

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTALARA
HİZMET VEREN HEMŞİRELERİN TUTUMLARININ İŞ
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNDE EMPATİNİN ARACI
ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bilge GÜNEŞ KARAKAYA

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

MAYIS – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ



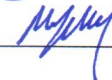
ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTALARA HİZMET VEREN
HEMŞİRELERİN TUTUMLARININ İŞ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİNDE EMPATİNİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bilge GÜNEŞ KARAKAYA

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

“Bu tez 26/07/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyeokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Doç.Dr. Mahmut AKBOLUT	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Serhan DENİZ	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM	KABUL	



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ
TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU

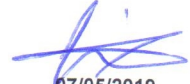
Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Bilge GÜNEŞ KARAKAYA		
Öğrenci Numarası	:	1660Y47022		
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi		
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi		
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS	<input type="checkbox"/> DOKTORA	
Tezin Başlığı	:	Ölme üzere Olan Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü		
Benzerlik Oranı	:	%19		

İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.


07/05/2019
İmza

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

.../.../20...
İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT

Tarih: 07/05/2019

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın ortaya konulurken; hayatımın her evresinde olduğu gibi, yüksek lisans eğitimim ve yüksek lisans tez yazımım aşamasında maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan eşim Mehmet KARAKAYA'ya, annem Yadigar GÜNEŞ'e, babam Mustafa GÜNEŞ'e ve abim Kenan GÜNEŞ'e minnetlerimi sunuyorum. Hayatıma renk katan, çalışmalarım esnasında bana huzur veren biricik oğlum Çağan KARAKAYA'ya çok teşekkür ederim. Tez yazımı esnasında bana engin bilgisiyle sonsuz destek sağlayan sayın danışmanım Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT'a yardımlarından ve açtığı ufuktan dolayı sonsuz teşekkürü borç bilirim. Yine yüksek lisansımın çeşitli aşamalarında bana katkılarda bulunmuş olan Araştırma Görevlisi Özgün ÜNAL'a ve eşi Sema ÜNAL'a değerli katkıları ve emeklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca iş arkadaşlarımdan Uzm. Hemşire Pınar ÖZKAN OSKAY'a, Hemşire Serdar PEKTAŞ'a, Tıbbi Teknolog Mehmet ERDEMİR'e ve daha ismini sayamadığım bugüne kadar bana katkıda bulunmuş hocalarım ve arkadaşlarımdan her birisine ayrı ayrı teşekkürlerimi iletirken, bu çalışmanın insanlığa faydasının dokunmasını temenni ederim.

Bilge GÜNEŞ KARAKAYA

24.05.2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: İŞ YAŞAM KALİTESİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. İş Yaşam Kalitesi.....	6
1.1.1. İş Yaşam Kalitesi Kavramı	6
1.1.2. İş Yaşam Kalitesi Önemi ve Amacı.....	8
1.1.3. İş Yaşam Kalitesi Unsurları.....	9
1.1.4. İş Yaşam Kalitesini İyileştirme ve Geliştirme.....	16
1.2. Hemşirelikte İş Yaşam Kalitesi	19
1.2.1. Hemşirelikte İş Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi	22
BÖLÜM 2: ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTALARA SUNULAN BAKIM	25
2.1. Ölmek Üzere Olan Hastalar.....	25
2.2. Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Bakım	27
2.3. Ölmek Üzere Olan Hastalara Bakım Sunan Ekip.....	31
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Bakımın Gelişimi ..	33
2.5. Ölmek Üzere Olan Hastaların Bakımında Yaşanan Engeller.....	34
2.6. Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Hemşirelik Bakımı	35
2.6.1. Ölmek Üzere Olan Hastalara Yoğun Bakım Ünitelerinde Sunulan Hemşirelik Bakımı.....	37
2.6.2. Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet Sunan Hemşirelerin Tutumları	38
BÖLÜM 3: EMPATİ KAVRAMI	39

3.1. Empati Kavramı	39
3.1.1. Empatinin Önemi.....	40
3.1.2. Empatinin Tarihçesi.....	41
3.1.3. Empati Kavramı İle Karıştırılan Kavramlar	42
3.2. Hemşirelikte Empatinin Yeri ve Önemi	45
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	48
4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	48
4.2. Veri Toplama Aracı	48
4.3. Veri Toplama Süreci	50
4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler.....	50
4.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	51
4.6. Araştırmanın Kısıtları.....	51
4.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri.....	52
5. BULGULAR	58
5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları	58
5.2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Arasındaki İlişki.....	59
5.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisi ve Bu Etkide Empatinin Aracı Rolü.....	63
5.4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Düzeylerindeki Farklılıklar.....	65
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR	84
EKLER.....	103
ÖZGEÇMİŞ.....	111

KISALTMALAR

- AIDS** : Acquired Immune Deficiency Syndrome
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FATCOD** : Frommelt Attitude Toward Care Of The Dying
- İYK** : İş Yaşam Kalitesi
- KGİ** : Kapsam Geçerlilik İndeksi
- KGO** : Kapsam Geçerlilik Oranı
- KMO** : Kaiser Meyer Olkin
- NFI** : Normed Fit İndeksi
- RMSEA** : Root Mean Square Error Of Approximation
- TLI** : Tucker-Lewis İndeksi
- WPCA** : Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Bulguları	55
Tablo 2: Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular	56
Tablo 3: Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alpha Değerleri	57
Tablo 4: Sosyo-Demografik Özellikler	58
Tablo 5: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Arasındaki İlişki	62
Tablo 6: Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun Empatiye Etkisi	63
Tablo 7: Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisi	64
Tablo 8: Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Empatinin İş Yaşam Kalitesine Etkisi	64
Tablo 9: Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracılık Rolü	65
Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	66
Tablo 11: Medeni Durumlarına Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	67
Tablo 12: Yaşa Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	69
Tablo 13: Eğitim Durumuna Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	71
Tablo 14: Meslekte Geçirdiği Süreye Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	73
Tablo 15: Birimde Çalıştığı Süreye Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Palyatif Bakım Süreci.....	29
Şekil 2: Palyatif Bakım Modeli	30
Şekil 3: Palyatif Bakım Ekibi	32
Şekil 4: Araştırma Modeli	50

Tezin Başlığı : Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü	
Tezin Yazarı : Bilge GÜNEŞ KARAKAYA Danışman : Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT	
Kabul Tarihi : 24/05/2019	Sayfa Sayısı: vii (ön kısım)+103 (tez)+9(ek)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi
<p>Bu çalışmada, ölmek üzere olan hastalara hizmet veren hemşirelerin, iş yaşam kalitelerinde empatinin aracı rolünü açıklamak amaçlanmıştır. Alan çalışmasına dayalı kesitsel türde planlanan çalışmanın evreni, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yenikent Devlet Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 251 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem belirlemeksizin tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiş olup; toplamda 236 hemşireye ulaşılmıştır. Verilere ulaşmada üç ölçek (Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD), İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Toronto Empati Ölçeği) ve katılımcıların sosyo demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon analizi, Process macro regresyon analizi, bağımsız örneklerde t testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının düşük düzeyde ($2,51\pm 0,314$) olduğu, iş yaşam kalitesi algılarının düşük düzeyde ($2,79\pm 0,608$) olduğu ve empati seviyelerinin de düşük ($2,42\pm 0,475$) olduğu bulunmuştur. FATCOD, İş Yaşam Kalitesi ve Empati arasındaki ilişkilere bakıldığında ise FATCOD ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Empati ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. İş yaşam kalitesi algısı ile empati arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani katılımcıların empati seviyeleri arttıkça iş yaşam kalitesi algılarında bir düşüş meydana gelmektedir. Ayrıca FATCOD'un iş yaşam kalitesine bir etkisi olmadığı ve bu ilişkide empatinin herhangi bir aracı rolü olmadığı da çalışma sonucunda elde edilen bir diğer sonuçtur. Çalışmada yapılan fark analizleri neticesinde sadece eğitim durumunun katılımcıların iş yaşam kalitesi algısında anlamlı farklılık oluşturduğu bulunmuş olup diğer sosyodemografik değişkenler FATCOD'da, iş yaşam kalitesi algısında ve empatide istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin, empati kurabilmelerine ve yeteneklerini geliştirebilmelerine yönelik hizmet içi eğitimlerin, seminerlerin ve kongrelerin oluşturulması ve katılımlarının desteklenmesi, servis içi eğitimlerinde "Ölmek üzere olan hastalara sunulan bakım uygulamaları, bakım ekibi görev ve sorumlulukları, ölmek üzere olan hastaya bütüncül yaklaşımlar ve önemi" konularında eğitimlerin sürekliliği sağlanması ve güncel olarak düzenlenmesi önerilmektedir. Ayrıca iş yaşam kaliteleri ile stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulgusundan yola çıkarak çalışma yaşamındaki stres faktörlerinin tespit edilip ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılması da önerilerden biridir.</p>	
Anahtar Kelimeler: Ölmek Üzere Olan Hasta Bakımı, Hemşirelik Tutumları, İş Yaşam Kalitesi, Empati	

Title of Thesis: The Intermediary Role Of The Empathy In The Effect Of Attitudes Of The Nurses Who Serve To Moribund Patients To Work-Life Quality	
Author : Bilge GÜNEŞ KARAKAYA Supervisor: Assoc Prof.Mahmut AKBOLAT	
Date : 24/05/2019	Nu.ofpages: vii (pre text)+103(main body)+9(App.)
Department: Health Management	Subfield : Health Management
<p>In this study it was aimed to express the intermediary role of the empathy in the effect of the attitudes of the nurses who serve to moribund patients to work-life quality. The target population of the study planned as cross sectionally based upon the field survey is composed of 251 nurses who work in the intensive care units of Training and Research Hospital of Sakarya University and Yenikent State Hospital. It was aimed to reach to all nurses without specifying a sample and 236 nurses were reached to in total. Three scales (Frommelt attitude scale with respect to serving to moribund individuals (FATCOD), the scale of work-life quality and the scale of Toronto Empathy) and a questionnaire form consisting of socio-demographic features of the participants were used in achieving the data. For the analysis of the data, correlation analysis, process macro regression analysis, t test in independent samples, one-way analysis of variance as well as the descriptive statistics methods were used. According to the results of study, the attitudes of the nurses with respect to serving to moribund patients (2.51 ± 0.314), the perception of work-life quality ($2,79\pm 0,608$) and the level of the empathy (2.42 ± 0.475) were found to be in a low rating. When the relation among FATCOD, work-life quality and the empathy were examined, it was figured out that while a significant relationship between FATCOD and work-life quality was not found, there was a positively meaningful relationship between FATCOD and empathy. There is a negatively meaningful relationship between the perception of work-life quality and empathy. In other words, as long as the empathy levels of the participants increase, the perceptions of the work-life quality decrease. Additionally, one another result is that there is no effect of FATCOD to work-life quality and empathy has no intermediary role in this relationship. As a result of the gap analysis, it was found that only educational background created a meaningful difference in participants' work-life perceptions and the other socio-demographic variants did not create statistically meaningful difference in FATCOD, the perception of work-life quality and empathy. In accordance with the results obtained from the study, the conduction of in-service trainings, seminars, congresses regarding the development of empathy skills of the nurses in intensive care units, the support of the participations, the perpetual and updated organization of the on the job trainings related to the topics "Care services applied to moribund patients, the duties and responsibilities of the patient care team, the holistic approach to moribund patients and its importance" are recommended. Additionally based upon the finding of meaningful relationship between work-life quality and stress levels, the organizations of the studies related to identifying and removing the stress factors in work life are among the recommendations.</p>	
Keywords: The Care of Moribund Patients, Nursing Attitudes, Work-Life Quality, Empathy	

GİRİŞ

İş yaşamı kalitesi yaygın olarak, bireyin yalnızca bedensel değil zihinsel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da dikkate alarak çalışma koşullarının iyileştirilmesi olarak ifade edilmektedir (Şirin, 2011: 13). Başka bir ifadeyle iş yaşam kalitesi; çalışanların işteki yaşamında memnuniyetini, motivasyonunu ve deneyimini karşılayabilme gücünü gösteren bir kavramdır (Kılıç ve Keklik, 2012: 148). Aynı zamanda işin yapısı, ücretler, iş koşulları, işte kullanılan teknoloji, iş doyumu, sosyal güvenlik ve sürekli eğitim gibi alt boyutların iş yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarından yoğun bakım hemşirelerin iş yaşam kalitelerini etkileyen çalışma koşulları büyük önem arz etmektedir. Yoğun bakım üniteleri, disiplinler arası ekip yaklaşımının zorunlu olduğu, mortalite-morbidite oranının yüksek görüldüğü (Sılay ve Akyol, 2017: 28; Terzi ve Kaya 2011: 21), durumu ağır olan hastaların bakımının sürdürüldüğü, hastanenin en karmaşık biyomedikal cihazların kullanıldığı (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013: 56), gerilimin ve iş baskısının yoğun yaşandığı hastane ünitelerindedir. Bu ünitelerdeki hastaların daha kritik olması, sağlık ekibi arasındaki mesleki ilişki, her an gerginleşebilecek bir ortamının olması, sağlık çalışanlarında belirgin bir strese ve tükenmişliğe neden olabilir (Alper Ay ve Türkdoğan, 2018: 87-88).

Yoğun bakım biriminde görev yapan hemşireler, yöneticileri ile yaşadıkları sorunların sonucunda duygusal olarak etkilenmeleri, hasta ve hasta yakınlarıyla birimlerinde birebir diyalog halinde olmaları ve onlarla yaşadıkları tartışmalar, rol belirsizlikleri, enfeksiyon riski, aşırı iş yükü, nöbet usulü çalışma şartları, fazla mesai yapmak zorunda kalmaları, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmek üzere olan hastalarla bakım sunmak ve duygusal destek vermek zorunda olmaları gibi yoğun stres kaynakları altında görev yapmaktadırlar (Alan ve Yıldırım, 2016:87; Kılıç ve Keklik, 2012:150; Şirin, 2011:11). Bu birimlerde çalışan hemşireler, diğer birimlerle karşılaştırıldığında, daha geniş bir zaman dilimi içinde şiddetli ağrı çeken hastalarla ve ölümlerle daha sık karşılaşmakta ve ağır hastalıklara sahip olan hastalara ve ailelerine hizmet vermektedirler. Bu durum, hemşirelerin ağırlı, terminal dönemdeki hastaya ve yakınlarına terapötik yaklaşımlarını bozabilmekte, onların duygusal ve fiziksel olarak zorlanmalarına neden olabilmektedir (Nagy, 1998: 336). Bu nedenle

ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin iş yaşam kalitesinin olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin ölüm kavramını nasıl değerlendirdikleri ve ölüme yönelik bilgi ve tutumlarını fark etmeleri sundukları bakımı etkilemesi bakımından önem arz etmektedir. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve aileyi bütüncül olarak ele alarak bakım sunulması gerekmektedir (Terzi ve Kaya, 2011: 22). Terminal dönemde, hastaların korkuları ve aile bütünlüğünün sürdürülmesi aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol altına alma gibi ciddi sorumluluklar hemşirelere düşmektedir (Elçigil, 2012: 332). Hemşirelerin ölümle ilgili olumlu tutumlarının olması durumunda, ölmekte olan hastaların ölüme yönelik yaşadıkları gerginlik ve korkuyu azaltmalarına yardımcı olabilmekteler ve huzurlu bir ölüm süreci geçirmelerine katkı sağlamakta ve hasta yakınlarının yas sürecine hazırlanmalarına yardımcı olabilmektedirler (Seven, 2015: 5; Kabalak ve diğerleri, 2013: 57).

Sağlık çalışanlarının gün içinde yaşamsal risk taşıyan uygulamalar yapmak zorunda kalmaları buna bağlı olarak işin risk boyutunun artması çalışanları strese maruz bırakmaktadır (Alan ve Yıldırım, 2016: 87). Hemşirelerin iş koşullarında stres yaratan faktörlerden; ölmek üzere olan hastalarla çalışıyor olmaları, hemşireleri genel olarak ruhen ve fiziksel yönden etkileyebilmektedir. Bu durumun hemşirelerin iş yaşam kalitelerine de etkide bulunabileceği düşünülmektedir.

Yoğun stres ortamında çalışan hemşirelerin ölmek üzere olan hastalara hizmet vermeleri yaşama kalitesinde empati düzeylerinin nasıl bir değişme göstereceği konusunda önemli bir durum olduğu düşünülmektedir. Empati, en basit haliyle: “Kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara karşısındaki kişinin bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını, düşüncelerini doğru bir şekilde anlayabilmesi, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesidir” (Dökmen, slideplayer.biz.tr). Sorun yaşandığı durumlarda karşımızdaki bireyi empati kurma yolu ile doğru anladığımızda asıl sorunun ne olduğunu tespit etmenin daha kolay olacağı düşünülmektedir. Böylece karşımızdaki kişiye ulaşarak ve onu doğru anlamış olarak sorunun çözümü için yollar geliştirilebilir. Böylece empati sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve kişiler arası ilişkilerin güçlenmesini sağlamış olacaktır. Özellikle sağlık kurumlarında hasta

ile birebir iletişim halinde olan hemşirelerin, hastaları ile iletişiminde kullanması gerekli olan hatta olmazsa olmaz bir iletişim yoludur.

Yoğun bakım hemşireleri için empati kurabilme becerileri, yani ölen hasta ve yakınları ile özdeşleşerek hastaya bütüncül bakım sunmaları oldukça önemlidir. Zira empati kuran hemşire ölmekte olan hastaya hizmet sunarken daha fazla stres yaşayabilecek ve bunun sonucunda bakım vermekte zorlanabilecektir. Bu nedenle ölmek üzere olan hastalara hizmet veren hemşirelerin tutumlarında iş yaşam kalitesinin etkisi değerlendirilirken empati aracılığı incelenmesi gerekliliği söz konusudur.

Çalışmanın Konusu

Bu çalışmada sağlık kuruluşlarında önemli bir görevi yerine getiren yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan bireylere hizmet vermesi sebebiyle yaşamları muhtemel görülen yaşam kalitelerindeki değişimi ortaya koymaya yönelik olarak planlanmıştır. Çalışmada yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin ölmekte olan bireylerin bakımına ilişkin tutumları belirlenmeye çalışılmaktadır. Zira bu tutumun yaşam kalitelerinde bozucu bir etkiye sebep olup olmadığı önemli bir konudur ve bu kapsamda hemşirelerin yaşam kalitesi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca çalışmada ölmekte olan bireylere hizmet sunan hemşirelerin yaşama kalitesinde empati düzeylerinin nasıl bir değişime sebep olacağı da çalışmada incelenmektedir.

Çalışmanın Önemi

Yoğun bakım hemşireleri ölüme oldukça yakın bireylere hizmet sunmaktadır. Dolayısıyla hataya yer vermeyen, yapılan hataların telafisinin mümkün olmadığı alanlarda görev yapmak hemşirelerin yoğun stres altında yaşamlarına sebep olabilmektedir. Bu sebeple hemşirelerin iş yaşama kalitesinin yüksek olması, onların daha motive olmalarını sağlayacak ve çalıştıkları riskleri elimine etmelerine yardımcı olacaktır. Ayrıca empati kurabilme becerileri; yani ölen hasta ve yakınları ile özdeşleşerek hastaya bakım sunmaları hemşireler için diğer önemli problemlilerden biridir. Zira empati kuran hemşire ölmekte olan hastaya hizmet sunarken daha fazla stres yaşayabilecek ve bunun sonucunda bakım vermekte zorlanabilecektir. Bu anlamda çalışmanın literatür ve uygulama alanlarına bu bakış açısını

kazandırması oldukça önemli bulunmaktadır. Bunun dışında çalışma iki bakımdan daha önemli görülmektedir. Bunlardan ilki, çalışmada kullanılan Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğinin Türkçe geçerlilik analizinin yapılmış olmasıdır. Ölçek daha önce Türkçe'ye çevrilmiş olmasına rağmen geçerlilik analizi tam olarak yapılmamış, yalnızca içsel tutarlılık analizine tabi tutulmuştur. Bu çalışmada ilk kez uluslararası literatürde yer aldığı şekliyle faktör analizine tabi tutulmuştur. Çalışmayı önemli kılan diğer husus ise ulusal ve uluslararası literatürde hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ile empati ve iş yaşam kalitelerinin üçünü bir arada ele alan öncü çalışmalardan biridir. Zira bu alanda çalışan hemşireler yoğun stres altında görev yapmaktadırlar ve bunun iş yaşam kalitesi algısını nasıl etkilediği önemli bulunmaktadır. Ayrıca, empatik yaklaşımın da bu etkileşimde bir rol alması beklenmektedir.

Çalışmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitelerine etkisini belirlemek ve bu etkide empatinin aracı rolünü belirlemektir. Ayrıca çalışmada yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin sosyo demografik özelliklerine göre ölmekte olan bireye bakım verme, iş yaşam kalitesi ve empati düzeyinin istatistiksel açıdan farklılık gösterip göstermediğini de ortaya konulacaktır. Böylece bu tür birimlerde görev yapacak hemşirelerin özelliklerinin belirlenmesi de çalışmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Çalışmanın Yöntemi

Çalışma, alan araştırmasına dayalı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi (63) ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (191) yoğun bakım ünitelerinde görev yapan toplam 254 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçmeden tüm hemşireler ulaşılması hedeflenmiş; ancak 236 hemşireye ulaşılabilmıştır. Çalışmada veri toplamak amacıyla üç ölçek ve katılımcıların sosyo demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra, korelasyon analizi, Process macro regresyon

analizi, bağımsız örneklerde t testi ve Tek Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Çalışma 10.12.2018 ile 08.03.2019 tarihleri arasında anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 1: İŞ YAŞAM KALİTESİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. İş Yaşam Kalitesi

1.1.1. İş Yaşam Kalitesi Kavramı

Son yıllarda bilgi ve teknolojik gelişmeler sayesinde insanların çalışma hayatlarına yeni kavramlar eklenmektedir. Kariyer yönetimi, örgütsel gelişim, liderlik, teknolojik gelişme, sürdürülebilir kalkınma, iş yaşam kalitesi çalışan bireyleri ve yönetici kesimi ilgilendiren önemli kavramlar arasında yer alan ve üzerinde çalışma yapılmaya değer konular olan kavramlardır (Aba, 2009: 3). Bu kavramlardan iş yaşamı kavramı, insanın var oluşundan bugüne kadar her dönemde insan hayatının bir parçası olmuştur. İş yaşamı çoğunlukla insanların işlerini icra ettikleri zamanı belirtmek için kullanılmaktadır. Ancak, ayrıntılı bir şekilde bakıldığında iş, insanları yaşamları boyu etkilemekte, iş dışındaki durumların planlanmasında ve gelişmesinde de etkin rol oynamaktadır (Ören ve Yüksel, 2012: 38).

İş yaşam kalitesi kavramı ilk kez işletme yöneticileri tarafından üretimi daha iyi hale getirmek, örgütleri etkili kullanabilmek için ortaya atılmıştır (Erdem, 2010: 514). Kavram, 1972 yılında New York'ta "Uluslararası İş Yaşam Kalitesi Derneği" tarafından düzenlenen bir konferansta ilk kez dile getirilmiştir (Memiş ve diğerleri, 2015: 221; Aba, 2009:8; Erdem, 2010: 514).

1970'lerde Amerika'da en iyi ve ilk olduğu düşünülen İYK programı General Motors şirketi tarafından başlatılmıştır. General Motors'un programında; yöneticinin, çalışanlarını fabrikada yapılacak olan değişimlerin planlanması ve uygulanması aşamalarına katılmalarını teşvik etmesi yer almaktadır. Bu yöntem büyük şirketlerden Ford, General Electric, Westinghouse, Honeywell, Volvo ve devlet kuruluşlarında uygulandığı görülmüştür (Erginer, 2003: 211).

İş yaşam kalitesi (İYK) birçok ülkede farklı tanımlarla dile getirilmiş bir kavramdır. İYK üzerine yapılan tanımlarda tam anlamıyla ortak bir nokta sağlanamadığı görülmektedir. İYK; Almanya'da "işin insancillaştırılması", Fransa'da "iş çalışma koşullarının iyileştirilmesi" olarak kabul görülürken; Doğu Avrupa ülkelerinde "işçinin korunması" olarak kabul

görmektedir (Huzzard, 2003: 21, Erdem ve Kaya, 2013: 136). Bilimsel makalelerde araştırmacıların tanımlarında da İYK'nin farklı yönlerini ele aldıkları ve genel bir fikir birliği sağlayamadıkları görölmektedir (Martel ve Dupuis, 2006: 2). Örneğin, bazı araştırmacılar, iş ortamının iş performansını artırdığı fikri üzerine yoğunlaşırken; bazı araştırmacılar çalışanların fiziksel ve ruhsal yönden iyi olmalarının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bazıları ise, İYK'yi, toplumdaki yabancılaşmayı azaltan, çalışanların gelişmesini sağlayan bir kavram olarak nitelendirmektedir (Huzzard, 2003: 21).

Martel ve Dupuis (2006:333-334), İYK; çalışma şartlarını, yönetim tarzını, verimliliğini, çalışanın memnuniyet durumunu, organizasyondaki sosyal ortamı, iş ve dış yaşamın birbiriyle bağlantısını kapsayan bir alan olarak tanımlamıştır.

Rose ve arkadaşlarına (2006: 2151) göre İYK insanların iş hayatına değerli katkılar sağlayabildikleri ve iş hayatında güvenilir olmaları nedeniyle saygılı muamele görmeleri gerektiği için organizasyonda en önemli kaynak olduğunu düşünen bir ilkeler dizisidir. İYK bireylerin iş deneyimlerinde ödüllendirici olmayı, işle ilgili stres yaratan faktörleri düzenlemeyi, iş huzurunu sağlamayı ve işte tatmin edici yolların denenmesini içeren kapsamlı bir yapıdır.

Bingöl'e (2006: 15) göre, İYK, örgütsel başarıyı ve çalışanların refahını yükseltmek için düzenlenmiş, insan kaynakları yönetimi politika ve uygulamalarının sürdürölmesini kapsar. Bu nedenle çalışanların daha verimli olabilmeleri ve daha kaliteli ürün üretebilmelerini sağlamak için çalışanların iş ortamının kalitesinin artırılması gerekmektedir.

Mhimd Ibrahim'e (2017:9) göre İYK, örgütte çalışanlar açısından o iş ortamından memnun olup olmama durumu anlamına gelir. İYK genel olarak çalışanların görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumu ile iş hayatından aldıkları doyum ve motivasyonu yansıtan bir kavramdır. İş yaşam ortamında çalışanların etkin çalışmalarını, motivasyonunu ve verimliliklerini etkileyen çalışma ortamıdır.

İYK personele; işte var olmayı, özerkliği, dürüst çalışmayı, iş güvenliğini, sorumlulukları yerine getirmeyi ve esnek çalışmayı yansıtmaya çalışır. İYK'ye önem veren örgütler, çalışanlarını destekleyici tarzda davranmaya, çalışanı yetkilendirmeye ve işletmede işle ilgili

alınan kararlara çalışanı dâhil etmeye, iletişime her koşulda açık olmaya çalışırlar (iek, 2005: 71; Avcı Öztürk, 2010: 21).

1.1.2. İş Yaşam Kalitesi Önemini ve Amacı

Kurumlar örgütsel başarıyı elde edebilmek için daimi müşteri ve memnun müşterilere ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Fakat son araştırmalara göre daimi ve memnun müşteri elde edebilmenin yolu olarak öncelikle memnun çalışanlar yetiştirmekten geçtiğini göstermektedir. Çalışanların yaptıkları işin değerli, gelişimlerine açık bulması İYK yönünden önemlidir (Demir, 2011: 455).

İYK, alışanların ve işverenlerin birbirlerine karşılıklı olarak yararı olmaktadır. Grup alışma düzenlemelerine veya problem çözme süreçlerine aktif katılım için fırsatlar içerir. İnsanlar ayrıca İYK'yi, işçilerin memnuniyetini ve verimliliğini artırmayı amaçlayan özerk çalışma grupları, iş zenginleştirme ve yüksek katılım gibi bir dizi yöntem olarak düşünürler (Rose ve diğerleri, 2006: 2152).

Huzursuz ortamda çalışan personelin memnuniyetsizliği belli bir süre sonra yaptıkları işte ve iş dışında çalışanları olumsuz olarak etkileyebilir. Çalışanlar iş nedeniyle öfke ve strese maruz kaldıklarında hem çevresine hem de kurumuna maddi manevi zarar verebilir. Dolayısıyla, İYK ile çalışanlara olumlu iş çevresi sunularak çalışanlardan daha çok verim alınmasına neden olabilir. Çalışanların iş hayatından duydukları memnuniyet sayesinde çalışanlar arasında olumlu sosyal ilişkiler gelişebilir. Böylelikle iş ortamındaki olumlu çevre, çalışanların yaptıkları işten doyum almalarını sağlayabilir. Çalışanlara iş doyumunu sağlayarak kendilerini iş yerinin parçası olarak göreceklere ve daha aktif çalışacaklardır (Gülmez, 2013: 75).

İYK, çok boyutludur. Bir bireyin çalışma hayatındaki genel memnuniyetini gösterir, bu da dengeli bir iş yaşamına yol açar. Örgüte ait olma ve birey olma duygusu vermenin yanında değerli ve saygın olma duygusunu da içerir. İYK teknikleri ile çalışanlar psikolojik olarak tatmin edilir. Bir çalışanın işe dahil olması, yüksek performansın ve kuruluşun yatırım getirisinin bir göstergesi olarak görülür. Mükemmel düzeyde İYK geliştirmek ve sunmak, organizasyonda da finansal bir etkiye sahiptir (Permarupan ve diğerleri, 2013: 268). Temel

olarak çalışma koşullarını ve daha büyük örgütsel verimliliği iyileştirmek için bir araçtır (Memiş ve diğerleri, 2015:221, Permarupan ve diğerleri, 2013:269).

İYK'nin temel amacı, örgütsel başarı sağlanırken, çalışanlar içinde uygun çalışma koşullarını geliştirmektir. Çalışma yaşamının kalitesinin iyileştirilmesi, örgütsel etkinliğe ulaşmada, günümüz işletmelerinin temel unsurlarından biri olarak görülmektedir (Erdem ve Kaya, 2013: 136; Özkalp ve Kırel, 2001: 554; Demir, 2011: 454).

Dikmetaş'a (2004) göre İYK'nin amaçları; çalışanların sosyal ihtiyaçları, iş ve çalışan arasında denge kurulması, iş yaşamının ödüllendirici olması, çalışanların işle ilgili kararlara dahil edilmesi, iş güvenliğini sağlayarak çalışanları iş kazalarından korumak, çalışanların iş kaygılarını en aza indirmek, çalışanların maddi anlamda tatmin edilmesi, işten ayrılmaların kaçmaların azaltılması ve üretkenliğin artırılmasıdır.

1.1.3. İş Yaşam Kalitesi Unsurları

İYK, çalışanların iş yerindeki etkinliğini ve verimliliğini etkileyen unsurları içeren önemli bir yönetim sürecidir. İYK'yi etkileyen faktörler; yeterli ve adil ücret dağılımı, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı, çalışanların kendilerini geliştirme imkanları, iş yerinde kullanılan teknoloji, yönetim ve çalışanlar arası iyi iletişim, iş doyumu, iş güvencesi, çalışan hakları, iş-özel yaşam alanı, sürekli eğitim ve personele yönelik yapılan etkinliklerden oluşmaktadır (Tuncer ve Yeşiltaş, 2013: 59; Mhimd Ibrahim, 2017: 11).

1.1.3.1. Yeterli ve Adil Ücret Dağılımı

Ücret; çalışan açısından yalnızca maddi bir kazanç olarak görülmeyip, aynı zamanda çalışanın işteki katkıları, dolayısıyla iş yerindeki önemini, işvereni tarafından performansının nasıl değerlendirildiğini ve kurumun personele bakış açısını yansıtan önemli bir unsurdur. Ücret; çalışan yönünden kendini güvende hissetme, ihtiyaçlarını karşılama, yeteneklerini değerlendirme ve amaçlarına ulaşma aracı olarak kullanılmaktadır (Aydemir, 2008: 88).

Elde edilen gelirin, çalışanın sosyal hayatında ailesine ve kendisine yeterli düzeyde standartlarını karşılama durumu, ücretin yeterli ve adil olup olmaması ile ilişkilidir. İYK'nin adil ücret dağılımı unsuru açısından kime, ne kadar, ne zaman, nasıl ve hangi şekilde ücret

ödeneceği oldukça önemlidir (Aba, 2009: 12; Dikmetaş, 2004: 172). Çalışanlar açısından ücretin anlamı, gereksinimlerinin karşılanması için bir aracı olmasıdır (Şirin, 2011: 7). Yeterli ve adaletli dağıtılan ücret, iş yükü, işe biçilen değer, iş sorumlukları, iş ortamındaki rahatlık gibi durumlara bağlıdır (Dikmetaş, 2004: 172). Ücretin yeterli olup olmadığı kanısına varmada belli bir standart getirilmemiştir. İYK kavramı kapsamında çalışanlara verilen ücretlerin yeterli ve adil olup olmadığına dair ölçümü çalışanların aldıkları ücrete ilişkin tutumlarıdır. Yapılan iş karşılığında ödenen ücret adil olarak algılanıyorsa çalışan yaptığı işten memnun olacaktır; eğer ücret çalışan tarafından yetersiz olarak değerlendirilirse çalışanın tutumu iş yerinde kızgın ve öfkeli olacak olup yapacağı işi olumsuz etkileyecektir. Bu durumda çalışanların aldıkları ücretler konusundaki yaşadıkları memnuniyetsizlik durumu iş yaşamının diğer yönlerini etkileyebilir (Uğur, 2005: 21).

Kurumların, ücret politikalarını belirlerken ön planda tutması gereken en önemli husus, “eşit işe eşit ücret” kuralıdır. Bu hususta uygulanan ücret dağılımı ile çalışanlar arasında oluşabilecek kavga, çekişme, kıskançlık ve gereksiz rekabet gibi sorunların önüne geçebileceği gibi işletmeye duyulan güvenin de artmasını sağlayacaktır (Avcı Öztürk, 2010: 26).

1.1.3.2. Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Ortamı

Güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı unsurunun temel etmenleri arasında; makul iş saatleri, fiziksel çalışma şartlarında yaralanma ve hastalanma riskinin en aza indirilmesi, iş koşullarının belirli bir yaşın üzerinde veya altında olan kişilerin yaşamında tehlike oluşturmadığının gözetilmesidir (Uğur, 2005: 21; Aba, 2009: 13).

İş ortamının fiziksel unsurlarını oluşturan, çalışanın işini verimli yapabilmesini sağlayacak makine-araç-gereç yerleşimi, havalandırma, temizlik, sıcaklık, ışıklandırma, gürültü gibi faktörler açısından uygun şartlarının oluşturulması gerekmektedir; çünkü çalışanın içinde bulunduğu çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel koşullar, çalışanın fizyolojik ve psikolojik yapısını etkilemektedir (Aydemir, 2008: 67; Avcı Öztürk, 2010: 24).

Çalışanların ortamlarında olumsuz koşullara yer verilmemelidir. Aydınlatmanın, havalandırmanın, ısıtmanın yetersiz olduğu ortam koşulları, çalışma ortamının fiziki

yapısının çalışana göre uygunsuzluğu, yoğun çalışma saatleri gerçekleştiği, ergonomik koşullara uyulmadığı, iş güvenliği sağlanmadığı gibi durumlarda olumsuz çalışma şartlarından söz edilebilir. Olumsuz çalışma şartlarına maruz kalarak çalışan işçilerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilir ve verimleri düşebilir. Çalışanların daha verimli olabilmeleri için kendilerini rahat hissettikleri iş koşullarında çalışmalarını gerektiği düşünülmektedir.

1.1.3.3. Çalışanların Kendilerini Geliştirme İmkanları

Çalışanların kendilerini geliştirme imkanları yeteneklerinin geliştirilmesi doğrultusunda onlara imkanların sunulması, çalışanın farklı bakış açılarını işine yansıtabilme imkanı sunulması, kendi işlerinde öz denetime izin verilmesi, çalışanın yaptığı işin anlamlı olması konularını kapsamaktadır (Şirin, 2011: 8; Aba, 2009: 12). Çalışanların kendilerini geliştirebilmesi için işin sorumluluğu kendisine yüklenmelidir. Böylece yapılan işte yaratıcılığı ortaya koyabilme ve çalışanların yeteneklerini geliştirmeleri için kararlar alabilme imkanı tanınmış olur.

1.1.3.4. İş Yerinde Kullanılan Teknoloji

İş yerinde kullanılan teknoloji işletmelerde son bilimsel gelişmeler sayesinde iş yaşamına yepyeni boyutlar getirmektedir. Teknolojik gelişim sayesinde çalışma yaşamında işin yoğunluğunu üstlenen sınıf olarak görülen üretici işçilerin yerine, bilgi çalışanları denilen yeni bir sınıf meydana gelmiştir. Zamanla sınıf değişikliği nedeniyle çalışan işçilerin beklentileri ve onlardan beklenenler de değişmiştir. Çalışanların görevleri bedenen yaptıkları işler yerine yaratıcılığını ortaya koyabilme, hızlı kararlar verebilme yeteneklerini kullanma olarak değişmiştir. Böylece teknolojik gelişmeler sayesinde iş ortamında bireyciliği kaldırarak grup çalışmalarına ve katılımcı yönetimlere geçişi başlatmıştır (Avcı Öztürk, 2010: 29).

Uluslararası alanda kullanılan; internet, bilgisayar, cep telefonları, televizyon ve iletişimdeki hızlı gelişme, hava yolu imkanlarının artması, eğitim olanaklarının gelişmesi, İYK'ye yönelik beklentileri etkileyen teknolojik gelişmelerdir. Bu teknolojik gelişmeler çalışanların gereksinimlerini ve önceliklerini önemli ölçüde değiştirmektedir (Çiçek, 2005: 94).

Teknoloji genel olarak iş hayatında çalışanın uyumunu zorlayan etkenlerden biri olarak görülmektedir. Ancak teknoloji gelişimin her aşamasında, çalışanları iş kazası risklerinden ve meslek hastalıklarından koruyan ya da işin zorluklarından kurtarma konusunda önemli katkılar sağladığı düşünülmektedir.

Teknolojide gerçekleşen devrim, iş yaşamının kalitesini sağlama konusunda iki farklı boyutu beraberinde getirmektedir. Birincisi, tam otomasyon yoluyla, çalışan insanın aşırı yüklenim ve zorlanma alanlarını üstlenerek, hayati risk oluşturan iş koşullarından kurtarmasıdır. Diğer boyutu ise, otomasyonun sadece tehlikeli ve zor işleri değil, çalışanların işlerini de ellerinden alma risklerine rağmen, farklı ve değişen iş alanları da yaratmaktadır (Aydemir, 2008: 78).

1.1.3.5. Yönetim ve Çalışanlar Arası İyi İletişim

İşletmelerin yönetim anlayışı, çalışanların sosyal ve iş yaşamlarındaki kalitelerini etkilemektedir. Yapılan işte verimlilik elde edilebilmesi için çalışanların yeteneklerine, çabalarına ve teknolojiye ihtiyaç duyulduğu kadar işletmenin etkili yönetim anlayışına da bağlıdır. Bu bağlamda çağdaş yönetim anlayışına sahip işletmelerle, geleneksel yönetim anlayışına sahip işletmeler birbirinden ayrılmaktadır. Geleneksel işletmelerde hiyerarşik sistemle yönetim gerçekleşmekte ve iş yaşamında ifade ettiği anlam, bir dizi basamakların olduğunu anımsatmaktadır. Hiyerarşide var olan basamaklar işletme içerisindeki iletişimi ve işbirliğini oldukça güçleştirmektedir. Çağdaş işletmelerde ise yatay bir örgütlenme yapısı ve esnek yönetim anlayışı göze çarpmaktadır. Çağdaş yönetim anlayışında; çalışanların kararlara katılımının sağlanması, çalışanlarla işbirliği içinde olma, çalışanların gelişimlerini, işletmenin amaçları ile birlikte çalışanların kişisel beklentilerine ve isteklerine önem verilmesi daha fazla ön plana çıkmaktadır (Avcı Öztürk, 2010: 27; Çiçek, 2005: 97; Aydemir, 2006: 103).

Yönetimde görevli kişiler, İYK'yi bireylere zorla entegre edemez; fakat çalışan bireylerin yaratıcı özelliklerini ortaya çıkarmasını hoş görür. Bu gelecekte İYK'nin temellerinin atılmasında büyük rol oynar. Bu nedenle yönetimde görevli kişiler çalışanların düşüncelerine değer vermelidirler (Bodek, 2003: 25).

İşletmelerde sosyal ilişkiler iş yaşam kalitesinin bir parçasıdır. İşletmelerde sosyal birliktelik, çalışanların var oldukları kurumlar tarafından sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması ile yakından ilgilidir (Şirin, 2011: 9). İşletmelerdeki sosyal birliktelik; çalışanın işletmeye yönelik ön yargılarından kurtulmasına, çalışana destek olan gruplara ve grupların ötesinde de bir ekip ruhunun gelişmesine bağlıdır (Yücel ve Erkut, 2003: 51). Bir işletmede ekip ruhunun oluşabilmesi ve gelişebilmesi örgüt içi ilişkilerin iyi olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Örgütün hedeflenen başarıya götüren en önemli yolun örgüt içinde kurulan iyi ilişkilerle sağlandığı bilinmektedir. Çalışanlar arası iyi ilişkiler nedeniyle sağlanan huzurlu bir ortamda çalışanlar, işlerinde beklenen başarıyı gösterebilecekleri için kaynaklar daha etkin kullanılacaktır. Bu sayede kalite ve üretim miktarı artacağından dolayı kâr oranında da artış görülecektir (MEB, 2014: 30).

1.1.3.6. İş Doyumu

İş doyumunu genel anlamda çalışanların yaptıkları işe ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Yapılan işin koşulları, niteliği, örgüt içi iyi ilişkiler gibi birçok faktörün yanında, kişisel faktörlerin de neden olduğu söylenebilir. İş doyumunu kısacası, çalışanın iş yaşamından aldığı hazzı ve mutluluğu ifade eder (Keser, 2005: 54).

Bireyler yaklaşık 20 yılı aşkın süre boyunca, günlerinin 1/3'ünü çalışma ortamlarında geçirmektedir (Alan ve Yıldırım, 2016: 87). Bu nedenle çalışanların işlerinden doyum almaları ruhsal ve fiziksel sağlığı yönünden oldukça önemlidir. Daha açık söylemle bireylerin mutlu olması ve yaşamından haz alması için iş doyumuna gereklidir. Bireyin yetenek, bilgi, beceri ve iletişim kurma özelliklerinin geliştirilmesi; gerek iş gerekse özel yaşamını daha anlamlı kılacak ve kendini değerli hissetmesini sağlayacaktır (Akşit Aşık, 2010: 34).

Serey'e (2006) göre, İYK'nin anlamlı ve tatmin edici bir çalışma ile ilişkilidir. Bireylerin yetenek ve kapasitelerini kullanma, kendi kendine inisiyatif ve kendi kendine yönelme gerektiren zorluklarla ve durumlarla yüzleşmek için bir fırsat içerir. Böylece bireyler yaptıkları iş açısından doyuma ulaşabilirler.

1.1.3.7. İş Güvencesi

Çalışanların geçirecekleri iş kazaları ve meslek hastalıklarından sonra en tehlikeli durum işlerini kaybetmeleridir. Bu yüzden iş hukukunda en önemli konulardan biri çalışanların sözleşmelerinin devamını sağlamak ve güvence altına almaktır (Aras, 2015: 430).

İşini kaybetmek bir işçi için şüphesiz en önemli risktir. Çalışanlar işlerini kaybetme korkusuyla kusursuz iş sunma çabalarıyla beraberinde getirdiği gerginlik ve stresle her an iç içe kalarak çalışmalarını sürdürecektir. Bu şekilde çalışma ortamı huzursuzluğa neden olabileceğinden verimlilik elde etmek adına yapılan çalışmalar verimsizlikle sonuçlanabilir. Kişilerin İYK bu anlamda olumsuz etkileneceklerdir. Yöneticiler çalışanların verimliliklerini göz önünde bulundurarak iş güvencesi kapsamında rahatlatması gerektiği düşünülmektedir.

1.1.3.8. Çalışan Hakları

Çalışan hakları denildiğinde, çalışanların ne tür haklarının olduğu ve çalışanların bu haklarını nasıl savunabileceği akla gelir (Yücel ve Erkut, 2003: 51). Çalışanların temel haklarının başında, çalışma hakkı ve özgürlüğü gelmektedir. Sosyal devlet, bireylere çalışma hakkını sosyal bir hak olarak tanımıştır. Çalışanların temel hakları, kadın ve genç işçilerin korunmasına bağlı olarak gelişmiş, sosyal güvenlik hakkı, örgütlenme hakkı, toplu iş sözleşmesi ve grev hakkı, iş güvencesi hakkı, dinlenme hakkı, işçi sağlığı ve güvenliği hakkı, eşitlik ve korunma hakkı olarak belirtilmiştir (Yücesoy ve Demir, 2011: 7). Yöneticilerin çalışan hakları doğrultusunda çalışanlara adaletli davranması ve haklarını garanti etmesi, çalışanların kuruma yönelik güven duymalarını sağlayarak iş yaşam kalitesini etkilemektedir (Şirin, 2011: 10).

1.1.3.9. İş ve Özel Yaşam Alanları

İş ve özel yaşam alanları unsuru çalışanın iş yaşamının özel yaşamında ne kadar etkili olduğu ile ilgilenir (Yücel ve Erkut, 2003: 51). Örneğin, uzun süren çalışma saatleri veya yapılan fazla mesailer bireylerin aile veya iş dışında görüştikleri arkadaşlarına yeterli zaman ayıramamasına ve kendilerini yenileyememelerine yol açabilmektedir. Bu yüzden kişinin iş yaşamı ile aile yaşamı arasında bir denge kurması gerekmektedir (Erdil ve diğerleri, 2004:

19). Denge kurulmuş bir iş yaşamı; yapılan iş planlarının, kariyer taleplerinin, sürekli iş seyahatlerinin çalışanın boş zaman fırsatlarını ve aileye ayrılan zamanı işgal etmemesi ile iç içe bir konudur (Yücel ve Erkut, 2003: 51).

Bireylerin kendilerine ve ailelerine zaman ayırabildikleri bir işte çalışmaları, kişinin hem aile içi ve sosyal ilişkilerini hem de toplumsal olarak üzerine düşen görevlerini yerine getirmesine olanak sağlar. Böylelikle iş yaşam kalitesi yönünden olumlu olarak etkilenecektir. İş ve aile dengesinde düzensizlik karışıklık meydana gelirse, iş-aile çatışması ortaya çıkabilir ve nihayetinde iş-aile dengesi sorunu ortaya çıkabilir. Bu nedenle iş ve özel yaşam alanları arasındaki denge oldukça önemlidir (Akdere, 2006: 175).

1.1.3.10. Sürekli Eğitim ve Personele Yönelik Yapılan Etkinlikler

Günümüz çalışanlarından etkili ve verimli olarak faydalanabilmek için, onları özendirici ve harekete geçirici ve beklentilerine uygun yöntemler geliştirilmektedir. Etkinlik ve verimlilik elde edebilmek için yöneticilere düşen görev önce çalışanını tanımak, beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayabilmektir (Kaptangil, 2012: 26). Çalışanları tanımaya, beklentilerini karşılamaya ve ihtiyaçlarına yanıt verebilmeye yönelik olarak yapılan yatırımlar, eğitimler ve etkinlikler iş yaşam kalitesi açısından da oldukça önemsenmektedir.

İYK'nin arttırılmasında iyi eğitilmiş çalışanların daha etkin rol alacağı göz ardı edilmemelidir. Ancak yeterli düzeyde bilgi ve beceri ile donatılmış çalışan, gelişim ve değişim sürecinde daha aktif rol alabilecektir (Avcı Öztürk, 2010: 30). Bu nedenle çağımızın en önemli sermayesinin, insan ve onun sahip olacağı bilgi olduğu düşünülmektedir. Bu ikiliyi oluşturabilmek ancak sürekli eğitimle sağlanabilmektedir (Sidi, 2007). Artık çağımız bilgi çağı olduğundan gerek kurumsal gerekse bireysel olarak bilgi edinmeye değer verilmeli ve sürekli öğrenme ilkeleri ön planda tutulmalıdır (Aydemir, 1999: 160).

Çağdaş anlayışta eğitim sisteminin vazgeçilmez yönlerinden biri de sürekli eğitimidir. Bilgi, bir kaç yıl içinde iki katına çıkarak artmaktadır. Amerika'da yapılan bir araştırmada, üniversitede edinilmiş olan bilgilerin çoğunun 6 yıl içinde geçerliliğini kaybettiği saptanmıştır (Ataunal, 1994: 112).

İşletmelerde insan, bir maliyet kalemi olarak değil de yatırım konusu olan değerli bir kaynak olarak görülmelidir. Çalışana yapılan sürekli yatırımla, kurumsal hedefleri gerçekleştirmek yolunda çalışanların niteliklerini ve yeteneklerini geliştirecek eğitim imkânları sağlanırsa, bireyler işletmenin değerini arttıran sürecin bir parçası haline gelirler (Açıkalın, 1996: 3).

Eğitimi iki farklı yönden tanımlamak mümkündür. Bireysel yönden eğitim, hedeflere ulaşma başarısını arttırmayı amaçlarken, çalışanların davranış, bilgi, tavır, tutum ve yeteneklerini değiştirme ve geliştirme sürecidir (Gürüz ve Gürel, 2006: 211). Kurumsal açıdan eğitim, kurumun etkililik ve verimlilik yönünden var olan başarısını arttırmayı hedefleyen yönetsel bir süreçtir (Yüksel, 1998: 199).

Eğitimin önemi artık kurumlar için sadece üretimi arttırıcı bir etken olarak görülmekten uzaklaşmakta, çalışanlara hizmet eden araç durumuna dönüşmektedir. Böylece kurumlarda denge kurulması ve eğitimden beklenen gerçek amaca varılabilmesi nedeniyle maddi düşüncelerin yerini giderek sosyal ve insancıl amaçlar önem kazanmaktadır (Kaptangil, 2012: 28).

Çalışanlara sunulan sürekli eğitimler ile ortaya çıkan başka bir unsur ise alanında uzmanlaşmış çalışanlar ve yeni yeteneklerin keşfidir. Bunun beraberinde gelen işletmeler arası fark yaratma olgusuyla beraber bu unsurların doğru yönlendirilebilmesidir.

Çalışanlara yönelik yapılan sürekli eğitimlerin dışında onlara ayrılan uygun zamanlarda yapılan etkinlikler ve aktiviteler sayesinde çalışanların iş gerginliklerini azaltarak motivasyon düzeylerinin yükseltilmesini, işletmeye yönelik olumlu tutum sergilemelerini, ve işletmeye bağlı kalmalarını sağlayabilir. Çalışanlara yönelik hazırlanan programlara katılımlarının sağlanmasıyla çalışanlar arası iletişimi güçlendirerek ve olumlu iş çevresi kurmaları sağlanabilir. Bu durumda çalışanlar pozitif etki altında kalarak iş yaşam kaliteleri yönünden olumlu sonuçlar ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

1.1.4. İş Yaşam Kalitesini İyileştirme ve Geliştirme

İYK günümüzde çalışanlar ve kurum yöneticileri tarafından olmazsa olmaz derecede önemsenecek seviyeye çıkmaktadır; çünkü İYK; işletmelerin tüm yönlerinde etkisi olan,

inanç ve değerler dizisi oluşturmada çok yönlü işlevsel bir süreçtir (Aba, 2009: 17). Gelişmiş ülkelerde, iş yaşamını nasıl daha kaliteli bir hale getirilebileceği yönetim açısından önemli bir sorun haline gelmiştir İYK'nin iyileştirilmesi üzerine yapılan çalışmalar, teknolojinin ve ekonominin iyileştirilmesinde yeterli olmadığını göstermiştir. Bu durum dikkatleri, iş hayatına ve çalışan bireylerin niteliğine yöneltmiştir (Mhimd Ibrahim, 2017: 15).

İYK, çalışanlara daha fazla insancılaştırılmış iş ortamları sağlanmasına (Aba, 2009: 17), sağlıklı iş koşullarının oluşturulmasına, işletmelerde çalışanların niteliğinin yükselmesine (Mhimd Ibrahim, 2017: 15) yardımcı olmaktadır. Çalışanlara yönelik temel ihtiyaçlarını karşılamamanın dışında daha yüksek düzeydeki gereksinimlerini gidermeyi amaçlamaktadır. Bu mantığa yönelik olarak yapılanlar günümüzde çalışanların işle ilgili tutumlarına ve ruhsal durumlarına yönelerek artan bir ilgi meydana gelmiştir (Aba, 2009: 17). İşin insancılaştırılması olarak bahsedilen, kişilerin sadece bedenen rahatlatmak değil de zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak çalışma şartlarını düzenlemektir. Bu hedefle çalışanların çalışma şartlarını bireylerin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Tüm bunların yapılmasını sağlayarak çalışanların iş yaşam kalitelerini arttırarak onların daha verimli ve etkili çalışması sağlanabilir.

Çalışanların var olan İYK'yi geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla; örgütsel destek sistemi yolu ile yönetim ve çalışanlar arasındaki kurulan iyi ilişkiler ve iletişimi destekleyen iş yaşam sürecine ihtiyaç vardır. İşletme için yapılan örgütsel destek sistemi; liderlik, program ve kültürel dönüşüm desteği sağlayarak çalışanların geliştirilmesini destekleyebilir (Çiçek, 2005: 108).

Yöneticiler insan kaynakları bölümünde genellikle İYK'yi değerlendirebilmek için anket yöntemlerini kullanırlar. Bu anketler sayesinde, çalışanların fiziksel ve zihinsel durumlarının değerlendirilmesini sağlayan veriler ortaya koyar. Anketler içerisinde işle ve günlük yaşam etkinlikleriyle alakalı soruları barındırır (Mhimd Ibrahim, 2017: 17). Böylece anket sonuçlarını değerlendirme yoluyla sorunları tespit edip çözüm yolları bulunarak çalışanların iş yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini daha iyi analiz etmiş olurlar. Çalışanların İYK ile alakalı asıl sorunu fark edildikten sonra o sorunun çözümü için alternatifler üretilebilir. Bu

yöntemle çalışanlar önemsenme ve değer görme duygusunu da yaşayarak kuruma olan bağlılıkları artabilir.

İYK programları kurumlar açısından değerlendirildiğinde en düşük maliyetle hizmet sunmaya, düşük sermaye ile en kaliteli ürünü elde etmeye, hızlı yayılım gerçekleştirmeye çalışırken; çalışanlar açısından değerlendirildiğinde ise iş güvenliklerini, iş doyumunu ve yaptıkları işe katılımı sağlamaya çalışmaktadırlar (Aba, 2009: 16).

İYK'nin geliştirilmesi sürecinde örgütsel destek sisteminin en önemli unsuru olan program desteği kurumun çalışanları için sunduğu İYK geliştirilmesine yönelik programlar içermektedir. Bu programların içeriğinde; iş yerinde kreş imkanları sunulması, ailenin eğitim masraflarının karşılanması, çalışanları destekleyici programlar, psikolojik destek görüşmeleri, iş ve aile dostu programları, çocuğu okula ulaştırma, esnek çalışma saatleri, evden haberleşme, kişisel sorunların çözümüne destek, iş olanaklarının genişletilmesi, her türlü tacize yönelik sıfır tolerans gösterilmesi ve tacize yönelik önlemlerin alınması, çalışanlara memnuniyet anketlerinin uygulanması, iş bölümü, emeklilik planlaması, sürekli hizmet içi eğitimler, kariyer yönetimi destek programları ve dini düşünce özgürlüğü sunulması gibi konuları kapsamaktadır. Fakat örgütsel destek sistemi programları bu konularla sınırlı olmayıp çalışanların talep ihtiyaçları göz önünde bulundurulacak şekilde daha geniş içerikli olabilmektedir (Çiçek, 2005: 109; Mhimd Ibrahim, 2017: 18).

İş yaşam kalitesi sürecinin geliştirilmesi amacıyla liderlik ve danışmanlık uygulaması sağlanabilir (Çiçek, 2005: 109). Liderlik ve danışmanlık uygulaması; çalışanlara motive edici bir işyeri yaratmak için öncelikle çalışanların iş yerine yönelik duygu, düşünce ve beklentilerini, karşılaştıkları iş yaşam sorunlarının çözüm yollarını, yapılan işi ve hayat sorumluluklarını birbiri ile uyumlu bir şekilde özümseyen değerleri öğrenmektir. (Mhimd Ibrahim, 2017: 18).

İYK'yi iyileştirmek ve gelişmek için yapılan tüm destek programlarının uygulama aşamasında dirençle karşı karşıya kalınabilir. Bazı yöneticiler, işletmelerinde insan unsurunu çok fazla göz önünde bulundurmaktan çekinebilir, iş yerinde hakimiyeti kaybetme korkusuna kapılabilirler. İYK programları genellikle yavaş ilerleyen programlardır ve yavaş

ilerlemesinin nedeni ise İYK'nin açık ve net bir şekilde tanımlanmamasından ve programların anlatılmamasından kaynaklanmaktadır. İYK programlarının açık ve net oluşu, çeşitli dirençlerin ortadan kalkmasını sağlayabilecektir (Küçükusta, 2007: 128).

İYK programlarının etkili olabilmesi için (Cascio, 1995: 20; Küçükusta, 2007: 128; Aba, 2009: 20);

- Yöneticiler, çalışanlarına diktatör bir patron olmak yerine lider ve eğitimci bir yaklaşımla yönetmelidirler.
- Açık ve güven duyulan bir iş çevresinin geliştirilmesi gereklidir.
- Yalnızca yöneticilerin haberdar olması gerektiği düşünülen birtakım bilgilerin paylaşılması ve çalışanların fikirlerinin dikkate alınması faydalı olmaktadır.
- İYK programlarının en küçük sorunlardan en büyük sorunlara da çözüm getirebilmesi sağlanmalıdır.
- İş yaşam kalitesi yönetim tarafından tek taraflı olarak uygulanmaya zorlanmamalıdır.

İş yaşam kalitesi programlarının işlevselliğinin artmasıyla kurumlarda daha demokratik bir yapı ve işleyiş sağlandığı görülebilir. Çalışanların öz güvenleri gelişebilir ve kurumlarına olan güveni, bağlılıkları ve sahiplenme duyguları gelişebilir. Bu sayede kaliteli ve donanımlı özelliklere sahip deneyimli ve kendilerini kurumlarına adanmış çalışanların yüksek performans sergileyebileceklerinden dolayı kurumun da performansının artmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Hemşirelikte İş Yaşam Kalitesi

Türkiye'nin şartlarında hemşirelik mesleği, çalışma koşullarından doğan çok fazla olumsuz faktörlerin etkisi ile aşırı iş yüküne maruz kalan stresi bol bir meslek olarak görülmektedir (Ayaz ve Beydağ, 2014: 61; Arcaç ve Kasımoğlu, 2006: 24). Yapılan bir araştırmada hemşirelerde en fazla stres yaratan faktörlerin düzensiz ve dengesiz iş yüküne maruz kalmaları ve yönetim şekilleri olduğu tespit edilmiştir (Polat, 2008: 68).

Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin iş ortamlarına bağlı başlıca stres faktörleri; denetleyenler ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, fazla iş yükü, rol karmaşası, rol

belirsizlikleri, hastaların sıkıntılarında kaynaklı yaşanan duygusal stres, yoğun bakım ihtiyacı olan ve ölmek üzere olan hastalarla çalışmak, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya sistemi ile çalışma olarak tanımlanmaktadır (Arcak ve Kasımoğlu, 2006: 24; Bilazer ve diğerleri, 2008:3; Demir, 2005: 41).

Hemşirelerin işleriyle alakalı stres yaşamaları, güvenlik ve sağlık kaygılarını doğurmakta olup; İYK'sini olumsuz etkileyen unsurlardan biridir (Mcgrath ve diğerleri, 2003:557). Stres, iş hayatında kaçınılmaz bir tecrübe olmasıyla birlikte önemli olan iş stresinin sık yaşanıp yaşanmaması ve ne kadar sürdüğü ile alakalıdır. Asıl problemlere yol açan stresin çalışanın baş edebilme gücünü aştığı andır. O zaman yaşanan stres hemşirelerin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden dengelerini etkileyerek onların iş yaşamında ve aile yaşamında olumsuz etkiler bırakmaktadır (Brooks ve Anderson, 2004:270). Hemşirelerin iş stresi, İYK'yi geliştirme çalışmalarıyla ortadan kaldırılması veya baş etmelerini kolaylaştıracak seviyede tutulması gerekmektedir.

Hemşirelerin iş yaşamlarındaki kaliteleri ile ilgili yapılan çalışmalarda kaliteyi etkileyen pek çok önemli faktörlerin olduğunu tanımlamışlardır (Alan ve Yıldırım, 2015: 87; Kılıç ve Keklik, 2012: 150; Ayaz ve Beydağ, 2014: 61; Şirin, 2011: 11-12). Bunlardan bazıları; iş güvenliği, kariyer imkanlarının sunulması, sosyal ihtiyaçlarının giderilebilmesi, sürekli gelişen teknolojiye ayak uydurulmasına destek, yönetim tarzı, alınan kararlara katılma ve iş birliği, hasta ve hasta yakınlarıyla birebir diyalog halinde olmaları ve onlarla yaşadıkları tartışmalar, rol belirsizlikleri, rol karmaşası, enfeksiyon riski, aşırı iş yükü, nöbet usulü çalışma şartları, fazla mesai yapmak zorunda kalmaları, gelişen teknolojiye ayak uydurma, sürekli hizmet içi eğitim, adil dağıtılmayan döner sermaye ödemeleri, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmek üzere olan hastalarla bakım sunmak ve duygusal destek vermek zorunda olmaları olarak tanımlanmaktadır (Alan ve yıldırım, 2016: 87; Kılıç ve Keklik, 2012: 150; Şirin, 2011: 11).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin iş yerinde kötü muamele görmeleri ve anlaşılmamaları onların iş tatmini, memnuniyetini olumsuz etkilediği, işten ayrılma niyetlerinin arttırdığını ve kurumda daha az üretkenlik gösterdikleri belirtilmiştir (Harlos ve Axelrod, 2008: 41).

Uğur ve Abaan (2008: 298)'nin çalışmasında; hemşirelerin hastanelerde en büyük iş gücünü oluşturmalarından ve donanımlı hemşire açığının artmasından dolayı işten ayrılmalarına sebep olan ortamların hemşirelerce algılanması, işten ayrılmaları arttırarak hizmet kalitesindeki verimi düşüreceği belirtilmiştir. Bu durumdan kaynaklanan eleman açığı nedeniyle hastalara sunulan hizmetin kalitesini düşürmemek adına diğer çalışan hemşirelerin daha fazla gayret harcamalarına ve yıpranmalarına neden olacaktır. Böylece hemşirelerde İYK'nin düşük algılanmasına neden olan kurumda bir kısır döngü meydana gelmektedir.

Hemşireler etkili ve verimli iş yapabilmek için kaliteli profesyonel uygulamaları destekleyen bir iş ortamına gereksinim duyarlar. Çünkü hemşirelerin iş ortamı, onların daha kaliteli bakım hizmeti verebilmelerinde önemli bir etkiye sahiptir (Mackay ve Risk, 2001: 20). Böylece çalıştıkları kurumda üst düzey performans sergileyerek hasta memnuniyetinde artışa yol açmaktadır (Yaprak ve Seren, 2010: 30). İş yaşam kalitesinden yoksunluk, hemşirelerin çalışmalarında memnuniyetsizlik oluşturmakta ve sunulan bakımın kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Hemşirelere yönelik yapılan İYK çalışmaları diğer hizmet sektörlerine oranla daha büyük öneme sahiptir. Çünkü sağlık kurumlarında düşük kaliteli hizmet sunumu doğrudan hastaların hayatını etkilemektedir (Uğur, 2005: 24). Sağlık kurumlarında sunulan hizmetin karmaşık, bazı zamanlarda acil müdahale gerektiren ve değişken nitelikte olması ve yapılan hataların sonuçlarının ağır olması yönünden büyük önem taşımaktadır (Çatak ve Bademcik, 2015: 86). Sağlık hizmetinin bel kemiğini oluşturan hemşirelerin hizmetlerinde dikkatsizliğe, özensizliğe ve ihmale yer verilemeyecek kadar titiz çalışma gerektiren bir bakım mesleğidir.

Hemşireler, sağlık ekibi içinde hastaların ve hasta yakınlarının sorun yaşadığında ilk başvurdukları kişiler olarak sağlık ekibinin iletişimde kilit rol oynayan sağlık personelidir (Bilazer ve diğerleri, 2008: 3). Bu nedenle özellikle hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık çalışanı olan hemşirelerin İYK'sini öğrenmek ve yükseltecek iş koşulları sağlamak bir tercihten öte zorunluluktur.

1.2.1. Hemşirelikte İş Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi

İş Yaşam kalitesinin artırılmasında görev sadece sağlık kurumlarına ve yönetime düşmemektedir (Harlos ve Axelrod, 2008: 42). Sağlık politikalarında hemşirelerin iş koşulları, uzun süren çalışma saatleri göz önünde bulundurularak maddi manevi ve sosyal hakları bakımından düzenleme yapılmalıdır (Bilazer ve diğerleri, 2008: 32-33).

Hemşirelerin olumlu iş çevresi oluşturulmasından beklentileri; esnek çalışma saatleri, devamlı öğrenme olanakları ve iş dışı yararların sunulmasıdır (Tanaka ve diğerleri, 2010: 20; Şirin, 2011: 18). Bu beklentilerin gerçekleştirilmesinde çocuk ve aile bakım birimleri, alanında uzmanlık ve kariyer imkanları, adil ve yeterli ücret gibi yasal düzenlemelerin getirilmesi gerekmektedir (Tanaka ve diğerleri, 2010; Harlos ve Axelrod, 2008: 42-43).

Sağlık hizmet sunumlarında kalitenin geliştirilmesi; kaliteyi ön planda tutan yönetim anlayışına, donanımlı hemşirelere ve iş çevresinin kaliteli olmasına bağlıdır (Ovayolu ve Bahar, 2006: 108). Sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin bakımlarında hedeflenen etkinliğe ve verimliliğe ulaşabilmesi için onlara daha kaliteli iş yaşamı sunulması ve kaliteli iş yaşamlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Hemşirelerin iş yaşam kaliteleriyle ilgili yapılan çalışmalarda iş yaşam kalitelerinin geliştirilmesine yönelik en önemli faktörler tanımlanmıştır (Uğur, 2005: 25-26; Alan ve Yıldırım, 2015: 87; Kılıç ve Keklik, 2012: 150; Ayaz ve Beydağ, 2014: 61; Şirin, 2011: 11-12). Bunlardan bazıları;

- **İş Aktivitelerinin Bilinirliği:** Hemşirelerin çalışmalarını düzenleyici politikaların ve prosedürlerin bilinmesi,
- **Fiziksel Çevre:** Sağlıklı ve güvenli iş çevresi imkanları sunulması, yeterli ve kullanışlı ekipmanların sağlanabilmesi,
- **İş Üzerindeki Kontrol:** Hasta bakımını organize etmede özgür olması ve gerektiğinde inisiyatif kullanabilmesi,
- **İş Yüğü:** Hasta başına düşen hemşire sayısının doğru planlanması,

- **Çalışma Listeleri:** Hemşirelerin özel yaşamını idame ettirebileceği uygun çalışma saatlerinin planlanması,
- **Sosyal Çevre:** Ekip arkadaşları, yöneticileri, hasta ve hasta yakınları ile iletişimine yönelik denge kurulması ve bu konuda çalışanlara destek verilmesi,
- **Destekleyici Süpervizyon (Liderlik):** Yöneticilerin uyguladıkları yönetim tarzı, çalışanların yöneticisi tarafından fikrinin sorulması, desteklenmesi ve motive etmesine yönelik faaliyetleri,
- **Rol Tanımları:** Açık, anlaşılır ve çalışan tarafından bilinen görev tanımları,
- **Geri Bildirim (Performans Değerlendirmesi):** Hizmete yönelik geribildirimde bulunulması çalışana teşekkür edilmesi ve ödüllendirilmesi,
- **Gelişme ve Yükselme Fırsatları:** Kariyer planlaması, terfi edebilme,
- **İletişim Sistemi:** Hastane içi bilgi akışını sağlayan sistemlerin düzenlenmesi,
- **Takım Çalışması (Ekip İşbirliği):** Çalışanlar görevlerini yerine getirirken iş arkadaşları arasında ekip ruhunun benimsenmesi,
- **Teknolojik İlerlemeleri İzleme Fırsatları:** Hastalara bakım hizmeti sunulurken hemşirelerin kullandıkları cihazların ve aletlerin günümüz teknolojinin gerisinde kalmayacak nitelikte olması,
- **Düşük İş Stresi:** Hizmet sunarken görevini aksatacak her türlü stres kaynaklarının azaltılması veya baş etme yollarının geliştirilmesi,
- **Kuruma Bağlılık:** Çalışanın kurumunu benimsemesi ve örgüt kültürünü özümsemesi,
- **Eşitlik:** Yönetimin, çalışanlarından birini diğerinden ayırt etmemesi ve çalışanın eşit muamele gördüğünü hissetmesi,
- **Eğitim:** Hemşirelik mesleği için okullarda alınan temel eğitimlerin dışında kurumlarda düzenli hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve süreli eğitim fırsatlarından yararlanma olanaklarının bulunması,
- **Profesyonellik:** Hemşirelerin hizmetlerinde profesyonel uygulamalar sunabilmesi için uygun iş çevresi oluşturulması,

- **Adil Ücret Dağıtımı:** Çalışanların aldıkları ücret ile yaşam kalitelerini sürdürebilecek yeterlilikte olması ve benzer işleri yapan çalışanlar arasında ücret dağılımlarında bir denge olması,
- **Bireysel İyilik Durumu:** Bireylerin özel yaşamındaki problemlerin olması. Bu duruma ailede bakıma muhtaç bireyinin bulunması veya çocuk bakımı konusunda güçlüklerin yaşanması örneği verilebilir,
- **Sağlık Bakım Politikaları:** Ülkemizde hemşirelerin çalışmalarını etkileyen tüm sağlık politikaları, hemşireliğin çalışmasını düzenleyici yasa ve yönetmeliklerin yetersizliği,
- **Yan İmkanlar:** Kurum aracılığıyla çalışanların iş dışı stres faktörlerini azaltmaya yönelik imkanların sunulması. Kurumun sağladığı kreş, lojman ve servis imkanları örnek olarak verilebilir,

Hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin geliştirilmesine yönelik faktörlerin düzenlenmesi ile hemşirelerden daha kaliteli hizmet sunması beklenecek ve beraberinde kurumsal başarı elde edileceği düşünülmektedir.

BÖLÜM 2: ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTALARA SUNULAN BAKIM

2.1. Ölmek Üzere Olan Hastalar

Amerikan Tıp Derneği'ne göre ölüm, solunumun ve dolaşımın veya beynin bütün faaliyetlerinin geri dönüşsüz olarak durmasıdır (MEB, 2012: 1). Ölüm, bir taraftan insanlar için ortak bir son olarak görülüp diğer taraftan da son derece özel ve subjektiftir. Ölüme karşı tutumlar da kişiye özgüdür. Herkesin kendine özgü tavırları ve tutumları vardır. Bu tutumları etkileyen faktörler ise sosyal, kültürel, dini inanç, mesleki, tıbbi, ekonomik ve yaşanmış tecrübelerden oluşmaktadır (Işıl ve Karaca, 2009: 83). Bu anlamda ölüm, herhangi bir ırk, din, dil, cinsiyet, yaş, kültür, eğitim düzeyi ya da meslek gözetmemektedir; fakat kimin, ne zaman ve nerede ölümlerle karşılaşacağı bilinmez. Dünyada günün birinde öleceğini bilerek hayatını devam ettiren tek canlı çeşidi insandır (Aktürk, 2014: 1).

Terminal dönemdeki hastalar az da olsa ölümü kabullense de dünyada olup bitenlerle ilgilenmek rahatsız edilmek istemeyebilir. Çünkü birey bu süreçte yaşamın ve ölümün ne ifade ettiğini sorgulamaya başladığı evrededir (Kara, 2017:7).

Bireyler yaşamları süresince kendilerine uygulanacak sağlık hizmetini seçme hakkı varsa ölmek üzere olan bir hastanın da ölüm yerine karar verme hakkı olmalıdır. Terminal dönemine giren kanser hastalarının yaşamlarının son anına huzur içinde ve saygın bir şekilde ulaşması sürecinde hastaların ve yakınlarının seçeceği ölüm yeri tercihi, ölüm anındaki yaşam kalitelerini geliştirmesi yönünden önemlidir. Terminal dönem hastaları için önemli olan ölüm yeri tercihlerine yönelik yapılan çalışmaların; sağlık çalışanlarına, sağlık politikacılarına, hasta yakınlarına ve palyatif bakım ekibine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Işıkhan,2008: 34).

Hastaların ölüm yerini tercih etmesinde belirleyici faktörler; hastalık nedeniyle görülen semptomların yönetiminin sağlanabilirliği, dini boyut, cinsiyet, ölümle ilgili geçmiş

deneyimleri, hasta bakıcıları ile ilgili tutum ve endişe duyması, kendisine bakan sağlık personelinin bilgi ve tutumu, hastalık prognozu¹ olarak sıralanabilir (Çavdar, 2011: 145).

Son dönem veya terminal dönem hastası olarak da adlandırılan ölmek üzere olan hastalar; küratif tedavinin² yanıt vermediği non-küratif (palyatif) tedavinin devreye girdiği hastalardır (Kara, 2017:6). Bu dönemdeki hastalar, hastalığın semptomlarından veya tedavi sürecindeki uygulamalardan dolayı çok fazla sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu sıkıntılar genel olarak; ağrı, güçsüzlük, bulantı, kusma, iştahsızlık, bağırsak düzensizliği, uyku sorunları ve psikolojik sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Oh ve diğerleri, 2012: 2832; Yılmaz, 2015: 19; Akgün ve diğerleri, 2011:184). Bu sıkıntılar yalnızca hastayı rahatsız etmekle kalmayıp ailede de çaresizlik, durumla başa çıkmada yetersizlik ve tükenmişlik gibi sıkıntılar doğurabilir. Sağlık çalışanları hastaların yaşadıkları sıkıntılara odaklandıklarında diğer sorunlar gözden kaçabilir. Bu durum sunulan bakımın kalitesini etkileyebilir.

Palyatif bakım, hastaların yaşam kalitelerini arttırmaya ve hastalığa bağlı gelişen semptomları kontrol altına alarak hastayı rahatlatmaya çalışan multidisipliner bir bakım sistemidir (Yılmaz, 2015: 2; Kabalak ve diğerleri, 2013: 67; Kara, 2017: 6). Ölmek üzere olan hastalara bütüncül hizmet sunulması son saatlerini huzurlu geçirmelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle bakım kalitelerini oldukça yüksek tutmak ve aileyi de içine alan bir bakım planlanmalıdır. Hastaların bakımında aileye, ihtiyacı doğrultusunda destek verilmesi ve hasta bakımında ailenin katılımının sağlanması bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Terminal dönem hastalarının yaşamlarının yaklaşık olarak son altı aylık zaman dilimini kapsadığı, vücudun işlevinin bozulduğu ve ölüme adım adım yaklaşıldığı bilindiğinden (Kabalak, 2012:169) bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomları invazif girişimlerin dışında gidererek rahatını arttırabilmek oldukça önemlidir. Hasta ve ailesinin yaşadıkları korku ve kaygılar giderilmelidir.

¹ Prognoz: Hastalığın seyri veya gidişatına verilen ad (eksisozluk.com).

² Küratif tedavi: Hastaların ilaçlarla belirlenen bir program içerisinde tedavi edilmesi (eksisozluk.com).

2.2. Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Bakım

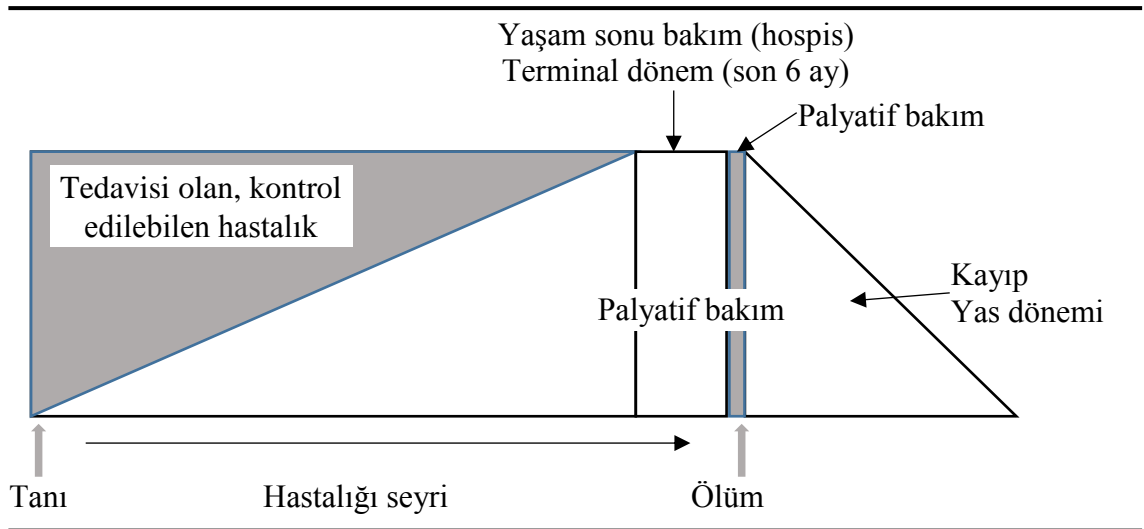
Ölmek üzere olan hastalara sunulan bakım, hastalıklardan kaynaklanan semptomları önlemek, hastanın konforunu ve yaşam kalitesini arttırmak için uygulanan multidisipliner bir bakımdır (Temelli, 2018: 10). Bu bakım günümüzde palyatif bakım kapsamına girmektedir. Palyatif kelimesi Latince kökenli bir kelime olan “pallium”dan türemiştir ve örtmek ve bez gibi anlamları vardır (Akyüz, 2014: 5; Seven, 2015: 3). İngilizce’de “palliative” hafifletici veya geçici anlamında kullanılmaktadır (Yılmaz, 2015: 2). Tıbbi terminolojide “palyasyon” kelimesi ise kötü olan bir şeyi daha az kötü hale getirmek olarak tanımlanmıştır (Akyüz, 2014: 5). Türk Dil Kurumu’nun tanımında ise palyatif kelimesi geçici, rahatlatıcı, geçiştirici (www.tdk.gov.tr) anlamında iken palyatif bakım, ilaçlarla hastalığın nedenini ortadan kaldırmadan semptomu yönelik uygulama gerektiren tedavi biçimi olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Bu tanıma göre palyatif bakım, tedavi etmek yerine, hastaya geçici, rahatlatıcı, problemlerini azaltıcı nitelikte sunulan tedaviler ya da uygulamalar şeklinde ifade edilebilir.

Palyatif bakım; acı çekmeyi önlemeye, hafifletmeye, ciddi hastalıklarla karşı karşıya kaldıklarında hastalar ve aileleri için en iyi yaşam kalitesini desteklemeye odaklanan uzmanlık alanıdır (<https://www.uptodate.com>). Günümüzde palyatif bakım sadece hastalığın son döneminde uygulanan bir bakım olmayıp hastalığın her aşamasında gerekliliği olan bir bakım türüdür. Palyatif bakımda hem tıbbi tedaviye hem de yaşamı uzatıcı, kolaylaştırıcı ve tedaviye uyum gerektiren bir bakım şekli olmalıdır (Ferrell ve diğerleri, 2017: 98; Yılmaz, 2015: 2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımdan ilk kez 1986 yılında bahsederek çok önemli gelişmeler kaydetmiştir. DSÖ palyatif bakımı 1986 yılında “Tedaviye yanıt vermeyen hastalıkla uğraşan bireylerin tüm bakımını” şeklinde tanımlamıştır (Akyüz, 2014: 6). Bu tanımdan palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaları kapsayacağı algısı doğabilir. Ancak DSÖ tanımını daha sonra geliştirmiştir. DSÖ 2002 yılında palyatif bakımı “Yaşamı tehdit eden herhangi bir sorunla karşı karşıya kalındığında, hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel açıdan yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (www.who.int). Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA)

palyatif bakım tanımını daha kapsamlı bir şekilde yapmıştır. WPCA'ya göre Palyatif bakım, "Kronik hastalıklarda olduğu kadar yaşamı sınırlayıcı ve tehdit edici durumlar için de bir gerekliliktir." (WPCA, 2014: 7). Bu tanımlarda da görüldüğü gibi, eskiden sadece yaşamın son dönemlerindeki, yapılacak hiç bir tedavinin çözüm getirmediği hastalar için, çoğunlukla kanser hastaları için uygun görülen palyatif bakım, günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan hastaların acılarını hafifletmeyi ve yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefleyerek, erken dönemlerde de uygulanması gerektiği görüşü öne çıkmaktadır (Bağ, 2012: 143-144). O halde palyatif bakım uygulaması hastaya tanı konduğu anda başlamakta ve ölüm süreci gerçekleşene kadar devam etmektedir. Hastanın ölümü gerçekleştiğinde ise palyatif bakım aile desteği şeklinde devam etmektedir.

Ölmek üzere olan hastalara sunulan palyatif bakım; evde, hastanede, bakım merkezlerinde veya hospiste uygulanabilir (Yılmaz, 2015: 3). Palyatif bakım incelendiğinde temel görüşü hospis bakımla aynıdır. Palyatif bakım, hospis hizmetinin dışına çıkarak sağlık hizmetlerinin aşamalarına entegre olarak gelişme göstermektedir. Hospis, yaşamın son dönemindeki hastayı medikal tüm tedavilere rağmen sonuç alınamayan başka tedavi yöntemlerine başvurmanın sona erdiği ve palyatif bakım felsefesiyle yaklaşılarak hastanın rahatsız edici semptomlarının giderilmesi ve yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulmaya çalışıldığı ve ev ortamı koşullarının sağlanabildiği kurumlarda uygulanan bir sağlık hizmetidir (Bağ, 2012: 121; Saruç, 2013: 195).



Şekil 1: Palyatif Bakım Süreci

Kaynak: (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013: 57).

Hospis bakımın içeriğinde yer alan uygulamalar (www.mimi-bestellportal.de; Kara, 2017:12);

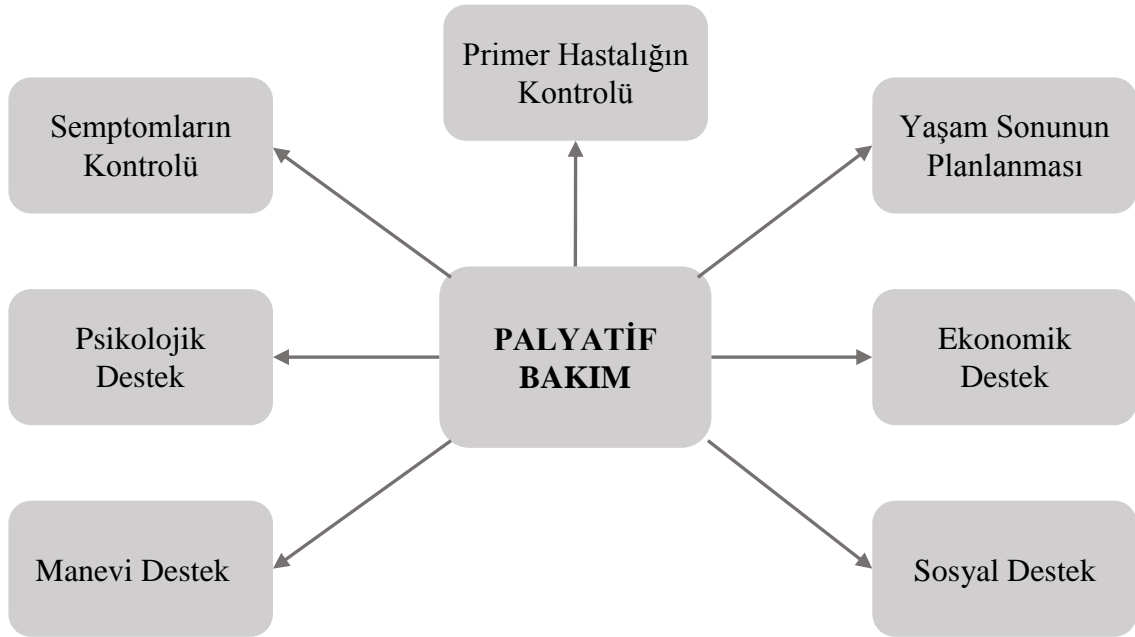
- Bireyin ağrılarını ve diğer rahatsızlık veren semptomlarının yönetiminin sağlanması,
- Fiziksel, psikososyal ve ruhsal yönden aileye ve hastaya destek sunulması,
- Hastanın bakımında aileye eşlik etmek gerekli eğitimlerin aileye sağlanması ve danışmanlık hizmeti sunulması,
- Hasta için gereken tıbbi desteğin sağlanması,
- Fiziksel ve mesleki terapi gereken durumlarda terapi yapılması.

Hospis son dönem hastalarında bireyin yaşamından ziyade ölümü ile ilgilenir. Tüm hospisler palyatif bakımın içine girse de tam olarak denk uygulamalardır denilemez. Palyatif bakım incelendiğinde daha kapsamlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Palyatif bakım kavramı tüm ölümcül ve aynı zamanda iyileşebilme ihtimali olan hastalığa sahip bireyleri de kapsamakta ve hasta birey ve ailesine uygulanan multidisipliner bir kavramdır (Saruç, 2013: 195). Palyatif bakım, küratif tedavi görmeye devam eden hastalar için uygulanan programı ifade ederken, hospis ise aynı palyatif bakımın artık tedavi görmeyen, öleceği anlaşılmış hastalara uygulanmasını ifade etmektedir (Tuncer, 2009: 288-289).

Şekil 2’de görüldüğü gibi, palyatif bakım pek çok unsuru içermektedir. Palyatif bakım uygulamalarının temelinde ise aşağıdaki hususlar yatmaktadır (Kara, 2017: 11; Yılmaz, 2015: 4; Turgay, 2010: 8; Tuncer, 2009:289; Tanrıverdi ve Kömürcü, 2018: 396) ;

- Hastanın ağrısını ve diğer rahatsız edici semptomlarını en aza indirir.
- Hayatı ve hayatın son bulmasını normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölüm sürecini hızlandırma ya da yavaşlatma amacı taşımaz.
- Hastanın bakımının psikolojik, sosyal ve spiritüel yönlerini bütünleştirir.

- Hastanın tanısından ölüm sürecine kadar olan sürede mümkün olduğunca aktif bir şekilde yaşamasına yardımcı olmak için destek sistemi sunar.
- Aile bireyelerine, hastanın hastalığı ve ölümü sürecinde başa çıkmalarına yardımcı olacak destek sistemi sunar.
- Hastanın ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için bir ekip yaklaşımı kullanır.
- Hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve hastalığın prognozunu olumlu yönde etkiler.
- Hastalığın erken döneminde, yaşamı uzatabilecek tedavi yöntemleri (kemoterapi ve radyoterapi) ile birlikte uygulanabilir.



Şekil 2: Palyatif Bakım Modeli

Kaynak: www.slideshare.net

Ölmek üzere olan hastaların bakımında temel hedef; tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı, iyileşme sürecinin devam etmediği durumlarda hastanın terminal dönemini rahat geçirmesi ve yaşam kalitesini korumaktır. Böylece ölmek üzere olan hastanın bakımında önemli olan hastanın yaşam süresini uzatmak değil yaşamın niteliğini arttırmaktır (Temelli, 2018: 2). Yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen ölmek üzere olan hastaların bakımında konulan tanıya ve hastalığın seyrine göre değil hastanın var olan ihtiyaçlarına yönelik bakımlar önerilmektedir.

Bu öneriler doğrultusunda palyatif bakım uygulaması üç farklı düzeyde ele alınabilir (Temelli, 2018:10):

Palyatif Bakım Yaklaşımı: Tüm sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına ihtiyaçları doğrultusunda gerekli eğitimleri vermeleri yolu ile palyatif bakım uygulama yaklaşımıdır.

Genel Palyatif Bakım: Ağır hastalığı olan bireyleri tedavi eden, sağlık personeli tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile gerçekleştirilen bakımdır.

Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunlar yaşayan bireylere uzman ekip yaklaşımıyla sunulan bakımdır.

Türkiye'nin şartları ve öncelik sıralamasına göre Sağlık Bakanlığı'nın düzenlemiş olduğu yönergelerle palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması, palyatif bakım farkındalığının artırılması, palyatif bakım hizmetlerinin sistematik olarak yayılması, palyatif bakımda eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bu hizmete ulaşılabilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır (Madenoğlu Kıvanç, 2017: 134).

WHO-WPCA (2014:10) raporuna göre palyatif bakım gerektiren durumlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Yetişkinler için palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanser, Alzheimer, ve diğer demanslar, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), multipl skleroz MS), parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz.
- Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, nörolojik bozukluklar, kan ve bağışıklık bozuklukları, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları.

2.3. Ölmek Üzere Olan Hastalara Bakım Sunan Ekip

Terminal dönem hasta bakımında aileler hastalarına karşı tek başına yeterli değildir. Hasta için yeterli bakım sağlayabilmek adına bir ekip oluşturulmalıdır. Bu ekip palyatif bakım ekibi

olarak adlandırılmakta olup hem hastaya yönelik bakımlarını sunmalı hem de aileye gerekli olan desteği ve eğitimi sağlamalıdır.

Ölmek üzere olan bir hastaya hizmet sunan sağlık ekibi arasında yer alacak tüm meslek çalışanların palyatif bakım kavramının ne olduğunu bilmesi ve yaşamı tehdit eden ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların bakımında sağlayacağı yararların farkındalığının artırılması ülkemiz için anlamlı katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Bağ, 2012: 143).

Şekil 3’de de görüldüğü gibi, palyatif bakım ekibinde; doktor, hemşire, yardımcı sağlık personeli, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, danışman, fizyoterapist, din görevlisi ve diğer üyeler yer almaktadır (Turgay, 2010: 2; Yılmaz, 2015: 5). Ekip üyelerinin ölmek üzere olan hasta bakım ilkelerini, destekleyici iletişimi ve semptomları nasıl kontrol altına alabilecekleri konusunda donanım sahibi olmaları gerekmektedir.

Palyatif bakım ekibi multidisipliner bir ekip yaklaşımı geliştirerek (Temelli, 2018: 2; Turgay, 2010: 2) disiplinler arası iletişim ve bağlantının sağlanması amacıyla iyi bir ekip çalışması gerektirir (Yılmaz, 2015: 5). Bu ekip evde bakım, hastaneler, bakım evleri, günlük bakım merkezleri, hospis gibi kurumlarda 24 saat hizmet verebilirler.



Şekil 3: Palyatif Bakım Ekibi

2.4. Dünyada ve Türkiye’de Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Bakımın Gelişimi

Palyatif bakım merkezi ilk kez 1960’lı yıllarda İngiltere’de Doktor Dame Cicely Saunders tarafından kurulan “St. Christophers Hospice” kurumu ile başlatılmış (www.stchristophers.org.uk), sonra sırası ile Kanada (1973, Royal Victoria), Amerika Birleşik Devletleri (1987, Hotwitz Center), Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya’daki kuruluşlarla (1990) devam etmiştir (Özkan, 2011: 70; Bağçivan, 2018: 4-5; Akyüz, 2014: 7).

Dünyada bir çok ülkede palyatif bakım hizmetleri oldukça yaygındır. Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre henüz yapılanma aşamasındadır (Centone ve diğerleri, 2007:464) Günümüzde evde bakım hizmeti, gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, hastane servis destek ekipleri, hospisler gibi bakım merkezlerinde her türlü palyatif bakım hizmetlerinin verildiği en gelişmiş ülkeler olarak Amerika ve İspanya, gösterilmektedir (Bingley ve Clark, 2009:288; www.acibademhemsirelik.com).

Ülkemizde palyatif bakımı kavram olarak ele aldığımızda “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak düşünülmekte ve ağrı yönetimi ile eşdeğer görülmektedir (Madenoglu Kıvanç, 2017: 134). Ülkemizde geleneksel Türk aile yapısının var olması nedeniyle palyatif bakım ihtiyacı uzun süre gündeme gelmemiştir (Kara, 2017: 20). Palyatif bakımın sağlık sistemimizde yer almaya başlamasını geciktiren ve gelişimini etkileyen faktörler arasında; sosyal, kültürel, ekonomik ve etik değerler yer almaktadır (Akay, 2017: 8; Akçiçek ve diğerleri, 2013). Ülkemizde palyatif bakım hizmetinin uzmanlık düzeyinde verilememesinin nedenlerini Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC) yayınladığı bir raporda; Türkiye’nin ekonomik kaynaklarının yeterli olmaması, palyatif bakıma yönelik yeterli sayıda sağlık bakım profesyonellerinin bulunmaması, kanser tedavisi odaklı çalışılması, evde palyatif bakım hizmetini karşılama konusunda sosyal güvenlik sistemlerinin yetersiz oluşu, güçlü opioidlerin reçetelenmesi konusunda sorunlar yaşandığını şeklinde sıralanmaktadır (Centone ve diğerleri, 2013:319).

Ülkemizde palyatif bakıma yakın hizmet sunan ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy’de kurulan “Kanser Bakımevi”, 1993- 1997 yılları arasında hizmet

vermiştir. Palyatif bakım sunmak için ikinci girişim Ankara’da Hacettepe Onkoloji Hastanesi tarafından “Umut Evi” olarak 2006 yılında hizmet vermiştir (Kara, 2017: 20; Madenoğlu Kıvanç, 2017: 134). Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Palyatif Bakımla Organizasyon Modeli Geliştirilmesi yönünde birçok çalışma yapmıştır (Demir, 2016: 65). 2015 yılında “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 2015 yılında yürürlüğe girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıları gidermek amacıyla hemşire temelli, toplum tabanlı bir proje gerçekleştirilmesi amaçlanarak “PALLIA-TURK” projesi hazırlanmıştır (Şahan Uslu ve Terzioğlu, 2015:81). Bu projede amaç, ağrı yönetiminde önemli bir yer tutan morfinin ulaşılabilirliğini arttırmak, reçetelendirilmesine yeni düzenleme getirilmesi, sağlık çalışanlarını opioidlere yönelik eğitmek, toplum tabanlı palyatif bakım modeline aile hekimlerini dahil etmek olduğu görülmektedir (Özgül ve diğerleri, 2011:29; Demir, 2016:65). Pallia-Türk projesi olarak Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan “2009-2015, Ulusal Kansere Kontrol Programında palyatif bakım programı da tanımlanmış, merkezlerin kurulması 2012-2013 yılları arasında hızla artmıştır (Madenoglu Kıvanç, 2017:134). Palyatif bakımla ilgili 2016 yılı verilerine bakıldığında 68 ilde toplam 168 adet palyatif bakım birimi 1898 yatak olarak hizmet verdiği bilgisine ulaşıldı. 2017 yılında yatak sayısı artmış olup yaklaşık dört binlere ulaştığı görüldü (Akçakaya, 2018:36; Demir,2016:65).

Günümüzde palyatif bakım merkezlerin sayıca artışı hastalar ve hasta yakınları açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı bu merkezlere palyatif bakım kapsamında gerek kurumsallaşmalarına gerekse sağlık çalışanlarının eğitilmeleri açısından destek vermektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı ve Palyatif Bakım Derneği bu alanda çalıştaylar ve eğitimler düzenlemektedir (Madenoglu Kıvanç, 2017: 13).

2.5. Ölmek Üzere Olan Hastaların Bakımında Yaşanan Engeller

Hastaların terminal dönemlerinde uygulanan bakımlarda bir takım yaşanan zorluklar tanımlanmıştır. Bunlar (Turgay, 2010: 14-15; Tuncer,2009: 292-293; Tanrıverdi ve Kömürcü, :404).;

- Son dönem hasta bakımının topluma ve sağlık çalışanlarına uzak olması,
- Tüm sağlık çalışanlarının okul eğitimi süresince ölmek üzere olan hasta bakımı ve iletişim konusunda yeterli bilgi almamaları,
- Sağlık çalışanlarının ölüm ile karşılaştığında çaresizlik yaşaması,
- Sağlık çalışanlarının hastaya ve aileye hastalığın prognozu ile ilgili kötü gidişatı açıklayamaması veya nasıl açıklayacağını bilememe,
- Kaliteli bakım hizmeti sunmada yetersizlik,
- Sağlık çalışanlarının semptom yönetimini doğru uygulayamaması,
- Hasta ve hasta yakınlarının ilaç uygulamalarına karşı olumsuz tutumları,
- Sağlık çalışanlarının fazla mesai ile çalışmaları ve iş yükünün fazla olması,
- Semptom yönetimi ve ağrı gidermede kullanılacak ilaç alternatifinin yeterli olmaması,
- Ağrı kontrolünü sağlamada kullanılan opioidlerin hasta ve sağlık çalışanları açısından bağımlılık yapacağı korkusu, çeşitlerinin az olması ve opioidlere ulaşmada zorluk yaşanması.

2.6. Ölmek Üzere Olan Hastalara Sunulan Hemşirelik Bakımı

Hemşireler ölmek üzere olan hastalarla doğrudan iletişimde bulunması ve en yakınındaki kişi olması, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla hastayla birlikte daha fazla zaman geçirmesi, hastada meydana gelen ağrı, solunum güçlüğü, bulantı, kusma, halsizlik gibi rahatsızlıkları daha yakından görebilmesi nedeniyle yaşam sonu bakım uygulamalarında önemli bir yer edinmiştir. Hemşireler ölmek üzere olan hastalarını bir cisim gibi değil algılayan, hisseden, toplumda sosyal olarak var olan ve anılar biriktirmiş bir birey olarak kabul etmeli ve sunacakları bakım ile kaliteli ölüm sağlamalıdır (Özdemir ve diğerleri, 2011: 87).

Hemşirelik mesleği süresince ölüm sürecine girmiş hastanın bakımı en zor durumlardan birisi olarak görülmektedir. Hemşireler yaşam sonu hasta bakımı ve ölüm olgusuyla çok sık karşılaşmakta ve hastalara bakım verirken karışık hisler barındırabilmektedirler. Ölmek üzere olan hastalara bakım sunmak hemşireler için sıklıkla duygusal olarak acı veren, üzüntülü bir süreç olmakta ve bakım sundukları hastalarının kaybı karşısında suçluluk, başarısızlık, korku, depresyon, kaygı ve çaresizlik gibi duyguları yaşayabilmektedirler (Demir, 2010; Ay ve Gençtürk, 2013: 165).

Ölmek üzere olan hastalara daha kaliteli bakım sunulabilmesi için Palyatif Bakım Hemşireliği oluşturulmuştur. Palyatif bakım hemşireliği tanı konulduğu andan itibaren alanına hastayı ve ailesini alarak bütüncül bakım planları oluşturur (Akay, 2017: 17). Hemşire tarafından hastanın ve ailesinin anlayabileceği şekilde tedavi şekli, hastalığın prognozu, komplikasyonları, hastalık seyri boyunca yapılacak uygulamalar/bakımlar ile ilgili gerekli bilgilendirmeler verilmektedir (Akay, 2017: 17-18). Palyatif bakım hemşireliğinde hedef; hastanın yaşam kalitesini ve semptom yönetimini iyileştirmek, hastalık yörüngesindeki fiziksel, duygusal ve ruhsal ihtiyaçlara dikkat etmektir (Emanuel ve Librach, 2007: 552). Hastaya sunulan bakımda düzenli olarak beslenmesini, kişisel bakım uygulamalarını, hareketliliğini, pozisyonunu, tuvalet ihtiyacını karşılamak yer almaktadır (Sucaklı, 2014: 109). Hastanın ölümünden sonraki süreçte ise aileye yas ile başa çıkma konusunda gerekli desteği sağlar ve gerekli yönlendirmeleri yapmaktadır (Dülgerler, 2015: 56).

Hemşire hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hastasına karşı açık-dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak aralarında güven bağı oluşturmalıdır (Moore, 2005: 12). Hemşire hastasının çevresiyle, ailesiyle ve en önemlisi kendisiyle mümkün oldukça olumlu ve güçlü bağlar kurmasında yol gösterici olmalıdır. Hastanın umutlarının devam etmesine yardımcı olmalı ve kontrol gücünü kaybetmemesi için çaba göstermelidir (Elçigil, 2012: 331).

2.6.1. Ölmek Üzere Olan Hastalara Yoğun Bakım Ünitelerinde Sunulan Hemşirelik Bakımı

Son yıllarda bilim ve teknolojinin gelişmesiyle tıbbi araç, gereç ve yöntemler de gelişme izlenmektedir. Hızla gelişen tıbbi malzemeler ve uygulamalar özellikle hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde kullanılmaktadır. Bu malzeme ve yöntemler yoğun bakım ünitelerinde hastalıkların takibinde ya da ölüm sürecinde olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamak ve hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasını sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle ölmek üzere olan hastaların bakımı yoğun bakım ünitelerinde yapılmakta ve hastaların ölümü de çoğunlukla yoğun bakımlarda gerçekleşmektedir (www.acibademhemsirelik.com).

Hastane içinde en çok gerilimin ve iş baskısının yoğun yaşandığı üniteler yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakımlar kritik hastaları destekleyerek iyileşmesini amaçlayan, yerleşim şekli ile hasta bakım uygulamaları açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojideki cihazların kullanıldığı, hastaların 24 saat yaşamsal göstergelerinin takip edildiği multidisipliner bir ekip tarafından hizmet sunulan birimler olarak tanımlanmaktadır (Başak ve diğerleri, 2010: 76). Yoğun bakımların diğer birimlerden ayıran farklı bir yapısının olması, yoğun bakım hastalarının çoğunlukla ölmek üzere olan hasta gruplarından oluşması, sağlık çalışanları arasındaki iş ilişkisi, aniden gerginleşebilen bir ortamda çalışılıyor olması, hemşireler açısından stres ve tükenmişliğe yol açabilmektedir (Dede ve Çınar, 2008: 4). Dolayısıyla ölümlerin çok sık yaşanması yoğun bakımların terminal dönem süreci içinde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir (www.acibademhemsirelik.com).

Ölüm sürecine giren hasta ve ailesine hizmet sunan hemşireler onların yaşadığı pek çok duyguyu ve tepkiyi yaşamaktadır. Bunlar; inkâr, öfke, suçluluk, üzüntü, depresyon, çaresizlik, korku ve anksiyetedir. Hemşireler, bu hastaların bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkmaktadırlar. Hemşirelerin hastaya yetememe ve hastada başarısız olmaları suçluluk duygusu yaşamalarına yol açmaktadır. Ayrıca hastanın uygulanan tedavi ve bakıma olumlu yanıt vermemesi, hastalığın seyrinin gün geçtikçe kötüye gitmesi ve hastanın acı çekmesinin giderilememesi hemşirelerde öfke ve keder duygularının yaşanmasına neden olabilmektedir (www.acibademhemsirelik.com).

Ölmek üzere olan hastalara bakım sunan yoğun bakım hemşirelerin, hasta ve yakınlarının korkularının azaltılması, hasta bireyselliği ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal yönden desteklenmesi, aileyi yas sürecine hazırlama ve semptomların kontrol edilerek hastanın rahat ölümünün sağlanması gibi sorumlulukları vardır (Roman ve diğerleri, 2001: 339).

2.6.2. Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet Sunan Hemşirelerin Tutumları

Ölümü yaklaşan veya ölmekte olan birey kendi ölüm sürecini yaşarken çevresindekilere de bazı duygular yaşatmaktadır. Dolayısıyla kendisine hizmet sunan hemşireleri ve ailesini psikolojik olarak etkilediği düşünülmektedir.

Ölüm olgusu ile gün içinde çok sık karşı karşıya kalan hemşirelerde ölümü yaklaşan hastaya hizmet sunmaya karşı tutumları sunulan bakımın kalitesi yönünden önem taşımaktadır. Ölüm olgusuna karşı sergilenen tutum ölüm sürecine karşı tepki olarak tehdit, korku ve rahatsızlık gibi duyguların gelişmesi olarak belirtilebilir.

Hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya karşı sergiledikleri tutumlar, hemşirelerin kültürel yapısı dini düşünceleri, sosyal çevreleri, aile yapısı, birimlerinde kullandıkları teknoloji, iletişim yöntemleri, palyatif bakım konusunda eğitim almaları ve daha önce ölümle karşılaşma deneyimlerine göre değişebilmektedir (Brosche, 2007: 23; Eues, 2007: 340).

Hemşireler ölmek üzere olan hastalara karşı hizmet sunarken sergileyecekleri tutumların bakımlarını ne düzeyde etkilediğinin farkında olmaları oldukça önemlidir. Hemşireler ölmek üzere olan hastaya yönelik olumlu sergilenen tutumları ile hastaların ölüme yönelik korkularının giderilmesini ve hastayı güvenli bir ortamda, saygıdeğer bir birey olduğunu hissettirerek, huzurlu bir ölüm süreci yaşamasını sağlayabilmektedirler. Ayrıca sadece hastaları fiziksel ve ruhsal olarak rahatlatmakla kalmayıp, aile bireylerine de ölüm sonrası yas sürecinde gerekli desteği sunabilmektedirler (Seven, 2015: 13). Bu nedenle ölmek üzere olan hastalara hizmet sunan hemşirelerin tutumlarını ve tutumlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi, olumlu tutum geliştirilmesi konusunda desteklenmeleri sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasında ve hemşirelerin anksiyete, tükenmişlik, yetersizlik, depresyon gibi sorunları yaşanmasını önleyeceği düşünülmektedir.

BÖLÜM 3: EMPATİ KAVRAMI

3.1. Empati Kavramı

Empati, bireyin kendini karşısındaki bireyin yerine koyarak düşünebilme algısına denir. Empati, İngilizce bir sözcük olup kökenini Yunanca bir kelime olan “empathia” dan türemiştir (Liddell ve Scott, 1996; Akt: Hasgöl, 2018: 3). Yunancada empathia, içinde anlamına gelen “em” ve algılama anlamına gelen “pathia” kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır (Akkaya, 2017: 9). Türk dil kurumunun tanımına bakıldığında empati, duyudaşlık veya kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi olarak değinilmektedir (www.tdk.gov.tr).

Empati tanımlarına bakıldığında kültür farklılığından kaynaklanan tanım çeşitliliği vardır. Farklı kültürlerdeki toplumlar empatiyi değişik kalıplarla kullanmış, ama anlam çok fazla değişmemiştir. “Almancada eşduyumun karşılığı olarak kullanılan “Einfühlung” kelimesi, bir başkasının yerine geçebilme yetisi anlamına gelmektedir (Altınoluk, 2014: 7).

Omdahl (1995)’e göre empati, kişinin karşısındaki kişi ile aynı hisleri yaşaması ve o kişiyi anlaması olarak belirtmektedir (Akt: Rehber, 2007:9).

Dökmen (slideplayer.biz.tr) empatiyi en basit şekliyle şöyle tanımlamıştır: “Kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara karşısındaki kişinin bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını, düşüncelerini doğru bir şekilde anlayabilmesi, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesidir”. Ünal’ın empatiye bakış açısı; empatinin sonradan kazanılan bir olgu olduğu ve genetik olarak etkisinin az olduğudur. Empatiyi kişinin kendi dünya görüşünü kısa bir süre için terk ederek karşısındaki kişinin dünya görüşüne göre algılaması gerektiğini savunmaktadır. Birey olarak yetişen insan zaman içinde empati yeteneğini kazanmakta ve bu yeteneğini geliştirebilmektedir (Akkaya, 2017:9).

Freud’a göre, empati yapan kişiye farklı düşünce ve dünyaları anlama, onlarla alakalı bir bakış oluşturma imkanı sağlar, iletişim halinde olduğumuz kişiyle özdeşim kurabilme ve kişinin duygularını taklit edebilme özelliğinin olduğunu vurgulamıştır (Tatlı, 2018:17).

3.1.1. Empatinin Önemi

Günümüzde toplum içinde empati iş yaşamında, aile içi iletişimde, okul yaşamında, psikolojik danışmanlarca veya arkadaş ilişkilerinde sıklıkla kullanılan bir olgudur. İnsanın kendisini başkasının yerine koyarak karşıdaki kişinin var olan durumda hangi duygu yoğunluğunda olduğunu ve hangi düşünceleri paylaştığını anlaması kişiler arası hoşgörüyü ve saygıyı artırır (Akkaya, 2017:9).

Toplumumuzda genellikle şu inanç vardır: “kendine yapılmasını istemediğin bir şeyi sen de başkasına yapma” veya “Kendine nasıl davranılmasını istiyorsan sen de başkalarına öyle davran”. Tam bu noktada günlük hayatımızda empati yapabiliyor olmanın önemi ortaya çıkıyor. Bireylerin mutlu ve başarılı olabilmesi için, kendi duygularını, düşüncelerini, hislerini doğru tanımlayabilmesi, iyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan ayırt edebilmesi; aynı zamanda başkalarının duygu ve düşüncelerini anlayabilmesi, okuyabilmesi ve çözümler üretmesi yeterlidir. Eğer ki bireyler pek çok şeyi diğer bireylerin baktıkları açılardan görebilirlerse, birbirlerini daha iyi anlayabilirler (Adaş ve diğerleri, 2008; Akt: Altunoluk, 2014: 12).

Problem varlığında karşımızdaki bireyi empati yolu ile doğru anladığımızda asıl sorunun ne olduğunu tespit etmenin daha kolay olacağı düşünülmektedir. Böylece karşımızdaki kişiye ulaşarak ve onu doğru anlamış olarak sorunun çözümü için yollar geliştirilebilir. Böylece empati sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve kişiler arası ilişkilerin güçlenmesini sağlamış olacaktır.

Kişi, kendisi ile empati kurulduğunda anlaşıldığını ve kendisine önem verildiğini hissedebilir. Fakat empati sadece empati kurulan kişi için değil, aynı zamanda empatiyi kuran kişi için de fayda sağladığı düşünülmektedir. Empati kurabilme yetenekleri yüksek olmasından dolayı kişinin, çevresindeki kişiler tarafından değer görmesi, iletişimde aranan kişi olması ve sevilmesi olasılığı artabilir. Empati konusunda Dökmen’in yaptığı çalışmalarda empatinin iletişimde kişiler arası yalnızlığı ortadan kaldırdığına değinmiştir (Köseoğlu, 1994; Akt: Uygun, 2006: 2).

3.1.2. Empatinin Tarihçesi

Empati terimi tarihte ilk kez Aristo tarafında “Rhetoric” adlı eserinde kullanılmıştır (Altınbaş ve diğerleri, 2010: 16; Sharma, 1992: 376). Fakat yaygın olarak kullanımı, Almanya’da 1800’lü yıllarda estetik ve psikoloji alanlarındaki çalışmaların gelişmesi ile “Einfühlung” adı verilen bir kavram ortaya çıkmaya başlamıştır. Empati terimini ilk kez ele alan kişi ise sanat çalışmalarında gözlemcilerin duygularını yansıtabilmek için “Einfühlung” terimini kullanan Alman filozof ve sanat tarihçisi olan Robert Vischer’tir. Einfühlung kavramını 1897 yılında estetik alanından psikoloji alanına taşıyan ve ilk kullanan kişilerden biri olarak Alman Psikolog-Filozof Theodor Lipps olduğu bilinmektedir. Lipps, Einfühlung’u başkalarının zihinsel durumlarını nasıl anladıklarına dair farklı bir bakış açısı kazandırmıştır (Işıldar, 2018: 20). Lipps’e göre kişilerde meydana gelen estetik hazzı, dış dünyadan (nesnelere) duyulan haz olarak tanımlamakta ve kişilerin bu sayede nesnelere yaşadığına dikkat çekmektedir. Lipps’in “einfühlung”den tam olarak anlatmak istediği kişinin sanat eserine kendini yansıtarak eseri anlama girişimidir (Loannidou ve Konstantikaki, 2008: 119). Bu nedenle “Einfühlung” olayında mutlaka psikoloji açısından bir bağ bulunmaktadır (Anar, 2013: 27-28; Akt: Güven Özdemir, 2015: 4). 1909 yılında Edward B. Titcher Yunanca “empathia” kelimesini “Karşıdaki kişinin duygusal olarak yaşadıklarını aktif bir şekilde anlamak” olarak yorumladığı İngilizce’de “empathy” kelimesine çevirmiştir (Akt: Işıldar, 2018: 20).

Günümüz modern sağlık sisteminde “empati” sıklıkla geliştirilebilen ve öğrenilen bir yetenek olarak değil “doktorun iyi tutumu” ve sağlık bakım çalışanın doğuştan gelen bir özelliği olarak önemsenmeyecek bir olguymuş gibi yansıtılmıştır. Bununla birlikte, son zamanlarda, sağlık bakım ortamındaki empati, hastanın duygularının değerlendirilmesi ve bu farkındalığın hastaya ifade edilmesi olarak tanımlanmıştır (Stepien ve Baernstein, 2006: 524). Bu tanımdan çıkarım yaparak ölmek üzere olan bireylerin bakımında empatinin tanımını; hastanın duygularının ve düşüncelerinin içinde bulunduğu yaşam biçiminin, aile bağlarının, geçmişinin ve vücut dilinin değerlendirilerek en doğru şekilde anlaşılması ve bu farkındalığın ölmek üzere olan hastaya etkili bir iletişim ile aktarılması şeklinde yapılabilir.

3.1.3. Empati Kavramı İle Karıştırılan Kavramlar

Empati, bireyler arasında iletişim kurulurken arada kullanılan bir tür yoldur. İletişimde empati kullanılırken bazı kavramlarla karıştırılabilmektedir. Empati ile sıklıkla karıştırılan kavramlar; “Sempati”, “Sezgi”, “Özdeşim” ve “İçtenlik” olarak görülmektedir (Hasgöl, 2018: 8).

Sempati

Sempati, kökeni yunanca olup “sympatheia” kelimesinden türemiştir ve “birisiyle beraber acı çekme” anlamına gelmektedir. Acıyı yaşayan bireyin karşısındaki bireyle yoğun derecede duygu geçişi ve farkındalık durumu ile teselli etme çabasını yansıtır. Sempati oluşturan kişi karşısındaki bireyin acısını dindiremezse suçluluk duygusu gelişir ve aynı acıya ortak olmasıdır (Akkaya, 2017: 14).

Sempati ile empati kavramları oldukça benzer kavramlardır fakat iletişimde farklı temellere dayanmaktadır. Sempatide birey karşısındaki bireyin duygularını özümseyerek kişiselleştirir, empatide ise karşısındaki bireyin duygularını anlamaya çabalar. Empati kuran kişi iletişimini kendi duygu ve düşüncelerini karıştırmadan devam ettirir.

Sempati ile karşısındaki bireyle beraber sevinme, üzülme, acı çekme gibi duyguları yaşama mantığına dayanır. Sempatide taraf olma, doğru olsun ya da olmasın her duygu ve düşüncede ortak olmak vardır. Kişinin duyguları ile sempati duyduğu kişilerin duyguları arasında bir sınır yoktur (Altınoluk, 2014: 22). Bu şekilde bir duygu geçişi yolu ile kurulan iletişimde alınması istenen mesajın öneminin azalmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda durum değerlendirmesi yapılmasını zorlaşabilmektedir. Sempati duyan birey karşısındakine sadece yandaşlık etmiş olmaktadır. Böylece olaylar, sorunlar tam olarak açıklanamaz, ön yargıların gelişebileceği ortamlar oluşur ve durum değerlendirilmesi yapılmayabilmektedir (Coşkun Keskin, 2007: 4).

Empati kurabilen birey ise karşısındakinin duygularını anlayarak kendi bilinciyle değerlendirme yetisini elinde tutar. Bu durum olaylar zincirine objektif olarak bakış açısı sunmaktadır. Karşısındaki bireyin ruhsal durumunu ve tutumunu anlayabilen ve kendi

duygularıyla farklı bir bakış imkânı sunabilen kişi vermek istediği mesajı iletişim kurduğu kişiye daha net olarak iletebilmektedir.

Sezgi

Sezgi, gerçeğin deneyle veya akılla değil de dolaysız olarak bilinmesi ya da farkında olmadan akıl yürüterek, nasıl bildiğini bilmeden bilme gücüdür (Arslan, 2008: 60). Sezgi bireyin gözlemleyerek elde ettiği zihinsel ve içgüdüsel bir refleksdir. Sezgide gözlemleyerek empatide ise deneyimleyerek olayların değerlendirmesi yapılmaktadır. (Cengiz, 2008: 11). Sezgi ilk anda fikir oluşturma, ya da görüş belirtme ilkesine dayanır. Empati gözlem ve duygu akışına bağlı olarak karşıdakinin davranışlarını değerlendirerek fikir oluşturma sürecidir. Olayları yorumlama zamanlamasında sezgi ilk oluşum aşamasında ya da daha önce fikri ve duyguyu ortaya atar. Bu durumun tersi bir durum ortaya çıkma olasılığı vardır. Empati kavramı ise olayların gelişim sürecine göre duygu beyanı söz konusu olduğu için yanılma payı daha azdır (Rogers, 1983: 16).

Sezgilere dayanarak karar almak ve harekete geçmek kişileri yanıltabilir. İlk kez karşılaşılan birine sezgilerle yaklaşılması o kişiyle kurulacak olan iletişimi olumsuz olarak etkileyebilir. Eğer ki empati kurarak yaklaşırsak o kişinin dünya görüşü hakkında bilgi sahibi olmayı sağlayabilir

Özdeşim

Özdeşim kavramı da empati ile karıştırılan kavramlardan biridir. Özdeşim, bireyin örnek aldığı birey gibi yaşama eğilimi içinde olmasıdır. Özdeşim bir bireyin pek çok yönüyle bir başka bireye benzemesi ile gerçekleşen, otomatik olarak, bilinç dışı işleyen bilimsel bir süreçtir (Güven Özdemir, 2015: 10). Özdeşim kurulan bireyin düşünce şekli ve hareket biçimleri bire bir benimsenir ve taklit edilir (Akkaya, 2017: 16). Bu süreçte kişinin kendi duygu ve düşünceleri değil, özdeşim kurduğu kişinin duygu ve düşünceleri ön plandadır. Empatide ise kişiye karşıdan bakma, duyguyu anlama ama onunla benzeşmeyen saf algıdır (Altınoluk, 2014: 26).

Özdeşimde karşıdaki birey ile güçlü bir duygusal bağ kurabilmek adına karşıımızdaki birey gibi olma arzudur. Özdeşim kurulurken birey kendisini başka birinin düşünceleri ile

yönlendirmektedir. Birey başkasının duygu, düşünce ve davranışlarından etkilenecek onun gibi olma eğilimindedir. Burada özdeşim kuran kişinin benliği silinerek, yerine karşıdaki bireyin benliği yerleştirilmektedir. Bu açıdan özdeşimde iki birey aynı benliği paylaşırken, empatide iki ayrı benlik birlikte var olmaktadır (Akkoyun, 1982: 67).

Özdeşim kurmanın empatiyi olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Bir bireyin karşıdaki bireyin hissettiklerini anlamaya çalışırken o bireyle özdeşim kurarak bireye yönelik yapılmak istenen yardım etme arzusunun azalabileceği hatta sona erebileceği düşünülmektedir. Özdeşim kurmada sempatiye benzer şekilde objektiflik ortadan kalkabilmektedir (Tuncay ve İl, 2009: 45). Özdeşim kuran kişi kendi değer yargılarını zamanla kaybedebilir ve özdeşim kurduğu bireyin hedefleri yönünde ilerleyen biri haline gelebileceği düşünülmektedir (Altınoluk, 2014:25).

İçtenlik

İçtenlik ve empati kavramları da birbirlerine yakın anlamlı hatta iç içe olan kavramlardır. İçtenlikte, kişi karşıdaki bireyin iç dünyasına girerek onu anlamaya çalışır ve aynı zamanda da kendi yaşantısını da algılamak için çaba gösterir. Empatide ise kişi karşıdaki bireyin iç dünyasına girerek bunu kendi içinde yaşamasıdır. Yani kişi empati kurduğu sırada kendi yaşantısını gözden geçirir ve kendi yaşantısını algılamaya çabalar. İçtenlik ve empati, birbirlerini dışlamamakla birlikte birbirlerini tamamlamaktadırlar (Akkoyun, 1982: 67).

İçtenlik, gerçekten ilgilenme yeteneğidir (Cengiz, 2008: 11). Dolayısıyla, içtenlik daha çok danışmanlar tarafından uygulanması gereken bir özellik olarak görülebilmektedir. Böylece danışmanın içten tavırları sayesinde danışan bireyle empati kurmasına yardımcı olacak ve daha kaliteli iletişim süreci sunabilecektir (Uygun, 2006: 7-8). Empatik anlayış kişinin karşısındaki kişinin yaşam algılarıyla bakabilme ve bu durumu kavrayabilmesini gerektirir. İçtenlik ise kişinin kendi iç dünyasını olduğu gibi kabul ederek karşısındakine aktarabilmesidir.

3.2. Hemşirelikte Empatinin Yeri ve Önemi

Hemşirelik uygulamaları sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir. Hemşireler hasta ve hasta yakınları ile daha çok iletişim halinde olan bir meslek grubudur (Akkaya, 2017: 82-83). Bu nedenle hemşirelerin hastalara sunacakları bakım uygulamaları sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan doğruya etkilediği düşünülmektedir.

Hemşire, mesleki bilgi ve becerilerini hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden sağlığına fayda sağlayacak şekilde kullanmaktadır. Hemşire hastasına karşı sözlü veya sözsüz iletişim kurduğunda hastasını olumlu veya olumsuz olarak bir şekilde etkiler ve ondan etkilenir (İnel Manav, 2008: 5). Hemşire bu etkilenmeyi profesyonel olarak gerçekleştirmelidir. Hemşire etkileşimini profesyonel bir şekilde gerçekleştiremezse mesleki açıdan başarısız olarak etkilenebilir. Hemşire hastası ile etkileşim içinde olurken ona karşı duygusuz, anlayışsız olarak yaklaşırsa ve bu durum hasta tarafından hissedilirse hasta iletişimi sonlandırmak isteyebilir. Bunun sonucunda hasta memnuniyeti sağlanamayabilir, tedavi için gerekli bilgiler hastaya aktarılamayabilir ve hemşirelik bakımının kalitesi düşebilir.

Hemşire, hastalarına sunduğu bakım uygulamalarını onlarla kurduğu olumlu kişiler arası ilişkiler yoluyla yerine getirmektedir. Hemşire hastasıyla veya hasta yakınlarıyla kuracağı kişilerarası ilişkilerinde empatik iletişim yolu ile yaklaştığında onların ihtiyaçlarını daha doğru bir şekilde belirleyebilmekte ve böylece sunacağı bakımı etkili bir şekilde sunabilmektedir (Üstün, 2005: 89; Karaca ve diğerleri, 2013: 119).

Hemşirelikte empati, hemşirelerin hastalarını anlamak adına kurduğu iletişimde kendi kimliğini kaybetmeden hastasının neler hissettiğini ve düşündüğünü anlamaya çalışması ve bu durumu hastasına yansıtmasıdır (Taşdemir, 1999; Akt: Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017:122).

Empati, hastanın ifadelerini tekrarlamaktan öte bir beceri olduğu ve yardım ihtiyacı olan hastanın dünyasını anlamayı gerektirdiği düşünülmektedir. Bu noktada empati, hemşire-hasta arasındaki yardım etme ilişkisinin temelini oluşturmakta ve bakım sunarken hemşirelere yön vermektedir (Kaya, 2011: 13). Empati kurabilen kişi karşıdaki kişinin stresini algılayabilir, stresin nedenlerini tespit edebilir ve strese yönelik hastanın vereceği

tepkiyi önceden tahmin edebilir (Güven Özdemir, 2015: 18). Empati kurulması sonucunda, hasta anlaşıldığını ve önemsendiğini düşünür ve hemşiresine karşı güven duygusu geliştirir. Böylece hastanın hemşiresinden aldığı hizmetten duyduğu doyum artabilir. Hemşirenin başka bir bireyi doğru anlamasını ve o bireyin sağlığının gelişmesine olumlu katkı sağlayan gücün hemşirelerde olan empati becerisinden kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir. Bu durum hemşire-hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır (Kaya, 2011: 22).

Hasta, hemşire tarafından anlaşıldığını hissettiğinde kendisine değer verildiğini ve önemsendiğini düşünmektedir. Bu nedenle hemşirenin hastalara ulaşması kolaylaşır ve hasta hemşirenin sunacağı bakım hizmetine daha kabullenici yaklaşabilir. Dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ortamı ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur. Hastaya bu tarzda sunulan hemşirelik bakımı sonrasında hastada iyileşme hızı arttığı gözlenebilir (Bekmezci, 2015: 47).

Hemşireler, bireylerin her birinin kendine özgü olduğunu, hastalığı tanımlamasını yaparken ve ihtiyaçlarını belirtirken davranışlarının bireyin kendisine özgü olduğunun farkında olması önemlidir. Bireye özgü bakım sunmak ve olumlu bir tedavi edici ortam sağlamak için empati kurmak büyük önem taşımaktadır (Altunoluk, 2014: 22). Hemşireler empati yolu ile hastasıyla kurduğu iletişimde hastaya özgü olan özellikleri tespit edebilmekte ve hastasını tanıyabilmektedir. Hastasını iyi tanıyan bir hemşire hastanın ihtiyaçlarını daha kolay belirleyebilmekte ve karşılayabilmektedir.

Terminal dönem hastalarına bakım verilen bir kurumda yapılan çalışmada, bakım sunan hemşirelerin empatik yaklaşımını hisseden hastaların yaşam kalitelerinin olumlu bir şekilde etkilendiği belirlenmiştir. Terminal dönem hastaları ve aileleri ile hemşireler arasındaki empatik yaklaşımı ve hastadaki yansımalarını araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada, hastalar hemşire ile geçirdikleri süreçlerde, hastalıklarının dışında bir birey gibi algılandıklarını, anlaşıldıklarını ve değer gördüklerini hissettiklerini bildirmişlerdir (Özdağ, 1999: 49-51).

Bireylerdeki empatik eğilim bir kişilik özelliği olmasına rağmen zamanla gelişebilen empatik beceri, mesleki eğitim sürecinde öğretilerek kazandırılabilir ve bakımlar sırasında da geliştirilebilir.

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=191) ile Yenikent Devlet Hastanesi'nde (n=63) yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem grubu belirlemeden evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiş olup yoğun bakım ünitelerinde görevli hemşirelerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 236 hemşire ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma 10.12.2018 ile 08.03.2019 tarihleri arasında anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.

4.2. Veri Toplama Aracı

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form / FATCOD): Katılımcıların ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumlarını ortaya koymak amacıyla Frommelt (1991) tarafından 5'li Likert yapıda geliştirilen ve 30 maddeden oluşan FATCOD ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek, 15 olumlu (1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 ve 30) ve 15 olumsuz (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28 ve 29) ifade içermektedir. Ölçeğin cevapları tamamen katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve tamamen katılıyorum seçeneklerinden oluşmaktadır. Olumlu ifadeler, bir (tamamen katılmıyorum) ile beş (tamamen katılıyorum) olarak puanlanmaktadır. Negatif ifadeler için ise puanlar tersine çevrilmektedir. Olası puanlar 30 ila 150 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar, çalışma yapılan hemşire grubunun hizmet sunduğu hasta popülasyonunun bakımına yönelik daha olumlu bir tutum olduğunu göstermektedir (Mastroianni et al, 2015: 231).

Ölçek, Korku/Rahatsızlık (Fear/Malaise-1, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 15 ve 26. ifadeler), Ailenin bakımı (Care of the Family- 4, 16 ve 22. ifadeler), İletişim (Communication- 2, 6, 11, 27, 28 ve 30. ifadeler), Aile ile bakım (Family as Caring- 12,18 ve 20. ifadeler), İlişki (Relationship- 9, 10, 17, 21 ve 29. ifadeler) ve Aktif Bakım (Active Care- 19, 23, 24 ve 25. ifadeler) boyutlarından oluşmaktadır. Yukarıdaki altı boyutun iç tutarlılığı, Cronbach'ın alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamının cronbach alpha değeri 0,75 bulunmuştur

(Mastroianni et al., 2015: 236). Boyutlar itibari ile orijinal çalışmada cronbach alpha değerleri sırası ile 0,69 , 0,53, 0,56 , 0,59 , 0,48 ve 0,47'dir (Mastroianni et al., 2015: 238).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Çevik (2010) tarafından yapılmış olup; Türkçe geçerliliğini tespit etmek için kapsam geçerlilik oranları (KGO) ve kapsam geçerlilik indeksine(KGİ) indeksinden yararlanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin KGO değerlerinin 0,70 -1,00 arasında değiştiği ve bu değerlerin $\alpha=0,05$ düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0,83; iç tutarlılığını değerlendirmek için kullanılan Cronbach alpha değeri ise 0,73 bulunmuştur (Çevik, 2010: 25). Başka bir çalışmada da ölçeği Cronbach Alpha değerinin 0,77 ve 0,62 bulunmuştur (Seven, 2017: 17; Yılmaz, 2015).

İş Yaşam Kalitesi Ölçeği: İş yaşam kalitesi ölçeği Van Laar, Edwards ve Easton (2007) tarafından sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 23 ifade ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; İş kariyer memnuniyeti (Job Career Satisfaction - 1, 3, 8, 11, 18 ve 20. ifadeler), genel iyi olma hali (General Well Being - 4, 9, 10, 15, 17 ve 21. ifadeler), aile-iş yaşam dengesi (Home-Work Interface - 5, 6 ve 14. ifadeler), iş yaşamında stres, (Stress at Work-7 ve 19. ifadeler), işi kontrol edebilme (Control at Work -2, 12 ve 23. ifadeler) ve çalışma koşulları (Working Conditions - 13, 16 ve 22. ifadeler) boyutlarından oluşmaktadır. Orijinal çalışmada Cronbach Alpha katsayısı ölçeğin geneli için 0,91 bulunmuş olup; alt boyutlar için 0,75 ile 0,88 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan 7, 9 ve 19. İfadeler olumsuzdur. Ölçek 5'li likert tipi (1 = Katılmıyorum, 2 = Az katılıyorum, 3 = Orta düzeyde katılıyorum, 4 = Çoğunlukla katılıyorum, 5 = Tamamen katılıyorum) puanlamaya sahiptir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akar ve Üstüner (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ölçeğin geneli için cronbach alpha değeri 0,93 bulunmuş olup, İş Kariyer Memnuniyeti için 0,78, Genel İyi Olma için 0,79, İş Kontrol Edebilme için 0,89, İş Yaşamında Stres için 0,70, Çalışma Koşulları için 0,80, Aile-İş Yaşamı Dengesi için 0,91 bulunmuştur (Akar ve Üstüner, 2017: 171).

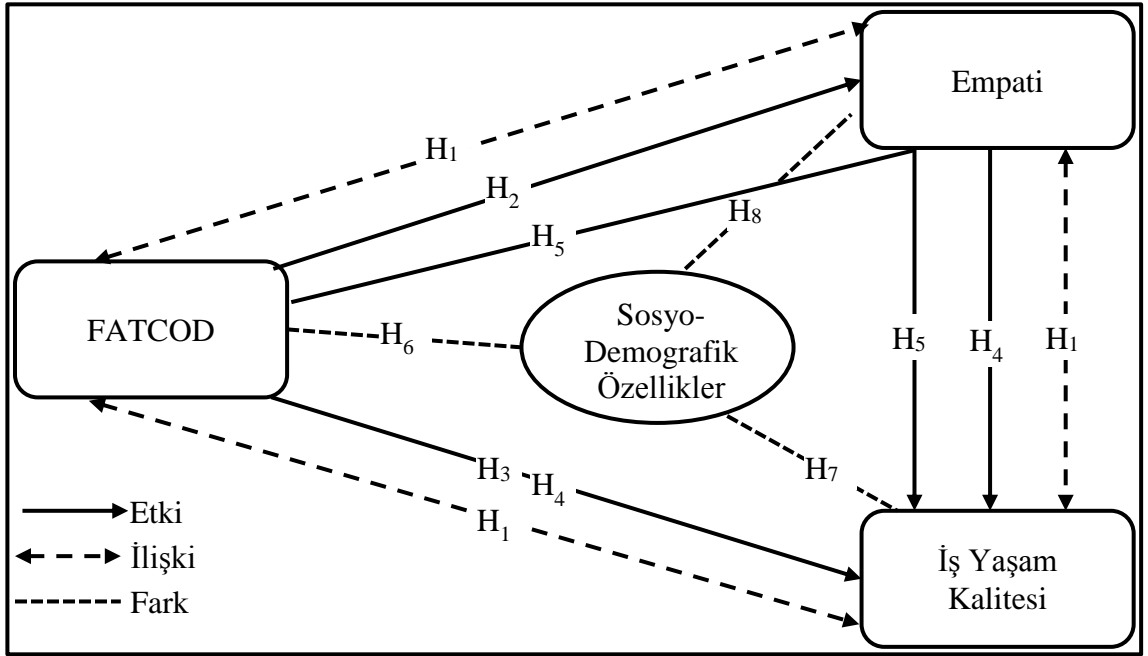
Toronto Empati Ölçeği (The Toronto Empathy Questionnaire- TEQ): Ölçek Spreng ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirildi. Sekizi olumlu (2, 4, 6,10, 13, 14, 15 ve 16. ifadeler) ve sekizi olumsuz (1, 3, 5, 7, 8, 9, 11 ve 12. ifadeler) olmak üzere toplam 16 ifadeden oluşan ölçek, tek boyutludur. Ölçeğin orijinal boyutunda iç tutarlılık katsayısı 0,79 bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Totan ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanma çalışmasında 1, 6 ve 9. İfadeler 0,30'dan daha düşük faktör yüküne sahip olduğu için ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,79 bulunmuştur. Beşli Likert yapıdaki ölçekte yüksek puanlar yüksek empati düzeyine işaret etmektedir.

4.3. Veri Toplama Süreci

“Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü” konulu çalışmasını Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yenikent Devlet Hastanesi'nde yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelere uygulayabilmek için ilk olarak Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve sonra Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Onayın çıkması ile birlikte onay alınan kurumlarda görev yapan hemşirelere üç ölçekten oluşan anket uygulaması yapılmıştır.

4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler



Şekil 4: Araştırma Modeli

Yukarıdaki modelden de yararlanarak çalışmada aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H₁: Ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum, empati ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır.

H₂: Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları empati düzeylerini etkiler.

H₃: Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları iş yaşam kalitelerini etkiler.

H₄: Ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin tutumları ve empati düzeyleri iş yaşam kalitesini etkiler.

H₅: Ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitesine etkisinde empatinin aracı rolü vardır.

H₆: Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H₇: Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

H₈: Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

4.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmada verilerin analizinde IBM SPSS 22.0 paket programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde Bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında (p=0,05) gerçekleştirilmiştir.

4.6. Araştırmanın Kısıtları

Çalışma ilgi çekici olmadığı için bazı hemşireler anket formunu doldurmak istememişlerdir. Örneklem yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır. Bu nedenle klinik ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin konuya ilişkin değerlendirmelerini kapsamamaktadır.

4.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerden İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Toronto Empati Ölçeğinin daha önce Türkçe literatürde geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldığı için (Akar ve Üstüner, 2017; Totan ve diğerleri, 2012) bu ölçeklerin sadece doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Önceki çalışmalarda Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'nin yalnızca KGO ve KGİ bulgularına bakılarak ölçeğin geçerli olduğuna karar verilmiş (Çevik, 2010; Seven, 2015), ancak, keşfedici faktör analizi yapılmamıştır. Halbuki KGO analizimizde yalnızca uzmanların her bir ifadeyi nasıl değerlendirdikleri dikkate alınmaktadır (Tavşancıl 2006, Şencan 2005). Bu anlamda faktör analizinde olduğu gibi ölçek ifadelerinin kümelenmesi söz konusu değildir. Bu sebeple bu çalışmada haliyle uluslararası literatürde yayınlanan FATCOD ölçeğinin ilk defa faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'nin yapılan keşfedici faktör analizi sonucuna göre ölçek orijinalinde olduğu gibi altı faktör altında toplanmıştır. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu, 0,758 bulunmuştur. Bu test örneklem büyüklüğünün yeterliliğini test etmektedir. KMO testi 0,50'nin altında ise analiz sonucu kabul edilemez. 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi ve 0,90 mükemmel kabul edilmektedir (Karagöz, 2017: 404). Bu sonuca göre çalışma için örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu söylenebilir. Çalışmada veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan Barlett test sonucu da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlar, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçek, orijinalinde olduğu gibi 6 faktör altında toplanmıştır. Ancak ölçekte faktör yükleri düşük çıkan BVT3 (Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım- faktör yükü 0,184) ve BVT8 (Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzüldürüm- faktör yükü 0,189) ifadeleri ölçekten çıkarılmıştır. Bu ifadeler çıkarıldıktan sonra 28 sorudan oluşan ölçeğin açıklanan toplam varyans % 51,173'dür. Sosyal bilimlerde açıklanan varyansın %40-%60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir (Karagöz, 2017: 404). Bu bakımdan da ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli koşullara sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca faktörler özdeğere göre de belirlenir.

Joliffe kriterine göre özdeğer 0,7'ye eşit veya daha büyükse kabul edilebilir (Karagöz, 2014: 652). Bu çalışmada en küçük özdeğer 1,442 bulunmuştur. Bu durumda ölçeğin faktör dağılımı uygun bulunmaktadır. Bununla birlikte Korku faktörü altında yer alan; ancak faktör yükü düşük çıkan faktörlere göre bakıldığında FATCOD Ölçeğinin faktör analizinde toplam varyans içinde açıklayıcılığı en yüksek faktör, korku faktörüdür. Bu faktörün açıklayıcı faktör yükü %10,122 olup; faktörü oluşturan 7 ifade ölüm olayına karşı çalışanların algıladıkları olumsuzlukları ortaya koymaktadır. Bu faktörün temel değişkenlerini “Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım” (Faktör yükü=0,707) ve “Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.” (Faktör yükü=0,691) ifadeleri oluşturmaktadır. Her iki ifadenin de ölmek üzere hastaya hizmet vermenin çok da arzulanır bir husus olduğunu göstermektedir. Buna karşılık en düşük faktör yükünü “Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.” (0,418) ifadesi oluşturmaktadır ki, bu ifadeye göre ölçekte olan hastalara verilen bakımda deneyim kazanma bakımından önemlidir. Bu durumda temel değişkenlerin faktör yükleri dikkate alındığında ölmekte olan hastalara hizmet veren personelin bu işi çok da isteyerek yaptıkları söylenemez.

Ölçeğin açıklayıcılığı yüksek ikinci faktörü iletişimdir. Bu faktörün açıklayıcı varyansı % 9,224 olup; faktör 6 ifadeden oluşmaktadır. 0,637-0,548 arasında değişen faktör yükleri ile ölçeği oluşturan ifadelerden temel ifade özelliği olarak öne çıkan bulunmamakla birlikte; en yüksek faktör yükünü “Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.” (Faktör yükü= 0,637) ve “Bir hasta “ölüyor muyum?” diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.” (Faktör yükü= 0,637) ifadeleri oluşturmaktadır. En düşük faktör yükünü ise “Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.” (Faktör yükü= 0,548) ifadesi oluşturmaktadır.

Ölçeğin üçüncü sırada açıklayıcılığı en yüksek faktörü aile ile bakım faktörüdür. Faktörün açıklayıcı varyansı %8,380 olup; her üç ifade de ölmekte olan birisine ailenin nasıl yardımcı olabileceğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan üç ifadenin faktör yükü 0,843-0,705 arasında değişmektedir. Her üç değişken bu hali ile yüksek faktör yüküne sahiptir.

Dördüncü faktör %8,105 açıklayıcı varyans ile aktif bakım faktörüdür. Dört ifadeden oluşan faktörde ölçekte olan bireye bakım verilirken bireyin ailesinin bakıma katılmasının yanı sıra konforunun nasıl artırılabilceğine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Faktörde temel faktör yükünü 0,738 faktör yükü ile “Asıl karar-vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.” ifadesi; en düşük faktör yükünü ise 0,658 faktör yükü ile “Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir” ifadesi oluşturmaktadır.

Açıklayıcı varyansa göre beşinci sırada yer alan (%7,979) Ailenin bakımı faktörü üç ifadeden oluşmaktadır ve her ifadenin faktör yükü ortanın üzerindedir (0,781-0,649). Bu faktörü oluşturan ifadeler hem ölmekte olan hastanın ölüm sürecinde, hem de ölüm sonrasında aileye yapılması gereken yardımı içermektedir.

Ölçeğin son faktörünü %7,363 faktör yükü ve 5 ifade ile ilişki faktörü oluşturmaktadır. Ölmekte olan bireyin son dönemlerinde aile ve kendisi ile kurulan ilişkinin niteliğini sorgulayan faktörün temel bileşeni “Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.” (Faktör yükü=0,706) ifadesinden oluşmaktadır. En düşük faktör yükünü ise 0,425 faktör yükü ile “Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışır.” ifadesi oluşturmaktadır.

FATCOD Ölçeğinin güvenilirlik analizleri de yapılmıştır. Güvenilirlik, bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı bir şekilde ölçmesi olarak tanımlanabilmekte ve bir test ya da ölçeğin benzer şartlarda tekrar uygulandığında benzer sonuçları vermesi olarak kabul edilmektedir (Coşkun ve diğerleri, 2015: 124). Ölçeğin güvenilirlik katsayısını belirlemek amacıyla kullanılan Cronbach alpha değeri faktörlere göre 0,605-0,800 arasında değişmekte olup; ölçeğin geneli için ise 0,783'dür. Cronbach's Alpha Katsayısı 0 ile 1 arasında değer almakta ve alınan değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır. Buna göre; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ölçek güvenilir değildir. $0,40 \leq \alpha < 0,60$ arasında ölçeğin güvenilirliği düşük, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ arasında ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ arasında ise yüksek derecede güvenilir (Kalaycı, 2014: 405). Buna göre ölçek güvenilir kabul edilmektedir.

Tablo 1
Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			0,758
Bartlett's Test of Sphericity		Approx. Chi-Square	1695,296
		df	378,000
		p	0,000
Açıklanan toplam varyans	% 51,173	Cronbach Alpha	0,783
	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Korku (Özdeğer=4,547)		10,122	0,742
BVT13	0,707		
BVT5	0,691		
BVT14	0,688		
BVT15	0,663		
BVT7	0,650		
BVT26	0,508		
BVT1	0,418		
İletişim (Özdeğer=3,010)		9,224	0,686
BVT6	0,637		
BVT11	0,636		
BVT28	0,611		
BVT2	0,577		
BVT30	0,556		
BVT27	0,548		
Aile ile bakım (Özdeğer=2,061)		8,380	0,800
BVT18	0,843		
BVT20	0,813		
BVT12	0,705		
Aktif bakım (Özdeğer=1,787)		8,105	0,717
BVT24	0,738		
BVT23	0,685		
BVT25	0,670		
BVT19	0,658		
Ailenin bakımı (Özdeğer=1,482)		7,979	0,757
BVT4	0,781		
BVT16	0,769		
BVT22	0,649		
İlişki (Özdeğer=1,442)		7,363	0,605
BVT17	0,706		
BVT21	0,645		
BVT9	0,613		
BVT10	0,523		
BVT29	0,425		

Çalışmada, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğinin keşfedici faktör analizi yapıldıktan sonra üç ölçeğin ayrı ayrı doğrulayıcı faktör analizi yapılmış olup; Ölçeklerin uyum iyiliklerine ilişkin indeksler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi ölçeklerin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,892-0,949 arasında değişmekte olup; kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root mean square error of approximation, RMSEA) değeri ise 0,029-0,052 arasında değişmektedir. Bu değer 0,05’in altında olması iyi uyumu ve 0,05 ile 0,08 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu (Byrne, 2009: 80) gösterdiği düşünüldüğünde RMSEA değerine göre ölçekler iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,937-0,950 arasında değişmektedir. Frommelt ölçeğinde uyum göstermeyen normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI), iş yaşam kalitesi ve Toronto Empati ölçeklerinde kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 2

Sık Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri Kabul Aralıkları ve Ölçeklerden Elde Edilen Bulgular

Uyum Ölçütleri	Kabul edilebilir uyum	Mükemmel Uyum	FATCOD	İş Yaşam Kalitesi	Toronto Empati
Ki-kare (CMIN)			391,350	331,438	80,783
DF			325	204	50
CMIN/DF	$X^2/DF \leq 3$		1,204	1,625	1,616
NFI	$0,90 \leq NFI < 0,95$	$0,95 \leq NFI$	0,779	0,903	0,904
TLI (NNFI)	$0,90 \leq NNFI < 0,95$	$0,95 \leq NNFI$	0,945	0,950	0,937
IFI	$0,90 \leq IFI < 0,95$	$0,95 \leq IFI$	0,954	0,960	0,961
CFI	$0,90 \leq CFI < 0,95$	$0,95 \leq CFI$	0,952	0,960	0,959
RMSEA	$0,05 < RMSEA < 0,08$	$0,05 \leq RMSEA$	0,029	0,052	0,051
GFI	$0,85 \leq GFI < 0,90$	$0,90 \leq GFI$	0,896	0,892	0,949
RMR	$0,05 \leq RMR \leq 0,08$	$0,05 < RMR$	0,040	0,052	0,038

Kaynak: Karagöz, 2017:462-465

Tablo 3’de çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama, standart sapma ve cronbach alpha değerleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeğinin ortalama değeri 2,51±0,314 olup; ölçeğin alt boyutlarını ortalama değerleri 1,91±0,686-2,77±0,468 arasında değişmektedir. En düşük katılım aile bakım boyutunda, en yüksek katılım ise ilişki boyutunda görülmektedir. Bu bulguların ışığında FATCOD ölçeğine katılımın orta düzeyde olduğu söylenebilir. İş yaşam kalitesi ölçeğinin ortalama katılımı 2,79±0,608 da orta düzeyde olmakla birlikte; FATCOD ölçeğinden biraz daha yüksektir. İş yaşam kalitesinde en düşük katılım, 2,45±0,933 Çalışma koşulları boyutunda bulunmasına karşılık; en yüksek katılım, Genel iyi olma hali boyutunda gerçekleşmektedir. Diğer iki ölçekte olduğu gibi empati ölçeğinin de katılım düzeyi 2,42±0,475 ortaya yakın düzeyde bulunmuştur.

Tablo 3
Ölçeklerin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alpha Değerleri

	Madde sayısı	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Cronbach Alpha
Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği*	27	2,51	0,314	0,783
Korku/Rahatsızlık -Fear/Malaise	8	2,51	0,554	0,742
Ailenin bakımı- Care of the Family	3	2,30	0,675	0,757
İletişim-Communication	4	2,70	0,486	0,686
Aile ile bakım- Family as Caring	3	1,91	0,686	0,800
İlişki - Relationship	5	2,77	0,468	0,605
Aktif Bakım- Active Care	4	2,53	0,635	0,717
İş Yaşam Kalitesi Ölçeği	23	2,79	0,608	0,908
İş kariyer memnuniyeti-Job Career Satisfaction	6	2,97	0,695	0,828
Genel iyi olma hali-General Well Being	6	3,04	0,785	0,795
Aile-iş yaşam dengesi-Home-Work Interface	3	2,53	0,977	0,915
İş yaşamında stres-Stress at Work	2	2,77	0,983	0,519
İşi kontrol edebilme-Control at Work	3	2,52	0,934	0,925
Çalışma koşulları-Working Conditions	3	2,45	0,933	0,803
Toronto Empati Ölçeği-The Toronto Empathy Questionnaire	13	2,42	0,475	0,824

* Tablo 1’de de Cronbach alpha değeri verilmiş olup; burada bütünlük sağlamak amacıyla değerler tekrar verilmiştir.

5. BULGULAR

Ölmek üzere olan hastalara hizmet veren hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitesine etkisinde empatinin aracı rolünü belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntemleri kullanılarak yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir.

5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çalışmanın Genel Bulguları

Tablo 4’de araştırma kapsamına alınan yoğun bakım hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri sunulmaktadır. Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %77,97’sinin kadın, %22,03’ünün erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Bu bulgu katılımcıların genel olarak hemşirelerin dağılımına uygun olarak kadınlardan oluştuğunu göstermektedir. Yoğun bakım hemşirelerinin %58,05’i evli, %41,95’i bekar hemşirelerden oluşmakta olup; daha çok 26-35 yaş grubunda (%41,53) yer almaktadırlar. Genellikle lisans mezunu hemşirelerden (%70,34) oluşan katılımcıların %7,20’si de lisansüstü eğitim alan hemşirelerden meydana gelmektedir. Bu bulguya göre yoğun bakım hemşirelerinin eğitim düzeyi oldukça iyi düzeydedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %46,61’inin 5 yıl ve altında çalışmış olmasına karşılık; %53,39’u ise 6 yıl ve üzeri tecrübeye sahiptir. Ayrıca katılımcı hemşireleri %78,81’i 5 yıldan daha az yoğun bakım biriminde çalışmış olmasına karşılık; yalnızca %21,19’u 6 yıl ve üzerinde görev yapmıştır.

Tablo 4
Sosyo-Demografik Özellikler

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	184	77,97
	Erkek	52	22,03
Medeni durum	Evli	137	58,05
	Bekar	99	41,95
Yaş	≤25	80	33,90
	26-35	98	41,53
	≥36	58	24,58
Eğitim durumu	Lise	20	8,47
	Ön lisans	33	13,98
	Lisans	166	70,34

	Lisansüstü	17	7,20
Meslekte çalışma yılı	≤5 yıl	110	46,61
	6-10 yıl	56	23,73
	≥11 yıl	70	29,66
Birimde çalışma yılı	≤1yıl	91	38,56
	2-5 yıl	95	40,25
	≥6 yıl	50	21,19

5.2. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Arasındaki İlişki

Tablo 5’de çalışmada kullanılan ölçeklerin hem kendi alt boyutları hem de diğer ölçeklerle korelasyonları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, FATCOD ile iş yaşam kalitesi arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmamasına ($p>0,05$) karşılık; FATCOD ile empati arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki ($r=0,283$) bulunmaktadır ($p<0,05$). İş yaşam kalitesi ile empati arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, fakat ters yönlü bir ilişki ($r=-0,134$) vardır ($p<0,05$). Bu bulgulara göre, ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin tutumlarına göre yaşam kalitesinin de değişeceği; buna karşılık hemşirelerin empati düzeyleri arttıkça iş yaşam kalitesinin olumsuz yönde değişeceği söylenebilir.

Bu bulgulardan hareket ederek H_1 (Ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum, empati ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki vardır.) hipotezi FATCOD ile iş yaşam kalitesi için reddedilmesine karşılık; FATCOD ile empati ve iş yaşam kalitesi ile empati bakımından kabul edilmiştir.

FATCOD ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkilere bakıldığında korku boyutu ile iletişim, ailenin bakımı, aile ile bakım ve aktif bakım boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna karşılık diğer boyutlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). En yüksek ilişki, ailenin bakımı ile aktif bakım alt boyutu arasında olduğu görülmektedir ($r=0,383$) görülmesine karşılık; en düşük ilişki ise korku ve ilişki ($r=0,129$) arasında görülmektedir. Bu bulgulara göre, hemşirelerin ailenin bakımına yönelip aileyi desteklediğinde aktif bakım boyutu pozitif yönde artmaktadır. Bu durumda yoğun bakım hemşirelerinin bütüncül hizmet kapsamında

aileye sundukları bakımlarını önemsedikçe ve arttırdıkça aktif bakım sunduklarını kanıtlar nitelikte olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte korku arttıkça hemşirelerin hastalarla kuracakları ilişki düzeyleri de artmaktadır. Ancak bu durum, ailenin bakımı ile aktif bakım arasındaki kadar güçlü değildir.

Çalışmada yararlanılan iş yaşam kalitesi ölçeğinin sadece aile iş yaşamı dengesi ile stres boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Diğer alt boyutların tamamı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$). Boyutlar arasında en yüksek ilişki, İş kariyer memnuniyeti ile işi kontrol edebilme ($r=0,694$) boyutlarında görülmektedir. Bu bulgu, yoğun bakım hemşirelerinin iş kariyer memnuniyet düzeyleri arttıkça, yaptıkları işi kontrol edebilme yeteneklerinin de gelişeceğini göstermesi bakımından önemlidir. En düşük ilişki ise iş kariyer memnuniyeti ile stres boyutları arasında görülmektedir ($r=0,141$). Bu bulgu iş kariyer memnuniyetinin azda olsa stresi geliştirdiğini göstermektedir. Düşük düzeyde stresin çalışanların dikkatlerinin yoğunlaşmasına sebep olabileceği dikkate alındığında bu durumun olumlu algılanabileceği söylenebilir.

FATCOD ile İş yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde FATCOD'un korku boyutu ile iş yaşam kalitesinin iş kariyer memnuniyeti ($r=-0,175$) ve işi kontrol edebilme boyutu ($r=-0,165$) arasında düşük de olsa ters yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu bulgulara göre, hemşirelerin ölmek üzere olan hastalara hizmet sunmaya yönelik korku düzeyleri arttıkça, hastadan ve hastanın durumundan kaçındıklarında iş kariyer memnuniyeti olumsuz bir hal almaktadır. Buna göre, korku/rahatsızlık faktörü nedeniyle var olan yeteneklerini işlerine yansıtamayabilir, yaptıkları işi kontrol etmekte zorlanabilir, idarecisi yönünden yaptığı iş takdir görmeyebilir, yaptığı işten memnun olmayan bir çalışan olabilir ve kariyer planlamasında kendini istediği yerde göremeyebilir. FATCOD'un aktif bakım boyutu ile İş yaşam kalitesindeki stres boyutu ($r=-0,233$) arasında da ters yönde ve anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu bulgu stres altındaki hemşirelerin aktif bakım sunmada yetersiz kalacaklarını göstermektedir. Başka bir ifade ile hemşirelerin stres düzeyleri arttıkça aktif bakım yetenekleri azalacaktır. Benzer şekilde FATCOD ile iş yaşam kalitesinin iş kariyer memnuniyeti boyutu ($r=-0,141$) ve stres boyutu ($r=-0,132$) arasında da anlamlı, fakat ters yönlü ilişki vardır ($p<0,05$). Buna göre, ölmekte olan bireye bakım

vermeye ilişkin tutumları iş kariyer memnuniyetlerini ve streslerini olumsuz yönde geliştirmektedir.

Empati ile FATCOD'un alt boyutlarından iletişim ($r=0,193$), aile ile bakım ($r=0,261$) ve ilişki ($r=0,278$) arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Buna göre yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin empati düzeyi arttıkça ölmekte olan bireylere hizmet sunma sürecinde iletişim, ilişki ve aktif bakım düzeyleri de artmaktadır. Bu durum hizmet alan bireyler bakımından olumlu bir durumdur. Buna karşılık empati ile iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından iş kariyer memnuniyeti ($r=-0,214$) ve genel iyi olma hali ($r=-0,171$) arasında anlamlı ve ters yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu bulguya göre empati düzeyi arttıkça yoğun bakım hemşirelerinin iş kariyer memnuniyeti ve genel iyi olma hali bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

Tablo 5**Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Arasındaki İlişki**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. FATCOD	1													
2. Korku	,508**	1												
3. İletişim	,672**	,099	1											
4. Ailenin bakımı	,528**	-,007	,264**	1										
5. Aile ile bakım	,581**	,091	,345**	,225**	1									
6. İlişki	,556**	,129*	,347**	,191**	,209**	1								
7. Aktif bakım	,511**	-,069	,218**	,383**	,293**	,087	1							
8. İş yaşam kalitesi	-,035	-,147*	,041	-,002	,026	,002	,034	1						
9. İş kariyer memnuniyeti	-,141*	-,175**	-,066	-,042	-,040	-,055	-,029	,864**	1					
10. İşi kontrol edebilme	-,039	-,165*	,059	-,010	,053	,040	-,021	,805**	,694**	1				
11. Genel iyi olma halı	-,039	-,089	,071	,004	-,061	-,025	-,012	,804**	,635**	,502**	1			
12. Aile iş yaşamı dengesi	,032	-,122	,080	,027	,083	,038	,081	,792**	,557**	,571**	,557**	1		
13. Stres	-,132*	-,053	-,005	-,090	-,097	,012	-,233**	,136*	,141*	,199**	,393**	,118	1	
14. Çalışma koşulları	,014	-,069	,037	-,035	,085	,066	,009	,821**	,585**	,688**	,585**	,661**	,187**	1
15. Empati	,283**	,098	,193**	,044	,261**	,278**	,106	-,134*	-,214**	-,012	-,171**	-,046	-,004	-,009

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisi ve Bu Etkide Empatinin Aracı Rolü

Çalışmada Process macro regresyon analizinden yararlanarak ölçmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumun iş yaşam kalitesine etkisi ve bu etkide empatini aracı etkisi analiz edilmiştir. Yapılan analiz gereği öncelikle ölmekte olan bireye bakım vermenin aracı değişken olan empatiye etkisine bakıldı. Tablo 6’da görüldüğü gibi, ölmekte olan bireye bakım verme empatiyi olumlu yönde etkilemektedir ($\beta=0,428$). Bununla birlikte modelin açıklayıcılığı %8 gibi oldukça sınırlı bir seviyededir ($R^2=0,080$). Bu bulgulara göre H_2 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları empati düzeylerini etkiler.) hipotezi kabul edilmiştir. Yani ölmekte olan bireylere bakım veren hemşirelerin empati düzeyleri olumlu yönde etkilenmektedir.

Tablo 6
Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun Empatiye Etkisi

Bağımlı Değişken	Empati	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R^2	F	p
Bağımsız Değişken	Sabit	1,345	0,240	5,601	0,000	0,872	1,818	0,080	20,425	0,000
	FATCOD	0,428	0,095	4,519	0,000	0,242	0,242			

Tablo 7’de ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumun iş yaşam kalitesine etkisine ilişkin regresyon analizi modeli görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, model anlamsızdır ($F=0,286$; $p=0,593$). Buna göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumun iş yaşam kalitesine anlamlı etkisi olduğu söylenemez. Bu bulgudan hareketle, H_3 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları iş yaşam kalitelerini etkiler.) hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7**Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisi**

Bağımlı Değişken	İş Yaşam Kalitesi	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Bağımsız Değişken	Sabit	2,958	0,321	9,226	0,000	2,326	3,589	0,001	0,286	0,593
	FATCOD	-0,068	0,127	-0,535	0,593	-0,317	0,182			

Tablo 8’de process macro regresyon analizinin üçüncü modeli görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve aracı empatinin iş yaşam kalitesine etkisi bulunmamaktadır (F=2,147; p=0,119). İki bağımsız değişkenle birlikte yapılan analiz sonucu model anlamlı olmamakla birlikte, modelde empatinin iş yaşama kalitesine etkisi görülmektedir. Empatinin iş yaşam kalitesine etkisi oldukça sınırlı ($\beta=-0,147$) ve negatiftir. Ancak modelin geneli anlamlı bir sonuç vermediği için bu etki istatistiksel bakımdan bir anlam ifade etmemektedir. Bu bulguya dayanarak H₄ (Ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin tutum ve empati düzeylerinin iş yaşam kalitesini etkiler.) hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 8**Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Empatinin İş Yaşam Kalitesine Etkisi**

Bağımlı Değişken	İş Yaşam Kalitesi	Regresyon						Model Özeti		
		β	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	R ²	F	p
Bağımsız Değişken	Sabit	3,191	0,339	9,407	0,000	2,523	3,859	0,018	2,147	0,119
	FATCOD	0,007	0,131	0,051	0,960	0,252	0,265			
	Empati	-0,174	0,087	-2,001	0,047	-0,344	-0,003			

Modelin son tablosunda (Tablo 9) ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının iş yaşam kalitesine direkt ve dolaylı etkisine ilişkin bilgiler görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının iş yaşam kalitesine direkt ve empatinin aracı rolü ile endirekt etkisi bulunmamaktadır (p>0,05). Buna göre, H₅ (Ölmekte

olan bireye bakım veren hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitesine etkisinde empatinin aracı rolü vardır.) hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9

Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumun İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracılık Rolü

Direkt Etki			Etki	S.H.	t	p	LLCI	ULCI	
FATCOD			İş yaşam Kalitesi	0,007	0,131	0,051	0,960	-0,317	0,182
Dolaylı Etki									
FATCOD	Empati	İş Yaşam Kalitesi	-0,074	0,042			-0,159	0,007	
Toplam Etki			0,007	0,127	-0,535	0,593	-0,317	0,182	

5.4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empati Düzeylerindeki Farklılıklar

Tablo 10’da katılımcıların cinsiyetlerinin FATCOD ve alt boyutlarında, iş yaşam kalitesi ve alt boyutlarında ve empati değişkeninde anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığını ölçmeye yönelik yapılan bağımsız örneklerde t testi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, katılımcıların cinsiyetleri katılımcıların FATCOD ve FATCOD’un alt boyutlarından korku, iletişim, ailenin bakımı, aile ile bakım ve aktif bakımda anlamlı farklılık oluşturmazken ($p>0,05$) ilişki boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin ilişki kurma konusunda kadın katılımcılara göre daha olumlu oldukları görülmektedir. Ayrıca cinsiyet değişkenine göre iş yaşam kalitesinde ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık oluşmazken ($p>0,05$), katılımcıların empati seviyelerinin cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Tabloda da görüldüğü üzere erkekler empati konusunda kadınlara oranla daha olumlu görülmektedirler.

Bu bulgulara göre sadece H_6 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi ve H_7 (Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi reddedilmesine karşılık; H_8 (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik

özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi ve H₆ Hipotezi yalnızca ilişki boyutu bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 10
Cinsiyet Değişkenine Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)

		N	Ort.	S.S.	t	p
FATCOD	Kadın	184	2,49	0,315	-1,789	0,075
	Erkek	52	2,58	0,304		
Korku	Kadın	184	2,51	0,569	0,156	0,876
	Erkek	52	2,50	0,501		
İletişim	Kadın	184	2,67	0,488	-1,594	0,112
	Erkek	52	2,79	0,475		
Ailenin bakımı	Kadın	184	2,26	0,668	-1,859	0,064
	Erkek	52	2,46	0,683		
İlişki	Kadın	184	2,73	0,468	-2,622	0,009
	Erkek	52	2,92	0,441		
Aile ile bakım	Kadın	184	1,91	0,663	0,085	0,932
	Erkek	52	1,90	0,771		
Aktif bakım	Kadın	184	2,52	0,631	-0,786	0,433
	Erkek	52	2,60	0,655		
İş yaşam kalitesi	Kadın	184	2,79	0,601	0,031	0,976
	Erkek	52	2,79	0,640		
İş kariyer memnuniyeti	Kadın	184	2,99	0,688	0,949	0,343
	Erkek	52	2,88	0,720		
İşi kontrol edebilme	Kadın	184	2,54	0,930	0,533	0,594
	Erkek	52	2,46	0,955		
Genel iyi olma hali	Kadın	184	3,04	0,791	-0,026	0,979
	Erkek	52	3,04	0,768		
Aile iş yaşamı dengesi	Kadın	184	2,48	0,973	-1,489	0,138
	Erkek	52	2,71	0,979		
Stres	Kadın	184	3,21	0,976	-0,557	0,578
	Erkek	52	3,30	1,016		
Çalışma koşulları	Kadın	184	2,43	0,924	-0,588	0,557
	Erkek	52	2,52	0,969		
Empati	Kadın	184	2,39	0,487	-1,973	0,050
	Erkek	52	2,54	0,414		

Tablo 11’de katılımcıların medeni durumlarının araştırma değişkenlerinde anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin yapılan bağımsız örneklerde t testi sonuçları yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere hemşirelerin medeni durumları FATCOD’da ve FATCOD’un korku boyutu dışındaki boyutlarında anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır ($p>0,05$). Ancak FATCOD’un korku boyutunda evli hemşireler, anlamlı bir şekilde farklılaşarak bekarlardan daha yüksek bir katılım göstermişlerdir ($p<0,05$). Buna

göre, evli katılımcıların korku seviyeleri bekar katılımcılara göre daha yüksektir. Bu bulgulara göre, H₆ (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi yalnızca korku boyutu bakımından kabul edilirken diğer boyutlar ve FATCOD'un tamamı için reddedilmiştir.

Tabloda yer alan bir diğer sonuca göre katılımcıların medeni durumları iş yaşam kalitesinin alt boyutları olan genel iyi olma halinde ve stres boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluştururken (p<0,05); diğer alt boyutlarda ve iş yaşam kalitesinde herhangi bir farklılık oluşturmamaktadır (p>0,05). Hem genel iyi olma hali boyutunda hem de stres boyutunda evli katılımcıların ortalamaları bekar katılımcılarınkine oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara göre, H₇ (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi yalnızca genel iyi olma hali ve stres boyutu için kabul edilmiştir. Ayrıca empati boyutunda da evli ve bekarlardan atasıda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı için (p>0,05) H₈ (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi de reddedilmiştir.

Tablo 11

Medeni Durumlarına Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)

		N	Ort.	S.S.	t	P
FATCOD	Evli	137	2,52	0,296	0,129	0,898
	Bekar	99	2,51	0,339		
Korku	Evli	137	2,57	0,539	2,125	0,035
	Bekar	99	2,42	0,564		
İletişim	Evli	137	2,69	0,437	-0,129	0,898
	Bekar	99	2,70	0,549		
Ailenin bakımı	Evli	137	2,26	0,642	-1,057	0,291
	Bekar	99	2,36	0,718		
İlişki	Evli	137	2,76	0,454	-0,483	0,630
	Bekar	99	2,79	0,489		
Aile ile bakım	Evli	137	1,93	0,645	0,484	0,629
	Bekar	99	1,89	0,743		
Aktif bakım	Evli	137	2,47	0,624	-1,728	0,085
	Bekar	99	2,62	0,645		
İş yaşam kalitesi	Evli	137	2,83	0,600	1,359	0,176
	Bekar	99	2,72	0,618		

Tablo 12 Devamı

		N	Ort.	S.S.	t	P
İş kariyer memnuniyeti	Evli	137	3,01	0,706	1,091	0,277
	Bekar	99	2,91	0,678		
İşi kontrol edebilme	Evli	137	2,56	0,960	0,716	0,475
	Bekar	99	2,47	0,898		
Genel iyi olma hali	Evli	137	3,18	0,743	3,115	0,002
	Bekar	99	2,86	0,807		
Aile iş yaşamı dengesi	Evli	137	2,56	0,943	0,430	0,668
	Bekar	99	2,50	1,026		
Stres	Evli	137	3,39	0,909	2,911	0,004
	Bekar	99	3,02	1,044		
Çalışma koşulları	Evli	137	2,50	0,906	0,859	0,391
	Bekar	99	2,39	0,970		
Empati	Evli	137	2,47	0,465	1,965	0,051
	Bekar	99	2,35	0,481		

Tablo 12’de katılımcıların yaşlarına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları, iş yaşam kalitesi ve empati düzeylerinde farklılık olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere yaş değişkeni FATCOD’un alt boyutu olan korku boyutunda anlamlı bir farklılık oluştururken ($p \leq 0,05$); FATCOD ve diğer alt boyutlarında, İş Yaşam Kalitesi ve alt boyutlarında ve empati boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p > 0,05$). FATCOD’un korku boyutunda oluşan farklılık, 25 yaş ve altı grubu ($2,37 \pm 0,538$) ile 26-35 yaş grubundan ($2,62 \pm 0,585$) kaynaklanmaktadır. Bu bulguya göre, 26-35 yaş arası grubu hemşirelerin 25 yaş ve altı grubu hemşirelere göre daha fazla korku hissettikleri söylenebilir. Bu bulguların sonucunda göre H_6 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) yalnızca korku boyutu bakımından kabul edilmesine karşılık; H_7 (Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) ve H_8 (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 13

Yaşa Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)

		n	Ort.	S.S.	F	p
FATCOD	≤25	80	2,52	0,335	0,064	0,938
	26-35	98	2,51	0,319		
	≥36	58	2,50	0,279		
Korku	≤25	80	2,37	0,538	4,672	0,010*
	26-35	98	2,62	0,585		
	≥36	58	2,50	0,480		
İletişim	≤25	80	2,75	0,544	0,661	0,517
	26-35	98	2,67	0,473		
	≥36	58	2,67	0,423		
Ailenin bakımı	≤25	80	2,34	0,713	0,328	0,721
	26-35	98	2,30	0,700		
	≥36	58	2,25	0,578		
İlişki	≤25	80	2,85	0,486	1,382	0,253
	26-35	98	2,73	0,485		
	≥36	58	2,74	0,408		
Aile ile bakım	≤25	80	1,93	0,769	0,295	0,745
	26-35	98	1,87	0,652		
	≥36	58	1,95	0,627		
Aktif bakım	≤25	80	2,62	0,630	1,560	0,212
	26-35	98	2,45	0,618		
	≥36	58	2,56	0,665		
İş yaşam kalitesi	≤25	80	2,74	0,596	0,385	0,681
	26-35	98	2,79	0,598		
	≥36	58	2,84	0,648		
İş kariyer memnuniyeti	≤25	80	2,94	0,657	0,148	0,863
	26-35	98	2,97	0,707		
	≥36	58	3,00	0,734		
İşi kontrol edebilme	≤25	80	2,55	0,898	0,368	0,693
	26-35	98	2,55	0,897		
	≥36	58	2,43	1,047		
Genel iyi olma hali	≤25	80	2,90	0,758	2,188	0,114
	26-35	98	3,08	0,813		
	≥36	58	3,18	0,755		
Aile iş yaşamı dengesi	≤25	80	2,51	0,984	0,029	0,972
	26-35	98	2,54	1,001		
	≥36	58	2,55	0,942		
Stres	≤25	80	3,19	0,929	0,124	0,884
	26-35	98	3,26	1,036		
	≥36	58	3,24	0,979		
Empati	≤25	80	2,41	0,493	0,430	0,651
	26-35	98	2,40	0,496		
	≥36	58	2,47	0,413		

* Fark ≤25 grubu (2,37±0,538) ile 26-35 yaş grubundan (2,62±0,585) kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları, iş yaşam kaliteleri ve empati düzeyleri bakımından farklılık olup olmadığını gösteren tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 13'de görülmektedir. Buna göre hemşirelerin eğitim durumlarına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve empati düzeyleri bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulgulara göre, H_6 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir ve H_8 (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile genel iyi olma hali ve aile iş yaşamı dengesi boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). İş yaşam kalitesinde fark, lisansüstü eğitim alanlar ($3,16\pm0,605$) ile lisans eğitimi alanlar ($2,76\pm0,566$) ve lise mezunlarından ($2,60\pm0,643$) kaynaklanmaktadır. Genel iyi olma halinde fark, lisansüstü eğitim alanlar ile ($3,54\pm0,754$) lisans düzeyinde eğitim alanlar ($3,01\pm0,778$) ve lise düzeyinde eğitim alanlardan ($2,83\pm0,782$); benzer şekilde aile iş yaşamı dengesi boyutunda da fark, lisansüstü eğitim alanlar ile ($3,25\pm0,997$) lisans düzeyinde eğitim alanlar ($2,47\pm0,912$) ve lise düzeyinde eğitim alanlardan ($2,22\pm0,847$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Bu bulgulardan hareket ederek H_7 (Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi iş kariyer memnuniyeti, işi kontrol edebilme ve stres boyutları bakımından reddedilmesine karşılık; iş yaşam kalitesi, genel iyi olma hali ve aile iş yaşamı dengesi bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 14

Eğitim Durumuna Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
FATCOD	Lise ¹	20	2,57	0,293	0,509	0,677	
	Ön lisans ²	33	2,55	0,274			
	Lisans ³	166	2,50	0,322			
	Lisansüstü ⁴	17	2,52	0,348			
Korku	Lise ¹	20	2,37	0,541	0,876	0,454	
	Ön lisans ²	33	2,61	0,576			
	Lisans ³	166	2,51	0,557			
	Lisansüstü ⁴	17	2,44	0,486			
İletişim	Lise ¹	20	2,84	0,563	1,463	0,225	
	Ön lisans ²	33	2,79	0,376			
	Lisans ³	166	2,66	0,498			
	Lisansüstü ⁴	17	2,75	0,441			
Ailenin bakımı	Lise ¹	20	2,60	0,568	1,555	0,201	
	Ön lisans ²	33	2,24	0,614			
	Lisans ³	166	2,29	0,680			
	Lisansüstü ⁴	17	2,20	0,808			
İlişki	Lise ¹	20	2,80	0,450	0,777	0,508	
	Ön lisans ²	33	2,81	0,517			
	Lisans ³	166	2,75	0,468			
	Lisansüstü ⁴	17	2,92	0,394			
Aileye ile bakım	Lise ¹	20	2,20	0,819	1,394	0,245	
	Ön lisans ²	33	1,85	0,572			
	Lisans ³	166	1,90	0,676			
	Lisansüstü ⁴	17	1,82	0,792			
Aktif bakım	Lise ¹	20	2,49	0,535	0,059	0,981	
	Ön lisans ²	33	2,53	0,640			
	Lisans ³	166	2,54	0,642			
	Lisansüstü ⁴	17	2,57	0,717			
İş yaşam kalitesi	Lise ¹	20	2,6	0,643	3,099	0,028	1-4 p=0,028 3-4 p=0,047
	Ön lisans ²	33	2,86	0,732			
	Lisans ³	166	2,76	0,566			
	Lisansüstü ⁴	17	3,16	0,605			
İş kariyer memnuniyeti	Lise ¹	20	2,78	0,788	0,946	0,419	
	Ön lisans ²	33	3,09	0,768			
	Lisans ³	166	2,95	0,653			
	Lisansüstü ⁴	17	3,06	0,829			
İşi kontrol edebilme	Lise ¹	20	2,38	1,022	1,117	0,343	
	Ön lisans ²	33	2,48	1,048			
	Lisans ³	166	2,51	0,893			
	Lisansüstü ⁴	17	2,9	0,977			
Genel iyi olma hali	Lise ¹	20	2,83	0,782	2,888	0,036	1-4 p=0,032 3-4 p=0,041
	Ön lisans ²	33	3,06	0,77			
	Lisans ³	166	3,01	0,778			
	Lisansüstü ⁴	17	3,54	0,754			

Tablo 15 Devamı

		n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc
Aile iş yaşamı dengesi	Lise ¹	20	2,22	0,847	4,35	0,005	1-4 p=0,006 3-4 p=0,008
	Ön lisans ²	33	2,66	1,195			
	Lisans ³	166	2,47	0,912			
	Lisansüstü ⁴	17	3,25	0,997			
Stres	Lise ¹	20	3,5	0,946	0,906	0,439	
	Ön lisans ²	33	3,11	1,102			
	Lisans ³	166	3,2	0,985			
	Lisansüstü ⁴	17	3,41	0,734			
Empati	Lise ¹	20	2,39	0,449	1,846	0,140	
	Ön lisans ²	33	2,45	0,417			
	Lisans ³	166	2,39	0,485			
	Lisansüstü ⁴	17	2,67	0,469			

Tablo 14’te katılımcıların mesleki deneyimlerine göre, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları, iş yaşam kalitesi ve empati düzeylerinde farklılık olup olmadığına ilişkin tek yönlü varyans analizi bulguları görülmektedir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve empati düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu sonuca göre, H_6 (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) ve H_8 (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezleri reddedilmiştir. İş yaşam kalitesinin alt boyutlarından sadece genel iyi olma hali ve strese istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Diğer değişkenlerin hiçbirinde mesleki deneyim istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$). Genel iyi olma halinde fark, ≤ 5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan hemşireler ($2,88\pm 0,747$) ile 6-10 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerden ($3,27\pm 0,787$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). 6-10 yıl çalışan hemşirelerin genel iyi olma hali diğer hemşirelere göre daha iyi düzeydedir. Stres boyutunda da benzer bir sonuç bulunmaktadır. Bu boyutta da fark, 5 yıl mesleki tecrübeye sahip olan hemşireler ($3,03\pm 0,977$) ile 6-10 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerden ($3,53\pm 0,866$) kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Ölmekte olan hastaya hizmet veren hemşirelerde genel olarak stres düzeyi daha yüksek olmakla birlikte; özellikle 6-10 yıl çalışan hemşirelerde bu rakamın daha yüksek olması, mesleğinde tecrübe kazanmaya başlayan hemşirelerin bu birimde çalışmanın önemini daha fazla kavradıkları için, daha fazla strese girmeye başladıklarını göstermesi bakımından da önemli görülmektedir. Bu bulgulardan hareket

ederek, H₇ (Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi genel iyi olma hali ve stres bakımından kabul edilmesine karşılık; iş yaşama kalitesinin geneli ve diğer boyutları için reddedilmiştir.

Tablo 16
Meslekte Geçirdiği Süreye Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum, İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)

		n	ort.	S.S.	F	P	Post Hoc
FATCOD	≤5 yıl ¹	110	2,54	0,316	0,836	0,435	
	6-10 yıl ²	56	2,52	0,333			
	≥11 yıl ³	70	2,48	0,296			
Korku	≤5 yıl ¹	110	2,48	0,572	0,333	0,717	
	6-10 yıl ²	56	2,56	0,567			
	≥11 yıl ³	70	2,51	0,517			
İletişim	≤5 yıl ¹	110	2,72	0,512	0,261	0,770	
	6-10 yıl ²	56	2,70	0,504			
	≥11 yıl ³	70	2,66	0,434			
Ailenin bakımı	≤5 yıl ¹	110	2,39	0,728	1,916	0,149	
	6-10 yıl ²	56	2,23	0,626			
	≥11 yıl ³	70	2,22	0,614			
İlişki	≤5 yıl ¹	110	2,78	0,480	0,024	0,976	
	6-10 yıl ²	56	2,77	0,488			
	≥11 yıl ³	70	2,77	0,440			
Aileye ile bakım	≤5 yıl ¹	110	1,96	0,723	0,614	0,542	
	6-10 yıl ²	56	1,88	0,721			
	≥11 yıl ³	70	1,86	0,597			
Aktif bakım	≤5 yıl ¹	110	2,59	0,603	1,732	0,179	
	6-10 yıl ²	56	2,57	0,663			
	≥11 yıl ³	70	2,42	0,656			
İş yaşam kalitesi	≤5 yıl ¹	110	2,72	0,585	1,383	0,253	
	6-10 yıl ²	56	2,89	0,592			
	≥11 yıl ³	70	2,81	0,652			
İş kariyer memnuniyeti	≤5 yıl ¹	110	2,89	0,682	1,321	0,269	
	6-10 yıl ²	56	3,07	0,701			
	≥11 yıl ³	70	2,99	0,706			
İşi kontrol edebilme	≤5 yıl ¹	110	2,51	0,909	0,290	0,749	
	6-10 yıl ²	56	2,60	0,861			
	≥11 yıl ³	70	2,48	1,032			
Genel iyi olma hali	≤5 yıl ¹	110	2,88	0,747	4,993	0,008	1-2 p=0,007
	6-10 yıl ²	56	3,27	0,787			
	≥11 yıl ³	70	3,11	0,797			
Aile iş yaşamı dengesi	≤5 yıl ¹	110	2,50	0,968	0,129	0,879	
	6-10 yıl ²	56	2,58	1,010			
	≥11 yıl ³	70	2,54	0,977			

Tablo 17 Devamı

		n	ort.	S.S.	F	P	Post Hoc
Stres	≤5 yıl ¹	110	3,03	0,977	5,179	0,006	1-2 p=0,006
	6-10 yıl ²	56	3,53	0,866			
	≥11 yıl ³	70	3,31	1,023			
Çalışma koşulları	≤5 yıl ¹	110	2,33	0,919	1,874	0,156	
	6-10 yıl ²	56	2,60	0,911			
	≥11 yıl ³	70	2,52	0,959			
Empati	≤5 yıl ¹	110	2,40	0,495	0,147	0,863	
	6-10 yıl ²	56	2,44	0,511			
	≥11 yıl ³	70	2,44	0,416			

Hemşirelerin yoğun bakım biriminde çalıştığı süreye göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları, iş yaşam kaliteleri ve empati düzeyinde farklılık olup olmadığı tek yönlü varyans analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Tablo 15'te görüldüğü üzere birimde çalışma süresine göre, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının sadece aktif bakım boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmasına karşılık ($p>0,05$); hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve diğer alt boyutlarında; iş yaşam kalitesi ve empati düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Aktif bakım boyutunda fark, yoğun bakım biriminde ≤5 yıl çalışan hemşireler ($2,66±0,651$) ile ($2,45±0,629$) hemşirelerden kaynaklanmaktadır ($p<0,05$). Bu bulgulara göre, H₆ (Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezi yalnızca aktif bakım boyutu bakımından kabul edilmesine karşılık; ölçeğin geneli ve diğer boyutları bakımından reddedilmiştir. Ayrıca, herhangi bir farklılık bulunmadığı için H₇ (Hemşirelerin iş yaşam kalitesi sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) ve H₈ (Hemşirelerin empati düzeyleri sosyo demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.) hipotezleri de reddedilmiştir.

Tablo 18

**Birimde Çalıştığı Süreye Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum,
İş Yaşam Kalitesi ve Empatide Görülen Farklılıklar (n=236)**

		n	Ort.	S.S.	F	p
FATCOD	≤5 yıl ¹	91	2,53	0,352	2,415	0,092
	6-10 yıl ²	95	2,54	0,286		
	≥11 yıl ³	50	2,43	0,281		
Korku	≤5 yıl ¹	91	2,42	0,556	2,185	0,115
	6-10 yıl ²	95	2,59	0,542		
	≥11 yıl ³	50	2,50	0,558		
İletişim	≤5 yıl ¹	91	2,72	0,531	1,795	0,168
	6-10 yıl ²	95	2,74	0,459		
	≥11 yıl ³	50	2,58	0,442		
Ailenin bakımı	≤5 yıl ¹	91	2,33	0,758	1,760	0,174
	6-10 yıl ²	95	2,36	0,616		
	≥11 yıl ³	50	2,15	0,607		
Aile ile bakım	≤5 yıl ¹	91	1,94	0,731	2,771	0,065
	6-10 yıl ²	95	1,99	0,668		
	≥11 yıl ³	50	1,71	0,606		
İlişki	≤5 yıl ¹	91	2,85	0,512	1,925	0,148
	6-10 yıl ²	95	2,74	0,450		
	≥11 yıl ³	50	2,71	0,406		
Aktif bakım	≤5 yıl ¹	91	2,66	0,651	3,163	0,044*
	6-10 yıl ²	95	2,45	0,629		
	≥11 yıl ³	50	2,47	0,589		
İş yaşam kalitesi	≤5 yıl ¹	91	2,84	0,641	0,556	0,574
	6-10 yıl ²	95	2,74	0,560		
	≥11 yıl ³	50	2,79	0,640		
İş kariyer memnuniyeti	≤5 yıl ¹	91	2,98	0,735	0,079	0,924
	6-10 yıl ²	95	2,94	0,669		
	≥11 yıl ³	50	2,99	0,680		
İşi kontrol edebilme	≤5 yıl ¹	91	2,64	0,915	1,199	0,303
	6-10 yıl ²	95	2,44	0,893		
	≥11 yıl ³	50	2,46	1,034		
Genel iyi olma hali	≤5 yıl ¹	91	3,04	0,804	0,010	0,990
	6-10 yıl ²	95	3,04	0,701		
	≥11 yıl ³	50	3,06	0,906		
Aile iş yaşamı dengesi	≤5 yıl ¹	91	2,66	1,007	1,187	0,307
	6-10 yıl ²	95	2,44	0,948		
	≥11 yıl ³	50	2,49	0,972		
Çalışma koşulları	≤5 yıl ¹	91	2,59	0,929	2,921	0,056
	6-10 yıl ²	95	2,28	0,896		
	≥11 yıl ³	50	2,53	0,971		
Empati	≤5 yıl ¹	91	2,46	0,480	0,549	0,578
	6-10 yıl ²	95	2,40	0,495		
	≥11 yıl ³	50	2,38	0,428		

* Fark, birimde ≤5 yıl çalışan hemşireler ile 6-10 yıl çalışanlardan kaynaklanmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma, ölmek üzere olan hastalara hizmet sunan hemşirelerin tutumlarının iş yaşam kalitesine etkisinde empatinin aracı rolünü belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulguları literatür ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının çok olumlu ($2,51 \pm 0,314$) olmadığı söylenilir. Özellikle aile ile bakım ($1,91 \pm 0,686$) konusunda oldukça olumsuz bir durumun olduğu söylenebilir. Hemşirelerin fazla katılım gösterdikleri ilişki boyutunda ($2,77 \pm 0,468$), genel olarak bakım sürecinde ölmekte olan birey ve aile üyeleri ile nasıl bir ilişki kurulması gerektiği konusunda ifadeler yer almaktadır. İlişkiyle benzerlik gösteren ve ikinci sırada katılım alan diğer boyut iletişim boyutudur ($2,70 \pm 0,486$). Bu boyutta da ölmekte olan birey ve ailenin ölüm olayına hazırlanmasında nasıl bir iletişim kurulması gerektiğine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. İş Yaşam Kalitesi konusunda da hemşireler yüksek bir algı düzeyine sahip değildir ($2,79 \pm 0,608$). İş yaşam kalitesini orta düzeyde olan hemşireler, genel iyi olma hali ($3,04 \pm 0,785$) konusunda daha olumlu bir bakış açısına sahip olmalarına karşılık; iş yaşam kalitesi konusunda en olumsuz algıları çalışma koşullarında ($2,45 \pm 0,933$) görülmektedir. Hemşirelerin hizmet sundukları bireylere empati düzeylerini belirlemeye yönelik sorularda oluşan empati konusunda da oldukça düşük düzeyde katılım söz konusudur. Bu sonuç hemşirelerin hizmet sundukları ölmekte olan hastalar için empatik davranışları oldukça kısıtlı olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır. Bütün bu sonuçlardan hareketle ölmekte olan bireylere hizmet sunan hemşirelerin tutumları, iş yaşam kaliteleri ve empatik davranışları konusunda çok da olumlu bir durumun söz konusu olmadığı söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum, iş yaşam kalitesi ve empati arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ile empati arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Buna karşılık empati ile iş yaşam kalitesi arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu durumda, katılımcı hemşirelerin empatik yaklaşımları arttıkça ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının da daha olumlu hale geldiği; ancak iş yaşam

kalitelerinin bu durumdan olumsuz etkilendiği söylenebilir. Ayrıca, hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu sonuçların tamamı hemşireliğin profesyonel bir meslek olması ile açıklanabilir. Hemşirelik mesleğinin doğasında ölmek üzere olan bireylere de bakım vermenin olması ve hemşireleri yoğun bakım ünitelerinde ölüm olayları ile sıklıkla karşılaşmaları, bu durumu işlerinin bir parçası olarak algılamaları sonucunu doğurabilmektedir. Bu nedenle karşılaşılan ölüm olayları ve ölmek üzere olan hastaya verilen bakım ile çalışanların iş yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olmaması normal bir sonuç olarak kabul edilmesine karşılık; hemşirelerin empati kurma becerileri ölmekte olan bireye bakım verme tutumlarını daha olumlu hale getirmektedir.

Çalışmada ulaşılan diğer önemli bir sonuç FATCOD'un korku boyutu ile iletişim, ailenin bakımı, aile ile bakım ve aktif bakım boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamasına karşılık; ilişki ile boyutlar arasında en düşük ilişkiyi ortaya koymasıdır. Bu durum korkunun ölmekte olan hastaya bakım vermede tek başına diğer boyutlardan bağımsız bir şekilde etkili bir faktör olarak karşımıza çıktığını göstermektedir. Buna karşılık en yüksek ilişki, ailenin bakımı ile aktif bakım arasında görülmektedir. Bu durum ölmekte olan bireye aile ile birlikte bakım vermenin önemini vurgulaması bakımından kayda değer bulunmaktadır.

İş yaşam kalitesinin iş yaşam dengesi ve stres boyutları dışındaki tüm boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Özellikle iş kariyer memnuniyeti ile işi kontrol edebilme arasındaki yüksek ilişki, işi kontrol edebilme yetenekleri arttıķa iş kariyer memnuniyet düzeylerinden duydukları memnuniyetin de arttığını göstermesi bakımından olumlu bulunmaktadır. İş kariyer memnuniyeti ile stres arasındaki düşük ilişki de bu sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmanın önemli diğer bir sonucu, empati ile FATCOD'un alt boyutlarından iletişim, aile ile bakım ve ilişki arasındaki anlamlı ve pozitif yönlü ilişkidir. Bu sonuçlardan yola çıkarak empati seviyesi yüksek olan hemşirelerin hastalar ve hastaların aileleri ile daha pozitif iletişim kuracakları, hastalar ile daha fazla paylaşımda bulunacakları ve hastaların ve ailelerin hastanın bakımı hakkında söz sahibi olmalarına daha olumlu bakacakları düşünülmektedir. Buna karşılık empati ile iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından iş kariyer memnuniyeti ve

genel iyi olma hali arasında anlamlı ve ters yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu sonuç, empati düzeyi arttıkça yoğun bakım hemşirelerinin iş kariyer memnuniyeti ve genel iyi olma halinin bozulacağını göstermektedir. Bu durumda ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin iş yaşamlarının düzenlenmesinde daha dikkatli olunmasını göstermektedir. Bir taraftan hastaların yararına gibi görünen sonuçların, uzun vadede bozulmaması için hemşirelere psikolojik ve sosyal destek programlarının uygulanması bu anlamda faydalı olabilir.

Çalışmadan elde edilen diğer bir sonuç, ölmekte olan bireye bakım veren hemşirelerin empatilerinin olumlu yönde etkilenmesidir. Bir önceki sonuçta vurgulanan ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum, iş yaşam kalitesi ve empati bir arada düşünüldüğünde, sosyal ve psikolojik desteğin önemi daha da artmaktadır. Ayrıca çalışmada ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumun iş yaşam kalitesine anlamlı bir etkisi bulunmamasına karşılık, empatik davranışın anlamlı aracı olduğu belirlenmiştir. Ölmekte olan hastalarla sürekli bir arada olmak, hemşirelerin hasta ve aile ile empatik davranışında olumlu yansımalarının yanı sıra iş yaşam kaliteleri de düşünülerek en azından rotasyon uygulayarak zaman zaman bu alandan uzaklaştırılmalarının uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada yapılan fark analizleri sonucunda cinsiyete göre FATCOD'da genel olarak istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık yoktur. Alt boyutlarından sadece ilişki boyutunda anlamlı farklılık bulunmakta olup; erkek hemşirelerin ilişki kurma becerileri kadınlara oranla daha olumlu düzeydedir. Seven (2015: 38) tarafından yapılan çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde cinsiyetlere göre FATCOD'da, anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Buna karşılık, Şahin ve arkadaşlarının (2016: 135) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada ölmek üzere olan hastaya hizmet veren kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla ölüm kaygısı yaşadıkları ve öğrencilerin çoğunun ölmekte olan hastalara bakım sunmak istemedikleri ve bu durumdan rahatsızlık duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, ölmekte olan hastaya hizmet veren hemşirelerin cinsiyetlerine göre farklılık konusunda tam bir görüş birliği olmadığını göstermektedir. Çalışmada diğer önemli bir bulgu, hemşirelerin medeni durumlarına göre, FATCOD'da İstatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamasıdır. Medeni durumlara göre sadece korku alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Buna göre medeni durumları dikkate alındığında evli olan hemşirelerin

ölmek üzere olan hastalara bakımına yönelik korku/rahatsızlık düzeylerinin bekar hemşirelere göre daha yüksektir. Seven (2015: 39) tarafından yapılan çalışmada da FATCOD'da genel olarak farklılık bulunmamış olup; bu sonuç çalışmayla uyum göstermektedir.

Katılımcıların yaşlarına göre yapılan analiz sonuçlarına göre FATCOD'da İstatistiksel bakımdan anlamlı fark bulunmamasına karşılık; sadece korku boyutunda farklılık olduğu belirlenmiştir. Abu Hasheesh ve arkadaşları (2013: 384) tarafından yapılan çalışmada bu çalışmaya göre farklı bir sonuca ulaşılmıştır. Buna göre, hemşirelerin yaşa göre ölüm ve ölmekte olan hastalara bakım sunmaya yönelik tutumları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ve daha yaşlı hemşireler ölmekte olan hastalara bakmaya ve ölüme karşı daha olumlu tutum sergilemektedirler.

Fark analizlerine ilişkin diğer bir sonuç, eğitim durumlarına göre ölmekte olan bireylere hizmet veren hemşireler arasında anlamlı bir farklılığın olmamasıdır. Benzer sonuçlar hemşirelerin toplam çalışma süreleri ve birimde çalışma süreleri için de geçerlidir.

Çalışmanın diğer bir fark analizi sonucu katılımcı hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile yaşam kalitesine ilişkin sonuçlardır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların cinsiyetleri, yaş grupları ve birimde çalışma sürelerine göre iş yaşam kalitelerinde istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır.

Ölmekte olan bireylere hizmet sunan hemşirelerin medeni durumlarına göre iş yaşam kalitesinde anlamlı fark bulunmamaktadır. Ancak iş yaşam kalitesinin genel iyi olma hali ve stres boyutlarında anlamlı fark vardır. Hem genel iyi olma hali boyutunda hem de stres boyutunda evli katılımcıların katılım düzeyleri bekar katılımcılarınkine oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ölmekte olan bireylere yönelik hizmet sunan hemşirelere yönelik bir çalışmaya ulaşamamakla birlikte; öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada evli öğretmenlerin iş yaşam kalitelerinin bekar öğretmenlere göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Demir, 2019: 29). Benzer şekilde yönetici hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da iş yaşam kalitesinin evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Demirler ve diğerleri, 2014: 26). Bu durum çalışmanın sonucuyla uyumlu bulunmamıştır. Burada ölmekte olan bireylere hizmet vermenin etkili olduğu

düşünülmektedir. Bununla birlikte, Demir (2019:29)'in çalışmasında öğretmenlerin iş yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyi olma boyutunda evli öğretmenlerin iş yaşam kalitesi bekar öğretmenlere göre daha yüksek bulunmuştur ki, bu sonuç çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışmanın fark analizleri sonuçlarından bir diğeri de eğitim durumuna göre hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından genel iyi olma hali ve aile iş yaşamı dengesi boyutlarında anlamlı farklılık bulunmasıdır. Çalışmaya katılan hemşireler arasında hem iş yaşam kalitesi, hem de iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından genel iyi olma hali ve aile iş yaşamı dengesinde lisansüstü eğitim alan hemşirelerin katılım düzeyleri en yüksek seviyede bulunmasına karşılık; en düşük katılım lise mezunu hemşirelerdedir. Buna göre lisansüstü eğitim alan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin daha yüksek olmasına karşılık; lise mezunu hemşirelerin iş yaşam kalitesinin daha olumsuz bir görünüm gösterdiği söylenebilir. Benzer şekilde Arslan (2018: 106) tarafından yapılan bir çalışmada da lisansüstü eğitim alanların iş yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre, öğrenim durumları arttıkça kişilerin farkındalıklarının ve bununla birlikte sorgulayıcı davranışlarının arttığı ve çalışılan ortamdaki iş yaşam kalitesi koşullarını algılama durumlarını etkilediği düşünülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak lisansüstü hemşirelerin iş yaşam kaliteleri arttıkça genel anlamda kendilerini daha iyi ve huzurlu hissedecekleri, aile ile iş arasındaki dengeyi daha iyi kuracakları ve özel ve iş yaşamlarına gereken zamanı ayırabilecekleri sonucuna varılmaktadır. Bu nedenle yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin eğitim durumları desteklenmesi önerilmektedir.

Çalışmada yapılan fark analizlerinden, hemşirelerin mesleki deneyimlerine göre, hemşirelerin iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından sadece genel iyi olma hali ve stres alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Hem genel iyi olma halinde, hem de stres boyutunda 6-10 yıl çalışanların katılımı diğer çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ölmek üzere olan hastalara hizmet veren hemşirelerin genel olarak stres düzeyleri daha yüksek olmakla birlikte; özellikle 6-10 yıl çalışan hemşirelerde bu rakamın daha yüksek olması, mesleğinde tecrübe kazanmaya başlayan hemşirelerin bu birimde çalışmanın önemini daha fazla kavradıkları için, daha fazla strese girmeye

başladıklarını göstermesi bakımından önemli görülmektedir. Aynı zamanda bu zaman aralığında çalışan hemşirelerin genel iyi olma halinin de daha olumlu bulunması bu düşünceyi pekiştirmektedir.

Ölmekte olan bireylere hizmet sunan hemşirelerin cinsiyetlerine göre sınırdan anlamlı farklılığı olduğu bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak empati konusunda erkeklerin kadınlara kıyasla daha olumlu oldukları söylenebilir. Güven Özdemir (2015: 58)'in çalışmasında ise tam tersi bir sonuç bulunarak kadın hemşirelerin erkeklere göre empati düzeylerinin daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca, Katılımcıların medeni durumları, yaş grupları, eğitim düzeyleri, toplam çalışma süreleri ve birimde çalışma sürelerine göre empati düzeylerinde farklılık bulunmamaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre;

- Ölmekte olan bireye hizmet veren hemşirelerin empati kurabilme becerileri ve diğer yeteneklerini geliştirebilmelerine yönelik hizmet içi eğitim ve seminerlerin verilmesi; kongre ve bilimsel toplantılara katılımlarının özendirilmesi;
- Yoğun bakım hemşireliği sertifikasyon programlarında “empati” konusuna ağırlık verilmesi ve uygulama derslerinde vaka/örnek olay üzerinden konunun işlenmesi,
- Hemşirelik bölümü lisans ve uzmanlık eğitiminde öğrencilere teorik ve uygulama alanlarında “Empati ve ölmek üzere olan hasta bakımı (palyatif bakım)” konularında eğitimlerin düzenlenmesi,
- Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin servis içi eğitimlerinde “Ölmek üzere olan hastalara sunulan bakım uygulamaları, bakım ekibi görev ve sorumlulukları, ölmek üzere olan hastaya bütüncül yaklaşımlar ve önemi” konularında eğitimlerin sürekliliği sağlanması ve güncel olarak düzenlenmesi,
- Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kaliteleri ile stres düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulgusundan yola çıkarak çalışma yaşamındaki stres faktörlerinin tespit edilip ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılması; bu

bağlamda hemşirelerin mesailerinin düzenlenmesi ya da başka birimlerde geçici olarak çalıştırılması gibi uygulamalarla dinlendirilmesi;

- İş yaşam kalitesinin meslekte geçirdiği süreye göre değerlendirildiğinde mesleğin ilk yıllarında ve uzun süre çalışmış olan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin daha düşük olacağı, 6-10 yıl arasında olup deneyimlenmiş ve henüz meslekte yıpranmamış ve daha aktif olabileceğinden iş yaşam kalitelerinin daha yüksek olacağı düşünüldüğünden yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin meslekte çalışma yılları olarak 6-10 yıl süre ile çalışmış bireylerden seçilmesi,
- Birimde çalışma sürelerine göre FATCOD'un alt boyutu olan aktif bakım boyutunda ve iş yaşam kalitesinin alt boyutlarından genel iyi olma halinde ve streste anlamlı farklılık oluşturduğu bulgusundan yola çıkarak hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışma sürelerinin en fazla 10 yıllla sınırlandırılması; 10 yıldan sonra birimlerinin değiştirilmesi veya ara ara rotasyon uygulaması yapılması,
- Ölmek üzere olan hastalara bakım sunan hemşirelere “ölüm” vakaları ile sık karşılaştıklarından dolayı başa çıkma yolları ve hasta yakınlarına sunacakları bütüncül hizmet konusunda gerekli psikolojik desteğin sağlanması, yaşadığı kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması;
- Yoğun bakım birimlerinde sunulan hizmetlerin kalitelerini değerlendirmeye yönelik indikatörler geliştirilmesi ve kontrol edilmesi; kalite standartlarının üzerinde hizmet veren hemşirelerin ödüllendirilmesi;
- İş yaşam kalitesinde ve iş yaşam kalitesinin alt boyutları olan genel iyi olma hali ile aile iş yaşamı dengesi boyutlarında eğitim durumunun anlamlı farklılık oluşturduğu bulgusundan yola çıkarak lisansüstü eğitim durumu olan hemşirelerin daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre iş yaşam kalitesini yükseltmek ve beraberinde kaliteli sağlık hizmeti sunma amacıyla yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitim durumlarını yükseltmek için eğitim-öğretim süreçlerine devam etmeleri

yönünden desteklenmesi ve bu birimlere mümkün olduğunca lisansüstü olan hemşirelerden tercih edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Kitaplar

- Açıkalm, A. (1996). *Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağı Yönetimi*, Pegem Yayınları, No:7, Ankara.
- Bingöl, D. (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Has Matbaacılık.
- Cascio, W. F. (1995). *Managing Human Resources: Productivity, Quality of Work-Life, Profits*, McGraw-Hill, Inc, New York.
- Demir, Y. (2010). *Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Hastanın Bakımı*, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.697-722.
- Erginer, A. (2003). *İş Yaşamının Niteliği*, Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar, (Editör: Cevat Elma; Kamile Demir), Anı Yayıncılık, Ankara.
- Gürüz, D. ve Gürel, E. (2006). *Yönetim ve Organizasyon*, Nobel Yayınları, İzmir.
- Liddell HG, S. R. (1996). *Greek-English Lexicon: With a Revised Supplement*, Clarendon Press, Oxford, Akt: HASGÜL, E. (2018). *Empati Eğitim Programının Huzurevi Çalışanlarının Empati Becerileri ve Yaşlı Ayrımcılığına Yönelik Tutumları Üzerine Etkisi: Kastamonu, Tosya Örneği*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (Tez No: 505878).
- Omdahl, B. L. (1995). *Cognitive Appraisal Emotion and Emphaty*, Associates Publishers Mahway, New Jersey, s.13-35. Akt: REHBER, E. (2007). *İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerine Göre Çatışma Çözme Davranışlarının İncelenmesi*, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana (Tez No: 206426).

Özkalp, E. ve Kirel, Ç. (2018). *Örgütsel Davranış*, Ekin Kitapevi Yayınları, 8. Baskı.

Yücesoy, Y. ve Demir, M. (2011). *Çalışma Yaşamında Haklar El Kitabı*, Uluslararası Çalışma Ofisi, Birinci Baskı, Ankara.

Yüksel, Ö. (1998). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Gazi Yayınları, İkinci Baskı, Ankara.

Sürekli Yayınlar

- Abu Hasheesh, M. O, Al-Sayed, A., El Said, S. G. ve Alhujaili, A.-D. (2013). *Nurses' Characteristics and Their Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan*, Health Science Journal, Vol:7, No:4, p.384-394.
- Ağaçdiken, S. ve Aydoğan, A. (2017). *Hemşirelerde Empatik Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Vol:6, No:2, s.122-129.
- Akar, H., ve Ustuner, M. (2017). *Turkish Adaptation Of Work-Related Quality Of Life Scale: Validity and Reliability Studies*, Inonu University Journal Of The Faculty Of Education, Vol:18, No:2, s.159-176.
- Akdere, M. (2006). *Improving Quality of Work-Life: Implications For Human Resources*, The Business Review, Vol:6, No:1, s.173-177.
- Akgün Kostak, M. ve Akan, M. (2011). *Terminal Dönemdeki Çocuğun Palyatif Bakımı*, Türk Onkoloji Dergisi, Vol:26, No:4, s.182-192.
- Akkoyun, F. (1982). *Empatik Anlayış Üzerine*, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Vol:15, No:2, s.67.
- Akşit Aşık, N. (2010). *Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörler İle Sonuçlarına İlişkin Kavramsal Bir Değerlendirme*, Türk İdare Dergisi, No:467, s.31-51.
- Alan, H. ve Yıldırım, A. (2016). *Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Vol:3 No:2, s.86-98.
- Alper AY, F. ve Türkdoğan, N. (2018). *Duygusal Emek, Tükenmişlik, İşten Ayrılma Niyeti Ve İş Performansı Arasındaki İlişkiler*, Örgütsel Davranış Araştırmaları Dergisi, Vol:3, No:1, s.87-103.

- Altınbaş, K., Gülöksüz, S., Özçetinkaya, S. ve Oral, T. E. (2010) *Empatinin Biyolojik Yönleri*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Vol:2, No:1, s.15-25.
- Anar, T. (2013). *Edebiyat Eserlerini Anlamak ve Yorumlamak İçin Farklı Bir Yöntem: Einfühlung Teorisi*, Türk Dili ve Edebiyatı Dergisi, Vol:48, s.23-46.
- Aras, T. (2015). *İş Güvencesinden Yararlanmanın Koşulları ve Emredicilik*, TBB Dergisi, s.429-456.
- Arcak, R. ve Kasımoğlu, E. (2006). *Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri*, Dicle Tıp Dergisi, Vol:33, No:1 s.23-30.
- Arslan, H. (2008). *Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Vol:1, No:1, s.59-60.
- Ataünal, A. (1994). *21. Yüzyıla Girerken*, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Vol:10, No:10, s.111-116.
- Ay, F. ve Gençtürk, N. (2013). *Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması*, F.N. Hem. Dergisi, Vol:21, No:3, s.164-171.
- Ayaz, S. ve Beydağ, K. D. (2014). *Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesini Etkileyen Etmeler: Balıkesir Örneği*, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Vol:1, No:2, s.60-69.
- Aydemir, N. (1999). *Bilgi Çağında Öğrenen Organizasyonlar ve Kariyer*, İktisat İşletme ve Finans Dergisi, Vol:5, No:29, s.160.
- Bag, B. (2012). *Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları*, Türk Onkoloji Dergisi, Vol:27, No:3, s.142-149.
- Bağ, B. (2012). *Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlama*, Akademi Geriatri Dergisi, Vol:4, s.120-125.

- Başak, T., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2010). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi*, Gülhane Tıp Dergisi, Vol:52, No:2, s.76-81.
- Bekmezci H., Yurttaş Ç. B. ve Özkan H. (2015). *Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin Belirlenmesi*, HSP, Vol:2, No:1 s.46-54.
- Bingley, A. ve Clark, D. (2009). *A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)*., Journal of Pain And Symptom Management, Vol:37, No:3, p.287-296.
- Bodek, N. (2003). *The Quality of Work Life (Member forum)*, Industrial Engineer, Vol:35, No:3, p.25.
- Brooks BA. ve Anderson, MA. (2004). *Nursing Work Life in Acute Care. J Nurs Care Qual*, Vol:19, No:3, p.269-275.
- Brosche, T. A. (2007). *A Grief Team Within a Healthcare System*, Dimens Crit Care Nurs., Vol:26, No:1, p.21-28.
- Centone, C., Clark, D., Lynch, T., Rocafort J., Praill, D., De Lima, L., Greenwood, A., Flores, L. A., Brasch, S. ve Giordano, A. (2007). *Facts And Indicators On Palliative Care Development In 52 Countries of The Who European Region: Results of An EAPC Task Force*, Palliative Medicine, Vol:21, No:6, p.463-471.
- Çatak, T. ve Bademcik, N. (2015). *Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Vol:5, No:2, s.85-95.
- Çavdar, İ. (2011). *Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı*, Türk Onkoloji Dergisi, Vol:26, No:3, s.142-147.
- Dede, M., Çınar, S. (2008). *Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Vol:1, No:1, s.3-14.

- Demir, A. (2005). *Hemşirelerin Vardiya ile Çalışmalarının Anksiyete ve Arteriyel Kan Basıncına Etkisinin İrdelenmesi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol:8, No:2, s.40-54.
- Demir, M. (2011). *İşgörenlerin Çalışma Yaşamı Kalitesi Algılamalarının İşte Kalma Niyeti ve İşe Devamsızlık İle İlişkisi*, Ege Akademik Bakış Dergisi, Vol:11, No:3, s.453-464.
- Demir, M. (2016). *Palyatif Bakım Etiği*, Yoğun Bakım Dergisi, Vol:7,s.62-66.
- Demirler, S., Koca Kutlu, A. ve Baydur, H. (2014). *Yönetici Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle Çalışma Yaşamı Kalitelerinin İncelenmesi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, Vol:30, No:2, s.26-39.
- Dikmetaş, E. (2006). *Hastane Personelinin Çalışma/İş Yaşam Kalitesine Yönelik Bir Araştırma*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Vol:15, No:2, s.169-182.
- Dizer, B. ve İyigün, E. (2009). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Empatik Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol:12, No:1, s.9-19.
- Dülgerler, Ş. (2015). *Onkolojide Psikiyatrik Bakımın Sanatsal Yönü*, Türkiye Klinikleri J Psychiatric Nursing - Special Topics, Vol:1, No:1, s.54-59.
- Elçigil, A. (2012). *Palyatif Bakım Hemşireliği*, Gülhane Tıp Dergisi, Vol:54, No:4, s.329-334.
- Emanuel, L. ve Librach, S. L. (2007). *Palliative Care Core Skills and Clinical Competencies, Second Edition*, Palliative Care Nursing, 39. Bölüm, s.552-569.
- Erdem, B. ve Kaya, İ. (2013). *Çalışma Yaşamı Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İşgörenler Tarafından Algılanması: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Vol:35, s.135-150.

- Erdem, M. (2010). *Öğretmen Algularına Göre Liselerde İş Yaşam Kalitesi ve Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi*, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, Vol:16, No:4, s.511-536.
- Erdil, O., Keskin, H., İmamoğlu, S. Z. ve Erat, S. (2004) *Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu İle İş Tatmini arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama*, Doğu Üniversitesi Dergisi, Vol:5, No:1, s.17-26.
- Eues, S. K. (2007). *End-of-life Care; Improving Quality of life At The End of life*. Professional Case Management, Vol:12, No:6, p.339-344.
- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., Firm, J. I., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Phillips, T., Stovall, E. L., Zimmermann, C. ve Smith, T. J. (2017). *Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update*, Journal of Clinical Oncology, Asco Special Article, Vol:35, No:1, p.96-114.
- Frommelt K.H.M. (1991). *The Effects of Death Education on Nurses' Attitudes toward Caring For Terminally Ill Persons and Their Families*. American Journal of Hospice & Palliative Care. Vol:7, No:5, p.37-43.
- Frommelt, K. H. M. (2003). *Attitudes Toward Care Of The Terminally ill: an Educational Intervention*, American Journal of Hospice and Palliative Medicine, Vol:20, No:1, s.13-22.
- Gülmez, H. (2013). *Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, Vol:7, No:4, s.74-82.
- Harlos K. P. ve Axelrod, L., J., (2008). *Work Mistreatment and Hospital Administrative Staff: Policy Implications for Healthier Workplaces*. Healthc Policy, Vol:4, No:1, p.40-50.
- Işıkhan, V. (2008). *Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri*, Türk Onkoloji Dergisi, Vol:28, No:1, s.34-44.

- Işıl, Ö. ve Karaca, S. (2009). *Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Vol:2, No:1, s.82-87.
- Kabalak, A. A. (2012). *Terminal Dönemin Son 48 Saatinde Palyatif Bakım*, Türkiye Klinikleri J Anest Reanim, Vol:10, No:3, s.168-175.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013). *Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım*, Yoğun Bakım Dergisi Vol:11, No:2, s.56-70.
- Kaptangil, K. (2012). *İşletmelerde İnsan Kaynakları Eğitiminin Çalışanların Performansları Üzerine Olan Etkileri*, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Vol:2, No: 2, s. 25-44.
- Karaca, A., Açıkgöz, F. ve Akkuş, D. (2013). *Eğitim ile Empatik Beceri ve Empatik Eğilim Geliştirilebilir Mi? Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Vol:4, No:3, s.118-122.
- Karakoç Kumsar, A. ve Taşkın Yılmaz, F. (2013). *Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, Vol:10, No:2, s.56-60.
- Keser, A. (2005). *The Relationship Between Job and Life Satisfaction in Automobile Sector Employees in Bursa Turkey*, İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Vol:7, No:2, s.52-63.
- Kılıç, R. ve Keklik, B. (2012). *Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma*, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, Vol:14, No: 2, s.147-160.
- Loannidou, F., Konstantakaki, V. (2008). *Empathy and Emotional Intelligence: What is it Really About?*, International Journal of Caring Sciences, Vol:1, No:3, p.118-123.

- Mackay, G ve Risk, M (2001). *Building Quality Practice Settings: An Attributes Model*, Canadian Journal of Nursing Leadership, Vol:14, No:3, p.19-27.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). *Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri*, HSP Dergisi, Vol:4, No:2, s.132-135.
- Martel, J. P. ve Dupuis, G. (2006). *Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems, and Presentation of A New Model and Measuring Instrument*, Social Indicators Research, Vol:77, p.333-368.
- Mastroianni, C., Piredda, M., Taboga, C., Mirabella, F., Marfoli, E., Casale, G., ... & De Marinis, M. G. (2015). *Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B: psychometric testing of the Italian version for students*. OMEGA-Journal of Death and Dying, Vol: 70, No:3, p.227-250.
- Mcgrath, A, Reid, N, Boore J. (2003). *Occupational Stress in Nursing*. *Int J Nurs Stud*, Vol:3, No:40, p.555-565.
- Memiş, K., Hoşgör, H., Boz, C., Gün, İ. ve Gündüz Hoşgör, D. (2015). *İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi Örneği*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Vol:5 No:4 s.220-230.
- Menekli, T. ve Fadiloğlu, Ç. (2014). *Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Vol:17, No:4, s.222-229.
- Moore, C. D. (2005). *Communication Issues And Advance Care Planning*, Seminars in Oncology Nursing, Vol:21, No:1, p.11-19.
- Nagy, S. (1998). *A Comparison Of The Effects Of Patients’ Pain On Nurses Working In Burns and Neonatal Intensive Care Units*, Journal Of Advanced Nursing, Vol:27, No: 2, p.335-340.

- Oh, H., Seo, Y., Jeong, H. ve Seo, W. (2012). *The Identification of Multiple Symptom Clusters and Their Effects on Functional Performance in Cancer Patients*, JCN Clinical Nursing, Vol:21, No: 19-20, p.2832-2842.
- Ovayolu, N. ve Bahar, A. (2006). *Hemşirelik ve Kalite*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol:9, No:1, s.104-110.
- Ören, K. ve Yüksel, H. (2012). *Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı*, HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, Vol:1, No:1, s.35-59.
- Özdemir, Z. ve Şenel Çelik, S. (2011). *Terminal Dönemde Olan Hastanın Bakımı*, Türkiye Klinikleri J. Nurs Sci, Vol:3, No:2, s.81-88.
- Özgül, N., Koç, O., Gültekin, M., Göksel, F., Kerman, S., Tanyeri, P., Ekinci, H., Tuncer, M. ve Sencan, İ. (2011). *Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project*, J Pediatr Hematol Oncol, Vol:33, No:1, S.29-32.
- Özkan, S. (2011). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı 'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı*, Selçuk Tıp Dergisi, Vol:28, No:1, s.69-74.
- Permarupan, P. Y., Al-Mamun, A. ve Saufi, R. A. (2013). *Quality of Work Life on Employees Job Involvement and Affective Commitment between the Public and Private Sector in Malaysia*, Asian Social Science, Vol:9, No:7, p.268-278.
- Rose, R. Che R., Beh, L., Uli, J. ve Idris, K. (2006). *An Analysis of quality of work life (QWL) and Career- Related Variables*, American Journal of Applied Sciences, Vol:12, No:3 p.2151–2159.
- Saruç, S. (2013). *Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları*, Vol:24, No:2, s.193-206.
- Serey, T.T (2006). *Choosing a Robust Quality of Work Life*, Business Forum, Vol:27, No:2, s.7-10.

- Sharma, R. M. (1992). *Empathy: A Retrospective on its Development in Psychotherapy*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol:26, s.377-390.
- Sılay, F. ve Akyol, A. (2017). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon Kontrolünde Hemşirenin Rolü*, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, Vol:21 No:1, s.28-35.
- Stepien, K. A. ve Baernstein, A. (2006). *Educating for Empathy*, Journal of General Internal Medicine, Vol:21, p.524-530.
- Sucaklı, M. H. (2014). *Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi*, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, Vol:5, No:3, s.109-113.
- Şahan Uslu, F. ve Terzioğlu F. (2015). *Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi*, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, Vol:4, No:2, s.81-90.
- Şahin, M., Demirkıran, F. ve Adana, F. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing, Vol:7, No:3, s.135-141.
- Tanaka, S., Maruyama, Y., Ooshima S. ve Ito, H. (2010). *Working Condition of Nurses in Japan: Awareness of Work-Life Balance Among Nursing Personel at a University Hospital*. J Clin Nurs, Vol:20, No:1-2, p.12-22.
- Terzi, B. ve Kaya, N. (2011). *Yoğun Bakım Hastalarında Hemşirelik Bakımı*, Yoğun Bakım Dergisi, Vol:21, No:1, s.21-25.
- Tuncay, T. ve İl, S. (2009). *Sosyal Hizmet Uygulamasında Empatiyi Yeniden Düşünmek*, Toplum ve Sosyal Hizmet, Vol:20, No:2, s.39-56.
- Tuncer, M. ve Yeşiltaş, M. (2013). *Çalışma Yaşam Kalitesinin Otel İşletmesi Çalışanları Üzerindeki Etkileri*, İşletme Araştırmaları Dergisi, Vol:5 No:1 s.57-78.
- Uğur, E. ve Abaan, S. (2008). *Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, No:28, s.297-310.

- Üstün, B. (2005). *Çünkü İletişim Çok Şeyi Değiştirir*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol:8, No:2, s.88-94.
- Van Laar, D., Edwards, J. A., ve Easton, S. (2007). *The Work-Related Quality of Life Scale For Healthcare Workers*, Journal Of Advanced Nursing, Vol:60, No:3, p.325-333.
- Yaprak, E. ve Seren, Ş. (2010). *Hemşirelerin İşten Ayrılma Niyetleri ve Örgüt İkliminin Hemşire İstihdamına Etkisi*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, Vol:7, No:1, s.28-33.
- Yücel, D. ve Erkut, H. (2003). *Bilişim Teknolojilerinin Çalışma Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*, İTÜ Dergisi, Vol:2, No:2, s.49-59.

Diğer Yayınlar

- Aba, G. (2009). “*İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*”, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya (Tez No: 229292).
- Acıbadem Hemşirelik, “Türkiye’de ve Dünyada Palyatif Bakım”, <http://www.acıbademhemsirelik.com/e-dergi/83/makale.asp>, Erişim tarihi: 12.02.2019.
- Adaş, E. B., Elbek, O. ve Bakır, K. (2008). *Hekimlere Yönelik Şiddet Ve Hekimlerin Şiddet Algısı*, Gaziantep. Akt: ALTUNOLUK, H. (2014). *Hemşirelerde/Ebelerde Empatik Eğilim ve Becerilerin Değerlendirilmesi (Denizli Servergazi Hastanesi Örneği)*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akay, G. (2017). *Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum (Tez No: 474562).
- Akçakaya, A. (2018). *Palyatif Bakım*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, No:48, s.36-37.
- Akçiçek, F., Akbulut, G. ve Fadiloğlu, Ç. (2013). *Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu*, Ege Geriatri Derneği Yayınları, No:1.
- Akkaya, A.(2017). *Hemşirelerde Empati, Empati Becerileri ve Motivasyon İlişkisi*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 468378).
- Aktürk, D. (2014). *Ölümlerle Çok Karşılaşan Servislerde Çalışan Hemşirelerle Meslekleri Gereği Ölümle Karşılaşmayan Kişilerde Ölüm Kaygısı, Sürekli Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması*, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 375378).

- Altunoluk, H. (2014). *Hemşirelerde Empatik Eğilim ve Becerilerin Değerlendirilmesi (Denizli Servergazi Hastanesi Örneği)*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Arslan, I.(2018). *Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesinin İş Performansı Üzerine Etkisinde Örgütsel Desteğin Aracılık Rolü*, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 538001).
- Avcı Öztürk, D. (2010). *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 303937).
- Aydemir, Y. (2008). *OHSAS/TS 18001 İş Sağlığı Ve İş Güvenliği Uygulamalarının Çalışma Yaşamı Kalitesine Etkisi* Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir (Tez No: 231365).
- Bağçivan, G. (2018). *Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care (Facit-Pal) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (Tez No: 514671).
- Bilazer, F. N., Konca, G. E., Uğur, S. ve Uçak, H. (2008). *Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları*, Türk Hemşireler Derneği Yayınları, Ankara.
- Brinkmann, D., Kromm, E. ve Salman, R. (2016). *Hospis ve Palyatif Bakım Hizmeti-Hizmet Seçenekleri, Erken Teşhis ve Tedavi*, Bavyera’da Yaşanan Göçmenler İçin Bilgilendirme, <https://www.mimi-bestellportal.de/wp-content/uploads/2016/09/Palliativwegweiser-tuerkisch-web-2016-09.pdf> Erişim tarihi: 14.02.2019.
- Cengiz, S. (2008). *Hemşirelerde Empatik Eğilim ve İş Doyumu İlişkisi*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 236850).

- Centone, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort J. ve Clark, D. (2013). EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013.
- Coşkun Keskin, S. (2007). *Sosyal Bilgiler Derslerinde Empati Becerilerine Dayalı Öğretim Tekniklerine Dayalı Öğretim Tekniklerinin Kullanılması*, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 210291).
- Çatak, T. ve Bahçecik, N. (2015). *Hemşirelerin İş Yaşamı Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Bilinmesi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Vol: 5, No: 2, s.85-95.
- Çevik, B. (2010). *Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri*, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. (Tez No: 247803).
- Çiçek, D. (2005). *Örgütlerde Motivasyon ve İş Yaşam Kalitesi: Bir Kamu Kuruluşundaki Yönetici Personelin Motivasyon Seviyelerinin Tespit Edilerek İş Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi Üzerine Bir Araştırma*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana (Tez No: 205736).
- Demir, E. (2019) *Öğretmenlerin İş Yaşam Kalitesi İle Pozitif Psikolojik Sermaye Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya (Tez No: 535877).
- Dökmen, Ü. (2006). *İletişim Çatışmaları ve Empati*, Sistem Yayıncılık, 35. Baskı, ISBN:975-7397-20-2, İstanbul., Akt: IŞILDAR, A. (2018). *Diyaliz Hastalarının Eşlerinin Empatik Eğilim ve Empatik Becerisi İle Diyaliz Hastalarının Hayat Kalitesi Arasındaki İlişki*, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 486071).
- Dökmen, Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati, <https://slideplayer.biz.tr/slide/10412271/>, Erişim Tarihi: 20.02.2019.

DSÖ, Palliative Care, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, Erişim tarihi:01.01.2019.

GÜVEN ÖZDEMİR, N. (2015). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 408302).

HOJAT, M.(2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development Measurement and Outcomes*, New York: Springer Science and Business Media. Akt: ÖZDEMİR, G. (2015). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım algıları Arasındaki İlişki*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 408302).

<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>, Erişim Tarihi: 12.01.2019.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&kategoril=veritbn&kelimesec=254213, Erişim Tarihi: 01.01.2019.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=112291, Erişim Tarihi: 10.02.2019.

https://www.google.com.tr/search?rlz=1C2CHZL_trTR729TR749&source=hp&ei=MmWiXNGfNYmvrgT8ibrIAw&q=sezgi+nedir&oq=sezgi+&gs_l=psy-ab.1.1.0i131j0l6j0i131j0l2.66653.67804..70691...0.0..0.185.857.3j4.....0....1..gws-wiz.....0..35i39.cNzOKhMI_Qs Erişim Tarihi: 23.03.2019.

HUZZARD, T. (2003). *The Contvergence of The Quality of Working Life and Compentitiveness*, Stockholm: National Institute for Working Life.

İNEL MANAV, A. (2008). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi*, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin (Tez No: 230235).

- KARA, T. (2017). *Terminal Dönem Kanser Hastası Yakınlarının Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 460388).
- KAYA, F. (2011). *Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri ile Hastaların Hemşirelik Bakımının Algılayışlarının Karşılaştırılması*, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin (Tez No: 298870).
- KÖSE, G., DURMAZ, O. ve GÜLER ÖZET, F., Yoğun Bakım Ünitelerinde ve Yatan Hasta Katlarında Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Karşı Düşünce ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Eskişehir Acıbadem Hastanesi, s.1-27
http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/11_Yogunbakimolum.pdf
Erişim Tarihi: 16.02.2019.
- KÖSEOĞLU, S. (1994). *Psikolojik Danışmanların Empatik Becerilerinin ve Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Tez No:30584), Akt: UYGUN, E. (2006). *Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 192952).
- Küçükusta, D. (2007). *Konaklama İşletmelerinde İş Yaşam Dengesinin Çalışma Yaşamı Kalitesi Üzerindeki Etkisi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir (Tez No: 207845).
- MEB (2012). Terminal Dönem ve Hemşirelik Bakımı, Ankara.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Terminal%20D%C3%B6nem%20Ve%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf. Erişim Tarihi 12/01/2019.
- MEB (2014). *İş Hayatında İletişim*”, Halkla İlişkiler ve Organizasyon Hizmetleri, Ankara.
- Meier, D.E. ve McCormick, E. Benefits, Services, and Models of Subspecialty Palliative Care, <https://www.uptodate.com/contents/benefits-services-and-models-of-subspecialty-palliative-care>, Erişim Tarihi: 01.01.2019.

- Mhımd Ibrahim, K. (2017). *Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesinin Motivasyona Etkisi*, Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kilis (Tez No: 481841).
- Özdağ, Ş. (1999). *Psikodrama Gruplarının Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı Atılgan Davranış Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerine Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Tez No: 80925).
- Polat, N. (2008). *Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş Doyumu: Bir Eğitim Hastanesinde Saha Çalışması*, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara (Tez No: 220394).
- Rogers, C., R. (1983). *Empatik Olmak Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir*, (Çev. AKKOYUN, F.), AÜ, Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, s.16, Ankara.
- Seven, A. (2015). *Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları*, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya (Tez No: 396479).
- Sıdı, V. (2007). *21. Yüzyıla Girerken Değişim ve Bilgi Çağı*, Human Resources Dergisi, http://www.hrdergi.com/tr/dergi-haber/1997/5-May%C4%B1s/313/21yuz_yila-girerken-degisim-ve-bilgi-cagi
- Şirin, M. (2011). *Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum (Tez No: 272669).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 07.07.2015, <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12582,20150707-253-palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?> Erişim Tarihi: 14.02.2019.
- Tanrıverdi, Ö. ve Kömürcü, Ş. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf. Erişim Tarihi: 31/12/2018.

- Taşdemir, G. (1999). *Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir (Tez No: 86637).
- Tatlı, T.(2018). *Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim ve Etik Duyarlılık Düzeylerinin Hasta Hakları Bağlamında İncelenmesi: Ağrı İli Örneği*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya (Tez No: 518162).
- Temelli, G. (2018). *Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu (Tez No: 516691).
- Tuncer, A. M. (2009). *Türkiye'de Kanser Kontrolü*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Ankara.
- Turgay, G. (2010). *Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri*, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (Tez No: 282438).
- Uğur, E. (2005). *Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uygun, E. (2006). *Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (Tez No: 192952).
- WHO-WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. World Health Organization.
- WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*”, Chronic Diseases and Health Promotion, World Health Organization.
- Yılmaz, A. (2015). *Palyatif Bakım Biriminde Tedavi Almakta Olan Kanser Hastalarında, Semptom Sıklığı ve Palyatif Bakım Tedavisinin Semptom Kontrolündeki Yeri*, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir (Tez No: 422784).

EKLER

Ek-1 Çalışma Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/11/2018-E.14729



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/010.99/
Konu : C6/12 Bilge GÜNEŞ
KARAKAYA

Sayın Bilge GÜNEŞ KARAKAYA

İlgi : Bilge Güneş KARAKAYA 17/10/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 07.11.2018 tarihli ve 06 sayılı toplantısında alınan "12" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

12. Bilge GÜNEŞ KARAKAYA'nın "Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Bilge GÜNEŞ KARAKAYA'nın "Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü" başlıklı çalışmasının Etik açısından uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/en/isten.Sorgula/BelgeDogruama.aspx?V=8ELM41KV9>

Etik Kurulu Eskişehir Kampüsü 54197 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniverstesi@1901.kep.tr
Tel: 0264 295 50 00 Faks: 0264 295 50 31
E-Posta: ozel@etik@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 05061806-9db7-4b72-ba01-0aabd01b00c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2 Devlet Hastanelerinde Anket Uygulama İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 24404279-806.01.03
Konu : Ölmek Üzere Olan Hastalara
Hizmet Veren Hemşirelerin
Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine
Etkisinde Empatinin Aracı Rolü
Hk.

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden Bilge GÜNEŞ KARAKAYA' nın başvurusu üzerine "Ölmek Üzere Olan Hastalara Hizmet Veren Hemşirelerin Tutumlarının İş Yaşam Kalitesine Etkisinde Empatinin Aracı Rolü" konulu çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı Yenikent Devlet Hastanesi ile Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm kampüslerinde yürütülmesi hususunu; Olularımıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

O L U R
.../.../2018
e-imzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

15 Temmuz Camii Mh. Resmî Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA
Faks No:0(264)2513564
e-Posta:esra.gungor@saglik.gov.tr İnt.Adresi: esra.gungor@saglik.gov.tr

Bilgi için:Esra GÜNGÖR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0 (264) 251 35 50 -55 Dahili : 1509

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 05b21806-9db7-4672-ba61-09abdff1b60c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanama göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3 Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde gerçekleştirilen bir yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Çalışmada kullanılan anket formundan elde edilen bilgi üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Çalışmayla ilgili doğru bilgiler elde edebilmemiz sizlerin anket formunu doğru bir şekilde doldurmanıza bağlıdır. Katılımlarınız için teşekkür eder saygılar sunarız.

Bilge GÜNEŞ KARAKAYA

Doç. Dr.

Mahmut AKBOLAT

Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman

BİRİNCİ BÖLÜM

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

Yaşınız:

Eğitim Durumunuz: () Lise () Ön lisans () Lisans () Lisansüstü

Meslekteki Çalışma Yılı:

Biriminizdeki Çalışma Yılı:.....

İKİNCİ BÖLÜM

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt attitude toward care of the dying scale:FATCOD,Form B)	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1 Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.	1	2	3	4	5
2 Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.	1	2	3	4	5
3 Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5
4 Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.	1	2	3	4	5
5 Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.	1	2	3	4	5
6 Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.	1	2	3	4	5
7 Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.	1	2	3	4	5
8 Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.	1	2	3	4	5
9 Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.	1	2	3	4	5
10 Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.	1	2	3	4	5
11 Bir hasta “ölüyor muyum?” diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12 Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.	1	2	3	4	5
13 Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.	1	2	3	4	5

14	Ölmekte olan bir kişiyle arkadaş olmaktan korkarım.	1	2	3	4	5
15	Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.	1	2	3	4	5
16	Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.	1	2	3	4	5
17	Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.	1	2	3	4	5
18	Aileler, ölmek üzere olan bireylerin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.	1	2	3	4	5
19	Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.	1	2	3	4	5
20	Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.	1	2	3	4	5
21	Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır.	1	2	3	4	5
22	Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.	1	2	3	4	5
23	Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.	1	2	3	4	5
24	Asıl karar-vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.	1	2	3	4	5
25	Ölmekte olan birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır.	1	2	3	4	5
26	Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
27	Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.	1	2	3	4	5
28	Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.	1	2	3	4	5
29	Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar	1	2	3	4	5
30	Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler.	1	2	3	4	5

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İş Yaşam Kalitesi Ölçeği		Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Düzey Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Mesleğimi etkin bir şekilde yapabilmem için bir dizi amaç ve hedeflerim vardır.	1	2	3	4	5
2	Görev yaptığım hastanede görüşlerimi rahatlıkla dile getirebileceğimi ve yapılan değişikliklerde etkili olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3	Yeteneklerimi işime yansıtabilme imkanım var.	1	2	3	4	5
4	Kendimi iyi (mutlu ve huzurlu) hissediyorum.	1	2	3	4	5
5	Çalıştığım hastane, aile ve iş yaşamım arasında uyum sağlamamda gerekli kolaylığı ve esnekliği sağlar.	1	2	3	4	5
6	Çalışma saatlerim özel hayatıma zaman ayırmama imkan sağlar.	1	2	3	4	5
7	Çalıştığım hastanede kendimi çoğunlukla baskı altında hissederim.	1	2	3	4	5
8	Görevimi iyi bir şekilde yaptığımda hastane yöneticim tarafından takdir edilirim.	1	2	3	4	5
9	Son zamanlarda kendimi mutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
10	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
11	Hastane yöneticim tarafından mesleki olarak gelişmem için teşvik edilirim.	1	2	3	4	5
12	Çalıştığım hastanede beni etkileyen kararlara dahil edilirim.	1	2	3	4	5
13	Hastane yöneticim işimi etkili bir şekilde yapabilmem için gerekli olan her şeyi sağlar.	1	2	3	4	5

14	Çalıştığım hastane bana esnek çalışma saatleri/koşulları sağlar.	1	2	3	4	5
15	Hayatım birçok yönden hayal ettiğime yakın bir hayattır.	1	2	3	4	5
16	Çalışmakta olduğum hastane bana oldukça güvenli bir iş ortamı sağlar.	1	2	3	4	5
17	İşlerim genellikle yolunda gider.	1	2	3	4	5
18	Çalıştığım hastanedeki mevcut kariyer fırsatları beni memnun etmektedir.	1	2	3	4	5
19	Çalışmakta olduğum hastanede çoğu zaman kendimi aşırı stres altında hissedirim.	1	2	3	4	5
20	Mesleğimi yapabilmem için almış olduğum eğitimden memnunum.	1	2	3	4	5
21	Olup bitenleri gözümün önüne getirdiğimde kendimi oldukça mutlu hissediyorum.	1	2	3	4	5
22	Görev yaptığım hastanedeki çalışma koşulları oldukça tatmin edicidir.	1	2	3	4	5
23	Çalıştığım hastanedeki diğer çalışanları etkileyen kararlara dahil edilirim.	1	2	3	4	5

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Toronto Empati Ölçeği		Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1	Bir başkası heyecan duyduğunda, ben de heyecanlanırım.	1	2	3	4	5
2	Diğer insanların talihsizlikleri beni çok fazla rahatsız etmez.	1	2	3	4	5
3	Birine saygısızca davranıldığını görmek beni üzer.	1	2	3	4	5
4	Bana yakın birisi mutlu olduğunda ben etkilenmem.	1	2	3	4	5
5	Diğer insanlara daha iyi hissettirmekten zevk alıyorum.	1	2	3	4	5
6	Benden daha şanssız insanlar için endişe duyarım.	1	2	3	4	5
7	Bir arkadaş problemleri hakkında konuşmaya başladığında konuşmayı başka bir tarafa doğru yönlendirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
8	Diğer insanlar üzgün olduklarında hatta hiçbir şey söylemediklerinde ben anlatabilirim.	1	2	3	4	5
9	Diğer insanların ruh halleriyle kendi ruh halimi uyumlu buluyorum.	1	2	3	4	5
10	Ciddi hastalıklarına sebep olan insanlar için acıma duygusu hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
11	Birisi ağladığında rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
12	Diğer insanların nasıl hissettiğiyle gerçekten ilgilenmiyorum.	1	2	3	4	5
13	Üzgün birisini gördüğümde güçlü bir yardım etme isteğim oluyor.	1	2	3	4	5
14	Birisinin haksız muameleye maruz kaldığını gördüğümde, onlar için çok üzülüyorum.	1	2	3	4	5
15	İnsanların mutluluktan ağlamalarını saçma buluyorum.	1	2	3	4	5
16	Birisinden faydalandığımı gördüğümde ona karşı bir tür koruyucu duygu hissediyorum.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Adana'nın Seyhan İlçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Seyhan'da tamamladı. 2008 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nü kazandı. 2012 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra 1 yıl özel hastanelerde çalıştı 2013 yılında Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'ne atanarak, dahiliye servisinde hemşire olarak çalıştı. 2015 yılında aynı hastanede Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 2016 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi olarak eğitim öğretim hayatına devam etmeye başladı.