± 0.79
Hayır	41	36.6	43.75 ±1.20	42.29 ± 0.84
			P<0.05	NS

Tablo 40'da hemşirelerin servislerde ceza sistemi durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı Independent t testi ile hesaplanmıştır. DKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ceza sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.05$), SKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ceza sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 41: Serviste Birlikte Çalışan Hemşire Sayısına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	0.001	0.405	112
SKÖ	NS	-0.023	112

Tablo 41'de hemşirelerin serviste birlikte çalışan hemşire sayısına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Spearman's rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Birlikte çalışılan hemşire sayısı ile DKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak önemli pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunurken ($r=0.405$, $p<0.001$), birlikte çalışılan hemşire sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 42: Servis Sorumlularınız veya Süpervizörlerinizin Değişme Durumlarına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Değişmedi	82	73.2	45.59 ± 0.92	42.85±0.69
1 defa değişti	30	26.8	40.37 ± 2.02	40.56 ±1.23
			NS	NS

Tablo 42’de hemşirelerin servis sorumlularınız veya süpervizörlerinizin değişme durumlarına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı Tukey çoklu karşılaştırma testi ile hesaplanmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından servis sorumluların / süpervizörlerin değişenler ve değişmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 43: Hastalara Özel İlgi Gösterilme Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	71	63.4	44.32 ± 1.18	42.98 ± 0.78
Hayır	41	36.6	46.02 ± 1.29	42.95 ± 0.96
			NS	NS

Tablo 43’de hemşirelerin hastalara özel ilgi gösterilme durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı Independent t testi ile hesaplanmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından hastalarına özel ilgi göstermek zorunda kalanlarla kalmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 44: İdari Sorunlarınızda Hak Arayabilme Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	41	36.6	42.70 ±1.27	40.75 ± 1.03
Hayır	62	63.4	46.19 ±1.08	43.30 ± 0.72
			P<0.05	P<0.05

Tablo 44’de hemşirelerin idari sorunlarınızda hak arayabilme durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi ile hesaplanmıştır. İdari sorunlarda hakkını arayabilenler ve arayanmayanlar arasında hem DKÖ değerleri bakımından (**p<0.05**) hem de SKÖ değerleri bakımından (**p<0.05**) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 45: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	71	63.4	43.34 ± 0.98	42.01 ± 0.72
Hayır	41	36.4	47.02 ±1.47	44 ± 1.06
			P<0.05	NS

Tablo 45’de Hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken (**p<0.05**), SKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 46: Order Saatlerinin Verildiği Zamana Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
00:00	34	30.4	42.08 ±1.39	42.23 ±1.16
1:00	7	6.3	50.28 ±4.29	44.85 ±3.73
2:00	7	6.3	42.14 ± 2.87	39.71 ±1.37
3:00	2	1.8	48.50 ±0.50	44 ±4.00
15:00	2	1.8	36.50 ±0.50	47.50 ±5.50
22:00	4	3.6	46.75 ±0.62	47 ±3.24
23:00	15	13.4	46.33 ±1.93	43 ±1.29
TOPLAM	71	63.6	44.08 ±0.98	42.87 ±0.77
			NS	NS

Tablo 46’da order saatlerinin verildiği zamana göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında Tek yönlü basit varyans analizi testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından hekimlerin orderların teslim etme saatleri arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 47: Hekimlerin Vizit Saatlerine Göre Dağılımlarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	NS	-0.010	112
SKÖ	NS	-0.114	112

Tablo 47’de hekimlerin vizit saatlerine göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Hekim vizitlerinin süresi ile DKÖ değerleri ve hekim vizitleri süresi ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 48: İlaçlarınız Eczaneden Zamanında Gelme Durumuna Göre dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	42	37.5	42.92 ± 1.37	42.30 ± 1.09
Hayır	40	35.7	45.05 ± 1.32	43.12 ± 1.00
Bazen	4	3.6	48 ± 1.35	40.75 ± 1.43
TOPLAM	86	76.8	44.15 ± 0.91	42.61 ± 0.71
			NS	NS

Tablo 48’de hemşirelere ilaçlarınız eczaneden zamanında gelme durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımı Tek yönlü basit varyans analizi testi ile hesaplanmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından ilaçların eczaneden zamanında gelip gelmemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 49: “Yemeklerinizi Serviste Mi Yiyorsunuz, Servis Dışına Mı Gitmek Zorundasınız?” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X± SH	SKÖ X ± SH
Yemekhanede	68	60.7	44.02 ± 1.13	42.88 ± 0.80
Serviste	31	27.7	43.29 ± 1.37	41.80 ± 1.20
			NS	NS

Tablo 49’da “Yemeklerinizi serviste mi yiyorsunuz, servis dışına mı gitmek zorundasınız?” sorusuna DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından yemeklerini serviste yiyenlerle yemekhanede yiyenler arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 50: Refakatçi Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	56	50	43.12 ± 1.03	42.82 ± 0.87
Hayır	32	28.6	45.75 ± 1.65	42.81 ± 1.13
			NS	NS

Tablo 50’de Refakatçi durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından hastalarının yanında refakatçi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 51: Nöbet Tesliminde Yaşanan Sorunlara Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	53	47.3	44.96 ± 1.07	41.84 ± 0.82
Hayır	34	30.4	42.50 ± 1.57	43.58 ± 1.24
			NS	NS

Tablo 51’de Nöbet tesliminde yaşanan sorunlara göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından nöbet teslim alırken sorun yaşayanlarla yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 52: “Meslektaşlarınıza Size Özel Dinlenme Odanız Var mı?” Sorusuna Verdikleri Cevaba Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	37	33	40.64 ± 1.37	42.08 ± 0.82
Hayır	75	67	47.04 ± 0.99	42.65 ± 1.24
			P<0.001	NS

Tablo 52’de “Meslektaşlarınıza size özel dinlenme odanız var mı?” sorusuna DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından dinlenme odası olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.001$), SKÖ değerleri bakımından dinlenme odası olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 53: Servis-Ulaşım Olanakları Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ±SH	SKÖ X ± SH
Evet	14	12.5	41 ± 3.39	41.41± 1.70
Hayır	98	87.5	45 ± 0.86	42.67 ± 0.64
			NS	NS

Tablo 53’de Hastanenizin servis-ulaşım olanakları durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından hastanenin servis olanaklarından yararlananlarla yararlanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 54: Hemşirelerin Hasta Takip Sayısına Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Arasında Korelasyon Regresyon Analizi

	P	r	N
DKÖ	NS	-0.170	112
SKÖ	NS	-0.024	112

Tablo 54’de hemşirelerin hasta takip sayısına göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında arasında korelasyon regresyon analizi incelenip, Sperman’s rho korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Nöbetlerde takip edilen hasta sayısı ile DKÖ değerleri ve nöbetlerde takip edilen hasta sayısı ile SKÖ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Tablo 55: Hemşirelerin İş Arkadaşları İle Toplanma Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	78	69.6	43.96 ± 1.05	42.66 ± 0.79
Hayır	33	30.4	46.21 ± 1.32	42.27 ± 0.83
			NS	NS

Tablo 55’de Hemşirelerin iş arkadaşları ile toplanma durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ ve SKÖ değerleri bakımından mesai saatleri dışında iş arkadaşları ile toplananlarla toplanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 56: Hemşirelerin Nöbetlerin Ayarlanmasında Sorumlu İle Uyum İçinde Olma Durumuna Göre DKÖ ve SKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları

	N	%	DKÖ X ± SH	SKÖ X ± SH
Evet	76	67.9	44.59 ± 1.01	42.72 ± 0.76
Hayır	20	17.9	50.10 ± 1.13	43.15 ± 0.91
			P<0.001	NS

Tablo 56'da nöbetlerin ayarlanmasında hemşirelerin sorumlu ile uyum içinde olma durumuna göre DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının dağılımında independent t testi kullanılmıştır. DKÖ değerleri bakımından nöbet düzenlenmesinde sorumlu ile uyum içerisinde olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken (**p<0.001**), SKÖ değerleri bakımından nöbet düzenlenmesinde sorumlu ile uyum içerisinde olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş dağılımına bakıldığında, %91.1'inin 30 yaşın altındaki yani genç hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir (Tablo-25). Bu araştırmada, hemşirelerin yaşı ile DKÖ ve SKÖ düzeylerinde farklılık gözlenmemiştir. Bu durum, çalışmaya katılan hemşire grubunun çoğunlukla genç popülasyondan oluşması, yaşlı grubun göreceli azlığı ve dolayısıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratabilecek bir grup oluşturamamalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Torun(66), "Tükenmişlik Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme" konulu çalışmasında, iş ortamında gençlerle yaşlılara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik görüldüğü bulmuştur. İncir'in (67) "Çalışma Yaşamındaki Psiko-Sosyal Etmenlerin Çalışanların Fiziksel ve Ruhsal Sağlığına Etkileri" konulu çalışmasında ise, örgüt içinde yapılan incelemelerde yaşlı iş görenlerin potansiyel stres faktörlerinden uzak durdukları ve sorunları deneyimlere dayanarak daha kolay çözdükleri gözlenmiştir. Aslan ve arkadaşları (69,70) yaptıkları iki ayrı çalışmada yaş arttıkça işe bağlı stresin azaldığını belirtmişler.

Eldeki verilerden hareketle, hemşirelikte yaşın iş stresini doğrudan etkilemediği; ancak yaş ilerledikçe artan tecrübelerinin, stres düzeylerini azalttığı düşünülebilir. Daha genç ve iş yaşamlarının başında olan hemşirelerin işle ilgili beklentilerinin daha yüksek olması, eğitimleri sırasında öğrendiklerini iş yaşamlarında uygulayamamalarından kaynaklanan düş kırıklıkları yaşamaları ve genç oldukları için yöneticiler tarafından daha yoğun birimlerde çalıştırılmaları gibi etkenler, iş stresini daha fazla duymalarında rol oynayabilir. Bizim çalışmamıza katılan hemşirelerin yaklaşık aynı yaşlarda ve genç nüfustan olması nedeni ile bizim çalışmamızda bu bulguları destekler sonuçlara ulaşamadığımız düşüncesindeyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş deneyimlerine göre dağılımlarına bakıldığında, %82.1'inin 6 yıllık iş deneyimine sahip olduğu görülmektedir (Tablo-26). Çalışmamızda, meslekte geçen süre ile DKÖ değerleri arasında anlamlı bir doğrusal ilişki olmadığı görülürken çalışma süresi ile SKÖ değerleri arasında negatif yönlü kuvvetli bir doğrusal ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, $r=-0.223$).

Kişinin içinde bulunduğu durumdan ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini ölçen SKÖ değerlerinde ise tecrübeli hemşirelerin, beklenildiği gibi daha stressiz oldukları gözlenmektedir. Aksayan(71) hemşirelerin meslekte geçirdikleri süre arttıkça iş doyumlarının arttığını; Aslan ve arkadaşları (69) ise, işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin mesleğin ilk yıllarında daha fazla olup, meslekte çalışma süresinin fazla olmasının iş doyumunu ve kişisel başarıyı olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Maslach ve arkadaşları (72) hemşirelik dışındaki diğer mesleklerde de mesleğin ilk yıllarında işe bağlı stres ve tükenmişliğin daha fazla olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak, verilerimizden ve literatürdeki bulgulardan hareketle tecrübeli hemşirelerin, bilgi ve deneyimlerinde belli bir birikim olduğu, kendini daha yeterli hissedebildiği için veya genel hayat koşullarındaki düzelmeye paralel olarak azalan riskleri nedeniyle sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Tecrübeli hemşirelerin anlık stres düzeylerinin istatistiksel olarak farksız olması ise, çalışma ortamındaki duruma bağlı verilen psikolojik tepkilerin ve duygulanımın, genelde her yaştan ve tecrübeden hemşire için aynı olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, iş ortamındaki stres faktörlerinin, strese karşı mesleki tecrübenin getirdiği genel stres direncine rağmen değişmez olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Yine de bu sonuç, çalışmaya alınan hemşire grubunun göreceli olarak genç ve meslekte nispeten tecrübesiz hemşirelerden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre görev dağılımlarına bakıldığında (Tablo-27); %4.5'i (n=5) yönetici, %12.5'i (n=14) cerrahi birimler, %21.4'ü (n=24) yoğun bakım, %26.8'i (n=30) dahili birimler, %5.4'ü (n=6) acil servis, %11.6'sı (n=13) ameliyathane, %2.7'si (n=3) diyaliz, %7.1'i (n=8) kadın ve doğum servisi, %8.0'ı (n=9) polikliniklerde çalıştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin aldıkları görevler göz önüne alındığında, DKÖ değerleri bakımından görev türleri arasında anlamlı bir farklılık görülürken SKÖ değerleri bakımından görev türleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre kaygı düzeyi göz önüne alındığında, DKÖ skoru en yüksek olan grup, ameliyathane hemşireleridir ($X=54\pm0.38$). Bu grubu DKÖ skor ortalaması yeni doğan servisi çalışanları ($X=52.50\pm1.17$), cerrahi servisi II

($X=49.6\pm 1.60$), dahiliye yoğun bakım ($X=46.71\pm 4.37$), cerrahi yoğun bakım ($X=46.60\pm 3.12$), cerrahi servisi I ($X=46.4\pm 1.56$) hemşireleri izlemektedir. Hemşirelik idaresinde yönetici ya da denetici olarak çalışan hemşirelerin DKÖ skor ortalamaları ($X=31\pm 0.0$) ile en düşüktür.

Vural ve Oflaz (59), “Ameliyathane Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi” konulu çalışmalarında, ameliyathane hemşirelerinin genel olarak “orta” düzeyde kaygı yaşadıkları ($X=43.61$), ekip içindeki işbirliğinin yeterli bulunmaması ($X=46$), fizik ortamının yetersizlikleri ve kişilerarası ilişkilerden şikayet edenlerin ise kaygı ortalamalarının (%86.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar, bu açıdan literatürü destekler niteliktedir.

Bulgularımıza bakıldığında ameliyathane hemşirelerinin daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları gözlenmektedir. Buna neden olarak ameliyathanenin sürekli sirkülasyon halinde olması düşünülürken, diğer nedenler olarak da kapalı bir ortamda dikkat gerektirecek ve sorumluluğu büyük ameliyathanelerin yapılması, pahalı ve hassas makinelerle çalışılması da düşünülebilir. Ayrıca ameliyathaneler, insan ilişkilerindeki genel sosyal kuralların kolay uygulanmasının mümkün olmadığı yerlerdir ve bu nedenle meslekler arası ilişkilerde yaşanabilecek sorunların, hemşirelerin stres düzeyini arttırıyor olması da beklenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kadrolu ve sözleşmeli olarak çalıştıkları durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-28); %80,4’ ü kadrolu hemşire, %19,6’sı sözleşmeli hemşire olarak çalıştıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerde, DKÖ puan ortalamalarına baktığımızda kadrolu hemşirelerin ($X=43.92\pm 0.99$) ile sözleşmeli hemşirelerin ($X=47.45\pm 1.11$) arasında anlamlı bir farklılık bulunurken ($p<0.05$), SKÖ puan ortalamalarına baktığımızda kadrolu hemşire ($X=42.31\pm 0.70$) ile sözleşmeli hemşire arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X=43.45\pm 1.12$).

Sözleşmeli hemşirelerin DKÖ skorlarının yüksek olmasına neden olarak iş ortamında daha dikkat ederek çalışması gerekliliği, yapacağı herhangi bir hatadan dolayı ceza almak, maaşından ücret kesilebilmesi vb risklerinin daha fazla olması düşünülebilir. Başka bir sebep olarak da sözleşmeli hemşirelerin haklarını yeteri kadar

savunamayıp, sürekli ceza olarak servis değişikliği yapılmalarının stres düzeylerinin artmasına sebep olduğu düşünülebilir.

Kadrolu hemşirelerin ise devlet memuru olmalarının sağladığı iş garantisi ve başta iş ve maaş garantisi olmak üzere sahip oldukları geniş özlük hakları nedeniyle daha düşük stres yaşadıkları düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarının dağılımlarına bakıldığında (Tablo-29); %14.3' ü yüksek lisans, %79.4' ü lisans, %6.3' ü önlisans mezunu olduğu bulunmuştur. DKÖ puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre baktığımızda lisans mezunu hemşireler ($X=45.59\pm 0.92$) en yüksek olup, önlisans mezunu ($X=41.85\pm 3.76$) ve yüksek lisans mezunu (40.37 ± 2.02) hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. SKÖ değerleri bakımından farklı eğitim düzeylerindeki hemşireler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. SKÖ puan ortalamalarına baktığımızda yüksek lisans mezunu ($X=40.56\pm 1.23$), lisans mezunu ($X=42.85\pm 0.69$), önlisans mezunu ($X=43\pm 3.08$) dır.

Eryılmaz (73), doğum sonu servislerinde çalışan hemşirelerin verdikleri bakım hizmetine yönelik görüşleri ve iş doyumlarını incelediği çalışmasında ($n= 62$); ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin iş doyum puanlarının ($x=69,190$) Sağlık Meslek Lisesi mezunlarından ($x=59,80$) anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Baykal ve Serezli (74) "Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerinin Araştırılması" konulu çalışmalarında, eğitim düzeyi ile iş doyum arasında anlamlı ilişki bulamadıklarını ($p>0,05$) ancak eğitim düzeyi yükseldikçe iş doyumsuzluğunun arttığını bildirmişlerdir. Sonuç olarak çalışmamıza katılan hemşirelerin daha çok lisans mezunu olması nedeni ile bizim çalışmamızda literatürdeki bulguları destekler sonuçlara ulaşamadığımız düşüncesindeyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslek tercih durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-31); %44.6' ı mesleğini isteyerek tercih ettiği, %55,4' ü mesleğini istemeyerek tercih ettiği, görülmektedir (Tablo-1). Araştırmaya katılan hemşirelerin DKÖ puan ortalamaları mesleğini isteyerek seçenler ($X=44.78\pm 1.39$), istemeyerek seçenler ($X=44.48\pm 1.01$) ve SKÖ değerleri bakımından hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin ($X=41.34\pm 0.97$) ve istemeyerek seçen hemşireleri ($X=43.50\pm 0.75$) olup

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Aksayan (71) da hemşireliği isteyerek seçmenin iş doyumunu artırıp işteki stresi azalttığını belirtmiştir. Demir (75) ve Çam (76) ise, hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin duygusal tükenmeyi yansıtan puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır. Hemşirelik dışındaki mesleklerle ilgili durumunda benzer olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Örneğin Bilici ve arkadaşlarının (76) hemşire olmayan akademisyenlerle, Dolunay (77)'in ise öğretmenlerle yaptığı çalışmalar isteyerek mesleklerini seçenlerin daha az stres yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır.

Bizim çalışmamızdaki bulgular literatürdeki bulguları destekler nitelikte değildir. Sonuç olarak ülkemizde mesleki yönlendirmenin çok sağlıklı olmadığı bir gerçektir. Bu açıdan hemşirelik mesleğini tercih edecek olan öğrenciler üzerinde gerekli çalışmalar yapılmasının ve her yönüyle hemşirelik mesleğinin tanıtılmasının, kişisel özellikleri bu mesleğe uygun olmayan bireylerin bilmeden hemşirelik mesleğini seçmelerinin kısmen de önüne geçilmesinin uzun vadede uygun bir yaklaşım olabileceği düşüncesindeyiz.

Araştırmaya katılan hemşirelerin meslek değiştirip değiştirmeme durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-31); %71.4'ü mesleğini değiştirmek istediğini, %28.6'sı mesleğini değiştirmek istemediği görülmektedir. DKÖ değerleri bakımından hemşirelik mesleğini değiştirmek isteyenlerin ($X=46.50\pm 0.88$), hemşirelik mesleğini istemeyenlerin ($X=39.90\pm 1.64$) dır. Hemşirelik mesleğini değiştirmek isteyenlerle istemeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, SKÖ değerleri bakımından mesleğini değiştirmek isteyenlerin ($X=40.25\pm 0.70$), hemşirelik mesleğini değiştirmek istemeyenlerin ($X=40.75\pm 1.15$) dır. Hemşirelik mesleğini değiştirmek isteyenlerle istemeyenler arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmemiştir.

Çalışma verilerimizi daha önce bildirilmiş verilerle karşılaştırdığımızda genel anlamda uyumluluk tespit ettik. Arsoy'un (78) çalışmasında hemşirelerin %62.3'ünün işten ayrılmak niyetine sahip olduğunu ve %18.9'unun en az bir kez ayrılma girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. Vara (73), hemşirelerin %31'inin hemşirelik mesleğini kendilerine uygun bulmadıkları ve %66'sının hemşirelik mesleğini bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Bizim önceki çalışmalara paralel şekilde hemşirelerde bulduğumuz genel stres düzeylerinden bağımsız olarak, iş ortamında, anlık stres

düzeylerinin yükselmesinin, mesai saatleri içerisinde sık olarak mesleği bırakma düşüncelerinin yoğunlaşmasına yol açtığı düşünülebilir. Gerçekten de yoğun hasta bakımı sunmak, komplike araçlarla çalışmak, hasta yakınları ile birebir ilgilenmek ve bir yandan da yönetimle ilgili sorunlar yaşayan ve yeterli bilgi-becerinin kendinde olup olmadığını sürekli sorgulayan bir hemşirenin, yüksek stres düzeyinin etkisiyle tepkisel olarak mesleği bırakmak gibi düşüncelere kapılıyor olması olağandır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bir ay içinde tutulan nöbet sayısına göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-32), nöbet sayısı ile DKÖ arasında anlamlı korelasyon pozitif yönlü doğrusal bir ilişki saptanmıştır ($P<0.001, r=0.422$). Bir ay içinde tutulan nöbet sayısı ile SKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Son bir ay içerisinde tutulan nöbet sayısı ile DKÖ değerleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunurken, son bir ay içerisinde tutulan nöbet sayısı ile SKÖ değerleri arasında anlamlı bir doğrusal ilişki görülmemiştir. Alimoğlu ve Dönme (79), Aslan ve arkadaşlarının (70) ve Sever'in (78), nöbet sistemi içinde çalışmanın ve sık nöbet tutmanın hemşirelerde işe bağlı stres, duygusal tükenme ve duyarsızlığı artırırken, kişisel başarı ve iş doyumunu düşürdüğü yönündeki saptamaları, araştırmamızın bulgularını destekler yöndedir. Aksayan (71) da, gece çalışmanın ve artan nöbet sayısının hemşirelerin iş doyumunu azaltıcı etkisini vurgulamıştır. Bortholomeyczik ve arkadaşları (80), hemşirelerin nöbet sonrasında yaşadıkları yüksek düzeydeki fiziksel ve zihinsel gerilimin iş ortamındaki stresi arttırmaya neden olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak çalışmamız literatürdeki bulguları destekler niteliktedir. Nöbet sayısının artışının, stres düzeyinin artmasına yol açtığı bulunmuştur. Fazla nöbet tutmanın, hemşirelerde, özel yaşantıya, sosyal ve psikolojik gelişim için gerekli kültürel, sanatsal, sportif vb faaliyetlere yeterli zaman ayırlamaması ve sonuçta yoğun bir çalışma temposunun içinde tükenmişlik duygusunun gelişmesine yol açtığı düşünülebilir. Başka bir açıdan ele alındığında, sık nöbet tutan hemşirelerin yüksek stres düzeylerinin etkisiyle, hastalarla ilgilenmede isteksizlik, iş ortamında geçimsizlik ve verim düşüşü ile, hem kendine, hem de hastalarıyla mesai arkadaşlarına ve hatta çalıştığı sağlık kuruluşuna zarar getirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bir ay içinde serviste yapılan eleman değişikliğine göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-33), eleman değişikliği ile DKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Bir ay içinde serviste yapılan eleman değişikliğine göre dağılımlarına bakıldığında, eleman değişikliği ile SKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır .

Araştırmaya katılan hemşirelerin son bir yıl içinde servis değişikliğine göre dağılımlarına bakıldığında (Tablo-34), servis değişikliği ile DKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Son bir yıl içinde servis değişikliğine göre dağılımlarına bakıldığında, servis değişikliği ile SKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Yeni bir serviste göreve başlamanın başlı başına bir stres faktörleri olduğu akla gelebilir. Ancak hemşirelerin hangi servislerde çalışırsa çalışsınlar, deneyim, bilgi ve becerilerine dayanarak yeni çalışma ortamına adapte olabildiklerini, belki de bu yeni bir ortamda işe başlamanın beraberinde getirdiği stresi dengeleyebilecek bazı pozitif değişikliklerin bile, olabileceği düşünülebilir. Bu durumdan da hastane yöneticilerinin hemşirelerin görev yeri değişikliği yaparken daha rahat karar verebilmeleri gerekliliği, kişisel zorlamalar nedeniyle bazı hemşirelerin rotasyonlarına sınırlama getirilmesinin en azından hemşirenin yaşayacağı stres boyutuyla, aslında çok da geçerli bir gerekçesinin olmadığı çıkarılabilir.

DKÖ değerleri bakımından hemşirelik mesleği dışında işler yapanların ($X=46.36\pm 0.89$), hemşirelik mesleği dışında işler yapmayanların ($X=37.42\pm 2.04$) dır. Hemşirelik mesleği dışında başka işler yapanlarla yapmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, SKÖ değerleri bakımından hemşirelik mesleğini değiştirmek isteyenlerle istemeyenler arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülmemiştir.

Belirli bir eğitim seviyesine gelmiş, belirli bir bilgi birikimi olmuş, deneyimleri ile sorunların üstesinden gelmiş ve kendilerini yeterli hissedebilmiş hemşirelerin mesleki ihtisasları dışındaki sekreterlik, danışmanlık, çay-kahve doldurma vb işleri yapmaya zorlanmalarının rahatsızlık verici olması aslında beklenen bir sonuçtur. Bu konuyla ilgili olarak yönetici konumunda bulunan mercilerin gerekli düzenlemeleri yapmaları gerekmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mesai saatlerinde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısına göre dağılımına bakıldığında (Tablo-36), yardımcı personel sayısı ile DKÖ değerleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($P<0.001$, $r=0.307$). Mesai saatlerinde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısı dağılımına bakıldığında, yardımcı personel sayısı ile SKÖ değerleri arasında anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Aslında ilk bakışta yardımcı personel adedinin fazla olduğu servislerin, zaten doğası gereği yoğun çalışılan servisler olduğu, ve aslında bir üçüncü bağımsız değişken olan servis yoğunluğunun bu iki parametreyi ortak etkilediği düşünülebilir. Çalışma yoğunluğunun eşdeğer olduğu durumlarda personel sayısındaki farklılığın hemşireler üzerindeki stresi ne derecede değiştirdiğine yönelik bir analize gidilmesi, bu tezin kapsamı çerçevesinde mümkün olamamıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla bu konuyla ilgili çalışma yoktur. En azından eldeki mevcut verilerin ışığında, yardımcı personellerin sayısının artmasının, işten kaçma, işi birbirlerine devretme gibi durumlarının sık yaşanması, yetki-sorumluluk karmaşasının artması, sosyal uyumsuzlukların derinleştirilebilme şansının artışı vb mekanizmalarla, iş stresini artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Hemşirelerin bir taraftan hastalarla ilgilenmek, bir taraftan da yardımcı personelin yapmak zorunda oldukları işleri takip etmek zorunda kaldıkları durumlar aslında oldukça sık yaşanmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin nöbetlerde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısına göre dağılımına bakıldığında (Tablo-37), yardımcı personel sayısı ile DKÖ değerleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($P<0.05$, $r=0.238$). Nöbetlerde birlikte çalışılan yardımcı personel sayısı dağılımına bakıldığında, yardımcı personel sayısı ile SKÖ değerleri arasında anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Aynen bir önceki değerlendirmede gözlemlendiği şekilde, nöbetlerde yardımcı personel sayısının artmasıyla da DKÖ değerleri artmaktadır. Yardımcı personel sayısı arttıkça, yapılması gereken görevlerin aslında tam olarak yapılmadığı ve personelin işi birbirinden bekledikleri için işlerin aksadığı, bu nedenle de hemşirelerin, kalabalık personelle tutulan nöbetlerde daha fazla stres yaşadıkları düşünülebilir.

DKÖ değerleri bakımından nöbetçi eczanesi olanların ($X=52.83\pm 5.32$), nöbetçi eczanesi olmayanların ($X=42.82\pm 0.85$) dır. Nöbetçi eczanesi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık görülürken, SKÖ değerleri bakımından nöbetçi eczanesi olanların ($X=47.16\pm 2.98$), nöbetçi eczanesi olmayanların ($X=42.64\pm 0.61$) dır. Nöbetçi eczanesi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla bu konuyla ilgili çalışma yoktur (Tablo-48).

Nöbetlerde hastaların her an değişebilen order'larında ilaçları kolayca getirebilecek nöbetçi eczanenin olması, bir hemşirenin çalışma koşullarını oldukça rahatlatan bir durumdur. Aksi durumda, hemşirenin servisi bırakıp eczaneden gerekli ilacı getirmesi, yani bir şekilde aslında hiç de görevi olmayan bir meşguliyete girmesi, hemşirenin stres düzeyinin artmasına yol açıyor olabilir. Bu çalışmadaki verilere dayanılarak, nöbet idaresinde bu durumun da organizasyonu önerilebilir.

DKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ödül sistemi olanların ($X=40.50\pm 5.18$), çalıştığı serviste ödül sistemi olmayanların ($X=46.39\pm 0.86$) dır. Çalıştığı serviste ödül sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yokken, SKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ödül sistemi olanların ($X=36.25\pm 3.66$), çalıştığı serviste ödül sistemi olmayanların ($X=43.39\pm 0.61$) dır. Çalıştığı serviste ödül sistemi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo-39).

Bu aslında ilginç bir sonuçtur. Ödül sistemi olmadan çalışan hemşirelerin, ortam koşullarından bağımsız olarak kendilerini stresli hissediyor olmalarına rağmen mesailerini esnasında bu stres artışını hissetmiyor olmaları, mesai saatleri içerisinde hemşirelerin yoğun çalışma temposu nedeniyle ödül sistemini düşünmeye fırsatlarının olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Bir şekilde, ödül sistemini hatırlatacak, yani hemşirelerin her an görebileceği ilan, pano vb araçlarla sürekli bir uyarının mevcudiyeti, duruma bağlı stres düzeylerinde de belki bir düşüşe yol açabilecektir. Bireyin çalışma ortamına bağlaması için büyük ölçüde manevi doyum sağlayan somut ve en olumlu özendirme aracı olan ödül sisteminin daha sık bir şekilde hatırlatılması gerektiği düşüncesindeyiz.

DKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ceza sistemi olanların ($X=47.70\pm 1.08$), çalıştığı serviste ceza sistemi olmayanların ($X=43.75\pm 1.20$) dır. Çalıştığı serviste ceza sistemi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken, SKÖ değerleri bakımından çalıştığı serviste ceza sistemi olanların ($X=43.70\pm 0.79$), çalıştığı serviste ceza sistemi olmayanların ($X=42.29\pm 0.84$) dır. Çalıştığı serviste ceza sistemi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo-40).

Ödül sistemi hemşire tarafından algılanış şekliyle birlikte değerlendirildiğinde aslında bu sonuç çok şey ifade etmektedir. Hemşire, herhangi bir ceza sistemiyle karşı karşıya kalmaktadır ve rahatsızlık duymaktadır. Ödül sistemi ise durumluluk kaygısını azaltmamakta, sadece sürekli kaygıyı azaltıcı etki göstermektedir. Yani işlevini hemşirenin görevi başındayken değil, iş ortamının dışında, çalışma durumundan bağımsız olarak göstermektedir. Aslında iş yerinde motivasyonun temini açısından idareciler tarafından seçilen yöntemlerin isabetsizliğini açıkça ortaya koyuyor olabilir. Çalışma ortamlarında fazlasıyla fiziksel ve zihinsel güç harcayan hemşirelerin bir de amirleri tarafından cezalandırılma korkusu ile motive edilemeye çalışılması, iş doyumunu derinden etkileyebileceği gibi bu durumun aslında pek de hatırlatılmayan bir ödül sistemi ile telafi edilmeye çalışılması da, boşuna bir çaba olarak kalıyor görünmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, birlikte çalışılan hemşire sayısına göre dağılımına bakıldığında (Tablo-41), birlikte çalışılan hemşire sayısı ile DKÖ değerleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($P<0.001$, $r=0.405$) birlikte çalışılan hemşire sayısına göre dağılımına bakıldığında, birlikte çalışılan hemşire sayısı ile SKÖ değerleri arasında anlamlı bir doğrusal ilişki bulunmamıştır.

Yardımcı personel sayısı ile ilgili olarak yapılan yorumların burada da aynen yapılması mümkündür. Bu durum, bir üçüncü değişkenin etkisi dışında gelişen gerçek bir neden-sonuç ilişkisi ise, hemşireliğin mesleki dayanışması ile ilgili inanılan pek çok yargının tekrar gözden geçirilmesini gerektirecektir.

DKÖ değerleri bakımından idari sorunlarda hakkını arayabilenlerin ($X=42.70\pm 1.27$), idari sorunlarda hakkını arayamayanların ($X=46.19\pm 1.08$) dır. İdari

sorunlarda hakkını arayabilenler ve arayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.05$), SKÖ değerleri bakımından idari sorunlarda hakkını arayabilenlerin ($X=40.75\pm 1.03$), İdari sorunlarda hakkını arayamayanların ($X=43.30\pm 0.72$) dır. İdari sorunlarda hakkını arayabilenler ve arayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Literatürde bildiğimiz kadarıyla bu konuyla ilgili çalışma yoktur (Tablo-44).

İş ilişkilerinde ortaya çıkan sorun ve sürtüşmeler, sağlık personelinin yaşadığı iş stresini etkileyebilen önemli bir faktördür. Çalışılan kurumdaki idari sorunlarda hak arayabilmenin, önemli bir doyum ölçütü olduğu bilinmektedir. İdari sorunlarda hemşire hakkını arayamıyorsa hem işyerinde hem de iş dışındaki yaşamında negatif bir duygu durumunun gelişmekte olduğu söylenebilir. Bu açıdan, hemşirelerin idari olarak hak arama yollarının açık tutulmasının stresi azaltıcı yönde etkisi olacağına, öncelikle idareci konumunda olanlarca benimsenmesi önemli görünmektedir.

DKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanların ($X=43.34\pm 0.98$), son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim almayanların ($X=47.02\pm 1.47$) dır, son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.05$). SKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanların ($X=42.01\pm 1.03$), son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim almayanların ($X=44\pm 0.72$) dır. son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla bu konuyla ilgili çalışma yoktur (Tablo-45).

Alınan hizmet içi eğitim, duruma bağlı kaygı düzeyini azaltmaktadır fakat bireyin genel kaygı düzeyi üzerinde bir değişiklik yaratmamaktadır. Hizmet içi eğitimin daha çok teknik konularla sınırlı kalması, alınan bu yeni donanımın da sadece iş esnasında, belki de hemşirenin kendini mesleki açıdan daha yeterli hissetmesine paralel olarak onun durumluluk kaygısında azalmaya yol açıyor olabilir. Yine de bu azalmanın süreklilik kaygı düzeylerinde görülüyor olması, alınan hizmet içi eğitimin pek kalıcılık arz etmediği şeklinde de yorumlanabilir.

DKÖ değerleri bakımından dinlenme odası olanların ($X=4240.64\pm 1.37$), dinlenme odası olmayanların ($X=47.04\pm 0.99$) dır. Dinlenme odası olanlarla olmayanlar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.001$). SKÖ değerleri bakımından dinlenme odası olanların ($X=42.08\pm 0.82$), dinlenme odası olmayanların ($X=42.65\pm 1.24$) dır. Dinlenme odası olanlarla olmayanlar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Mesai saatleri içerisinde kısa süreler için dahi olsa hemşirelerin bir dinlenme odalarının olması, durumluluk kaygısını azaltıcı yönde etki gösterebileceği şeklinde yorumlanabilir (Tablo-52).

DKÖ değerleri bakımından nöbetlerin düzenlenmesinde sorumlu ile uyum içerisinde olanların ($X=44.59.64\pm 0.01$), nöbet ayarlamasında sorumlu ile uyum içerisinde olmayanların ($X=50.10\pm 1.13$) dır. Nöbet ayarlamasında sorumlu ile uyum içerisinde olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0.01$). SKÖ değerleri bakımından nöbet ayarlamasında sorumlu ile uyum içerisinde olanların ($X=42.72\pm 0.76$), nöbet ayarlamasında sorumlu ile uyum içerisinde olmayanların ($X=43.15\pm 0.92$) dır. Nöbet ayarlamasında sorumlu ile uyum içerisinde olanlarla olmayanlar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır (Tablo-56).

Erbinç (81), ekip arkadaşlarıyla yeterince olumlu ilişki kurmayan hemşirelerde yoğun stres ve duygusal tükenme belirtileri olduğunu açıklamıştır. Bu sonuç Erbinç (81) ve ekip arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile paralellik göstermektedir. Sorumlu hemşireler demokratik yöntemlerle değil, başhemşire, başhekim veya diğer idari amirler tarafından göreve getirilmektedir. Nöbet listelerinin hazırlanması, işbölümü, yetki ve sorumlulukların paylaşılması ve hatta ödül-ceza sisteminin uygulanması da genellikle sorumlu hemşirelerin inisiyatifinde kalmaktadır. Böylesi bir sorumlu hemşire ile uyumluluk veya uyumsuzluğun, hemşirenin mesaisinde yaşadığı kaygı düzeyini anlamlı olarak değiştirdiği göz önüne alınarak, sorumlu hemşire tespitinin en azından daha katılımcı olarak, bir tür seçim veya sıra usulünce yapılmasının, hem sorumlu hemşire ile kurulan ilişkinin daha olumlu gelişmesine ve hem de bu yolla işyerindeki kaygı düzeylerinin düşmesine katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Özet olarak, AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinin DKÖ ve SKÖ değerlendirildiğinde, ameliyathane veya cerrahi serviste görevli, sözleşmeli olarak çalışan, mesleki ihtisasları dışında işlerde de görevlendirilmiş, geniş bir ekip içinde

çalışan, hak arama yolları kapalı, ceza sistemi olan, hizmet içi eğitime alınmayan, dinlenme odası veya nöbetlerde eczanesi olmayan ve çalışma sürelerinin ayarlanmasında sorumlu hemşiresi ile sorun yaşayan hemşirenin durumluluk kaygı riskinin yüksek olduğu, meslekte tecrübesiz ve çalıştığı serviste ödül sistemi olmayan hemşirenin de süreklilik kaygı riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bu çalışmada, hemşirelerce sıkça dile getirilen sorunlardan, örneğin yemeklerin yemekhanede veya çalışılan serviste yenilmesinin, hastanenin ulaşım servisi olanaklarından yeterince faydalanamıyor olunmasının, uzayan doktor vizitlerinin, zamanında verilmeyen hasta order'larının, hasta odalarını dolduran refakatçilerin veya hasta devralırken sorunlar yaşamanın, durumluluk veya süreklilik kaygısında anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı gözlenmektedir. Bunlar arasında gözlenen bir ilginç durum, nöbetlerde takip edilen hasta sayısı ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantının olmayışıdır ki, hemşirelerin aslında mesleki ihtisas alanlarında ne denli ağır çalışırlarsa çalışsınlar, bununla başa çıkabildiklerini, aslında temel uğraşları dışındaki tali konulardaki değişik faktörlerin etkisinde kaldıkları için kaygı yaşadıklarını ortaya koymasından gurur verici bir sonuç olarak değerlendirilmelidir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunun genç yaşta olduğu, yaş ile DKÖ ve SKÖ değerleri arasında anlamlı doğrusal ilişki olmadığı gözlemlendi.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin, çoğunluğunun genç olması nedeniyle 4 ile 6 yıl arası, mesleki deneyimleri vardır.
- Araştırmamıza katılan hemşire grupları arasında en yüksek stres düzeyinin ameliyathane hemşirelerinin olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin, kadrolu hemşirelerin daha az, sözleşmeli hemşirelerin daha fazla stresli olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunun mesleğini değiştirmek istediklerini, mesleğini değiştirmek isteyenlerin stres düzeyi, değiştirmek istemeyenlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmada hemşirelerin sık nöbete girmeleri ile stres katsayılarının yüksekliği arasında paralel bir ilişki bulunmuştur.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin, görev dışı işler (sekreterlik, danışmanlık, çay-kahve yapma vb) yapanların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmamızda gereksiniminden fazla yardımcı personelle çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamızda nöbetçi eczanenin olmayışı, hemşirelere ek bir iş gücü getirdiğinden hemşirelerin, stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamızda çalıştıkları serviste ödül sisteminin olmaması hemşirelerin, stres düzeylerinin arttığı görülmüştür. Ceza sisteminin olduğu hemşirelerde DKÖ de artma olduğu gözlemlenmiştir.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin, idari sorunlarda hakkını aramayanların stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Araştırmamıza katılan hemşirelerin, %63,4'ü hizmet içi eğitim aldığı, %36,4'ü eğitim almadığı görülmektedir. DKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet

içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülürken ($p<0,05$), SKÖ değerleri bakımından son bir ay içerisinde hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

- Araştırmada, dinlenme odası olmayan hemşirelerin stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin nöbetlerin düzenlenmesinde sorumlu ile uyum içerisinde olanların stres düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda araştırma kapsamına giren hemşirelerin kaygı içinde oldukları ve iş ortamında çeşitli stres faktörlerinin onları etkilediği saptanmıştır. Gerek bir birey olarak hemşirelerimizin ruh sağlığını korumak gerekse kaliteli bir hemşirelik bakımı sağlayabilme açısından öncelikle hemşirelerimizin aydınlatılması gerektiği düşünülerek şu önerilerde bulunulmuştur:

- Hemşirelerimiz stres kavramını tam olarak bilmemektedir. Stresi iyi teşhis edemedikleri için nasıl davranacaklarını ve kendilerini stresten nasıl koruyacaklarını da bilmemektedirler. Bunun için sağlık personelinin “stres” hakkında aydınlatılması gerekmektedir. Hizmet içi eğitimde stresin nedenleri, belirtileri, kaynakları ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmelerinin, birey ve hastane açısından faydalı olacağı;

- Yönetici hemşireler ve hemşireler arasında sorunların paylaşılabilmesi ve iletişimin etkinliğinin artırılabilmesi için düzenli aralarla, tüm hemşireleri kapsayacak biçimde grup toplantıları düzenlenmesinin yararlı olacağı;

- Sorumlu hemşirelerin, çalışma listelerinin stresi en aza indirecek şekilde düzenlenmesinin, vardiya değişimleri arasında yeterli dinlenme zamanı bırakılmasının, çalışma listelerinin en az bir hafta önce tüm hemşirelere duyurulmasının ve uzun süre izinsiz çalışmanın önlenmesinin yararlı olacağı;

- Hemşirelere gereksinimlerine uygun hizmet içi eğitim programlarının hazırlanarak uygulanmasının ve bu eğitimlerinin çok sık aralıklarla tüm hemşirelerin katılımını sağlayacak biçimde düzenlenmesinin yararlı olacağı;

- Sözleşmeli hemşireleri motive edecek şekilde prim verilmesi (ödüllendirilmesi);

- Hemşirenin çalışmasının maddi ve/veya manevi değerlerle ödüllendirilmesi;

- Nöbetlerde ilaç sıkıntısının giderilmesi için nöbetçi eczanenin faaliyete geçirilmesi;

- Hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi ile iş dışı işlerin yaptırılmasının engellenmesi;

- Okullarda mesleki yöneltmeye dikkat edilerek hemşirelik mesleğini tercih edecek olan öğrenciler üzerinde çalışmalar yapılmalı ve meslek her yönüyle tanıtılmalıdır. Kişisel özellikleri bu mesleği yapmaya uygun olmayan bireyler yönlendirilerek rasgele tercihler önlenmelidir;

- Nöbetlerde ve mesai saatleri içerisinde servis yoğunluğu göz önüne alınarak ve diğer hemşirelerin işlerini aksatmayacak şekilde hemşire görevlendirilmesi;

- Yoğun çalışma içerisinde olan hemşirelerin kısa süreli aralıklarla dinlenebileceği bir dinlenme odasının olması ve

Hemşirelerin strese verdikleri tepkilerinin belirlenmesinin ve hemşirelerin kaygı düzeyleri ile birlikte iş doyumlarının araştırılmasının yararlı olacağı düşünülmeli önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksakal H. (2001) Hastanedeki organizasyonel stres kaynakları. Yüksek Lisans Tezi.
2. Ross R.R ve E.M. Altmaier (Ed). (1994) *Intervention in a Occupational Stres*, New Delhi: Sage Publication.
3. Akbal Y ve Özer Y., ve Batlaş Z. (2001) Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeyleri ve stresi hemşireler üzerindeki etkisi. *Yoğun Bakım hemşireleri derneği* yayın organı yıl;5 cilt; 5 sayı;2.
4. Balcı A. (2000) *Öğretim elemanlarının iş stresi, kuram ve uygulamalar*. Nobel yayın dağıtım, Ankara.
5. Köknel Ö. (1987) *Zorlanan insan*, Altın Kitaplar Matbaası, İstanbul.
6. Öz F ve Üstün B.(1995) Hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelik Bülteni* cilt 1X 38
7. Tukul R. (2000) *Kaygı bozuklukları* Çizgi Tıp Yayınevi San. ve Tic. Ltd.Şti. Gaziosman paşa ANKARA.
8. Hyman S.E., çev: Hasırcı İ.D., Ayan A. (1989) *Acil psikiyatri* Ed.R. Saygılı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
9. Baltaş A., ve Batlaş Z. (1986) *Stres ve başa çıkma yolları* Cenkler Matbaacılık. Eylül.
10. Gürbüz B. (2000) Hemşirelerde stresle başa çıkma biçimleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
11. Menzies I., (1982) Nurse under. Stress McConnell, E., ed. Burnout in the nursing profession coping strategies, Causes and Costs. St. Louis, The C. V. Mosby Company.
12. Batlaş A., Batlaş Z. (1997) *Stres ve başa çıkma yolları*. Remzi Kitabevi. İstanbul.
13. Cole A. (1992) Stres high anxiety. *Nurse Times*.
14. Pehlivan İ. (2000) *İş yaşamında stres*. PEGEM Yay. Ankara.

15. Batlaş A. Z. (2000) *Stres ve başa çıkma yolları*, Remzi Kitabevi, 20. İstanbul.
16. Erdil F., ve Elbaş N. (2001) *Cerrahi hastalıkları hemşireliği. IV. Baskı*. Ankara.
17. Tarhan N. Ed . (1990) *Stres ve Hastalıklar*. İstanbul.
18. Ivancevich J.M, and Matteson M.T. (1999) *Stres and work*, second sdition Richard D. Irwin, Inc.
19. Gök Ş. (1995) *Kaygı ve depresyonda stresle başa çıkma*, Uzmanlık tezi. İstanbul.
20. Ivancevich J & Matteson M.T. (1990) *Organizational behaviour and management, 2nd Edition*, MA: Irwin.
21. Dornan J. *Başarı için stratejiler*, Çev: İdil G. (1998) *Altıncı Basım*, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
22. Geenberg J., and Robert A. Baran, (1999) *Behavior in organizations, Sixth Edition*,
23. Oksay R. (1999) *Kronik stres vücudu yıpratıyor. Cumhuriyet Bilim Teknik Dergisi*, 3 Temmuz **661**.
24. Batlaş Z. (1996) *Stres ve sağlık*. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 18-20 Eylül.
25. Gökalp G, P., (2000) *Kaygı bozuklukları*. Haziran Ankara.
26. Öztür O. (2002) *Ruhsal sağlığı ve bozuklukları*, Feryal Matbaası. 9. Basım Ankara
27. Sertbaş G. (1998) *Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi*, Doktora Tezi: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
28. Çelikel A. (1999) *Ruh hastalıklarından korunma*, Edit. Adnan Özer Kaya Matbaacılık Gentaş, İstanbul.
29. Güleç C. (1997) *Temel psikiyatri kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Cilt 1, Ankara.
30. Öktem Ö. (1981) *Kaygının öğrenme ve hafızaya etkisi*, İstanbul, Güryay Matbaası.
31. Öz F. (2004) *Sağlık alanında temel kavramlar*, Ankara.

32. Sertbaş G., ve Bahar A. (2004) Kaygı ve kaygı ile başetmede hemşirelik girişimleri, Gaziantep.
33. Schwart S. (2000) *Abnormal psychology*, Mayfield Publishing Company.
34. Öztürk O. (2001) *Ruhsağlığı ve bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Ankara.
35. Fortinash KM. Holloday-Worret PA. (1995) *Psychiatric Nursing Care Plans*, Mosby.
36. Russel noyes Jr., Hoehn R. (1998) *The anxiety disorders*, Cambridge University Pres.
37. Batlaş Z., ve Baltaş A. (1993) *Stres ve başa çıkma yolları. 13. baskı*. Remzi Kitabevi. İstanbul.
38. Sönmez A. K. (1999) Modern Hastane Yönetimi “Ekip” Olunmasını Gerektirir, *Modern Hastane Yönetimi*, 3-3
39. Hiscott R.D., Connop P.J. (1990) The health and wellbeing of mental health professionals, *Can j Public Health*, **81:6**. pp.422-6.
40. Lewis, K.F., ve diğ. (1990) Survey of Perceived Stressor and Coping Strategies Among Burn Unit Nurses ,*Burns*, **16:2**, p.109-112.
41. Maslach C., Jackson S.E. (1985) The Role Of Sex And Family Variables İn Burnout, *Sex Roles*, Number **12:7**, pp.827-51.
42. Arslan ve ark. (1996) Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **7:1**.
43. Robert Kreitner and Angelo Kinicki (1989), *Organizational behavior richard. D.Inc.*, **576**.
44. Aksayan S. (1990) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu etkenlerinin irdelenmesi, İ.Ü SBE Hemşirelik Programı (Doktora Tezi), İstanbul.
45. Arsoy G. (1989) Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi), İzmir.
46. Pehlivan İ. (2000) İş yaşamında stres, PEGEM Yay., Ankara.

47. Aşkun İ.C. (1974) Türk işletmecilik kongresinde görüşülen yönetim organizasyon personel sorunları. *Esk. İ. Ve Ticari İlimler Akademisi* Cilt X Sayı 1 Ocak
48. Görak G. (1997) Hastane hizmetleri ve hastane yönetiminden kaynaklanan sorunlar. *Hemşirelik Bülteni* Cilt IV Sayı 17, İ.Ü. Basımevi İstanbul.
49. Gün S. (1995) Stres ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Yüksek Lisans Tezi Sivas.
50. Karataş S. (1992) *Kamu işletmeleri ve yerel yönetimler*. Veli Yayınları İstanbul.
51. Kırman M., Armstrong D. (1995) Investigation of burnout in a sample of British general practitioners, *Br J Gen Pract*, May; **45-394**, pp.259-60.
52. Hillhouse J. J., Adler C.M. (1997) Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis, *Soc. Sci. Med*, Ju; **34:1**, pp. 20-28.
53. Piko B. (1999) Occupational stress among nurses in Hungary, 20th Int. Conference of stress and anxiety research society (STAR), July 12-14, Cracow, Poland.
54. Mcgrath A. (1989) Occupational stress in nursing, *Int J Nurs Stud*, 26:4, p. 343-358.
55. Terakye G. (1985) Hacettepe üniversitesi hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin klinik uygulamaları sırasında karşılaştıkları stres yaratıcı durumlara tepkileri ve bu konudakilerin yardım ihtiyaçlarının incelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik Programı.
56. Kalemoglu M., Keskin Ö. (2002) Acil servis çalışanlarındaki stres faktörleri ve tükenmişlik. *Ulusal Travma Dergisi*
57. Ergin C. (1993) Hekim ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. Ankara:VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını.
58. Gentry D., Foster S., ve Froehling S. (1982) Psychologic response to situational stress in intensive and non-intensiv nursing, McConnel, E., ed., *Burnout in the nursing profession coping strategies, Causes and Costs*. St. Louis. The C. V. Mosby Company.

59. Vural H., Oflaz F. (1998) Ameliyathane hemşirelerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Gata Bülteni*. **40**:6-10
60. Sever A. D. (1997) Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Doktora Tezi), İstanbul.
61. Stehle J. L. (1981) Critical care nursing stress: *The Findings Revisited*. *Nursing Research*. **Vol. 30(3)**.
62. Gürbüz F. (1980) Stres Karşısında Seçenekler, *Türk Hemşireler Dergisi*. No. 4.
63. Yurt V. (1986) Stres, *Türk hemşireler Dergisi*. **36**, no. 4.
64. Spielberg CD, Gorusch RL, Lushene RE. (1970) Manual for state-trait anxiety inventory. *California: Consulting Psychologist Pres.*
65. Öner N, Le Compte A (1985) (Süreksiz) Durumluluk – Sürekli Kaygı Envanteri *El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
66. Torun A. (1995) Tükenmişlik aile yapısı ve sosyal destek ilişkileri üzerine bir inceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
67. İncir G. (1993) Çalışma yaşamındaki psiko-sosyal etmenlerin çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığına etkileri. *Verimlilik Dergisi*, **3**.
68. Scully J.H., Çev:Bayraktar E., Özmen E. (1990). *Psikiyatri*. (Ed). R, Saygılı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
69. Aslan S.H., Aslan R.O., Kosepara C., Alparslan N., Ünal M. (1997) Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışmasında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* **12(82)**, 24-29.
70. Aslan S.H., Aslan R.O., Kosepara C., Alparslan N., Ünal M. (1998) İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlilik ve güvenirliliği. *Düşünen Adam* **11(2)**, 4-8.
71. Aksayan S. (1990) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri ve iş doyumunu etkenlerinin irdelenmesi. İstanbul Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
72. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. D. (2001) Job burnout. *annu. Rev. Psychol.* **52**:397-422.

73. Eryılmaz H. (2003) Doğum sonu servislerinde çalışan hemşirelerin verdikleri bakım hizmetine yönelik görüşleri ve iş doyumları, *Hemşirelik Forumu*, **6(3)**,1-7
74. Baykal Ü., Serezli S. (1999) Hemşirelerin iş doyumları düzeylerinin araştırılması, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 444-52
75. Demir A.(1995) Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi.Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
76. Çam O.(1995) *Tükenmişlik. 1.Baskı* Saray Kitabevi Basım Yayım Dağıtım Ltd.Şti.İzmir. shf:11-48, 63-67.
77. Dolunay A.B.(2002) Keçiören ilçesi genel liseler ve teknik- ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. **55(1)**:51-62.
78. Sever (Dinç) A. (1997) Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunların sonuçlarının araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi.
79. Alimoğlu K., Dönmez L.(2004) Job related psychological assessment of nurses in a university hospital using maslach burnout inventory, Work Related Strain Inventory and Satisfaction Questionnaire. European Conference on Psychological Assessment VI.Conreso Ncionalde Evoluacion Psicologica. Malaga (Spain) Proceedings ss:193.
80. Bartholomeyczik,S.et.al.(1992) Job satisfaction of night nurses in Germany. *Int. Nurs.Rev.*39:1, 27-31.
81. Erbinç S., Açıkkel C., Başoğlu C., Çetin M., Çeliköz B.(2002) Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumları , tükenme ve stresle başa çıkma 3:162-168