

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK ALANINDA HİZMET VEREN BİREYLERDE
EMPATİ DÜZEYİ, STRESLE BAŞA ÇIKMA
BECERİLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Sevde ERDEM**

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İstanbul – 2021

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Sevde ERDEM

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Sağlık Alanında Hizmet Veren Bireylerin Empati Düzeyi,
Stresle Başa Çıkma Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 14.06.2021

Sayfa Sayısı : 108

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

Danışmanları

Dizin Terimleri : Empati, Stresle Başa Çıkma tarzları, Algılanan Sosyal Destek

Türkçe Özet : Bu çalışma; sağlık alanında hizmet veren bireylerin demografik verileriyle; empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. İstanbul ilinde çalışmakta olan; 52 hekim, 92 hemşire ve 34 sağlık teknikerinden oluşan 178 sağlık çalışanının katılımıyla yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla “Demografik Bilgi Formu”, empati düzeylerini belirlemek için “Toronto Empati Ölçeği”, stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek için “Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği” ve sosyal destek algılarını belirlemek için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”

kullanılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS istatistiki analiz programı ile incelenmiştir.

Sağlık çalışanları muhakkak ki her toplum için en çok merhamet, şefkat ve anlayış beklenen, mesleğinde yetkin olmasının yanında yoğun stres altında kontrolünü kaybetmemesi ve bununla birlikte etkin iletişimi sürdürebilmesi beklenen bir kesimdir. Bu özellikler de öncelikli olarak kişilerin empati düzeyleriyle alakalıdır. Bunun yanında empatinin, empatiyle ilgili yapılan çalışmalardan öğrendiğimiz kadarıyla öncelikli olarak aileden öğrenilen bir tutum olduğunu bilmekteyiz(Schwarser&Taubert, 2002). Yeterli düzeyde sosyal destek almış kişilerin yüksek empati düzeyi sahibi olduğu ve yoğun stres altında çalışsa da daha etkin stresle başa çıkma stilleri geliştirebileceğini varsayarak bu çalışma yapıldı. Çalışmanın sonucunda bu varsayımları doğrulayacak şekilde; algılanan sosyal destek ve empati düzeyi arasında yüksek anlamlılıkta pozitif ilişki bulundu ($p < ,01$). Aynı zamanda algılanan sosyal destek ile stresle baş etme tarzlarının alt boyutlarından etkin baş etme yöntemi olarak görülen; kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında anlamlı pozitif, etkisiz baş etme yöntemi olarak görülen çaresiz yaklaşımla anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur($p < ,01$).

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Sevde ERDEM

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK ALANINDA HİZMET VEREN BİREYLERDE
EMPATİ DÜZEYİ, STRESLE BAŞA ÇIKMA
BECERİLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Sevde ERDEM**

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İstanbul – 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Sevde ERDEM

.../.../....



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sevde ERDEM'in Sağlık Alanında Hizmet Veren Bireylerin Empati Düzeyi, Stresle Başa Çıkma Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

(Danışman)

Üye

İmza

Doç. Dr. Öğr. Üyesi Nurhan Fıstıkçı

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

İmzası

Prof. Dr. İzzet Gümüş

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışma; sağlık alanında hizmet veren bireylerin demografik verileriyle; empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. İstanbul ilinde çalışmakta olan; 52 hekim, 92 hemşire ve 34 sağlık teknikerinden oluşan 178 sağlık çalışanının katılımıyla yapılmıştır. Çalışmada katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla “Demografik Bilgi Formu”, empati düzeylerini belirlemek için “Toronto Empati Ölçeği”, stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek için “Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği” ve sosyal destek algılarını belirlemek için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS istatistiki analiz programı ile incelenmiştir.

Sağlık çalışanları muhakkak ki her toplum için en çok merhamet, şefkat ve anlayış beklenen, mesleğinde yetkin olmasının yanında yoğun stres altında kontrolünü kaybetmemesi ve bununla birlikte etkin iletişimi sürdürebilmesi beklenen bir kesimdir. Bu özellikler de öncelikli olarak kişilerin empati düzeyleriyle alakalıdır. Bunun yanında empatinin, empatiyle ilgili yapılan çalışmalardan öğrendiğimiz kadarıyla öncelikli olarak aileden öğrenilen bir tutum olduğunu bilmekteyiz (Schwarser & Taubert, 2002). Yeterli düzeyde sosyal destek almış kişilerin yüksek empati düzeyi sahibi olduğu ve yoğun stres altında çalışsa da daha etkin stresle başa çıkma stilleri geliştirebileceğini varsayarak bu çalışma yapıldı. Çalışmanın sonucunda bu varsayımları doğrulayacak şekilde; algılanan sosyal destek ve empati düzeyi arasında yüksek anlamlılıkta pozitif ilişki bulundu ($p < ,01$). Aynı zamanda algılanan sosyal destek ile stresle baş etme tarzlarının alt boyutlarından etkin baş etme yöntemi olarak görülen; kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında anlamlı pozitif, etkisiz baş etme yöntemi olarak görülen çaresiz yaklaşımla anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur($p < ,01$).

Anahtar Kelimeler : Empati, Stresle Başa Çıkma tarzları, Algılanan Sosyal Destek

SUMMARY

The aim of this study was to examine the relationship between the demographic data of people serving in the field of Health and the level of empathy, stress coping styles and perceived level of social support. 178 health studies consisting of 52 physicians, 92 nurses and 34 health technicians working in Istanbul province were conducted. The “Demographic Data Sheet” was used to determine the participants' personal characteristics, the “Toronto empathy scale” to determine their empathy level, the “stress coping styles scale” to determine their stress-related coping styles, and the “multidimensional perceived social support scale” to determine their perception of social support. Hand-held data from participants was examined by SPSS statistical analysis program.

Health workers are expected to have the most compassion, understanding and empathy for every community, and to be competent in their profession, not to lose control of intense stress and to maintain effective communication with it. These characteristics are also primarily related to people's empathy patterns. In addition, we know that empathy is an attitude learned primarily from family with our student from studies on empathy (Schwarzer&Taubert, 2002). This study was conducted assuming that people who received adequate levels of social support had a high level of empathy and could develop more effective stress coping styles, even though intense stress worked gold. At the end of the study, a positive association in high comprehension was found between perceived social support and empathy levels to confirm these variations ($p < .01$). It is also seen as an effective coping aspect from the lower dimensions of stress coping styles with perceived social support; a significant negative association was found with the helplessness approach, which was seen as a significant positive, ineffective starting direction in the confident approach and optimistic approach ($p < .01$).

Keywords: Empathy, stress coping styles, social support

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : EMPATİ

1.1. Empati Kavramı ve Empatinin Sınıflandırılması.....	3
1.2. Empatinin Bileşenleri.....	4
1.3. Empati Kavramına Yönelik Yaklaşımlar	5
1.3.1. Çıkarsama	5
1.3.2. Rol Oynama	6
1.3.3. Heyecan Yayılması	6
1.4. Empati ile Karıştırılan Farklı Kavramlar	7
1.4.1 Sempati	7
1.4.2. Özdeşim	7
1.4.3. İçtenlik	8
1.4.4. Sezgisel Tanı	8
1.5. Empati İle İlgili Araştırmalar	9
1.5.1 Dünya’da Yapılan Araştırmalar	9
1.5.2. Ülkemizde Yapılan Araştırmalar	11

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : STRES ve BAŞA ÇIKMA KURAMLARI

2.1. Stres Kavramı.....	15
2.2. Stresi Açıklayan Kuramlar.....	16
2.2.1 Biyolojik Kuramlar	16
2.2.2. Psikolojik Kuramlar	18
2.2.3 Sosyolojik Kuramlar	20
2.2.4 Sistem Kuramı	21
2.4 Stresle Başa Çıkma Kavramını Açıklayan Kuramlar.....	23
2.4.1 Lazarus ve Folkman'ın Başa Çıkma Kavramı	23
2.4.2 Pearlin ve Schooler'un Başa Çıkma Kuramı	24
2.4.3 Moos ve Billings'in Başa Çıkma Kuramı	25
2.4.4. Carver, Scheier ve Weintraub'un Stresle Başa Çıkma Kuramı	26
2.4.5 Endler ve Parker'in Stresle Başa Çıkma Kuramı	28
2.4.6. Schwarzer ve Taubert'in Stresle Başa Çıkma Kuramı.....	29
2.5. Stresle Başa Çıkma İlgili Yapılan Çalışmalar.....	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : SOSYAL DESTEK

3.1. Sosyal Destek Kavramı.....	33
3.2. Sosyal Destek Kaynakları	33
3.3. Sosyal Destek Modelleri	34
3.4. Sosyal Desteğin İşlevleri.....	35
3.5. Algılanan Sosyal Destek	36
3.6. Sosyal Statü, Rol ve Sosyal Destek Kaynakları.....	37

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Problemi.....	39
4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	40

4.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları.....	40
4.3.1 Ön kabuller.....	40
4.4. Hipotezler.....	41
4.5. Araştırmanın Modeli.....	42
4.6. Araştırmanın Örnekleme	42
4.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	42
4.7.1. Ölçeklerin Açıklanması.....	42
4.8. Veri Analiz Teknikleri	45
4.9. Bulgular.....	46
4.9.1. Frekans Dağılımları	47
4.9.1.1. Cinsiyet	47
4.9.1.2. Yaş	48
4.9.1.3. Meslek.....	48
4.9.1.4. Medeni Durum	48
4.9.1.5. Eğitim Durumu	49
4.9.1.6. Sahip Olunan Çocuk Sayısı.....	49
4.9.1.7. Psikiyatrik Öykü	49
4.9.1.8. Çalışma Durumu	50
4.9.1.9. Mesleki Tercih	50
4.9.1.10. Katılımcının Çalışma Alanından Memnuniyeti	50
4.9.1.11. Nöbet.....	51
4.9.1.12. Bağımlı Değişkenlere Yönelik İstatistikler.....	51
4.10. Hipotezler ve Elde Edilen Sonuçların Değerlendirilmesi	52
4.10.1. Sağlık alanında hizmet veren bireylerde empatik eğilim, başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek puanları arasında ilişki var mıdır?	52
4.10.2. Cinsiyete Göre Empatik Eğilim, Stresle Başka Çıkma Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek değişmekte midir?	53
4.10.3. Yaşa göre çok boyutlu algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları farklılaşmakta mıdır?	55

4.10.4. Meslek grubuna göre empatik eğilim, algılanan sosyal destek stresle başa çıkma becerileri ve sosyal destek arama davranışı değişmekte midir?.....	58
4.10.5. Medeni duruma ilişkin analiz bulguları	61
4.10.6 Sahip Olunan Çocuk Sayısı Durumuna İlişkin Bulgular	63
4.10.7 Psikolojik öykü durumuna İlişkin bulgular.....	66
4.10.8. Mesleğini Severek Seçme Durumuna İlişkin Veriler.....	68
4.10.9. Çalışma Ortamından Memnuniyete İlişkin Analiz Bulguları	70
4.10.10. Nöbet tutmaya İlişkin Analiz Bulguları	72
4.10.11 Eğitim Durumuna İlişkin Analiz Bulguları.....	73
4.10.12. Çalışma Süresine İlişkin Bulgular.....	77
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	82
KAYNAKÇA.....	98
EKLER	104

KISALTMALAR LİSTESİ

TEÖ: Toronto Empati Ölçeği

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 : Çalışmanın Güvenilirlik Ölçeği Sonuçları.....	47
Tablo 2 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları	47
Tablo 3 : Katılımcıların yaşa ilişkin dağılımları	48
Tablo 4 : Katılımcıların mesleki dağılımı	48
Tablo 5 : Katılımcıların medeni duruma göre dağılımları	48
Tablo 6 : Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımları.....	49
Tablo 7 : Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları	49
Tablo 8 : Katılımcıların psikiyatri öyküsü açısından dağılımları	49
Tablo 9 : Katılımcıların çalışma yılına göre dağılımları	50
Tablo 10 : Katılımcıların mesleki tercih açısından dağılımları	50
Tablo 11 : Katılımcıların mesleki ortamlarından memnuniyetlerine göre dağılımları.....	50
Tablo 12 : Katılımcıların nöbet tutma açısından dağılımları	51
Tablo 13 : Bağımlı değişken ölçümlerine ait istatistikler.	51
Tablo 14 : Empatik eğilim, stresle başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek puanları için korelasyon analizi sonucu	53
Tablo 15 : Cinsiyet göre empatik eğilim, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma becerileri puanları için t test analizi sonuçları	54
Tablo 16 : Yaşa göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları.....	55
Tablo 17 : Yaşa göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 18 : Yaşa göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları	58
Tablo 19 : Meslek gruplarına göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları.....	59
Tablo 20 : Meslek gruplarına göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları	60
Tablo 21 : Mesleğe göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları	61
Tablo 22 : Medeni duruma göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları.....	62
Tablo 23 Sahip olunan çocuk sayısına göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları..	63
Tablo 24 Sahip olunan çocuk sayısına göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları.....	65

Tablo 25 Sahip olunan çocuk sayısına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları	66
Tablo 26 : Psikolojik öyküye göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları.....	67
Tablo 27 : Meslek seçim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları.....	69
Tablo 28 : Çalışma ortamından memnuniyete göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları	71
Tablo 29 : Nöbet tutmaya göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları.....	72
Tablo 30 : Eğitim düzeyine göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları.....	74
Tablo 31 : Eğitim durumuna göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları	76
Tablo 32 : Eğitim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları.....	77
Tablo 33 : Çalışma süresine göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları	78
Tablo 34 : çalışma süresine göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları	79
Tablo 35 : Çalışma süresine göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları.....	80

GİRİŞ

İnsanlar diğer canlı varlıklardan farklı olarak iletişim kurma ve geliştirme özelliğine sahiptirler. Aynı zamanda karşısındaki insanın yerine kendini koyarak empati kurma eğilimindedirler. Çatışmasız bir ilişki ve empati çaba isteyen bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Dökmen, 2005). Empati yeteneği güçlü bireler çevreleriyle daha iyi bir iletişim halinde olarak diğer bireylerle daha iyi anlaşır ve bu sayede daha az çatışma yaşarlar. Bir bireyin diğer bireylerin tutum ve davranışlarını yadırgamasının sebebinin altında empati eksiliği yer alır ve bu durum çatışma ve ayrışmalara neden olur. Çatışma sürecine giren bir bireyin empati davranışı sergilemesi düşük bir oran olarak görülmektedir. Çünkü çatışma durumuna giren bireylerin sağlıklı iletişim kurmaları zorlaşacağından, empati kurma düzeylerinde de önemli oranda azalma meydana gelmektedir (Pişkin, 1989). Empati kurabilmek, diğer bireyleri tutum ve davranışlarıyla birlikte oldukları gibi kabul etmeyi gerektirir. Bunun sonucu olarak bireyler arasında kişisel mesafenin azalması ve yakınlaşma ortaya çıkar. Empati, iletişimin olduğu birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli bir yere sahiptir. Sağlık alanında çalışan bireyler ve hasta/hasta yakını arasında empati kurulması, kalite ve verimliliği arttırmaktadır ve çatışmaları önlemektedir. Hem hastanın tıbbi sonuçlarını, hem de sağlık çalışanının iş stresini etkilemektedir. Empati becerilerinin eğitim ile geliştirilebilir olması nedeniyle iletişimin yoğun olduğu sağlık sektörü de dâhil birçok alanda empati eğitimleri verilmektedir.

Toplumsal bir varlık olan bireyler gereksinimlerini karşılayan çevre ile bütünlük kurarak hayatlarını devam ettirmektedirler (Terzi, 2008). Bu süreç literatürde algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişilerin her ortamda kendilerine özen gösterildiği, ihtiyaçları olduğunda başvuracak insanların yer aldığı, ilişkilerinde tatmin oldukları inancını kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Karadağ, 2007). Gittikçe daha fazla sayıda uzman toplum içinde ruh sağlığı bakımı (community based mental health care) yaklaşımının bir sonucu olarak, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümünü kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Araştırmacılar desteğe ihtiyacı olanlara bakmanın bakan kişiler üzerinde

yaratabileceği yük ve strese de dikkat çekmektedirler. Hastalar veya desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır (Meral & Cavkaytar, 2012).

Stresle başa çıkma becerileri, bireyin toplumsal çevresiyle iletişimi sonucunda iç ve dış dünyasının ortaya çıkardığı ihtiyaçları karşılamak, kontrolünü sağlamak, ortaya çıkardığı gerginliği azaltmak adına gösterdiği davranışsal ve bilişsel algısını tanımlamaktadır (Güler, 2004). Lazarus ve Folkman, stresle başa çıkma becerilerini kişilerin kaygı altındaki durumlara yönelik ürettiği davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar olarak ifade etmektedirler. Başa çıkma becerileri bireylerde uyumu ortaya çıkarmakta ya da uyum sağlayamadıkları durumlarda incelenmesi gereken tutumlar olarak tanımlamaktadırlar. Bireysel özellikleri göz önünde bulundurarak bireylerin stresle başa çıkmada planlı bir şekilde davranarak problemi çözmeye çalışma, sosyal destek arayışı uğraşında bulunma, stres oluşturan durum veya olaydan kaçınma, stres oluşturan durum veya olayı kendine saklama eğiliminde olma, sorumluluğu kabul ederek kendine yönelme, kadercilik ve doğaüstü güçlere inanış veya batıl inanışlarla hareket etme gibi stratejiler kullandıklarını vurgulamışlardır (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984).

Stresin önemli yer tuttuğu yaşam alanlarından biri de iş yerleridir. İş stresi, bireyin işindeki yetersizlikleriyle, fiziksel ya da psikolojik olarak yaşadığı sorunlara bağlı ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durumlardır (Clegg, 2001). Hastaneler sağlık alanında çalışanların yoğun olarak stres yaşadıkları yerlerdendir. Sağlık sorunları sebebiyle stres yaşayan hastaya bakım vermek, iş ortamından kaynaklanan stresler, çalışanlar üzerinde baskı ve zorlanmalara neden olmaktadır (Arıkan & Karabulut, 2010). Bunun sonucunda meslekten uzaklaşma, mesai saatlerine uyum güçlüğü, işe ve çalışma arkadaşlarına karşı tepkisellik, yapıcılık enerjisinde kayıp, etkili karar verme güçlüğü, yeme ve uyku düzeninde bozulma, alkol, sigara ve ilaç kullanımında artışlar görülebilmektedir (Doğan & Buldukoğlu, 1995).

Amerikan Stres Enstitüsü araştırmalarına göre yaşam süresini kısaltma ihtimali olan meslekler ve özellikleri arasında; Biyolojik ritmi bozan çalışma saatleri nedeniyle vardiyalı çalışanlar, yoğun olarak duygusal taleplere maruz kalan ve insanlarla birebir ilişki durumunda bulunan meslekler; polis, avukat, savcı, doktor, hemşire gibi mesleklerde çalışanların iş stresini daha fazla taşımaları sebebiyle yüksek riske sahiptirler.

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : EMPATİ

1.1. Empati Kavramı ve Empatinin Sınıflandırılması

Empati kavramı, gündelik hayatta sıkça kullanılması ve hayatın her alanında kendisine bir yer bulması bakımından önem arz etmektedir. Bu özelliği ile çeşitli alanlarda kullanımı hızla artan kavram birçok araştırmancının da temelini oluşturmaktadır. Genel anlamı itibariyle empati kavramı, bireyin yaşanan olaylar ve durumlar karşısında, kendisini karşısındaki bireyin yerine koyarak onu anlaması olarak tanımlanabilir.

Kavram hususunda çeşitli zaman ve alanlarda araştırmacıların empati kavramını birçok farklı şekilde tanımladığı görülmektedir. Bu bağlamda kavramın ilk kez 1897 yılında Theodor Lipps tarafından tanımlandığı görülmektedir. Lipps'e göre empati; "bir insanın kendisinin karşısındaki bir nesneye yansıtması, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi özümseyerek anlaması sürecidir" (Dökmen, 2005). Lipps'in ilk kez tanımladığı empati kavramı, 1909 yılında Edward B. Titchener tarafından bir kez daha tanımlanmıştır. Titchener'a göre empati; "diğer bir kişinin duygusal deneyimini aktif bir şekilde anlamaktır".

Kavramın tanımlanması ile başlayan söz konusu süreç, 1950'li yıllara geldiğinde ağırlıklı olarak bilimsel bir hal almış ve empati kavramı bilimsel ölçütler ışığında incelenmeye ve tanımlanmaya başlamıştır. Genel itibari ile bu yıllarda empati; bir insanın karşısındaki insanı tanınması, anlaması ve kendisini onun yerine koyarak olaylara bakması anlamında kullanılmıştır (Dökmen, 2005) 1960'lı yıllara gelmesi ile birlikte empati kavramının bilimsel yönünün yanı sıra kavramın duygusal yönü üzerinde de durulmaya başlanmıştır. Bu dönemde, bilim insanları empatiyi "karşısındaki kişinin duygusal yaşantısına katılarak verilen duygusal tepki" olarak tanımlamışlardır. Kavram, 1970'li yıllara gelindiğinde daha dar anlamda kullanılmaya başlamış; bu bağlamda genel olarak "birinin belirli bir duygusunu anlama ve bu duyguya ilişkin karşılık oluşturma" şeklinde tanımlanmıştır (Dökmen, 2005). Söz konusu tanıma göre empati kişinin kendisinden ziyade karşısındakine odaklanma hali olarak görülebilir.

Empati kavramı üzerinde çalışan ve tanımlayan bir diğer bilim insanı ise Carl Rogers'tir. Rogers'in 1970'li yıllarda yapmış olduğu çalışmalar sonucunda

oluşturduğu tanım, doktrinde çoğunluğun üzerinde uzlaşısı sağlamış olması bakımından önemlidir. Rogers'e göre empati; "bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olay ve durumlara onun bakış açısı ile bakması, o kişinin duygu ve düşüncelerini tam ve doğru olarak anlaması ve bu durumu söz konusu o kişiye aktarması sürecidir" (Akkoyun, 1982).

Becky Lynn Omdahl, 1995 yılında yapmış olduğu çalışmasında empati kavramının farklı şekillerde tanımlandığı ve bir tanım bütünlüğü olmadığı hususunda dikkat çekmiştir. Omdahl'a göre bazı yazarlar kavramı, yüksek mental işlev gerektirmeyen salt duygusal paylaşımlar olarak tanımlamaktadır ancak söz konusu bu tanım yetersizdir. Omdahl'a göre empati, "iletişimde alıcının hedef olarak karşısındaki kişiyle aynı şeyi yaşaması, benzer şeyleri hissetmesidir".

Üstün Dökmen empati kavramını karşısındaki bireyin durumunu zihinsel ve imgesel bağlamda anlamak olarak tanımlamıştır. Dökmen'e göre kişinin karşısındaki kişi ile empati kurabilmesi için gerekli olan ögeler mevcuttur. Söz konusu bu ögelerden ilki, empati kuracak kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyabilmesi ve onun bakış açısı ile bakabilmesidir. Bu bağlamda empati kurmuş sayılmak için, kişinin karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru anlaması oldukça önemlidir. Ancak yalnızca karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini anlamış olması kişinin empati kurması için yeterli değildir. Bununla birlikte empatinin temel iki bileşeni olan bilişsel ve duygusal bileşenlerin de olması beklenmektedir (Dökmen, 2005). Kişinin karşısındakinin rolüne girerek onun ne düşündüğü hakkında fikir sahibi olması empatinin bilişsel bileşeni; karşısındakinin hissettiklerini hissedebilmesi ise empatinin duygusal bileşenidir. Empati kurmak için gerekli olan bir başka öge ise, kurulan empatinin karşıdaki kişiye iletme sürecidir. Bu sayede empati karşılıklı iki kişi arasında anlam kazanmaktadır.

1.2. Empatinin Bileşenleri

Empati kavramı, psikoloji alanındaki bazı kavramlar gibi kişilere göre farklı anlamlar ifade etmektedir. Söz konusu bu farklılık empati kavramının bileşenleri hususunda daha net ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda kimi araştırmacılar empatinin üç bileşeni olduğunu savunurken, kimileri bu bileşenlerin sayısının dört olduğunu ifade etmektedirler. Kurdek ve Rodgon, 1975 yılında yapmış oldukları çalışmalarında empatinin bileşenlerini, algısal perspektif alma, bilişsel perspektif alma ve duygusal perspektif alma olarak üçe ayırmaktadır. Söz konusu düşünürlere

karşın Hofmann, 1979 yılında yapmış olduğu çalışmada empatinin, bilişsel, duygusal ve güdüsel olarak üç ana bileşeni olduğunu ifade etmektedir.

Feshbach'ın 1978 yılında yapmış olduğu çalışmada ortaya çıkardığı empatinin üç ana bileşeni olduğunu ifade ettiği modelde empatik tepki şu unsurları içermektedir: Bir başkasının duygusal durumunu teşhis edebilme yeteneği, bir başkasının bakış açısını kabul edebilme ve yahut rolünü üstelenebilme kapasitesi, paylaşılan ortak duygusal tepkinin hatırlanması unsurudur (Akkoyun, 1982). Yazara göre empatinin zihinsel olan bir ve ikinci bileşeni duygusal olan diğer bileşen ile iç içe bir yapıdadır (Akkoyun, 1982).

Bireyin karşısındaki kişinin rolünü üstlenerek onun ne düşündüğünü anlamaya çalışması bilişsel nitelikli bir etkinlik, ne hissettiğini anlamaya çalışması ve hissetmesi ise duygusal nitelikli bir etkinliktir. Bu bağlamda, bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı olarak görülebilmektedir (Dökmen, 2005). Gallo, 1989 yılında yapmış olduğu çalışmasında empatik tepkinin söz konusu bu iki unsuru da içinde barındırdığını; biri olmadan diğerinin eksik kalacağını belirtmektedir (Cotton, 1990).

1.3. Empati Kavramına Yönelik Yaklaşımlar

Cavit Ünal, 1972 yılında yapmış olduğu çalışmalarda empati kavramını “insanları anlama” olarak tanımlamaktadır. Ünal'a göre empatiyi açıklayan üç temel görüş vardır.

Bunlar: Çıkarsama, Rol oynama ve Heyecan Yayılması olarak sıralanabilir.

1.3.1. Çıkarsama

Çıkarsama yaklaşımı, bir insanın anlaşılmasının, ancak onun ortaya koyacağı fiziki ifade şekillerinin yorumlanmasıyla mümkün olabileceğini savunmaktadır. Bu bağlamda kişisel, kendi duygu, düşünce ve hislerini fiziki duruş ve hareketleri ile açığa çıkarmaktadırlar. Başka bir ifade ile bireyler iç yaşamlarındaki hislerini bedenlerine yansıtmaktadırlar (Ünal, 1972). Böylelikle bireylerin bedenlerine yansıtmış oldukları ifadeler duygu ve düşünceleri hakkında bilgi vermektedir. Bu bağlamda bireyler, başka bir insanda kendi fiziki ifadelerine benzer unsurlar gördüklerinde kendi yaşamlarından hareketle, karşısındaki birey ile içsel olarak benzer yaşantıları olduğunu düşünmekte ve bu durumu genelleştirmektedir. Başka bir ifade ile birey benzer hisler ve duygusal taşıdığını düşündüğü diğer birey ile empati kurmaktadır. Söz konusu bu görüşten hareketle çıkarsama yaklaşımı; “bir

kimsenin kendi duygu ve düşüncelerini benzer bir başkasına atfetmesi” olarak tanımlanabilir.

1.3.2. Rol Oynama

Empati kavramına yönelik bir başka yaklaşım ise, George H. Mead tarafından geliştirilmiş olan “Rol Oynama” yaklaşımıdır. Rol oynama, çevremizdeki bulunan insanları taklit etmek ve yahut kendimizi karşımızdaki insanların yerine koyarak onların görüşlerini kavramak, davranışlarını anlamlandırmak ve beklentiler geliştirmek olarak tanımlanabilmektedir (Alver, 1998). Rol oynama, gözlemlenebilen fiziki davranışları temel alır ve söz konusu bu davranışların ne şekilde anlam kazanıp yorumlanacağını araştırır.

Rol oynama yaklaşımında, empati kabiliyeti çocukluk döneminde kazanılan bir yetenektir. Başka bir ifade ile empati yeteneğinin kazanılması çocuğun kazanılması ile ilişkilidir. Bu bağlamda çocuk küçük yaşlardan itibaren taklit yeteneğine sahiptir ve çevresindeki insanları taklit eder. Başka bir ifade ile benlik kavramı henüz oluşmamış olan çocuk, öncelikle çevresinde ilk gördüğü kişilerin davranışlarını taklit eder; daha sonrasında kendisini başkalarının yerine koyarak kendisini başkasının gözüyle görmeyi öğrenir. Çocuğun söz konusu rol almaları öncelikle fizikidir. Çocuğun büyümesi ve olgunlaşması ile birlikte söz konusu bu rol almaya zihin de eşlik etmektedir. Rol alma davranışları karmaşıklaştıkça, çocuk genelleştirmeler yaparak başkalarının kendisini nasıl gördüğü ve davrandığı hususunda kavramlar oluşturmaktadır.

1.3.3. Heyecan Yayılması

Heyecan Yayılması yaklaşımı Harry Stack Sullivan tarafından geliştirilmiştir. Sullivan’a göre empati çocukluk döneminde ortaya çıkan ve gelişen bir olgudur ve temel de çocuk ile annesi arasında heyecansal bir bağın olması olarak tanımlanabilmektedir (Alver, 1998) Bu bağlamda empati, çocuk ile annesi arasında bir etkileşim sağlaması bakımından önem arz etmektedir. Yazara göre empatinin bu temelde en önemli evresi çocuğun ilk 6 ve 27. Ayları arasındadır.

Heyecan Yayılması yaklaşımına göre, kişi bir başkasının heyecan duyduğu bir olayı duygusal olarak yakalayıp aynı heyecanı duyabildiği anda empati kurulmuş olmaktadır. Freud empatinin açıklanması hususunda çıkarsama ve rol oynama görüşünü benimsemektedir. Ona göre empati, kişinin kendisine yabancı bir durum ya da olayı anlamasında rol oynayan ve kişi için heyecansal bir anlam ifade etmeyen

kişileri anlamasını sağlayan bir faaliyettir. Heyecansal önem taşıyan kişiler ise, özdeşleşme ile anlaşılabilir. Bu bağlamda Freud, empatinin zihinsel bir faaliyet olduğunu; özdeşleşmenin ise heyecansal olup bilinçdışı bir faaliyet olarak tanımlanabileceğini savunmaktadır.

1.4. Empati ile Karıştırılan Farklı Kavramlar

1.4.1 Sempati

Sempati kavramı özü itibariyle empati kavramından farklı olsa da sıklıkla bu kavram ile karıştırılmaktadır. Söz konusu bu durum her iki kavramın da bireylerin diğer bireylerin duygusal alanları üzerinde gösterilen tepki biçimleri olmasından kaynaklanmaktadır.

Wyschogrod, sempati kavramını “ortak duygu paylaşımı” olarak açıklamaktadır. Başka bir ifade ile bireylerin birbirlerinin duygu ve düşüncelerine katılma halidir. Söz konusu bu durumda bireyler arasında herhangi bir köprü kurma istemi bulunmamaktadır (Sezer & Damar, 2005). Ancak buna rağmen sempati, fikir birliği içerisinde olmaktan daha güçlü bir kavramdır. Empati kavramı ise, bireyin duygusal yaşantısına katılmakla birlikte o bireyi anlama ve onun yaşantısı içerisindeki hal ve hareketlerinin sebeplerini algılayabilmekle ilgilidir.

Sempati başkalarının duygularına katılmakla ilgiliyken, empati ise bireyin kendi duygu ve düşüncelerini dışarıda bırakarak karşısındaki bireyi anlamaya yönelmektir. Bu bağlamda her iki kavram da öznel anlamlandırma süreçlerini içermektedir.

1.4.2. Özdeşim

Özdeşim, kişinin birçok yönü ile başka bir bireyle benzerlik kurması yoluyla gerçekleşen ve bilinçdışı işleyen zihinsel bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda empati ile özdeşim arasında benzerlikler olmasına temelde her iki kavram birbirinden farklıdır.

Özdeşim, karşısındaki kişinin duygu ve düşünce durumunu anlamakla yetinmeyip söz konusu bu durumun devamlılık arz etmesi temeline dayanmaktadır. Empati de ise böyle bir devamlılık söz konusu değildir. Özdeşim, bilinçdışı gerçekleşen zihinsel bir süreç olması nedeni ile kişinin başka birine benzemesi durumudur. Başka bir ifade ile özdeşim sürecinde iki farklı birey tek bir benliği paylaşırken, empati sürecinde ise iki farklı benlik birlikte var olmaktadır. Bu

bağlamda, empati ve özdeşim süreçleri arasında yoğunluk, derinlik ve kalıcılık unsurları bakımından bariz farklılıklar bulunmaktadır.

Özdeşim kurma, bireyin bir başka kişi yahut topluluğa yaklaştığı durumlarda güçlü bir duygusal bağ sonucu ortaya çıkan kişilerarası bir süreçtir. Başka bir ifade ile özdeşim sürecinin temelinde kabul etme ve benimseme bulunmaktadır.

1.4.3. İçtenlik

Özdeşim, kişinin birçok yönü ile başka bir bireyle benzerlik kurması yoluyla gerçekleşen ve bilinçdışı işleyen zihinsel bir süreç olarak tanımlanabilir (Gülseren, 2001). Bu bağlamda empati ile özdeşim arasında benzerlikler olmasına temelde her iki kavram birbirinden farklıdır.

Özdeşim, karşısındaki kişinin duygu ve düşünce durumunu anlamakla yetinmeyip söz konusu bu durumun devamlılık arz etmesi fikrine dayanmaktadır. Empati de ise böyle bir devamlılık söz konusu değildir. Özdeşim, bilinçdışı gerçekleşen zihinsel bir süreç olması nedeni ile kişinin başka birine benzemesi durumudur. Başka bir ifade ile özdeşim sürecinde iki farklı birey tek bir benliği paylaşırken, empati sürecinde ise iki farklı benlik birlikte var olmaktadır. Bu bağlamda, empati ve özdeşim süreçleri arasında yoğunluk, derinlik ve kalıcılık unsurları bakımından bariz farklılıklar bulunmaktadır.

Özdeşim kurma, bireyin bir başka kişi yahut topluluğa yaklaştığı durumlarda güçlü bir duygusal bağ sonucu ortaya çıkan kişilerarası bir süreçtir. Başka bir ifade ile özdeşim sürecinin temelinde kabul etme ve benimseme bulunmaktadır.

1.4.4. Sezgisel Tanı

Empati ve sezgisel tanı kavramları sıklıkla karıştırılan iki kavram olmasına rağmen temelde birbirine tamamen zıt durumları açıklayan kavramlardır. Sezgisel tanı, bir kişinin gereksinim ve yönelimlerini ortaya çıkarma ve bunları düzenleme yeteneği ile ilgilidir (Akkoyun, 1982). Söz konusu bu durumda bir yaşantıyı dışarıdan bir göz ile izleme ve görüneni yorumlama söz konusudur. Başka bir ifade ile sezgisel tanı doğrudan doğruya bir değerlendirme yapılabilmesi söz konusudur. Ancak empati, her tür değerlendirmeden özellikle kaçınmaktadır.

1.5. Empati İle İlgili Araştırmalar

1.5.1 Dünya’da Yapılan Araştırmalar

Empati, birçok alanda ve birçok ülkede üzerinde sıkla çalışılan bir konu olmuştur. Söz konusu bu araştırmalar, empatinin boyutları, empati becerisi, empati ve toplumsal normların etkileşimi gibi konular üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Lipsitt’in 1993 yılında yapmış olduğu bir araştırmada empati becerisi araştırılmıştır. Temelde söz konusu araştırma annenin empati becerisi ve iletişim biçimi ile çocuğun empati becerisi arasındaki ilişkiyi ölçmeye yöneliktir. Bu çalışmada 76 katılımcı anne ve bu annelerin sekiz – dokuz yaş aralığında bulunan çocuklarının konu ile ilgili verileri incelenmiştir. Çalışma neticesinde, anne ile çocuğun empati becerileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Bununla beraber, annenin iletişim biçiminin çocuğun empatik becerisinin tahmininde sınırlı da olsa rol oynadığı ortaya konmuştur. Ayrıca alışma neticesinde annenin çocuğu destekleyici yönde iletişim biçimi kız çocukları üzerinde empatik yeteneği olumlu olarak etkilerken, emredici tarzda iletişimin erkek çocukların empatik becerileri üzerinde olumsuz etkileri bulunduğu saptanmıştır.

Empati konusu bağlamında yapılan bir başka çalışma ise, Kalliopuska tarafından yapılmış olan, empati ve ahlaki yargı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmadır (Budak, 2005). Çalışmaya dokuz – on iki yaş grubu aralığında 342 ocuk katılım sağlamıştır. Araştırma neticesinde empati ve ahlaki yargı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmış; bununla birlikte kızların empatik puanlarının erkek çocuklara oranla önemli sayılabilecek derece yüksek olduğu ve nihai olarak empati yeteneğinin yaşa bağlı oranda değişiklikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifade ile katılım sağlayan çocukların yaşları arttıkça empati yeteneklerinin de buna bağlı olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Strayer ve Roberts ise empatinin duygusal faktörlerle sosyal davranışlar ile olan etkileşimi hususunda araştırmalarda bulunmuşlardır. Bu bağlamda empati hususunda, katılımcıya ait duygusal faktörlerin ailelerine ait faktörlerle ilişkilerini saptamışlardır. Buna göre katılımcıların empatik özellikleri genel olarak ebeveynlerinden almaktadır. Başka bir ifade ile ebeveynler kendi duygusal özelliklerini çocuklarını yetiştirirken onlara aktarmaktadır. Araştırma sonucunda katılımcıya ait duygusal faktörlerin %32 oranında ebeveynleri ile olan iletişim sonucunda empati yeteneklerini şekillendirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Neuman ve arkadaşlarının yaptığı, empatide ki düşünüş nedenlerinin incelendiği, tıp öğrencilerinin ve asistanların kendi kendini değerlendirdikleri 18 araştırmanın sistematik olarak incelendiği bir çalışmada empatide ki düşünüşün iki temel nedeni olduğu belirlenmiştir. İlk neden olarak hasta temasının başlamasıyla birlikte klinik uygulama aşamasının empatide ki düşünüşe neden olduğu bulunmuş, ikinci olarak da stresin etkili olduğu bulunmuştur (Neumann & Ark., 2011).

Hekimlerin empati gelişimlerini neyin teşvik ettiğine ve engellediğine bununla birlikte empati gelişimi için tıp eğitimlerinde neyin etkili olduğuna dair algılarını ölçmek için yapılan niteliksel bir çalışmada; genel olarak tıp eğitimi empatinin gelişimini desteklemediği, bakımın psiko-sosyal boyutlarını tanımanın empatiyi geliştirdiği, tıbbi uygulamalarda hastalarla etkileşimin empatiyi arttırdığı, doktorların kişisel gelişimleri için yaptıkları faaliyetlerin empatinin gelişmesine yardımcı olduğu, meslektaşlarla olan etkileşimlerde empatik ve empatik olmayan davranışın rol modelleme yoluyla empatiyi hem teşvik edebildiği hem de engelleyebildiği, stres, zaman baskısı ve olumsuz çalışma koşulları empati gelişimine zarar verdiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Arhweiler & Ark., 2014).

Peru'da bir Tıp Fakültesi'nde yürütülen bir çalışma yarı deneysel bir tasarım izlendi. Çalışma, tıbbi semiyoloji üzerine 4 aylık (17 hafta) bir kursa başlayan üçüncü sınıf tıp öğrencilerinin iki grubunu içeriyordu. Bunlardan 269 öğrenci (her iki gruba kayıtlı tüm öğrenci sayısının% 92'si) katılmayı kabul etti. Tıbbi semiyoloji (göstergebilim), tanılamaya ve sonucu kestirmeye yarayacak yargılara varmak ereğiyle, hastalıkların belirtilerini inceleyen hekimlik dalıdır. Kursun temel amacı, öğrencilerin klinik konsültasyonlara katılan hastalarda semptomları ve klinik belirtileri yorumlama becerisi kazanabilmeleridir. Bu eğitimin içeriğinde teorik dersler, klinikte hasta görme pratiğinin yanında sınıf ortamında rol modelleme, simülasyon tabanlı metodolojiler, gerçek klinik ortamlara eğitimli ziyaretler, çalıştaylar ve tartışma grupları, anlatılar bulunmaktaydı. Derslerin ilk haftasında (1. hafta), tüm öğrenciler araştırma ekibinin bir parçası olan harici bir fakülte liderliğinde bir çalışmaya davet edildi. Bu etkinlik sırasında ilk veriler anket yoluyla toplandı. Derslerin son haftasında (17. hafta) katılımcılara ilki ile aynı ikinci bir anket verildi. Tıp öğrencilerinin empatik eğilimi bu toplanan veriler üzerinden Jefferson Empati Ölçeği ile birleştirilerek analiz edildi. Sonuç olarak empatinin eğitim sonunda anlamlı düzeyde geliştiği tespit edildi. Cinsiyet gruplarına göre empati konusundaki farklılıklar bulundu, çalışmanın başında kadın tıp öğrencileri

empati konusunda daha yüksek puanlar aldılar ($p = 0.004$; $r = 0.20$) ve daha iyi dinleyiciler oldukları tespit edildi ($p = 0.003$; $r = 0.20$). Bununla birlikte, çalışmanın sonunda erkeklerde de empati düzeyi iyi düzeyde gelişti ve aralarında ki farklılıklar önemsiz hale geldi. Dahası, bu gelişme her iki cinste de gözlemlendi, ancak bazı küçük farklılıklar vardı: erkek öğrencilerde dinleme becerilerindeki gelişme daha iyi bir gelişim gösterdi; kız öğrencilerin anlama becerileri (“zihin gözü”) ise daha iyi bir gelişim ortaya koymuştur. Bu tür küçük farklılıklar muhtemelen empatik bir tepkiyle ilişkili belirli cinsiyet farklılıklarıyla ilgilidir.

Peru’da 818 tıp öğrencisinden oluşan bir örnekleme, öğrencilerin aile ortamlarında ki yalnızlık algısının Empati, Takım Çalışması ve Yaşam Boyu Öğrenme üzerindeki etkisi araştırıldı. Aile ortamını karakterize etmek için anne-oğul ve baba-oğul ilişkileri ve aile yalnızlığı ölçüldü. Aile yalnızlığı empati, takım çalışması ve öğrenme ölçüleriyle negatif bir ilişki göstermiştir. Anne ile olumlu bir ilişkiye sahip olmak, örneklemin tamamında daha büyük bir empati ve öğrenme becerisi gelişimi ile ilişkilendirilirken, baba-oğul ilişkilerinde sadece özel tıp fakültesi grubunda benzer bir etki gözlemlendi. Bu bulgular, aile yalnızlığının tıp profesyonelliğinin gelişimine ne kadar zararlı olduğunu doğrulamıştır(Berduzco-Torres ve ark., 2020)

Sonuç olarak, bu bulgular, mesleki bir yeterlilik olarak empatinin yeterli bir eğitimle değişmeye yatkınlığını destekleyen ampirik kanıtlar sunmaktadır. Aynı zamanda, klinik ortamlarda iletişim becerilerine ve anlama becerilerine odaklanan hedefli bir metodolojinin tıp öğrencilerinde empatinin artırılması üzerindeki olumlu etkisine işaret etmektedir (Lissett & Ark, 2020).

Konu özelinde, dünyada birçok alanda ve birçok farklı örnekleme yapılmış araştırmaları bulmak mümkündür.

1.5.2. Ülkemizde Yapılan Araştırmalar

Dökmen, 1987 yılında yapmış olduğu bir araştırmasında empati kurabilme yeteneği ile sosyometrik statü arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Araştırmanın örnekleme Ankara Üniversitesi’nde eğitim görmekte olan 51 öğrenci olarak belirlenmiştir. Söz konusu bu çalışmada, araştırma konusu unsurların ölçümü için öğrencilere açık uçlu soruların yer aldığı ölçekler kullanılmıştır (Dökmen, 2005). Araştırma sonucunda elde edilen veriler ile sosyometrik statü ve empati yeteneği

arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Dökmen, bu araştırmadan bir yıl sonra empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve geliştirilmesi hususunda başka bir çalışma olarak yine Ankara Üniversitesi'nde eğitim alan 40 öğrenci ile çalışmıştır. Çalışmaya katılım sağlayan 40 öğrencinin, 20'si deney geri kalan 20'si ise kontrol grubu olarak sınıflandırılmıştır. Deney grubuna dâhil öğrenciler ile 14 psikodrama seansı yapılırken; kontrol grubuna dâhil olan öğrenciler ile eğitsel rehberlik seansı yapılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilere uygulamanın başında ve sonunda iki defa araştırmacı tarafından geliştirilen Empati Beceri Ölçeği-B Formu ve Empatik Eğilim Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma nihayetinde, deney grubuna dâhil öğrencilerin empati yeteneğinde sınırlı bir artış görülmüş ancak empatik eğilimlerinde farklılığa rastlanmamıştır (Dökmen, 2005).

Pişkin, 1989 yılında kişilerarası iletişimde çatışma eğilimi ve kaygı düzeyleri arasında bir ilişki bulunup bulunmadığını incelemiş ve veri aracı olarak Dökmen'in "Empatik Eğilim Ölçeği" ve "Çatışma Eğilimi Ölçeği"ni kullanmıştır (Pişkin, 1989). Araştırma, Ankara Üniversitesi'nde eğitim alan 118 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda, öğrencilerin empatik eğilim sonuçları ile sürekli kaygı sonuçları arasında olumsuz bir sonuç elde edilmiş; bununla birlikte empatik eğilim sonuçları ve çatışma sonuçları arasında da negatif bir etki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pişkin, 1989). Çalışmadan elde edilen bir başka sonuç ise, öğrencilerin çatışma eğilimi sonuçları ile sürekli kaygı sonuçları arasında pozitif yönde bir ilişki olması durumudur.

Kaygı ve empati ilişkisini inceleyen bir başka bilim insanı ise Akçalı'dır. Akçalı, psikolojik danışma eğitiminin empati becerisinin gelişmesini olumlu yönde etkilediği, durağanlık ve sürekli kaygı durumunun ise bir etkisinin bulunmadığını ifade etmektedir (Akçalı, 1991). Tanrıdağ, 1993 yılında ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan 89 psikiyatrist, 86 psikolog, 28 psikolojik danışman ve 61 sosyal hizmetler uzmanı ile çalışmış ve empatik eğilim ve empati becerisi düzeyini araştırmıştır. Araştırma nihayetinde, psikolojik danışmanların empati düzeyinin diğer meslek gruplarına nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte değişik meslek gruplarındaki kişilerin cinsiyetlerinin empatik eğilim düzeyi üzerinde önemli bir farklılığa neden olduğunu, ancak empatik beceride farklılığın önemli olmadığını belirlemiştir. Ayrıca katılımcıların öğretim düzeylerinin empatik beceri ve eğilim üzerinde anlamlı bir farklılığa yol açtığını ve bu farklılığın lisansüstü eğitimin lehine olduğunu saptamıştır.

Lisans düzeyinde sağlık eğitimi gören 742 niversite öğrencisinin örneklem olarak alındığı bu çalışmada, sosyal destek, empatik eğilim ve empatik beceri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada algılanan sosyal destek ile empatik eğilim ve empatik beceri arasında ilişki bulunmuştur (Yiğitbaş & Ark., 2019).

Akgün'n Tıp Fakültesi'nde eğitim gören öğrencilerle yaptığı çalışmada tıp ğrencilerinin empati düzeylerini tespit etmek ve tıp eğitiminin empati becerilerinin gelişimi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Sonuç olarak çalışmaya katılan öğrencilerin hekimlik empati becerileri, beklenenin aksine tıp eğitimi süresince azalma göstermektedir (Akgün, 2019).

Baş'ın yaptığı çalışmada tıpta uzmanlık ğrencilerinin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin karşılaştırılması, empatinin uzmanlık eğitimi boyunca değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Toronto Empati leği (TE) puan ortalaması $52,08\pm 6,16$ bulunmuştur. TE puanlarının kadınlarda erkeklere göre, 35 yaş ve üzeri hekimlerde 24-29 yaştakilere göre, 4 ve 5. yılındaki asistan hekimlerde 1 ve 2. yılındaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. JPSE-HP puanlarının ise çalışma ortamından memnun olanlarda, haftalık çalışma saati 40 saat ve altında olan, kendisinin kronik bir hastalığı bulunan asistan hekimlerde, bulunmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Asistan hekimlerde genel empati düzeyi nispeten sabit kalırken klinik empati düzeyleri asistanlık süresi uzadıkka düştüğü bulunmuştur (Mengi Baş, 2020).

Altınoluk'un hemşire/ebelerle yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerinden bir tanesi de empati yoksunluğu olabilir mi, empatik davranışlar sonradan kazanılabilir mi, sağlık çalışanlarına empati ile ilgili verilecek eğitimlerin mesleki kazanımlarına katkısı olur mu gibi soruların cevapları aranmıştır. Empatik Eğilim leği ve Empatik Beceri leği demografik verilerle beraber incelenmiştir (Altınoluk, 2014). Çalışanların yaşları arttıkça empatik eğilim puanlarının da arttığı gözlenmiştir. empatik eğilimin 50 yaş ve üzerinde tekrar düştüğü görülmektedir. Evli olanların empatik eğilim puan ortalamalarının, bekâr olanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Evli bir bayanın anne, gelin, komşu gibi birçok kimliği vardır. Her bir kimlik farklı iletişim teknikleri gerektirir. Bu iletişim teknikleri ise empatik bakış açısının gelişimine faydalı olur. ocuk sahibi olanların, ocuk sahibi olmayanlara göre empatik eğilim puan ortalamalarının yüksek

olduğu görülmektedir. Düzensiz Şekilde vardiyalı mesai çalışanların sürekli 8-17 Şeklinde alıŐanlara göre empatik eğilim puanları daha yüksek çıkmıŐtır. Çalışma ortamından memnun olanların, memnun olmayanlara göre empatik eğilim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Memnun ve çok memnun olanların empatik eğilim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Buna göre, hemşirelerin meslekten memnun olma düzeyleri empatik eğilim puan ortalamalarını etkilemektedir. İŐini severek yapan kişiler hastalarıyla daha etkili bir empatik iletişim kurabilir. Yaptığı işten mutluluk duyan kişiler çalışma temposunu da arttırabilir. Hastalarından olumlu geri dönüŐler alan sağlık çalışanı bunu işe daha fazla odaklanarak mesleki baŐarısı yükseltebilir. Lisans ya da yüksek lisans mezunlarının empatik eğilim puan ortalamalarının, diğer öğrenim kurumlarından mezun olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlenmiştir. Ancak n lisans mezunlarının sağlık meslek lisesi mezunlarına göre daha düşük puan aldıkları gözlenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : STRES ve BAŞA ÇIKMA KURAMLARI

2.1. Stres Kavramı

Stresin endemik bir hastalık olarak hayatımızın bir parçası olduğu varsayımı kabul edilen bir olgudur (WHO, 1995.).

Stres kavramı, temel anlamda zorlanma, baskı, gerginlik gibi kavramları karşılayan bir anlam taşımaktadır. Bununla beraber stres kavramı, farklı zamanlarda farklı anlamlarda da kullanılmıştır. Buna göre stres, 17. yüzyılda keder, üzüntü, dert, elem gibi anlamlara karşılık gelirken; 18. yüzyılın sonraları ve 19. yüzyılda, bir nesneye, kişiye yahut bir ruhsal yapıya karşı güçlük, baskı ve zorlanma olarak kullanılmıştır.

Stres kavramı bilimsel sahanın birçok alanında araştırma konusu olmuş ve her disiplin kendi özelinde araştırmalarda bulunmuştur. Stres kavramı üzerinde çalışma sağlayan ilk disiplin fizik'tir. Bu bağlamda stres kavramına yönelik ilk çalışmanın 17. yüzyılın sonlarında Robert Hooke tarafından yapılan ve elastik malzemelerin dışarıdan uygulanan kuvvete karşı verdikleri tepkiyi ölçen çalışma olduğu söylenebilmektedir. Hooke, yapının ağırlığına yük, yükün oluşturduğu baskıya stres, hem yük hem de stres nedeni ile oluşan deformasyona ise zorlanma adını vermiştir.

20. yüzyılın başlarında stres fiziolojisi kavramı ortaya çıkmış; Walter Cannon ve Hans Selye tarafından araştırma konusu olmuştur. Bu bağlamda Cannon, sinir sisteminin “savaş yahut kaç” tepisini; Selye ise, stres yanıtının ana aracısı olan glukokortikoidleri ilk kez tanımlamıştır (Sapolsky, 2015). Selye stresi, organizmanın kendisine olan herhangi bir tepkiye vermiş olduğu spesifik olmayan tepki olarak tanımlamıştır (Sapolsky, 2015). Cannon'a göre ise stres, canlının doğal dengesinin dış etkenler tarafından bozulması ile ortaya çıkan durumdur. Lazarus ve Folkman'a göre stres, bireyin kendisi ile çevresi arasında bulunan iletişim ve ilişki kaynaklarının belirli sebeplerle zorlanması durumunda mevcut bulunan durumun negatif yönde etkilenmesi halidir (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984). Zaman içerisinde yapılan birçok çalışma stres kavramın farklı disiplinler ve farklı görüşlerle temel özelliklerini ortaya koymuş ve stresi farklı şekillerde tanımlamıştır. Bu bağlamda stres; beden ve zihnin bozulan dengesini tekrar dengeye almasına yardım eden bir enerji olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir ifade ile stres, canlının

yaşamsal tehdit algıladığı durumlarda ortaya çıkan ve hayatını koruyup devam ettirebilmesini sağlayan güçtür. Canlının hayatını idame ettirebilmesi bir takım ihtiyaçlarını karşılayabilmesine bağlıdır. Bunlar, besin, su, cinsellik gibi temel fizyolojik ihtiyaçlar olduğu gibi bunların yanı sıra güvende olma, değerli hissetme, sosyalleşme gibi psikolojik ihtiyaçlardır.

Psikolojik ihtiyaçlarla ilişkilendirilmiş ve bu yönü ile “hayati” olarak görülen ancak hayati olmayan ihtiyaçlar da mevcuttur. Genel itibari ile bu tür ihtiyaçlara “istek” denir (Şahin N. H., 2013). İstekler, birey tarafından hayati ihtiyaçlar olarak algılanır ve gerçekleştirilmesi gerekli görülür. Ancak çoğu zaman bu türden ihtiyaçların gerçekleştirilmesi zordur ve bu durum bireyde stres birikimine yol açmaktadır. Söz konusu bu stresin birikimi “kronik stres” olarak ortaya çıkar ve bireye hem fiziksel hem de ruhsal açıdan zarar verir.

Stres kavramı ve etkileri üzerine birçok kuram oluşturulmuştur. Çalışmanın devamında bu kuramlar detaylı olarak açıklanmaya çalışılacaktır.

2.2. Stresi Açıklayan Kuramlar

2.2.1 Biyolojik Kuramlar

Biyolojik Kuram Hans Selye tarafından üç temel başlık altında açıklanmış temel stres kuramlarındandır. Selye’ye göre stres, “Genel Adapte Sendromu”, “Genetik – Yapısalcı Kuram” ve “Stres Yatkınlığı Kuramı” ile açıklanabilmektedir (Selye, 1965).

Genel Adapte Sendromu, psikolojik stres ve stresle başa çıkabilme kavramlarının fizyoloji bilimi ile açıklanması olarak tanımlanabilmektedir. Bu bağlamda düşünür, çeşitli değişkenlerin bulunduğu bir laboratuvar ortamında fareler ile çalışmıştır. Fareler, ısı, ışık, sıcaklık, basınç gibi değişkenlere maruz bırakılmış ve çalışma süresince bu değişkenler üzerindeki yoğunluk artırılıp azaltılmıştır. Söz konusu bu stres unsurlarına maruz kalan farelerin tepkileri gözlemlenmiş ve uyarıcıların çeşidi fark etmeksizin farelerin tüm uyarıcılara benzer tepkiler verdiği görülmüştür (Lazarus, From psychological stress to the emotions: A history of changing, 1993). Çalışmanın sonucu olarak Selye, organizmanın stresli durum ve olaylar karşısında bir takım fiziksel tepkiler verdiği sonucuna ulaşmıştır. Bu tepkiler; kalp atışının hızlanması, terleme, titreme, sıkıntı, bulantı, yorgunluk, halsizlik, mide sorunları olarak sıralanabilir. Ancak stres, yalnızca söz konusu bu tepkilerle ilgili değildir. Bu tepkilere uyum sağlama süreci ile de bağlantılıdır. Bu bağlamda Genel

Adapte Sendromu üç aşamada değerlendirilebilmektedir. İlk aşama, canlının tehdidi algıladığı ve tüm gücünü harekete geçirdiği aşamadır. Bu aşama “alarm tepkisi” olarak adlandırılabilir. İkinci aşama ise, canlının algılanan tehdit karşısında harekete geçtiği, başka bir ifade ile “direnc tepkisi” gösterdiği aşamadır. Canlı, tehdit karşısında kendisini koruma adına mücadele göstermeye başlar ve kazanamadığı sürece direnc tepkisinde artış görülür. Üçüncü ve son aşama ise, mücadeleyi kazanamadığı halde ortaya çıkan “tükenmişlik tepkisi” aşamasıdır. Bu aşamada canlı, tehlide karşı tüm gücünü kullanmış durumdadır. Söz konusu bu durum fizyolojik yıpranmaya ve bunun sonucu olarak stres kaynaklı bir takım tepkilerin ortaya çıkmasına neden olur.

Selye, stresi “iyi” ve “kötü” olmak üzere iki ayrı şekilde ele almıştır. Buna göre iyi stres, pozitif duygu ve sağlıklı fiziksel yapı ile ilgiliyken; kötü stres, sıkıntılı ve negatif duygular ve rahatsız edici fiziksel durumlarla ilişkilidir (Lazarus, From psychological stres to the emotions: A history of changing, 1993). Kötü strese maruz kalma durumunda canlının stres savunma mekanizması devreye girer ve bir takım fiziksel tepkiler ortaya çıkar. Canlı organizmada “adrenokortikotropik” hormon salınımında ve bunun sonucu olarak adrenal kortekste uyarılma düzeyinde artış görülür. Söz konusu bu hormonlar faydalı olmakla beraber, salınım düzeylerine göre mide- bağırsak hastalıklarına yol açabilmektedirler. Fareler üzerinde yapılan çalışma sırasında, farelerin stres unsuru karşısında adrenal bezlerinde büyüme ve midelerinde ülser gözlemlenmiştir. Ortaya çıkan bu durum stresin canlı üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkarması olarak yorumlanabilmektedir. Olumsuz sonuçların devamlılığı kronik strese işaret etmekte ve kronik stres canlının ruh sağlığı üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu bağlamda kronik stres, olumsuz nörobiyolojik süreçler ortaya çıkarması nedeni ile depresyon ve ilerleyen durumlarda çeşitli bağımlılıklara ve şizofreniye temel oluşturabilmektedir.

Selye'nin stres kavramını kuramsallaştırdığı bir başka görüş ise, “Yapısal – Genetik Kuram” görüşüdür. Yapısal – Genetik kuram Fuller ve Thampson tarafından öne sürülmüş; Selye tarafından geliştirilmiştir. Buna göre, canlının genetik yapısı ve bazı fiziksel özellikleri stres stresle baş edebilmesi üzerinde önemli bir unsurdur (Akman, 2004). Diğer bir düşünür Rice'a göre ise, genetik yapı, canlının sinir sistemi üzerinde etkilidir ve stres karşısında “savaş yahut kaç” tepkisinden sinir sistemi sorumludur. Bu bağlamda, canlının stres ve strese karşı durma durumu genetik faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Başka bir ifade ile her canlının stres

karşısında direnç durumu birbirinden farklıdır ve bu durumun temel nedeni genetik kodlamalarının birbirinden farklı olmasından kaynaklanır.

Strese Yatkinlığı Kuramı, Genel Adapte Sendromu ve Yapısal – Genetik kuramın bir sentezidir. Bu kurama göre, genetik özellikler ve çevresel etkiler birbirleri ile etkileşen ve birbirlerini tamamlayan unsurlardır (Şahin N. H., 2013). Canlıların stres karşısındaki tepkilerinde hem çevrenin hem de genetik özelliklerinin etkisi oldukça fazladır. Bireyin, genetik olarak çevresel faktörlerden daha fazla etkilenme eğilimi olabilmektedir. Bazı bireysel ise, çevresel faktörlerden daha az etkilenme; strese karşı daha dirençli olabilme eğilimi gösterebilmektedirler. Dolayısıyla, çevresel etmenlerden fazlaca etkilenen bireylerin kronik stresin etkilerinden de fazlaca etkilendiği söylenebilmektedir.

2.2.2. Psikolojik Kuramlar

Psikolojik kuramların temelinde Freud'un "Psikodinamik Kuram"ıdır. Bu kurama göre, stres bireyin bastırılmış istek ve arzularının çevreye nasıl yansıtacağı hususunda yaşamış olduğu gerginliktir. Freud'a göre söz konusu bu gerginliği açıklayan 3 tip anksiyete vardır. Bunlar; nesnel, nevrotik veya travmatik ve ahlaki anksiyete olarak sıralanabilmektedir (Akman, 2004). Bu bağlamda, canlıların yaşamını tehdit altında hissettiği anlarda gerçek bir tehlikenin varlığı halinde ortaya çıkan anksiyete durumu nesnel anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Travmatik ya da nevrotik anksiyete, canlıların içsel olarak oluşturduğu bastırılmış duygularının temelinde olduğu davranışların etkisiyle yaşanan cezalandırma korkusu olarak tanımlanabilmektedir. Ahlaki anksiyete ise, doğrudan canlıların vicdani ile ilgili olup kendi ahlaki değerlerine ters düşmesi durumunda yaşamış olduğu gerginlik olarak tanımlanabilmektedir.

Psikolojik kuramlar içerisinde yer alan ve stres kavramını açıklayan bir başka kuram ise; İvan Pavlov'un "öğrenme kuramı"dır. Öğrenme kuramı kapsamında stres, "klasik koşullanma" ve "edimsel koşullanma" kavramları ile açıklanmaktadır (Akman, 2004). Klasik koşullanma kavramı ile ilgili ilk ve en önemli çalışma Pavlov'un köpekler üzerinde yapmış olduğu çalışmadır. Söz konusu bu çalışmanın bir benzerini davranışçı ekolün kurucularından Watson'da yapmış ve çalışmasında 11 aylık beyaz fareleri kullanmıştır. Her iki düşünürün yapmış olduğu çalışmalar neticesinde öğrenme kuramı, yetişkinlikte var olan kaygı, korku, nefret gibi olumsuz duyguların temelinde erken çocukluk döneminde edinilen bilgi ve koşullanmaların

bir neticesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifadeyle, yaşam boyu zaman içerisinde edinilen bilgiler ve koşullanmalar evre ile olan etkileşim neticesinde ortaya çıkmaktadır. Canlı herhangi bir Őeyden korktuğu zaman içsel bir gerilim yaşamaktadır ve davranışsal olarak bazı tepkilere (kaçma, saklanma, saldırma) eğilim göstermektedir. Söz konusu bu durumda duygusal tepkiler de oluşturmakta ve bu tepkileri çevreye öfke, korku gibi olgularla yansıtılmaktadır. Nihai olarak, canlı söz konusu stres unsurlarını ntrleştiremediği durumlarda stres belirtileri göstermeye devam edecektir.

Psikolojik kuramlar içerisinde yer alan bir başka kuram ise, Lazarus'un "transaksiyonel kuram" olarak adlandırdığı kuramdır. Söz konusu bu kurama göre evre ve birey etkileşimi sonucu stres kavramı ortaya çıkmaktadır. Buna göre stres kavramı tanımlanırken fizyolojik süreçlerden çok psikolojik süreçlere odaklanmak gereklidir. Bu bağlamda Lazarus, stresi tanımlarken psikolojik olarak neyin yük veya tehdit olduğu üzerinde durmuştur. Transaksiyonel kuram stresi tanımlarken 4 temel kavram üzerinde durmuş ve bu kavramlara özellikle vurgu yapmaktadır. Bu kavramlardan ilki "içsel ve dışsal nedenler" olarak belirtilebilir. İçsel ve dışsal kavramlar, evre ve insan ilişkisi olarak tanımlanabilmektedir. İkinici kavram ise "değerlendirme"dir. Kurama göre değerlendirme kavramı, zihin tarafından neyin tehdit yahut neyin zararsız olduğunun analizinin yapılması sürecidir. Kuramın özellikle vurgu yaptığı kavramlardan bir diğerisi ise "başa çıkma" kavramıdır. Buna göre başa çıkma kavramı, canlının stresli durum ve olaylar karşısında söz konusu durumu zihinsel olarak ne denli yönetebildiği hususudur. Kuramın önem verdiği son kavram ise "stres tepkisi" kavramıdır.

Stres tepkisi, mevcut stres unsurunun zihin ve beden üzerindeki etkileri olarak tanımlanabilmektedir. Transaksiyonel kuramın temelinde, bilişsel değerlendirme süreci yer almaktadır. Bu süreç, bireylerin kişisel iyilik durumları için sürekli değerlendirme yaptıkları evrensel bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Lazarus, From psychological stres to the emotions: A history of changing, 1993). Psikolojik stresin birey – evre ilişkisinden ortaya çıkan bir tepki olduğu fikrinden hareketle bilişsel değerlendirmenin bireyin iyilik hali üzerinde etkisinin önemli olduğu savunulabilir. Bu bağlamda iyilik halinin devamının sağlanabilmesi adına önem arz eden bilişsel değerlendirme 3 farklı biçime sahiptir. Bunlar birincil ve ikincil değerlendirme ve yeniden değerlendirme olarak sıralanabilmektedir (Lazarus, From psychological stres to the emotions: A history of changing, 1993). Birincil

değerlendirmenin temel amacı bir olayın stres unsuru taşıyıp taşımadığının tespit edilmesidir. İkincil değerlendirme ise, tespit edilen stres unsurunun analiz edilmesi süreci ile ilgilidir. Yeniden değerlendirme ise bireyin ne sıklıkla bu durumla karşılaştığı ile ilgilidir ve deneyim düzeyini ifade eder (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984). Dolayısıyla bu üç sürecin sonunda bireyin algısı, olayları ve durumları yorumlama şeklinin stres unsurlarından bağımsız olmadığı ortaya çıkmaktadır. Buna göre, değerlendirme süreçlerinin stresle başa çıkma tepkilerini şekillendirdiği sonucuna ulaşılmaktadır (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984).

2.2.3 Sosyolojik Kuramlar

Sosyolojik Kuram'ın ilk örneği 1959 yılında Dahrendorf tarafından geliştirilen “sosyal stres kuramı”dır. Söz konusu kuram toplum ve toplumsal olaylarla ilgilidir. Buna göre, toplumsal kurallara uymak ve bu uyum konusunda baskılanmış hissetmek, sosyal çatışmalar, sosyal ve toplumsal değişimler, yaşam koşullarında meydana gelen ani yükseliş yahut düşüşler çatışmalara yol açar ve bunun sonucu olarak bireyde strese neden olur. Kuram, bireyin içsel durumundan çok içerisinde yer aldığı topluma ve buna bağlı dış etkenlere odaklanması bakımından bahsi geçen diğer kuramlardan ayrılmaktadır.

Sosyolojik kuramlar arasında yer alan bir diğer kuram ise, “psikosomatik kuram”dır. Temel argümanlarını Socrates ve Epictetus'un savlarından alan kuram, zihin ve beden arasındaki etkileşimin bir bütün olduğunu savunmaktadır. Başka bir ifade ile bireyler yalnızca zihinsel yahut fiziksel olarak strese girmezler. Bireyler, olaylara zihinsel olarak anlamlar yüklemekte ve bu anlamlardan çıkarılan sonuçlara göre fizyolojik olarak stres tepkileri gösterebilmektedir. Stres tepkisinin sonuçları fizyolojik özellikler taşıyabilmektedir. Lachman'a göre, zihin ve bedensel etkileşim sonucu ortaya çıkan stres tepkisi ne denli uzun olursa psikosomatik bir bozukluğa dönüşme olasılığı da o denli artmaktadır. Stovya'ya göre ise, stres tepkisi ne kadar çok tekrarlanırsa yahut ne kadar uzun sürerse fiziksel olumsuzlukların gelişimi de bu yönde artış gösterecektir. Böyle bir durumda stres tepkisi nötrleştirilemezse stres birikim gösterir ve bedene zarar veren süreç hız kazanır. Nihai olarak bu durum fiziksel hastalıklara dahi yol açabilmektedir.

Sosyolojik kuramlar arasında gösterilebilecek son kuram “kişilerarası nörobiyoloji kuramı”dır. Kuram Daniel Siegel, Allen Schore ve Louis Cozolino

tarafından geliştirilmiş disiplinler arası bir kuram olma özelliği taşımaktadır. Bu bağlamda, beyin nöroplastisine dair bilimsel bulgular temeline dayanan kuram bağlanma kuramı, öğrenme kuramı, varoluştu kuram gibi felsefe temelli kuramlardan da özellikler taşımaktadır (Siegel, 2012). Söz konusu kurama göre stres, insan beyninin doğum öncesi ve doğum sonrası süreçlerde insan beyninin gelişmesi ve şekillenmesi ile yakından ilgilidir (Siegel, 2012). Stresin insan gelişimine faydalı bir şekilde ortaya çıkabilmesi için beynin sağ ve sol bölümlerinin bununla beraber alt, üst ve orta katmanlarının hem kendi içerisinde hem de birbirleri ile uyumlu çalışması gerekmektedir (Siegel, 2012).

Kişilerarası Nörobiyoloji kuramına göre stres tepkileri ve stresin algılanma biçimi yaşam deneyimleri yoluyla oluşur ve gelişir. Başka bir ifade ile beynin katmanlarının sağlıklı gelişimi stresin algılanmasında ve strese karşı tepki oluşturulmasında önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu kuram, bireylerin işlevsel olmayan Duygu, düşünce ve davranışlarını beynin nöroplastisite özelliği sayesinde tespit edilip değiştirilebileceğini öne sürmektedir (Siegel, 2012).

2.2.4 Sistem Kuramı

Sistem kuramı Miller tarafından 1978 yılında önerilmiş bir kuramdır. Buna göre, canlı sistemler 8 hiyerarşik düzey yapısını sınıflandırmaktadır. Söz konusu bu düzeyler; hücre, organ, organizma, grup, organizasyon, topluluk, toplum ve ulus üstü sistemler olarak açıklanabilmektedir. Kurama göre stres, sisteme dâhil olan yahut sistemden ayrılan her tür madde, enerji veyahut bilginin aşırı olması, yetersiz olması ya da uyumsuz olması hallerinde dengesizleşen sistemin tekrar denge kurabilmek açısından uyum sağlaması süreci olarak tanımlanabilir. Steinberg ve Ritzmann, yaptıkları çalışmalarında sistem kuramının şu özellikleri üzerinde özellikle durmuşlar ve yeni tanımlamalar yapmışlardır. Buna göre gerilim; stresin sistemin bütününe ya da alt sistemlere etki etmesidir. Sistem içerisindeki maddenin eksilmesi halinde sistem içerisinde baskı ortaya çıkmaktadır. Sistemin yeniden denge bulmak ve gerilimi azaltmak adına tükettiği enerjiyi güç sarf etme olarak tanımlamak mümkündür. Gerilim ve güç sarf etme süreçlerini de içerisinde barındıran bir başka kavram “rahatsızlık” kavramıdır ve stresin organizmadaki psikolojik boyutunu ifade etmektedir. Rahatsızlık kavramından sonra gelişen kavram “direnc” kavramıdır ve organizmanın strese karşı dengesini sürdürebilme kapasitesini ifade etmektedir.

Toparlanma ve uyum süreci olarak adlandırılabilir son kavramlar organizmanın stres karşısında uyum sağlama süreci olarak tanımlanabilir.

Sistemlerin varlığını devam ettirebilmesi iç ve dış değişkenlerinin tamamının dengede kalması ile mümkündür. Dengede kalma olgusu üç farklı şekilde gerçekleşebilmektedir. Bunlar; biyolojik denge, psikolojik denge ve bilişsel dengedir. Bu üç durumdan herhangi birinde gelişecek bir denge sorunu tüm sistemi etkilemesi bakımından önemlidir. Geçici olarak bozulan denge, organizmada hareketlilik sağlar ve organizmaya değişim ve gelişim fırsatı olarak geri döner. Söz konusu bu durum stresin faydalı kullanımı olarak nitelendirilebilir.

2.3. Stresle Başa Çıkma Kavramı

Stres kavramının bilimsel çalışmalara konu olmaya başlamasından itibaren, düşünürler bir başka kavram üzerinde düşünmeye başlamışlardır. Canlı için ağırlıklı olarak negatif sonuçları olan stres ile nasıl mücadele edileceği hususu birçok düşünür tarafından çalışma alanı olarak görülmüştür. Bu çalışmalara ilk ve kapsamlı örnek Freud'un bilinçdışı süreçlere atıfta bulunduğu ve savunma mekanizmalarını açıkladığı çalışmasıdır. Ancak bilimsel gelişmeler ışığında günümüzde başa çıkma olgusunun stresli olaylar karşısında bir tepki olduğu ve bu tepkilerin bilinçdışı değil bilinç düzeyinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Stres, işlemin birey ve çevre arasında gerçekleştiği etkileşimsel bir fenomen olarak tanımlanır. Başa çıkma stresle yakından bağlantılıdır çünkü stresli durumlar büyük ölçüde bireyin uyum sağlama yeteneği tarafından belirlenir. Başa çıkma, stresli olarak algılanan bir durumla baş etmeye yönelik aktif veya pasif girişimler olarak tanımlanabilir. Başa çıkmanın amacı sorunu değiştirmek (problem odaklı başa çıkma) veya duygusal rahatsızlığı azaltmak (duygu odaklı başa çıkma) olabilir. Olayların değerlendirilmesi sırasında bireyler, zarar veya tehlikeyi önlemek için kaynaklarının yeterliliğini değerlendirir. Başa çıkma, duygusal sıkıntıyı hafifletebilir veya problemle başa çıkmayı kolaylaştırabilir ve stresin etkisini hafifleten strateji olarak tanımlanabilir.

Stresle başa çıkma kavramı hususunda birçok araştırmacının çalışması bulunmasına rağmen kurama en büyük katkıyı Lazarus ve Folkman'ın yaptığı söylenebilir. Bu bağlamda, Lazarus ve Folkman, pek çok çalışmaya temel oluşturan "Başa Çıkma Yolları Envanteri"ni geliştirmişlerdir (Endler & Parker, 1990).

Başa çıkma hususunda birçok yazar literatüre katkıda bulunmuşlardır. Çalışmanın devamında söz konusu bu düşünürlerin başa çıkma kavramını açıklayan kuramları detaylı bir şekilde açıklanmaya çalışılmıştır.

2.4 Stresle Başa Çıkma Kavramını Açıklayan Kuramlar

2.4.1 Lazarus ve Folkman'ın Başa Çıkma Kavramı

Lazarus, stresi kavramını bireyin çevresiyle etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir süreç olarak değerlendirirken; başa çıkma kavramını ise, bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da durumlara uyum sağlayabilmek adına ortaya koyduğu bilişsel, davranışsal ve duygusal çabalar olarak tanımlamaktadır (Folkman, 2010). Bu bağlamda stres ve başa çıkma kavramları, psikolojik stres çalışmalarının genel bir çerçevesini oluşturur. Bu kurama göre stres, belirli durumlara bağlı olarak ortaya çıkar. Başka bir ifade ile kişi ve çevre arasında belirli bir süreç nihayetinde oluşur ve zaman içerisinde farklılık gösterebilir (Folkman, 2010) .

Lazarus ve Folkman'ın stresle başa çıkma kuramı iki ana başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki problem odaklı başa çıkma kuramı ve diğeri ise duygusal odaklı başa çıkma kuramıdır. Problem odaklı başa çıkma kuramı temelde, sıkıntıya yol açan problemin sakin, planlı ve akılcı olarak ortadan kaldırmanın gerekli olduğu savına dayanmaktadır (Folkman, 2010). Problem odaklı başa çıkma kuramı genellikle bireylerin, kişisel kontrolünün mümkün olduğu hallerde ortaya çıkmaktadır. Ancak durum yahut olay üzerinde kişisel bir kontrol söz konusu olamıyorsa bu yöntem genel olarak tercih edilmemektedir (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984). Literatürde problem odaklı başa çıkma kuramı ile birçok araştırma yapılmış ve söz konusu kuramın sağlık problemleri ile olumsuz yönde bir ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır

Duygusal odaklı başa çıkma, stres halinin ortaya çıkarmış olduğu olumsuz duygu ve düşünceleri düzeltmek amacı ile kullanılan stratejiler bütünü olarak tanımlanabilir. Bu stratejilere örnek olarak; kaçma-kaçınma, uzaklaşma, duygusal destek arama gibi durumlar gösterilebilir (Folkman, 2010). Literatürde yer alan birçok çalışmada duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin, depresyon, anksiyete gibi sağlık problemleri ile pozitif yönde bir ilişkide olduğu

Lazarus ve Folkman'ın geliştirmiş oldukları “Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri” temelde söz konusu bu iki kurama dayanmaktadır. Ancak geliştirmiş oldukları ölçüm envanterinde 8 başa çıkma yolu üzerinde durmuşlardır. Bunlar;

kaçma – kaçınma, uzak tutma, öz denetim, sosyal destek arama, sorumluluk alma, yüzleşme, planlı problem çözme ve olumlu yeniden değerlendirme olarak sıralanabilir (Lazarus, From psychological stres to the emotions: A history of changing, 1993).

2.4.2 Pearlin ve Schooler'un Başa Çıkma Kuramı

Pearlin ve Schooler, stresle başa çıkmayı bireyi psikolojik açıdan zorlayan durum ve olaylara yönelik bireyin kendisini korumaya yönelik geliştirdiği davranışlar olarak tanımlamaktadırlar (Pearlin & Schooler, 1978). Başka bir ifade ile başa çıkma, zorlayıcı durum ve olaylardan zarar görmemek adına bu durumlardan kaçınma davranışıdır. Bu bağlamda başa çıkma davranışı anlamlandırabilmek için bireyin içerisinde bulunduğu zorlayıcı durum ve olayları ve bununla beraber bunların duygusal etkilerini değerlendirebilmek önem taşımaktadır.

Kurama göre zorlayıcı etkiler yahut stres kaynakları, evlilik, iş yaşamı, ebeveyn olma gibi unsurlar olarak sıralanabilmektedir. Başka bir ifade ile sosyal roller birey üzerinde genellikle bir stres unsuru olarak etki bırakmaktadır. Bu bağlamda düşünürler başa çıkma tepkilerini söz konusu bu zorlayıcı durumlar ışığında üç başlık altında incelemişlerdir. Bunlar; zorlayıcı duruma neden olan etkenleri değiştirme, zorlayıcı durumun anlamını değiştirme ve stres sonrası stresi yönetebilme yöntemleridir.

Zorlayıcı duruma neden olan etkenleri değiştirme, stres ile başa çıkmada en etkin düzenlemelerin yapıldığı süreçtir. Söz konusu süreç, stres kaynağının tespit edilmesi ve değiştirilme isteği temeline dayanır. İstenilen durumu gerçekleştirebilmek adına, gerekli bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olmak oldukça önem arz etmektedir. Zorlayıcı duruma neden olan etkenlerin değiştiremediği durumlarda bir diğer yöntem olan zorlayıcı durumun anlamını değiştirme devreye girmektedir. Bireyi zorlayıcı etkileri bulunan durumun yahut yaşantının anlamının yine birey tarafından değiştirilmesi söz konusu durumun strese neden olmasının önüne geçebilmektedir. Var olan durumun birey tarafından tehdit olarak yorumlanması anlamlandırma süreci için önemlidir. Böylelikle birey, bilişsel olarak tehdit olarak algıladığı bu durumdan kaçınma eğilimi göstererek stresin önüne geçecektir. Stresi yönetebilme yöntemi, önceki her iki yönteminde kullanılmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile strese neden olan etken ortadan kaldırılamıyor ve bu durumun anlamı da birey tarafından değiştirip stres etkisinin önüne geçilemiyorsa, ortaya çıkan stres ile

stresi yönetebilme yöntemi ile mücadele edilmektedir. Bu yöntemle amaç var olan stresin negatif etkilerini en aza indirebilmek ve stresi kontrol altında tutabilmektir. Pearlin ve Schoolar, savlarını bu şekilde açıklarken çok önem verdikleri ve yöntemlerin kişiden kişiye değişiklik gösterme sebeplerini şu şekilde açıklamaktadırlar. Buna göre söz konusu yöntemler bireylerin yaşantı ve kişilik özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir ve bu nedenle söz konusu yöntemlerin kullanımı ve bireyler üzerindeki etki düzeyleri farklılıklar gösterebilmektedir (Pearlin & Schoolar, 1978).

2.4.3 Moos ve Billings'in Başa Çıkma Kuramı

Moos ve Billings, başa çıkma kuramını yaşam olayları, yaşam olaylarına bağlı başa çıkma kaynakları, değerlendirme ve yeniden değerlendirme süreçleri ve başa çıkma tepkileri özelinde incelemiştir. Bu bağlamda başa çıkma kuramı 3 ana başlık altında ve 9 başa çıkma tarzı olarak belirlemişlerdir (Moos & Billings, 1982). Bunlar; değerlendirme odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olarak sıralanabilir.

Değerlendirme odaklı başa çıkma yöntemi stresi ve stresli durumu anlamlandırmaya yönelik bir başa çıkma yöntemi olarak tanımlanabilir. Söz konusu yöntem 3 alt başlık altında incelenebilmektedir. Bunlar; bilişsel yeniden tanımlama, mantık analizi ve bilişsel kaçınmadır. Bilişsel yeniden tanımlama, bireyin kabullenmiş olduğu bir olayı olumlu yahut olumsuz yönleri ile zihninde yeniden yorumlamasıdır. Mantık analizi, bilişsel yeniden tanımlama yönteminin ileri bir aşaması olarak görülebilmektedir. Buna göre mantık analizinde birey, durumla ilgili geniş bir çerçevede değerlendirme yapmaktadır. Söz konusu bu değerlendirme, geçmiş deneyimle dayalı olarak problemin nedenini belirleme, olası ihtimal ve sonuçları değerlendirme gibi unsurları barındırır. Bilişsel kaçınma da ise, birey stres faktörlerinin etkisi altında mevcut bulunan olayı sağlıklı bir biçimde değerlendiremez, gerçekçi değerlendirmeden bilinçdışı olarak kaçınır yahut mevcut problem görmezden gelerek stresin etkisini azaltmayı amaçlar.

Duygu odaklı başa çıkma; duygusal düzenleme, kabullenme ve duygusal boşalma olarak 3 alt başlık altında incelenebilmektedir. Duygusal düzenleme, problemin ortaya çıkardığı her tür duygu ve düşüncenin deneyimlenerek yaşanmasını ifade eder. Kabullenme, stres yaratan durumu kabullenme ve bu kabullenmenin yanı sıra değişmeyeceğini de kabul eder stres etkisini azaltmak adına hiç bir şey

yapmamayı açıklamaktadır. Duygusal boşalım ise; bireyin stres yaratan olayın, durum ve düşünceleri sözlü olarak ifade ederek stresin etkisini azaltması ve gerginliği azaltması olarak tanımlanabilir.

Problem odaklı başa çıkma, stres etkisi yaratan mevcut problem hususunda problemin sebeplerini çözmek, ortadan kaldırmak ve üstesinden gelmeye yönelik aktif girişimler olarak tanımlanabilmektedir. Bilgi ya da öneri arama, çözüme yönelik harekete geçme ve alternatif ödüller gelişme şeklinde alt başlıklardan oluşmaktadır. Bilgi ya da öneri arama, problemin çözümü hususunda bilgi yahut yardım talebi olarak nitelendirilebilir. Çözüme yönelik harekete geçme, edinilen bilgi veya çözüm yolu hususunda plan yapma, rehberlik arama, destek alma şeklinde davranışları barındırmaktadır. Alternatif ödüller geliştirme ise, bireyin olay karşısında stresin etkisini azaltmak amacı ile farklı kaynaklar araması ve olaydan bağımsız davranışlarda bulunması olarak tanımlanabilmektedir.

2.4.4. Carver, Scheier ve Weintraub'un Stresle Başa Çıkma Kuramı

Carver, Scheier ve Weintraub, stresle başa çıkma kuramlarını Lazarus'un geliştirmiş olduğu kurama dayandırmaktadırlar. Bu bağlamda 13 başa çıkma tarzı olduğunu savunmaktadırlar (Carver, Scheir, & Weintraub, 1989). Bunlar; aktif başa çıkma, planlama, bastırma, kendini tutma, araçsal nedenlerle sosyal destek arama, duygusal nedenlerle sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama ve değişim, inkâr, kabullenme, dini ve felsefi duygulara yönelme, duygulara odaklanma ve dışa vurma, duygusal geri çekilme ve zihinsel geri çekilme olarak sıralanabilmektedir.

Aktif başa çıkma, stres unsurunu tanımlamak, anlamak ve etkisini yok etmek adına aktif harekette bulunmak olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda aktif başa çıkma doğrudan eylem ve çaba ile ilgilidir. Bu özelliği ile Lazarus ve Folkman'ın problem odaklı başa çıkma yöntemi ile benzerlikler taşıdığı söylenebilir. Planlama, stres unsuru ile ne şekilde mücadele edeceğini bu bağlamda izleyeceği yolu, atacağı adımları ve sorunu en etkili şekilde nasıl çözeceğini belirlemeyi içerir. Planlama, problem odaklı bir davranış olmakla birlikte, kavramsal niteliği bakımından problem odaklı bir eylem yürütmekten farklıdır. Zira planlama, başa çıkma aşamasında değil değerlendirme sürecinde meydana gelmektedir. Bastırma, problem odaklı başa çıkma türlerinden biridir. Birey, stresle mücadeleye ya da algıladığı tehdide daha fazla odaklanabilmek adına diğer etkinlik yahut projelerini stres unsuru ortadan kalkana dek ertelemektedir. Başka bir ifade ile birey, stres unsuru ortadan kalkana dek başka

olayların dikkatini dağıtmasının önüne geçmeye çalışmaktadır. Bununla beraber stresin yoğunluğuna bağlı olarak bireyin gerekli gördüğü hallerde diğer eylem ve isteklerinden vazgeçmesi de söz konusu olabilmektedir.

Kendini tutma, bir diğer problem odaklı başa çıkma yöntemi olarak söylenebilir. Buna göre, kendini tutma sıklıkla kullanılan ve çoğu zaman gereklilik arz eden bir stresle başa çıkma yöntemidir. Kendini tutma kavramı, kişinin stres unsurları karşısında durup beklemesi, erken davranmaması, harekete geçmek için uygun anı ve ortamı beklemesi olarak tanımlanabilir. Stres kaynağı ile etkin bir biçimde başa çıkma imkânı sağlaması nedeni ile problem odaklı ve aktif bir başa çıkma tarzı olarak görülmektedir. Bununla beraber, hareket etmemek ve yahut uygun anı beklemek pasif bir strateji olarak tanımlanabilir.

Araçsal nedenlerle sosyal destek arama yönteminde tavsiye, yardım yahut bilgi arama söz konusudur. Bu özelliği bakımından problem odaklı bir başa çıkma tarzı olduğu söylenebilir. Duygusal nedenlerle sosyal destek arama ise, manevi destek alma, anlaşıldığını ve desteklendiğini hissetme gibi unsurlara dayalı olması bakımından duygu odaklı başa çıkma yöntemi olarak görülmektedir. Duygulara odaklanma ve dışa vurma, stres unsuru duygu ve yahut olaya odaklanma ve söz konusu bu hisleri dışa vurma eğilimi söz konusudur (Carver, Scheir, & Weintraub, 1989). Söz konusu bu yöntem bazen işlevsel özellik taşıırken çoğu kez bireyleri başa çıkma çabalarından uzaklaştırması söz konusu olmaktadır.

Davranışsal geri çekilme, kişinin stres unsurları karşısında başa çıkma çabasının azalması olarak tanımlanabilir. Stres unsurunun yoğunluğuna bağlı olarak kendini geri çekme, başa çıkma yöntemlerini kimi zaman tamamen bırakma sonucunu da doğurabilmektedir. Zihinsel geri çekilme, kişinin stres unsurunun davranışsal boyutları hususları düşünmekten uzaklaşması şeklinde tanımlanabilir. Bu yöntem esnasında kişi stres unsurunu düşünmekten uzaklaşmak adına alternatif zihinsel aktivitelere başvurur. Bunlara örnek olarak hayal kurma, uyuma vb. aktiviteler gösterebilmektedir. Olumlu yeniden yorumlama, stres düzeyinin azaltılması ve stresin yönetilmesi hususunda en önemli başa çıkma yöntemlerindedir. Kişinin stresli bir olay karşısında söz konusu olayı olumlu yönleri ile yorumlaması aktif olarak problem çözme eğilimlerine devam etmesine yol açmaktadır.

İnkâr, kişinin stres unsurlarının varlığını reddetmesi temeline dayanır. Bu yönüyle stres etkisini görmezden gelerek düşürmeyi hedeflemektedir. Kabullenme,

işlevsel bir stresle baş çıkma yöntemi olarak görülebilmektedir. Kabullenme, sürecin olumlu ve olumsuz her iki yönünü de kabul etmesi bakımından önem arz etmektedir. Stres unsurunun varlığının kabul edilme süreci birinci değerlendirme aşamasında ortaya çıkar ve bununla birlikte söz konu kabullenmenin işe yaramadığı kanısına varılır ise, ikinci değerlendirme aşamasında stresin varlığının kabulü söz konusu olmaktadır. Kabullenme yolu ile stresle başa çıkma yönteminde nihai olarak duruma alışma fikri ortaya çıkmaktadır. Dini ve felsefi duygulara yönelme, duygusal destek arama temelli bir başa çıkma yöntemidir. Bununla beraber, olumlu yeniden yorumlama özelliklerini de barındırması nedeni ile aktif bir stresle başa yöntemi olarak düşünülmektedir.

2.4.5 Endler ve Parker'in Stresle Başa Çıkma Kuramı

Endler ve Parker'e göre stres ve stresle başa çıkma günlük yaşamın olağan akışının sürekli bir parçasıdır. Bireylerin sosyolojik ve psikolojik durumları stresle başa çıkma hususunda büyük önem arz etmektedir. Düşünürlere göre stresle başa çıkma 3 boyutta ele alınabilmektedir. Bunlardan ilki güven odaklı başa çıkma yöntemidir. Bu bağlamda söz konusu bu yöntem, problem kaynaklı başa çıkma yöntemi ile aynı özellikleri taşımaktadır (Endler & Parker, 1990). Bu yöntemde problem kaynaklı başa çıkma yönteminde de olduğu gibi, stres unsuru karşısında stres etkisini azaltabilmek adına aktif bir çaba söz konusudur. Duygu odaklı başa çıkma yöntemi ise, düşünürlerin ortaya koyduğu ikinci yöntemdir ve stres etkisini azaltmak adına duygusal tepkiler vermeyi içermektedir. Endler ve Parker'in stresle başa çıkma adına ortaya koydukları son yöntem ise kaçınma odaklı başa çıkma yöntemidir. Bu yöntemde, stresin etkisini en aza indirebilmek adına mevcut durumdan düşünsel ve eylemsel anlamda kaçınma söz konudur. Yöntem kendi içerisinde 2 alt boyuta ayrılabilir. Bunlardan ilki dikkat dağıtma diğeri ise sosyal sapma olarak tanımlanabilir. Dikkat dağıtma, kişi mevcut durumdan uzaklaşmak adına ilgisini ve dikkatini alternatif işlere yöneltmektedir. Sosyal sapma alt boyutunda ise, kişinin mevcut durumdan uzaklaşmak adına ilgisini ve dikkatini başka kişilere yöneltmesi söz konusudur.

Endler ve Parker, ortaya koydukları stresle başa çıkma yöntemleri ile kişilerin anksiyete ve depresyon ilişkilerini ortaya koymayı hedeflemişlerdir. Bu bağlamda, anksiyete düzeyinde görülen artışın görev odaklı başa çıkma düzeyini azalttığı ve olumsuz düşünce ve fiziksel stres görünümünün arttığını saptamışlardır. Buna ek

olarak, duygusal başa çıkma özelliklerinde görülen artış sonucunda anksiyete düzeyinde de artış görülmektedir.

2.4.6. Schwarzer ve Taubert'in Stresle Başa Çıkma Kuramı

Schwarzer ve Taubert, stresle başa çıkmayı zamansal boyutta yorumlamaktadırlar. Buna göre, söz konusu yöntem 3 temel başlık altında incelenebilmektedir. Başka bir ifade ile yöntem kişinin stresle başa çıkma sürecini, stres yaratan olay öncesi, stres yaratan olay sırası ve stres yaratan olay sonrası olarak 3 bölüm olarak açıklamaktadırlar (Schwarzer & Taubert, 2002). Belirtilen 3 zamansal başa çıkma süreci içerisinde kişiler 4 farklı stresle başa çıkma tepkisi oluşturmaktadır.

Bunlar; reaktif başa çıkma, beklentisel başa çıkma, önleyici başa çıkma ve proaktif başa çıkma olarak sıralanabilir. Reaktif başa çıkma, geçmişte yaşanan yahut an itibariyle yaşanmakta olan stresli durum karşısında ortaya çıkan zararların telafi edilmesi yahut zararın kabul edilmesi temeline dayanmaktadır. Beklentisel başa çıkma ise olayın henüz gerçekleşmediği durumlarda ortaya çıkmakta ve öngörülen tehdiye karşı başa çıkma çabası olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile beklentisel karşı çıkmada kişi muhtemel bir tehditle karşı karşıyadır ve etkisini azaltma çabası içerisinde. Önleyici başa çıkma, uzun vadeli belirsizliklerin mevcudiyeti halinde ortaya çıkmaktadır. Kişiler, beklentisel başa çıkmada önlem alınan olması muhtemel olayın gerçekleşmesi daha düşük ihtimali olan stresli bir olay ile karşı karşıyadırlar. İhtimalin düşüklüğü nedeni ile önleyici başa çıkma yönteminde akut bir stres durumu söz konusu değildir. Başka bir ifade ile muhtemel bir risk söz konusudur ancak zamanlaması bakımından bir netlik söz konusu değildir. Proaktif başa çıkma ise, zorlu hedefler ve kişisel gelişim bağlamında genel kaynaklar oluşturma amacıyla çaba göstermek olarak tanımlanabilmektedir. Bu bağlamda söz konusu bu yöntemde, kişisel temel vizyonel özelliklere sahiptir. Başka bir ifade ile kişiler uzak gelecekteki risk, olay ve durumları görürler ancak onları tehdit olarak değil fırsat ve kişisel gelişme imkânı olarak algırlar. Bu bağlamda proaktif başa çıkma yöntemi, yaşam kalitesini arttırmak için çaba harcama olarak açıklanabilmektedir. Bu özelliği ile motivasyon kaynağı olma etkisini de barındırmaktadır.

2.5. Stresle Başa Çıkma İlgili Yapılan Çalışmalar

Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada hekim ve hemşirelerin işe bağlı gerginlik puanları, diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının orta düzeyde iş stresi yaşadıkları, iş stresi nedeni olarak iş yükünün fazla olmasını, hasta ve yakınları ile iletişim sorunlarını, personel ve malzeme yetersizliğini belirttikleri, iş stresi ile baş etmede soruna yönelik baş etme yollarını duyguya yönelik baş etme yollarından daha fazla kullandıkları, baş etme yolları açısından meslek grupları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tel & Ark., 2003).

Sağlık çalışanları üzerine yapılan bir diğer çalışmada; aile üyelerinden sosyal destek alan bireylerin negatif duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları belirlenmiştir (Boey, 1998).

Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; sağlık çalışanlarının stresle başa çıkmada, soruna yönelik yaklaşımlar olarak görülen kendine güvenli yaklaşım, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarını , duyguya yönelik yaklaşımlar olan boyun eğici ve çaresiz yaklaşımdan daha fazla kullandıkları belirlenmiştir (Tel & Ark., 2003). Cumhuriyet üniversitesi Hastanesinde yapılan bir başka çalışma da bu sonuçları desteklemektedir. 186 hemşire üzerinden yapılan araştırma da, hemşirelerin daha çok olumlu başa çıkma yöntemi olarak kabul edilen kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı kullandığı ve stresle baş etmeyi başaran hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma, hemşirelerin iş tatmini için başa çıkma stratejilerinin önemini gösteren kanıtlara katkıda bulunmuştur (Gölbaşı & Ark., 2008).

Brezilya'nın São Paulo Şehrindeki kardiyovasküler hastalıklar hizmeti veren bir hastaneden 76 hemşire üzerinde yapılan çalışmada Bianchi'nin Hemşirelik Stres Değerlendirme Anketi (NSEQ) ve Folkman ve Lazarus'un Başa Çıkma Yolları Anketi (WCOQ) kullanıldı ve sonuç olarak çalışma koşullarının hemşireler için başlıca stres kaynağı olduğunu ve iş stresiyle başa çıkmak için olumlu yeniden değerlendirme, kendi kendini kontrol etme becerilerinin ve sosyal desteğin stresle başa çıkmada kullanılan etkin bir stil olduğu bulunmuştur (Bianchi, 2004).

Tıp Fakültesi 2. sınıf öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir çalışmada duygusal zekânın stresle baş etme üzerindeki etkisi araştırıldı. Literatürde, duygusal zekâ, stresle, aktif, uyumlu başa çıkmanın temeli olarak geçmekte ve duygusal zekâsı yüksek olan kişilerin, stresli durumlarda ortaya çıkan olumsuz duygularla daha iyi

başa çıkabildiklerinden, potansiyel stres etkenlerini daha iyi tanıyabilir, problemle başa çıkmada duygularını daha etkin kullanabildikleri geçmektedir. Araştırma sonuçları da, yüksek düzeyde duygusal zekâya sahip kişilerin stresörlerle başa çıkmada daha esnek olduğunu doğruladı. Duygusal zekâ puanı daha yüksek sonuç alan kişilerin problemle yüzleşmek için daha isteyerek aktif eylemlerde buldukları ve duygusal zekâ puanında düşük sonuç alan kişilerin, temelde kendi duyguları ile başa çıkmaya odaklanan stratejileri, başa çıkmanın kaçış tarzına uyumlu bulunmuştur (Wons & Bargiel, 2011).

Türkiye’de örnekleme 139 hekimden oluşan bir araştırmada, yarı kentsel ve kırsal bir bölgedeki hekimler arasında tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi, kişisel özelliklerin ve stresle baş etme davranışlarının tükenmişlikle ne ölçüde ilişkili olduğunun araştırılması ve tükenmişliğin yordayıcılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. İleri aşamalı çoklu regresyon analizinde, nevroitiklik, meslek (uzman ve pratisyen hekim), başa çıkma davranışları açısından, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma, kendine güvenen ve iyimser yaklaşımlar dâhil olmak üzere problem odaklı başa çıkma stratejileriyle negatif yönde ilişkiliydi; Çaresiz yaklaşım da dâhil olmak üzere duygu odaklı başa çıkma stratejileriyle pozitif yönde ilişkili. Kişisel başarı, problem odaklı başa çıkma stratejileriyle (kendine güvenen, sosyal destek arama ve iyimser yaklaşımlar) pozitif olarak ve duygu odaklı başa çıkma stratejileriyle (çaresiz ve boyun eğdirici yaklaşımlar) negatif olarak ilişkili bulunmuştur (Taycan & Ark., 2013).

Ankara Gazi Üniversitesi'nde hemşirelik öğrencileri üzerine yapılan 123 kişinin katıldığı bir araştırmada, öz farkındalık ve iletişim teknikleri dersinin, hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerine ve stresle başa çıkma yollarına etkisini değerlendirmiş ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin ders sonrasında geliştiği gözlemlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ders sonunda stresle başa çıkmada kendine güvenen yaklaşımı, kendine güvenmeyen çaresiz yaklaşımdan daha fazla kullanmışlardır. Bu değişiklik, kursun öğrencilerin özgüven geliştirmelerine yardımcı olduğunu ve stresli sorunları birden çok perspektiften ele almalarını sağladığını göstermektedir (Demir & Ercan, 2019).

Türkiye’de bir lisans programında öğrenim gören 516 hemşirelik öğrencisinden toplanan verilerle yapılan araştırmada amaç, öğrencilerinin ruh sağlığı ile eğitimleri sırasında yaşadıkları stres, baş etme yolları, benlik saygısı, sosyal destek ve bireysel faktörler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Sonuç olarak sosyal

desteği olumlu algılayan öğrencilerin ruh sağlığı sorunları açısından düşük risk altında olduğunu göstermiştir (ortalama = 67.73). Yüksek benlik saygısı ve sosyal desteğin varlığı, ruh sağlığının korunması için koruyucu faktörlerdir (Karaca & Ark., 2019).

450 İtalyan hemşireden oluşan bir örneklemin bulguları ve İngiliz hemşire örnekleminde yapılan bir araştırmanın bulgularıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada bireysel farklılıkların ve meslek özelliklerinin İtalyan hemşirelerin psikolojik sağlığına etkilerini tespit etmek amaçlandı. Sosyal Desteğin, iş taleplerinden kaynaklı algılanan Anksiyete düzeyini önemli ölçüde hafiflettiği bulundu (Zurlo, 2018).

Kore'deki bir genel hastaneden işe alınan 207 hemşireden oluşan bir örneklem üzerinde yapılan, duygusal ifade, duygusal zekâ, duyuşallık, iş otonomisi, sosyal destek ve duygusal emeğin klinik hemşirelerin bireysel refahı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmada, iş arkadaşı desteğinin duygusal tükenme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğu ve varyansın % 29.0'ını açıkladığı bulunmuştur (Lee & Kim, 2019).

Karabay (Karabay, 2015) tarafından yapılan özel hastanelerde çalışan hekim ve hemşirelerde algılanan stres ve stresle başa çıkma unsurlarını ve bunun sonuçlarını tespit etmeyi amaçlayan çalışmasında kullanmış olduğu ölçekler ve tespit ettiği sonuçlar ile çalışmamızla paralellik göstermesi bakımından önem arz etmektedir. Çalışmanın neticesine göre bireylerin çalıştıkları örgüt içerisindeki fizyolojik ve psikolojik etmenlerden kaynaklanan olumsuz strese maruz kalmalarının örgüt dışı yaşantılarını da etkilediği saptanmıştır. Karabay'ın araştırmasında öne çıkan başlıca örgütsel stres kaynakları; "aşırı hasta sirkülasyonu, yetersiz araç-gereç, uzun çalışma saatleri, yaşam riski olan hastaların takibi, acil durumlar, hasta yakınları ile uğraşma ve uyku düzenin bozulması" olarak sıralanmıştır (Karabay, 2015).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE : SOSYAL DESTEK

3.1. Sosyal Destek Kavramı

Toplumsal yaşam içerisinde kişiler arasındaki ilişkilerin ve bağların ne denli önemli olduğu hususunun araştırılmaya başlanması yaklaşık bir yüzyıl öncesine dayanmaktadır. Bu bağlamda yapılan araştırmaların ilklerinden biri olarak Durkheim'in 1897 yılında yapmış olduğu "İntihar" adlı çalışması gösterilebilir. Bu çalışmayla, kişiler arasındaki yakın sosyal ilişkiler bilimsel anlamda ilk kez ortaya konmuştur (Doğan İ. , 2002). Zaman içerisinde konu hususunda çalışmalar teorik temelin yanı sıra sosyal etkileri bakımından da şekillenmiş ve sosyoloji literatüründe sıkça çalışma alanı bulmuştur.

John Cassel'in 1974 yılında yapmış olduğu çalışmalarla kişiler arası ilişkilerin, kişileri destekleyici yönleri üzerinde durulmuştur. Cassel'e göre, insanın sağlıklı yaşamının devamı için sosyal bağları ve kişiler ilişkileri oldukça önemlidir. Bu bağlamda, kişilerin hastalıklarının altında psiko-sosyal süreçler önemli bir rol oynamaktadır (Stroebe & Stroebe, 1999). Kişilerin oluşturduğu tüm ilişki biçimlerinin temelinde istekler ve doyum gereksinimi bulunmaktadır. Toplumsal ilişkilerin temelinde ise, kişinin yaşama dair beklentileri ve bu beklentilerin doyurulma çabası bulunmaktadır. Başka bir ifadeyle, kişinin toplumsal yaşamdaki istek ve taleplerinin karşılanması yine kişinin kurduğu sosyal ilişkiler neticesinde gerçekleştirilmektedir.

Sosyal destek, stres unsurlarının tamamını ortadan kaldırmasa dahi stres unsurlarının kişi üzerinde yaratmış olduğu endişe, çaresizlik, umutsuzluk gibi duyguları azaltmakta ve bunun yanı sıra stresle başa çıkabilme adına alternatif yollar denemesinin önünü açmaktadır. Bu anlamda, kişinin edindiği sosyal desteğin hem psikolojik hem de fizyolojik olarak kişiye olumlu etkileri olduğu söylenebilmektedir.

3.2. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek bir takım kaynaklara sahip olması bakımından kişi için alternatifler oluşturan bir kavramdır. Bu bağlamda söz konusu bu kaynakları 2 ana başlık altında incelemek mümkündür. Bu başlıklardan ilki formel kaynaklardır. Formel kaynaklara örnek olarak, yasal bir çerçevede hizmet veren kurum ve kuruluşlar ve bunların benzerleri söylenebilmektedir (Özbeşler, 2001). İkinci kaynak

türü ise kişi tarafından daha sıklıkla başvuru alan enformel kaynaklardır. Bunlar; aile, akraba, arkadaş vb. gibi kişinin daha kolayca ulaşabileceği kaynaklardır.

Sosyal destek kaynakları kişi üzerinde farklı şekillerde yardıma bulunmaktadır. Temel olarak bu yardımları 3 başlık altında toplamak ve incelemek mümkündür. Söz konusu bu yardım türleri; maddi destek, duygusal destek ve zihinsel destek olarak ayrılabilir. Bu bağlamda maddi destek; kişinin yaşamı idame ettirebilmesi ve günlük ihtiyaçlarını giderebilmesi adına başka kişiler tarafından sağlanan maddi imkân ve araçlar olarak tanımlanabilir. Duygusal destek ise; kişinin yoksunluğunu yahut azlığını yaşadığı, sevgi, şefkat, saygı vb. hislerin karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Duygusal destek kapsamında üzerinde önemle durulan bir kavram olarak “sırdaş” kavramı ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda, hiçbir sırdaş olmayan kişilerin yaşam stresinden daha fazla etkilendikleri, benlik değerlerinin diğer kişilere oranla daha düşük olduğu ve bununla beraber psiko-patolojik semptomlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyal destek kaynakları içerisinde yer alan yardım türlerinin sonuncusu zihinsel destek kavramıdır. Zihinsel destek, kişiye zorlandığı konularda bilgi vermek, nasihat ve öğütte bulunmak şeklinde tanımlanabilmektedir.

Söz konusu bu yardım türleri dışında, sosyalleşme olarak adlandırılacak bir sosyal destek işlevi de söz konusudur. Buna göre, kişinin diğer kişiler ile yapmış olduğu sosyal faaliyetler psikolojik durumu üzerinde olumlu etkiler bırakmaktadır.

3.3. Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek kavramının kişi üzerinde sağlıklı ve iyi hissetme etkisi hususunda temelde 3 farklı model ortaya konmuştur. Bu modeller; temel etki modeli, tampon etkisi modeli ve sosyal destek ve olumsuz yaşam olgularının birbirinden bağımsız etkileri olarak sıralanabilir.

Temel etki modeli, sosyal destek ve kişinin sağlığı arasında doğrudan bir ilişki olduğu savına dayanmaktadır. Buna göre kişinin olumlu yahut olumsuz olarak tecrübe ettiği yaşam deneyimlerinden bağımsız olarak sosyal desteğin, kişinin fiziksel olarak sağlıklı ve iyi hissetmesi üzerinde doğrudan etkisi vardır (Yamaç, 2009) Başka bir ifadeyle, kişinin yaşadığı olaylardan bağımsız olarak sosyal destekten mahrum kalması durumlarında fiziksel anlamda olumsuzlukların ortaya çıkacağı söylenebilmektedir. Bu bağlamda, sosyal destek göremeyen bireylerin sadece bu nedenle dahi fiziksel olarak olumsuzluklar yaşayabileceği söylenebilir.

Tampon etkisi modeline göre ise, sosyal desteğin en önemli işlevi stres unsurlarını ortadan kaldıramasa dahi etkilerini en aza indirerek kişinin ruh sağlığını korumaktır. Buna göre, stres unsurlarının var olmadığı durumlarda, sosyal desteğin olup olmaması hususunun kişinin kendisini sağlıklı ve iyi hissetmesi üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır. Ancak stres unsurlarının varlığı halinde kişinin edindiği sosyal desteğin, stresin ortaya çıkardığı zararlı etkiler karşısında bu etkileri azaltıcı tampon görevi yapmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sosyal destek günlük yaşamda karşılaşılan zorluklar karşısında bir stresle başa çıkma yöntemi olarak görülmektedir (Duru, 2008).

Sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının birbirlerinden bağımsız etkileri; sosyal desteğin tecrübe edilen olumsuz olaylar karşısında, sağlıklı ve iyi hissetme üzerinde bağımsız etkilerinin bulunduğu savına dayanmaktadır. Başka bir ifadeyle, yaşanan olumsuz yaşam olayları ve bununla beraber sosyal destek eksikliği birbirinden bağımsız olarak kişinin sağlığı ve iyi hissetmesi üzerinde farklı etkilere sahiptir. Bununla beraber, söz konusu bu model; her iki durumunda aynı anda var olması halinde kişinin hem fiziksel hem de ruhsal anlamda daha fazla olumsuz etki altında kalacağını savunmaktadır.

Bahsi geçen her 3 model de, durum ve koşulların kullanılacak sosyal destek modelleri arasında hangisinin etkili olacağı hususunu farklılaştırdığını söylemektedir. Bu bağlamda, sosyal desteğin durum ve şartlara göre kişi üzerinde kimi zaman doğrudan kimi zamansa dolaylı etkilerinin olduğunu söylemek mümkündür.

Sosyal destek modelleri 3 temel başlık altında toplansa dahi kimi yazarlar küçük farklılıklar ortaya koyarak, konuyu farklı şekilde açıklamışlardır. Bu yazarlardan biri olan Caplan'a göre sosyal destek modelleri 5 başlık altında toplanabilmektedir. Bunlar; duygusal destek, takdir etmek, maddi destek, bilgisel destek ve beraberlik desteği olarak sıralanabilir.

3.4. Sosyal Desteğin İşlevleri

Literatürde kişilerin sosyal destek yoluyla başkaları ile kurmuş olduğu ilişkilerin çeşitli problemlerin çözümüne katkı sağlaması hususunda birkaç önemli işlevi olduğu konusunda görüş birliği mevcuttur. Söz konusu bu işlevleri 4 ana başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar, araçsal destek, duygusal destek, bilgisel destek ve değerlemsel destek olarak sıralanabilir.

Araçsal destek; kişilerin edindiği somut ve maddi kaynaklara dayalı desteği ifade etmektedir. Bunlar, para, zaman, iş gibi öğeleri içermektedir. Söz konusu bu destek türünde, kişinin sorunlarını doğrudan ve onun adına çözmek şeklinde yarar sağlanmaktadır (Kozaklı, 2006). Duygusal destek; kişinin sorunlarını dinleme, duygularını paylaşma, sevgi ve şefkat gösterme gibi davranışlarla sağlanmaktadır. Duygusal desteğin kişi üzerindeki işlevinin doğrudan onun psikolojik sağlığı ile ilgilidir. Duygusal desteğin varlığı halinde, kişinin özgüveninin ve sorunlarla mücadele etme gücünün arttığı görülmektedir. Bilgisel destek; kişiye tecrübe ettiği olumsuz durum ve olaylar karşısında bilgi, öğüt ve nasihat verme şeklinde olmaktadır. Bu bir anlamda rehberlik etme ve yol gösterme anlamı taşımaktadır. Değerlemsel destek; Bireyin kendi davranışları, düşünceleri, duyguları hakkında geri bildirim sağlayan davranışlar bu işlevi oluşturmaktadır. Bu bağlamda kişiler, tecrübe etmedikleri yeni ve belirsiz ortamlarda, başkaları ile kendi düşünce ve davranışlarını karşılaştırmak suretiyle bir değerlendirme yapmaktadırlar. Bunun sonucu olarak, mevcut durum yahut olayı analiz ederek kendileri için faydalı sonuçlar ortaya çıkarmaktadırlar.

Sosyal destek kavramının tüm işlevlerine yönelik ortak şeyler söylemek mümkündür. Bu bağlamda, işlevlerin her biri birbirinden farklı özelliklere ve sonuçlara sahiptir. Bununla beraber söz konusu işlevlerin ortaya çıkması mevcut durum ve olaylara göre değişiklik göstermektedir. Sosyal desteğin olumlu işlevlerinden söz edebilmek için, kişinin gereksinimlerine ve mevcut duruma uygun sosyal destek türünün olması beklenmektedir.

3.5. Algılanan Sosyal Destek

Algı, çevrede bulunan uyarıcıların ve yaşanan olayların farkında olmak şeklinde tanımlanabilir. Bu temel tanımlamadan yola çıkan Rogers, tüm algılama ve bu farkında olma durumunu, tecrübe edilen olaylardan yola çıkarak geleceğe dair bir takım öngörüler içeren bir etkileşim süreci olarak tanımlamaktadır (Aydın, 2001). Bu bağlamda kişiler, dış çevrede mevcut bilgilere seçici olarak yaklaşmakta ve kodlama ve anlamlandırma yoluyla kategorize etmektedirler. Söz konusu bu kategorileme işlemi, kişisel özellikler taşıdığı için bireysel farklılıklar içermektedir. Bu bağlamda, belirli bir söz bir kişi için olumlu anlamlar taşıırken bir diğeri için olumsuz anlam taşıyabilmektedir. Tolman'a göre kişinin algıları ve anlamlandırmaları onun inanç ve değerlerine göre şekillenmektedir (Sanemoğlu, 2002). Tolman, öğrenmenin

fizyolojik bir özelliği olmasından çok sosyal bir yönü olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda algılanan sosyal destek kavramı, kişinin diğerleri ile güvenilir ve destekleyici ilişkiler kurabileceğine dair bilişsel algılaması olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir ifade ile algılanan sosyal destek kişinin diğerlerinden alabileceğini umduğu ve sübjektif ögeler içeren değerlendirmeler bütünüdür. Bu bağlamda algılanan sosyal destek, kişinin değer gördüğünü, sevildiğini, desteklendiğini ve anlaşıldığını hissettiği anlar bütünü olarak görülebilir. Hayatın çeşitli zamanlarında sevildiğini, değer gördüğünü ve desteklendiğini hisseden kişinin, sosyal ilişkilerinden daha fazla doyum sağladığı görüşü ön plandadır.

Genel itibariyle algılanan sosyal destek kavramının 2 temel bileşeni söz konusudur. Bunlar ihtiyaç duyulduğunda başvurulacak bir insanın varlığı algısı ve var olan destek üzerinde memnuniyet derecesi olarak sıralanabilmektedir. Bu bileşenlerden yola çıkarak, algılanan sosyal destek; desteğin yeterli olup olmaması hususunun kişi tarafından bir yargıya bağlanması olarak tanımlanabilmektedir. Literatürde yer alan birçok çalışma neticesinde algılanan sosyal destek ile kişiler tarafından verilen desteğin her zaman eşit düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Algılanan sosyal destek ile ilgili bir başka kavram ise sosyal ağ kavramıdır. Sosyal ağ; kişinin yaşamından var olan ve hali hazırda iletişim içerisinde olduğu diğer kişileri kapsamaktadır (Kaşık, 2009). Bu bağlamda sosyal ağın sosyal destek hususunda yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin izlenimi algılanan destek olarak tanımlanmaktadır (Kaşık, 2009). Algılanan sosyal destek, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir (Kaşık, 2009). Diğerlerinin yardım isteğinin algılanması, olumlu etkileri, bireyin kararlılığını, kendisine olan saygısını artırır ve çevresi üzerinde daha iyi kontrol kurmasını sağlar.

3.6. Sosyal Statü, Rol ve Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal statü, kişinin toplum içerisindeki bulunduğu konumun toplumun diğer üyeleri tarafından olumlu yahut olumsuz yönleri ile tanımlanması olarak açıklanabilmektedir (Kağıtçıbaşı, 2004). Başka bir ifade ile sosyal statü kavramı, kişinin toplum içerisinde kim olduğunun tanımlanmasıdır (Güney, 2006). Bu bağlamda sosyal statü, doğuştan var olan ve sonradan kazanılan şeklinde iki ana başlık altında incelenebilmektedir. Doğuştan var olan sosyal statü, kişinin herhangi

bir çaba ve gereksinimi olmaksızın ortaya çıkan ve genellikle doğduğu aile ve toplum ile birlikte edinilen statüsüdür. Buna örnek olarak, cinsiyeti, rengi, doğmuş olduğu toplumdaki kültürel özellikleri vb. verilebilmektedir. Sonradan kazanılan sosyal statü ise, kişinin kendi çabası ve isteği üzerine edinmiş olduğu statüdür.

Sosyal statüler, içerisinde yaşanılan toplum tarafından değer kazanır ve şekillendirilirler. Bu nedenle kişinin sosyal statüsü toplumdaki farklılıklar gösterebilmektedir. Toplumlar arasında değişiklik gösteren sosyal statü öğelerini şu şekilde sıralamak mümkündür: yaş, cinsiyet, medeni durum, maddi durum vb..

Kişiler toplumsal statülerinin bir getirisi olarak yine toplum içerisinde bir role sahiptirler. Bu bağlamda kişinin toplum içerisinde yer aldığı konuma toplumsal statü, söz konusu bu statüye bağlı olarak ortaya çıkan hak ve görevlere ise toplumsal rol denmektedir (Gültekin, 2009). Bu bağlamda her statünün bir rol tanımını ortaya çıkardığını söylemek yanlış olmayacaktır. Sosyal rol, kişilerin kendi aralarında ne şekilde iletişim kuracağını, neler söyleyip neler söylemeyeceğini temel esaslarla belirlemektedir. Başka bir ifade ile rol, kişinin temel davranışlarını belirlemektedir.

Sosyal statü ve sosyal roller kişinin psikolojisi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kişinin kendi içerisinde oluşturmuş olduğu statü ve rol kavramları, onun algılanan sosyal destek kavramını doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda kişinin, diğer kişilerle oluşturmuş olduğu bağlar ve ilişkiler önemli sosyal destek kaynakları olarak görülmektedir. Buna göre algılanan sosyal destek kavramı 3 farklı kaynak üzerinde temellenmektedir. Bunlar, aile, arkadaşlar ve kişi için önemli diğer kişiler olarak sıralanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal destek kaynakları yanında cinsiyet, yaş, evlilik, çocuklarının olup-olmaması gibi sosyal destek sağlayanların rol ve statülerine ait niteliklerinde önemli olduğu belirtilmektedir.

Charles Seashore, etkin sosyal destek sistemini, kişinin sosyal rolü üzerinden tanımlamıştır. Bunlar; şefkat, sevgi ya da ilgi sağlayan aile ya da yakın arkadaşlar, bir kriz sırasında başvurulabilecek kişiler, stres altındayken motivasyonu korumakta yardımcı olan ve ortak ilgileri, kaygıları paylaşanlar, belirli bir role ilişkin olarak kendilerinden bilgi edinilebilen rol modelleri, başka kaynaklara gönderilebilecek olanlar, gereksinim duyulduğunda yardım istenilebilenlerdir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Problemi

Bu araştırmanın problem cümlesi; sağlık alanında hizmet veren bireylerin empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı sorusudur.

Empati, iletişimin olduğu birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de önemli bir yere sahiptir. Sağlık alanında çalışan bireyler ve hasta arasında empati kurulması, sunulan sağlık hizmetinin kalite ve verimliliği arttırmaktadır. Hem hastanın tıbbi sonuçlarını, hem de sağlık çalışanının iş stresini etkilemektedir. Empati becerilerinin eğitim ile geliştirilebilir olması nedeniyle iletişimin yoğun olduğu sağlık sektörü de dâhil birçok alanda empati eğitimleri verilmektedir. Empati bir kişinin özel ve iş hayatında çevresindeki insanlar ile etkileşimini kolaylaştıran bir faktör olarak görülmektedir.

Stresin endemik bir hastalık olarak hayatımızın bir parçası olduğu varsayımı kabul edilen bir olgudur. Dünyada her yıl 160 milyon kişinin, iş koşullarından kaynaklanan stres nedeniyle solunum, kalp-damar hastalıkları, kanser, işitme kaybı, kas ve iskelet hastalıkları, üreme bozuklukları, zihinsel ve nörolojik bozukluklara yakalandığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda empati düzeyinde ki düşüşte de stres önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır (Wilkinson & Marmot, 2003). Yani stres hem empatiyi düşürerek hem de çalışan sağlığını tehdit ederek sağlık hizmeti kalitesi üzerinde iki yönlü zarar verir. Stresle başa çıkma becerileri, bireyin toplumsal çevresiyle iletişimi sonucunda iç ve dış dünyasının ortaya çıkardığı ihtiyaçları karşılamak, kontrolünü sağlamak, ortaya çıkardığı gerginliği azaltmak adına gösterdiği bilişsel, davranışsal ve duygusal gayreti tanımlamaktadır.

Toplumsal bir varlık olan bireyler gereksinimlerini karşılayan çevre ile bütünlük kurarak hayatlarını devam ettirmektedirler. Bu süreç literatürde algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Gittikçe daha fazla sayıda uzman toplum içinde ruh sağlığı bakımı yaklaşımının bir sonucu olarak, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Araştırmacılar desteğe ihtiyacı olanlara

bakmanın bakan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese de dikkat çekmektedirler.

Hastalar veya desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır (Meral & Cavkaytar, 2012).

4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yaptığımız araştırmanın amacı; sağlık alanında hizmet veren bireylerde empatik eğilim, stresle başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin bazı demografik değişkenlere göre incelenmesidir. Alan yazınına bakıldığında birbiriyle ilişkisi olduğu görülen bu değişkenlerin aralarında ki ilişki yapının, yapılacak olan çalışmayla ortaya konulması planlanmaktadır. Söz konusu çalışmamızın alan ile ilgili bilimsel kaynaklı çalışmalara kaynaklık edeceği düşünülmektedir. Söz konusu değişkenlerle ilgili daha önce yapılan çalışmaların daha çok farklı iş sektörlerinde yapıldığı görülmüş ve sağlık alanında hizmet vermekte olan bireylerin yaşam ve iş konforunun iyileştirilmesi noktasında ve dolayısıyla toplum sağlığına da katkı sunup kaynaklık edeceğine inanılarak bu araştırma planlanmıştır.

4.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

Yapılacak bu çalışmanın evrenini İstanbul ilinde çalışmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu ise İstanbul ilinde çalışmakta olan; 52 hekim, 92 hemşire ve 34 sağlık teknikerinden oluşan 178 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Kolay ulaşılabilirlik açısından amaçlı örnekleme yöntemi olan tipik durum örnekleme kullanılmıştır. Veri toplama anketleri elektronik ortamda link üzerinden gönüllülük esasına bağlı olarak sağlık çalışanları tarafından aracısız olarak doldurulmuştur.

Çalışmayı doğrudan etkileyen bir takım faktörler ve sınırlılıklar mevcuttur. Bunlar;

Çalışmanın evrenini İstanbul ilinde çalışmakta olan bireyler*9+- oluşturmuştur.

Çalışmaya online ortamda veri girişi yapabilecek kişiler katılabilmektedir.

4.3.1 Ön kabuller

Söz konusu araştırma kapsamında araştırmaya katılım gösteren katılımcıların, çalışma sırasında kendilerine yöneltilen önermelere gerçek duygu ve düşünceleri ile

objektif yanıtlar verdiği varsayılmaktadır. Bununla beraber kullanılan önerme ve ölçeklerin araştırma neticesinde hedeflenen verileri açık ve net şekilde ortaya çıkaracağı düşünülmektedir.

4.4. Hipotezler

- Sağlık çalışanlarında empati düzeyi, stres ile başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeyi arasında ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında empati düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında empati düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında yaş değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında söz konusu meslek grupları ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek ile arasında fark vardır.
- Sağlık çalışanlarında cinsiyet değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında eğitim durumu değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında medeni durum değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında çalışma süresi değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında mesleği isteyerek seçme değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında sahip olunan çocuk sayısı değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında daha önce psikiyatrik hastalık geçirme durumu değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Sağlık çalışanlarında çalışma ortamında memnuniyet durumu değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında nöbetli çalışma durumu değişkeni ile empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.5. Araştırmanın Modeli

Araştırmada, İstanbul ilinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarının empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi incelenmek için ilişkiisel tarama modeli kullanılacaktır.

İlişkiisel tarama modeli iki ya da daha çok sayıda değişken arasında birlikte değişim olup olmadığını ve değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Güney, 2006)

4.6. Araştırmanın Örneklemi

Yapılacak bu çalışmanın evrenini İstanbul ilinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu ise 52 hekim, 92 hemşire ve 34 sağlık teknikerlerinden oluşan 178 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

4.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada online anket yöntemi kullanılmıştır. Google formlar üzerinden hazırlanan anketin, elektronik posta adresleri/ telefon numaralarına linkinin gönderilerek, sağlık çalışanları tarafından doldurulması sağlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak ; Kişisel Bilgi Formu, Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzı ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçekleri (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

4.7.1. Ölçeklerin Açıklanması

Kişisel Bilgi Formu; yaşıınız, mesleğiniz, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitim durumunuz, Varsa çocuk sayınız, Bugüne dek psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?, Meslekte kaçınıcı yılınız?, Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?, Çalışma ortamından memnun musunuz?, Çalıştığınız bölümde nöbet tutuyor musunuz?, sorularından oluşmaktadır.

Spreng vd. (2009) tarafından geliştirilen ve Totan vd. (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan **Toronto Empati Ölçeği**. 13 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadelerin seçenekleri 5'li likert tipinde (1-hiç uygun değil, 5-tamamen uygun) olup olumsuz ifadeler (m1, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12) ters kodlandıktan sonra puanların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten en düşük 13, en yüksek 65 puan elde edilmekte olup yüksek puan yüksek empati düzeyini ifade etmektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus'un 1980 yılında geliştirdikleri Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri (Ways of Coping Inventory)'nden yola çıkılarak üniversite öğrencileri için hazırlanmış, kısa, değişik stresli durumlarda geçerliliği olan, özellikle depresyon, yalnızlık, psikosomatik sorunlar gibi belirtilerle ilişkili başa çıkma mekanizmaları ölçeğidir (Lazarus & Folkman, Stres, appraisal, and coping, 1984). Şahin ve Durak; depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık ile ilişkili bir başa çıkma ölçeği geliştirmeyi amaçlayarak bu ölçeğin maddelerini depresyon, çeşitli psikolojik belirtiler ve yalnızlık puanlarına göre ayrılmış uç gruplarda karşılaştırmıştır. Sonuçta BDÖ, Stres Belirtileri Ölçeği ve UCLA (University of California at Los Angeles)-Yalnızlık Ölçeklerine bağlı olarak oluşturulmuş uç grupların üçünü birden ayıran ve üçüyle birden anlamlı ilişkileri olan 30 madde, kısa ölçek (SBTÖ) için seçilmiştir (Şahin & Durak, 1995). Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar "Probleme yönelik/aktif" ve "Duygulara yönelik/pasif" tarzlardır. Aktif tarzları "Sosyal desteğe başvurma", "İyimser yaklaşım" ve "Kendine güvenli yaklaşım" alt ölçekleri, pasif tarzları "Çaresiz yaklaşım" ve "Boyun eğici yaklaşım" alt ölçekleri göstermektedir. Stresle etkili olarak başa çıkabilenlerin "Kendine güvenli" ve "İyimser yaklaşım"ı, başa çıkamayanların ise "Boyun eğici" ve "Çaresiz yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Puanların yüksekliği, kişinin o tarzı daha çok kullandığını göstermektedir (Şahin & Durak, 1995). Ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçeğin Türk kültürüne adaptasyonunda üç farklı çalışma yapılmıştır. Birinci çalışmada, Bilkent Üniversitesi, ODTÜ, ve Ankara Üniversitesi'nde değişik bölümlerde okuyan 575 öğrenci örneklem grubunu oluşturmuştur. Otuz beş maddelik Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği, iki aşamada faktör analizine tabi tutulmuştur. Ana eksenler yöntemiyle yapılan ilk faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %40,4'ünü açıklayan 8 faktörlük bir yapı ortaya

çıkılmıştır. Ancak grafik yöntemlere göre, bunların 5 faktöre indirgenebileceği görülmüş ve veriler yeni bir analiz için 5 faktörlü çözüme zorlanmıştır. İkinci çalışma çeşitli özel ve kamu bankalarında çalışmakta olan 226'sı kadın, 198'i erkek toplam 426 kişilik örneklem grubu ile yapılmıştır. Ana eksenler yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %52,2'sini açıklayan 7 faktör bulunmuş, uygulanan diğer testler sonucunda faktör sayısının 4'e indirgenebileceği görülmüştür. Üçüncü çalışma ise Ankara "da oturan 157'si kadın, 75'i erkek olmak üzere toplam 232 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Ana eksenler yöntemine göre yapılan faktör analizi sonucunda da, öz değeri 1'in üzerinde olan 5 faktör bulunmuştur. Üç farklı örneklem kullanılarak yapılan faktör analizleri sonucunda bu ölçek, probleme aşağıdaki şekilde ikiye ayrılmıştır Probleme yönelik etkili yaklaşımlar; kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma olarak, Duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar ise, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir Kendi içlerinde de „Kendine Güvenli“, „İyimser“, „Kendine Güvensiz“ ve „Boyun Eğici“ yaklaşımlar ve „Sosyal Desteğe Başvurma“ adı verilen 5 alt ölçeğe ayrıştırılabileceği görülmüştür. Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, stres verici olay ya da durumlar karşısında bireyin bu durum ya da olayla etkili bir şekilde baş edebilmek için özgüveninin olduğu ve planlı bir yol izleyerek problemle başa çıkabilme tutumunu ölçmektedir. Kendine Güvensiz Yaklaşım, bireyin karşılaştığı stres verici olay ya da durumla baş edebilmek için bir mucize beklemesi, bireysel olarak baş edemeyeceğine inancı ve çaresizlik duyguları içinde olmasını tanımlamaktadır. İyimser Yaklaşım, stres verici olay ya da durumlardan olumlu bir şeyler çıkartma, baş edebileceğine inanma, yani iyimser olmayı içermektedir. Boyun Eğici Yaklaşım, bireyin karşılaştığı stresörü tamamen kabullenme, baş edemeyeceği inancıyla geri adım atma ve mücadeleden vazgeçme tutumlarını içermektedir. Sosyal Desteğe Başvurma ise, strese neden olan olay ya da durum karşısında baş edebilmek için başka bireylerden yardım alma, destek arama gibi başa çıkma yollarını kapsamaktadır. (Şahin & Durak, 1995). Ölçek, her maddesi -hiç uygun değil 0 puan- uygun değil 1 puan- uygun 2 puan tamamen uygun 3 puan olarak değerlendirilen, toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve o alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Kendine Güvenli Yaklaşım için 0-21 puan, İyimser Yaklaşım için 0-24 puan, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı için 0-15 puan, Kendine Güvensiz Yaklaşım için 0-12 puan, Boyun Eğici Yaklaşım için 0-18 puandır (Şahin & Durak, 1995). Bu ölçeğin

probleme yönelik etkili yollar ile duyulara yönelik etkisiz yollar olmak üzere yapılandırılan iki boyutu „kendine güvenli“ (8,10,14,16,20,23,26. maddeler), „iyimser“ (2,4,6,12,18. maddeler), „kendine güvensiz“ (3,7,11,19,22,25,27, 28. maddeler), „boyun eğici yaklaşım“ (5,13,15,17,21,24.maddeler) ve “sosyal desteğe başvurma” (1,9,29,30.maddeler) adı verilen 5 faktörde yansımaktadır. (1 ve 9. Maddeler ters kodlanmaktadır.).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) [Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)] Amerika Birleşik Devletleri’nde Zimet, Dahlem vd., (1988) tarafından geliştirilen, ülkemizde uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eker ve Arkar (1995), Çakır ve Palabıyık (1997), Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından yapılan, kullanımı yaygın bir sosyal destek ölçeğidir. ÇBASDÖ üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. 2001 yılında Eker ve arkadaşları tarafından bu ölçeğin Gözden Geçirilmiş Formu Faktör Yapısı, geçerlik ve güvenirlik açısından yeniden çalışılmış ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçek, 12 maddeden oluşmaktadır ve aile, arkadaş ile özel bir insan şeklinde üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmektedir. Aile alt boyutunu 3., 4., 8., 11. maddeler, arkadaşlar alt boyutunu 6., 7., 9., ve 12. maddeler, özel bir insan alt boyutunu ise 1., 2., 5., ve 10. Maddeler oluşturmaktadır. Yedili likert tipindedir ve tamamen katılıyorum seçeneği 7 puan, çoğunlukla katılıyorum seçeneği 6 puan, katılıyorum seçeneği 5 puan, kararsızım seçeneği 4 puan, katılmıyorum seçeneği 3 puan, çoğunlukla katılmıyorum seçeneği 2 puan olup hiç katılmıyorum seçeneği 1 puandır. Tüm maddelerin toplamı ölçek toplam puanını vermektedir. Alt boyut hesaplamaları için her alt boyuta kendi maddesinin toplamı dâhil edilmektedir. Ölçeğin toplamı için puan aralığı 12 ile 84 arasındadır ve yüksek puanlar yüksek sosyal destek algısına işaret etmektedir.

4.8. Veri Analiz Teknikleri

Bu çalışma, anket yöntemi kullanılarak veri toplama, verilerin SPSS üzerinde analiz edilmesi ve değerlendirilmesiyle oluşturulmuştur.

Bu çalışmada veriler öncelikle kuramsal çatının belirlenebilmesi için yerli, yabancı doktrinin incelemesi yapılmış olup; var olan kaynaklar içerisinde araştırma için gerekli olan veriler araştırmayı desteklemek adına kullanılmıştır.

4.9. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde katılımcılara araştırma kapsamında uygulanan Kişisel Bilgi Formu, Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)'nden elde edilen verilerin SPSS 16 programı ile analizine ilişkin bulgular yer almaktadır. Her değişkenle ilgili elde edilen bulgular açıklamaları ile birlikte tablolastırılarak sunulmuştur.

Veri analizi öncesinde verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiştir. Araştırmalarda kullanılan ölçek ve alt ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerlerin -2, +2 aralığını karşılıyor olması bu veri seti için dağılım normal dağılım kriterini sağladığına işaret etmektedir (George & Mallery, 2010). Çalışma veri setinin normallik dağılımının değerlendirilmesi için yapılan çarpıklık ve basıklık değerleri kontrolünde verilerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. İlgili çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 1' de verilmiştir. Yine verilerin normal dağılımlarına ilişkin yapılan bir diğer değerlendirmelerde, sosyal bilimler alanı için yeterince büyük örneklerde ($n = 30+$) verilerin normal dağılım sağladığı varsayımı kabul edilerek veri analizine parametrik ölçüm araçları ile devam edilmektedir (Balcı & Ahi, 2017). Bu bilgiler ışığında, çalışma örnekleminin $N = 178$ olması ve ilgili basıklık-çarpıklık (skewness ve kurtosis) değerlerinin kabul edilebilir aralıklarda olması çalışma verilerinin normal dağılım gösterdiğini desteklemektedir. Bu doğrultuda çalışma verilerinin analizine parametrik ölçümler kullanılmıştır. Analizler %95 güvenilirlik seviyesinde değerlendirilmiştir.

Tablo 1 : Çalışmanın Güvenilirlik Ölçeği Sonuçları

Değişkenler (N=178)	Ort.	Ss	Skewness		Kurtosis	
			Statistic	Std. Hata	Statistic	Std. Hata
Kendine Güvenli Yak.	21,247	3,823	-,345	,182	,149	,362
İyimser Yaklaşım	13,146	3,032	-,150	,182	-,105	,362
Çaresiz Yaklaşım	18,629	4,476	,797	,182	,662	,362
Boyun Eğici Yaklaşım	11,904	2,543	,481	,182	,616	,362
Sosyal Destek Arama	11,359	1,665	,193	,182	,094	,362
SBTÖ Toplam	76,286	8,149	,678	,182	1,364	,362
ÇBASDÖ						
Aileden alınan destek	24,196	4,816	-1,475	,182	1,680	,362
Özel İnsandan alınan destek	20,679	7,836	-,806	,182	-,640	,362
Arkadaştan alınan destek	23,039	5,373	-1,240	,182	1,248	,362
ÇBASDÖ Toplam puan	67,915	14,37	-,924	,182	,274	,362
Toronto Empati Ölçeği (TEÖ)	53,275	5,177	-,537	,182	1,200	,362

4.9.1. Frekans Dağılımları

4.9.1.1. Cinsiyet

Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından dağılımları incelendiğinde kadın katılımcı sayısı n = 126 ve erkek katılımcı n = 52'dür (bkz Tablo 2.).

Tablo 2 : Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Kadın	126	70,8	70,8	70,8
Erkek	52	29,2	29,2	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.2. Yaş

Katılımcılar yaşa göre dağılımları incelendiğinde n = 69 katılımcı 20-29 yaş aralığında, n = 50 katılımcı 30-39 yaş aralığında, n = 44 katılımcı 40-49 yaş aralığında ve n = 15 katılımcı 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (bkz Tablo 3.).

Tablo 3 : Katılımcıların yaşa ilişkin dağılımları

Yaş	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
20-29 yaş	69	38,8	38,8	38,8
30-39 yaş	50	28,1	28,1	66,9
40-49 yaş	44	24,7	24,7	91,6
50 yaş ve üzeri	15	8,4	8,4	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.3. Meslek

Katılımcılar mesleki dağılımları değerlendirildiğinde n = 56 katılımcı hekim, n = 89 katılımcı hemşire, n = 33 katılımcı sağlık teknikeridir (bkz Tablo 4.).

Tablo 4 : Katılımcıların mesleki dağılımı

Meslek	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Hekim	56	31,5	31,5	31,5
Hemşire	89	50,0	50,0	81,5
Sağlık Teknikeri	33	18,5	18,5	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.4. Medeni Durum

Katılımcıların medeni durum değişkeni açısından dağılımları incelendiğinde evli katılımcı sayısı n = 95 ve bekâr katılımcı sayısı n = 83'dür (bkz Tablo 5.).

Tablo 5 : Katılımcıların medeni duruma göre dağılımları

Medeni durum	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Evli	95	53,4	53,4	53,4
Bekâr	83	46,6	46,6	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.5. Eğitim Durumu

Katılımcılar eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde n = 15 katılımcı lise, n = 22 katılımcı ön lisans, n = 70 katılımcı lisans, n = 71 katılımcı ise yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahiptir (bkz Tablo 6.).

Tablo 6 : Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımları

Eğitim	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Lise	15	8,4	8,4	8,4
Ön Lisans	22	12,4	12,4	20,8
Lisans	70	39,3	39,3	60,1
Yüksek Lisans	71	39,9	39,9	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.6. Sahip Olunan Çocuk Sayısı

Katılımcılar sahip oldukları çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde n = 93 katılımcının çocuğu bulunmamakta, n = 30 katılımcının bir çocuğu ve n = 55 katılımcının ise iki ve üzeri çocuk sahibi olduğu görülmektedir (bkz Tablo 7.).

Tablo 7 : Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları

Çocuk Sayısı	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Yok	93	52,2	52,2	52,2
Bir	30	16,9	16,9	69,1
İki ve üzeri	55	30,9	30,9	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.7. Psikiyatrik Öykü

Katılımcılar daha önce psikiyatrik tanı-tedavi alıp almadıklarına dair değerlendirildiğinde n = 43 katılımcının psikiyatrik tedavi öyküsü bulunduğu ve n = 135 katılımcının ise psikiyatrik öyküsünün bulunmadığı değerlendirilmiştir (bkz Tablo 8.).

Tablo 8 : Katılımcıların psikiyatri öyküsü açısından dağılımları

Psikiyatri Ö.	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Evet	43	24,2	24,2	24,2
Hayır	135	75,8	75,8	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.8. Çalışma Durumu

Katılımcılar çalışma yıllarına göre değerlendirildiğinde n = 74 katılımcı 0-5 yıl, n = 29 katılımcı 6-10 yıl, n = 43 katılımcı 11-20 yıl ve n = 32 katılımcı ise 21 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir (bkz Tablo 9.).

Tablo 9 : Katılımcıların çalışma yılına göre dağılımları

Çalışma yılı	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
0-5 yıl	74	41,6	41,6	41,6
6-10 yıl	29	16,3	16,3	57,9
11-20yıl	43	24,2	24,2	82,0
21 yıl ve üzeri	32	18,0	18,0	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.9. Mesleki Tercih

Katılımcıların mesleki tercihlerindeki isteklilikleri değerlendirildiğinde n = 133 katılımcı mesleklerini isteyerek seçtiklerini n = 45 katılımcı ise mesleklerini istemeden seçtiklerini beyan etmiştir (bkz Tablo 10.).

Tablo 10 : Katılımcıların mesleki tercih açısından dağılımları

Mesleki Tercih	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Evet isteyerek seçtim	133	74,7	74,7	74,7
Hayır istemeyerek seçtim	45	25,3	25,3	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.10. Katılımcının Çalışma Alanından Memnuniyeti

Katılımcıların çalışma ortamlarından memnuniyetleri değerlendirildiğinde n = 125 katılımcı mesleklerini isteyerek seçtiklerini n = 53 katılımcı ise mesleklerini istemeden seçtiklerini beyan etmiştir (bkz Tablo 11.).

Tablo 11 : Katılımcıların mesleki ortamlarından memnuniyetlerine göre dağılımları

Mesleki ortam	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Memnun	125	70,2	70,2	70,2
Memnun değil	53	29,8	29,8	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.11. Nöbet

Katılımcıların nöbet tutma dağılımları değerlendirildiğinde n = 106 katılımcı nöbet tuttuğunu n = 72 katılımcı ise nöbet tutmadığını beyan etmiştir (bkz Tablo 12.).

Tablo 12 : Katılımcıların nöbet tutma açısından dağılımları

Nöbet	Frekans	Yüzde	Yüzde Değeri	Kümülatif Yüzde
Evet	106	59,6	59,6	59,6
Hayır	72	40,4	40,4	100,0
Toplam	178	100,0	100,0	

4.9.1.12. Bağımlı Değişkenlere Yönelik İstatistikler

Bağımlı değişken ölçümlerine ilişkin en düşük ve en yüksek puanlar ile ortalama ve standart sapma değerler hesaplanmıştır (bkz Tablo 13.)

Tablo 13 : Bağımlı değişken ölçümlerine ait istatistikler

Değişkenler	N	Min.	Max	Ort.	Ss
Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)					
Kendine Güvenli Yaklaşım	178	7,00	28,00	21,2472	3,82316
İyimser Yaklaşım	178	5,00	20,00	13,1461	3,03297
Çaresiz Yaklaşım	178	8,00	32,00	18,6292	4,47689
Boyun Eğici Yaklaşım	178	6,00	21,00	11,9045	2,54383
Sosyal Destek Arama	178	7,00	16,00	11,3596	1,66552
SBTÖ Toplam	178	57,00	108,00	76,2865	8,14917
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)					
Aileden alınan destek	178	7,00	28,00	24,1966	4,81647
Özel İnsandan alınan destek	178	4,00	28,00	20,6798	7,83688
Arkadaştan alınan destek	178	4,00	28,00	23,0393	5,37347
ÇBASDÖ Toplam puan	178	26,00	84,00	67,9157	14,37310

4.10. Hipotezler ve Elde Edilen Sonuçların Değerlendirilmesi

4.10.1. Sağlık alanında hizmet veren bireylerde empatik eğilim, başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek puanları arasında ilişki var mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren bireylerde empatik eğilim, stresle başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek puanları arasında ilişki olup olmadığını test etmek için katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları Pearson Momentle Çarpımı Korelasyon tekniği ile hesaplanmıştır (bkz. Tablo 14.).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda ÇBASDÖ aileden alınan sosyal destek puanı; SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,375, p < ,01$), iyimser yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,253, p < ,01$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği ile ($r = -,255, p < ,01$) anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişkilidir.

ÇBASDÖ özel insandan alınan sosyal destek puanı; SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,235, p < ,01$), iyimser yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,159, p < ,05$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği ile ($r = -,242, p < ,01$) anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişkilidir.

ÇBASDÖ arkadaştan alınan sosyal destek puanı; SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,321, p < ,01$), iyimser yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,225, p < ,01$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği ile ($r = -,302, p < ,01$) anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişkilidir.

ÇBASDÖ toplam puanı; SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ile ($r = ,180, p < ,05$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği ile ($r = -,226, p < ,01$) anlamlı düzeyde negatif yönlü ilişkilidir.

Toronto Empati Ölçeği puanı; ÇBASDÖ aileden alınan sosyal destek puanı ile ($r = ,298, p < ,01$), özel insandan alınan sosyal destek puanı ile ($r = ,255, p < ,01$), arkadaştan alınan sosyal destek puanı ile ($r = ,323, p < ,01$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ile ($r = ,225, p < ,01$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişkilidir.

Tablo 14 : Empatik eğilim, stresle başa çıkma becerileri ve algılanan sosyal destek puanları için korelasyon analizi sonucu

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Aileden alınan destek	r	1	,056	,380**	,692**	,034	-,015	,066	-,050	,022	,017	-,004
	p		,371	,000	,000	,584	,810	,291	,420	,720	,788	,954
2.Özel insandan alınan destek	r	,456**	1	-,358**	,440**	,000	,085	,045	-,069	-,031	-,002	-,055
	p	,000		,000	,000	,994	,171	,467	,271	,624	,973	,377
3. Arkadaştan alınan destek	r	,770**	,844**	1	,616**	,052	-,060	-,045	-,016	-,090	-,071	,008
	p	,000	,000		,000	,401	,334	,474	,795	,150	,253	,896
4.ÇBASDÖ toplam puan	r	,499**	,390**	,754**	1	,051	,009	,024	-,077	-,076	-,046	-,033
	p	,000	,000	,000		,417	,888	,698	,216	,224	,465	,600
5.Kendine güvenli yaklaşım	r	,375**	,235**	,321**	,180*	1	,283**	,30*	,322**	,083	,581**	,058
	p	,000	,002	,000	,016		,000	,000	,000	,185	,000	,348
6.İyimser yaklaşım	r	,253**	,159*	,225**	,143	,677**	1	,250*	,205**	,046	,537**	-,038
	p	,001	,034	,003	,057	,000		,000	,001	,457	,000	,547
7.Çaresiz yaklaşım	r	-,255**	-,242**	-,302**	-,226**	-,412**	-,390**	1	,220**	-,013	,477**	-,070
	p	,001	,001	,000	,002	,000	,000		,000	,838	,000	,262
8.Boyun eğici yaklaşım	r	-,047	-,101	-,112	-,111	-,162*	,043	,508**	1	,152*	,619**	,136*
	p	,534	,181	,136	,139	,031	,570	,000		,014	,000	,028
9.Sosyal destek arama	r	,066	-,027	,030	,059	,267**	,318**	,236**	,360**	1	,640**	,483*
	p	,383	,724	,695	,434	,000	,000	,002	,000		,000	,000
10.SBTÖ toplam	r	,129	,000	,039	-,009	,499**	,554**	,418**	,605**	,690**	1	,301*
	p	,087	,996	,601	,902	,000	,000	,000	,000	,000		,000
11.Toronto Empati Ö.	r	,298**	,255**	,323**	,225**	,143	,089	-,010	,027	,089	,121	1
	p	,000	,001	,000	,003	,056	,237	,893	,722	,239	,107	

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.2. Cinsiyete Göre Empatik Eğilim, Stresle Başka Çıkma Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek değişmekte midir?

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin cinsiyete göre empatik eğilim, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma becerileri puan ortalamaları bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 15.).

Analiz sonucunda kadın sağlık çalışanlarının empati puanları ($Ort. = 54,61$, $S = 4,579$) ile erkek sağlık çalışanlarının empati puanları ($Ort. = 50,019$, $S = 5,135$)

istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($t = 5,878, p = ,00$). Stresle başa çıkma ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları için kadın ve erkek katılımcıların puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > .05$).

Tablo 15 : Cinsiyet göre empatik eğilim, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma becerileri puanları için t test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	ss	t	sd	p	
Toronto Ölçeği	Empati	Kadın	126	54,6190	4,57971	5,878	176	,000
		Erkek	52	50,0192	5,13538			
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım		Kadın	126	21,0873	3,88849	-,868	176	,387
		Erkek	52	21,6346	3,66771			
SBTÖ İyimser yaklaşım		Kadın	126	13,1032	3,11854	-,293	176	,770
		Erkek	52	13,2500	2,84140			
SBTÖ Çaresiz yaklaşım		Kadın	126	18,8492	4,55555	1,021	176	,309
		Erkek	52	18,0962	4,27606			
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım		Kadın	126	11,8730	2,51391	-,256	176	,798
		Erkek	52	11,9808	2,63826			
SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı		Kadın	126	11,2540	1,60468	-1,319	176	,189
		Erkek	52	11,6154	1,79491			
SBTÖ Toplam Puanı		Kadın	126	76,1667	8,41213	-,305	176	,761
		Erkek	52	76,5769	7,54424			
ÇBASDÖ Aileden alınan destek		Kadın	126	24,5159	4,83278	1,380	176	,169
		Erkek	52	23,4231	4,73347			
ÇBASDÖ Özel insandan alınan destek		Kadın	126	20,6032	7,83436	-,202	176	,840
		Erkek	52	20,8654	7,91630			
ÇBASDÖ Arkadaştan alınan destek		Kadın	126	23,1667	5,50890	,491	176	,624
		Erkek	52	22,7308	5,06861			
ÇBASDÖ Toplam Puanı		Kadın	126	68,2857	14,24127	,534	176	,594
		Erkek	52	67,0192	14,78936			

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

4.10.3. Yaşa göre çok boyutlu algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları farklılaşmakta mıdır?

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 16.). Katılımcıların yaşa göre dağılımları; n = 69 katılımcı 20-29 yaş aralığında, n = 50 katılımcı 30-39 yaş aralığında, n = 44 katılımcı 40-49 yaş aralığında ve n = 15 katılımcı 50 ve üzeridir. Yapılan analiz sonucunda ÇBASDÖ puanları için yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir ($p > .05$).

Tablo 16 : Yaşa göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları

Değişken	Yaş	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Aileden alınan destek	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	146,270	3	48,757	2,142	,097
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	3959,848	174	22,758		
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	4106,118	177			
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199						
Özel insandan alınan destek	20-29 (a)	69	21,231	8,599	Gruplar arası	132,878	3	44,293	,718	,543
	30-39 (b)	50	20,940	7,470	Grup içi	10737,869	174	61,712		
	40-49 (c)	44	19,204	7,151	Toplam	10870,747	177			
	50 ve üzeri (d)	15	21,600	7,443						
Arkadaştan alınan destek	20-29 (a)	69	23,246	5,448	Gruplar arası	196,841	3	65,614	2,323	,077
	30-39 (b)	50	22,980	5,144	Grup içi	4913,884	174	28,241		
	40-49 (c)	44	21,795	5,916	Toplam	5110,725	177			
	50 ve üzeri (d)	15	25,933	2,576						
ÇBASDÖ toplam puan	20-29 (a)	69	68,884	14,037	Gruplar arası	1307,106	3	435,702	2,150	,096
	30-39 (b)	50	68,220	15,077	Grup içi	35258,630	174	202,636		
	40-49 (c)	44	63,977	14,715	Toplam	36565,736	177			
	50 ve üzeri (d)	15	74,000	10,035						

* $p < .05$, ** $p < .01$

b) Yaş göre stresle baş çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Stresle Baş çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) puanlarının yaş değışkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 17).

Yapılan analiz sonucunda SBTÖ çaresiz yaklaşım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($F_{3,174} = 2,815, p = ,41$). Yaş grupları arası karşılaştırmalar post hoc Tukey testi ile yapılmıştır. Bu doğrultuda; 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların SBTÖ çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının ($Ort. = 26,46, S = 2,19$) 30-39 yaş arası katılımcıların ortalamalarından ($Ort. = 24,30, S = 5,26$) ve 40-49 yaş arası katılımcıların ortalamalarından ($Ort. = 22,977, S = 5,36$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.

Tablo 17 : Yaş'a göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları

	Yaş	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p	Fark (Tukey; p ≤ .05)
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	99,492	3	33,164	2,320	,077	-
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	2487,631	174	14,297			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	2587,124	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							
SBTÖ İyimser yaklaşım	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	26,421	3	8,807	,957	,415	-
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	1601,782	174	9,206			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	1628,202	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							
SBTÖ Çaresiz yaklaşım	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	164,202	3	54,734	2,815	,041*	b-d c-d
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	3383,326	174	19,444			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	3547,528	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	13,658	3	4,553	,700	,553	
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	1131,718	174	6,504			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	1145,376	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							
SBTÖ Sosyal destek arama yaklaşımı	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	15,302	3	5,101	1,866	,137	-
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	475,687	174	2,734			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	490,989	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							
SBTÖ Toplam Puanı	20-29 (a)	69	24,405	4,363	Gruplar arası	207,359	3	69,120	1,042	,376	-
	30-39 (b)	50	24,300	5,269	Grup içi	11547,02	174	66,362			
	40-49 (c)	44	22,977	5,363	Toplam	11754,38	177				
	50 ve üzeri (d)	15	26,466	2,199							

*p < .05, **p < .01

c) Yaşa göre empati eğilimi farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 18).

Yapılan analiz sonucunda yaş gruplarına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur ($p > .05$).

Tablo 17 : Yaşa göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Yaş	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Toronto Empati Ölçeği	20-29 (a)	69	53,188	5,0096	Gruplar arası	102,259	3	34,086	1,277	,284
	30-39 (b)	50	52,360	5,7667	Grup içi	4643,253	174	26,685		
	40-49 (c)	44	53,863	4,7719						
	50 ve üzeri (d)	15	55,000	4,8403	Toplam	4745,511	177			

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.4. Meslek grubuna göre empatik eğilim, algılanan sosyal destek stresle başa çıkma becerileri ve sosyal destek arama davranışı değişmekte midir?

a) Meslek grubuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek farklılaşmakta mıdır?

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 19.). Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımları; $n = 56$ katılımcı hekim, $n = 89$ katılımcı hemşire, $n = 33$ katılımcı sağlık teknikeridir.

Yapılan analiz sonucunda ÇBASDÖ puanları için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir ($p > .05$).

Tablo 18 : Meslek gruplarına göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları

Değişken	Meslek	N	Ort.	Ss	Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p	
Aileden alınan destek	Hekim (a)	56	23,696	5,09873	Gruplar arası	23,758	2	11,879		
	Hemşire (b)	89	24,325	4,63626	Grup içi	4082,360	175	23,328	,509	,602
	Sağlık Tek. (c)	33	24,697	4,87651	Toplam	4106,118	177			
Özel insandan alınan destek	Hekim (a)	56	20,946	8,33049	Gruplar arası	15,927	2	7,963		
	Hemşire (b)	89	20,382	7,56563	Grup içi	10854,820	175	62,028	,128	,880
	Sağlık Tek. (c)	33	21,030	7,90761	Toplam	10870,747	177			
Arkadaştan alınan destek	Hekim (a)	56	22,589	5,48975	Gruplar arası	119,920	2	59,960		
	Hemşire (b)	89	22,685	5,57714	Grup içi	4990,805	175	28,519	2,102	,125
	Sağlık Tek. (c)	33	24,757	4,31589	Toplam	5110,725	177			
ÇBAS DÖ toplam puan	Hekim (a)	56	67,232	15,0948	Gruplar arası	268,275	2	134,138		
	Hemşire (b)	89	67,393	14,3079	Grup içi	36297,461	175	207,414	,647	,525
	Sağlık Tek. (c)	33	70,484	13,4050	Toplam	36565,736	177			

* $p < .05$, ** $p < .01$

b) Meslek gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) puanlarının meslek grupları değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 20).

Yapılan analiz sonucunda SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F_{2,175} = 3,498$, $p = ,032$). Meslek grupları arası karşılaştırmalar post hoc Tukey testi ile yapılmıştır. Bu doğrultuda; sağlık teknikeri olan katılımcıların SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu

puan ortalamaları (*Ort.* = 14,09, *S* = 2,60) mesleği hekim olan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 13,269, *S* = 3,17) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır.

Tablo 19 : Meslek gruplarına göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Meslek	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p	Fark (Tukey; p ≤ .05)
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım	Hekim (a)	56	20,803	3,5645	Gruplar arası	23,233	2	11,616	,793	,454	
	Hemşire (b)	89	21,303	4,2195	Grup içi	2563,891	175	14,651			-
	Sağlık Tek. (c)	33	21,848	3,0528	Toplam	2587,124	177				
SBTÖ İyimser yaklaşım	Hekim (a)	56	12,392	2,9025	Gruplar arası	62,590	2	31,295	3,498	,032	* a-c
	Hemşire (b)	89	13,269	3,1721	Grup içi	1565,613	175	8,946			
	Sağlık Tek. (c)	33	14,090	2,6024	Toplam	1628,202	177				
SBTÖ Çaresiz yaklaşım	Hekim (a)	56	18,982	4,8033	Gruplar arası	46,126	2	23,063	1,153	,318	
	Hemşire (b)	89	18,797	4,5805	Grup içi	3501,402	175	20,008			
	Sağlık Tek. (c)	33	17,575	3,4733	Toplam	3547,528	177				
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım	Hekim (a)	56	11,928	2,3730	Gruplar arası	5,525	2	2,763	,424	,655	
	Hemşire (b)	89	12,022	2,4307	Grup içi	1139,851	175	6,513			
	Sağlık Tek. (c)	33	11,545	3,1133	Toplam	1145,376	177				
SBTÖ Sosyal destek arama yaklaşımı	Hekim (a)	56	11,321	1,7384	Gruplar arası	4,749	2	2,374	,855	,427	
	Hemşire (b)	89	11,258	1,6619	Grup içi	486,240	175	2,779			-
	Sağlık Tek. (c)	33	11,697	1,5509	Toplam	490,989	177				
SBTÖ Toplam Puanı	Hekim (a)	56	75,428	8,0223	Gruplar arası	60,411	2	30,205	,452	,637	
	Hemşire (b)	89	76,651	8,4814	Grup içi	11693,97	175	66,823			
	Sağlık Tek. (c)	33	76,757	7,5499	Toplam	11754,38	177				

p* < .05, *p* < .01

c) Mesleğe göre empati eğilimi farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanlarının meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 21).

Yapılan analiz sonucunda Toronto Empati Ölçeği için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($F_{2,175} = 7,035, p = ,001$). Meslek grupları arası karşılaştırmalar post hoc Tukey testi ile yapılmıştır. Bu doğrultuda; hemşire olan katılımcıların Toronto Empati Ölçeği puan ortalamaları ($Ort. = 54,662, S = 4,69$) mesleği hekim olan katılımcıların ortalamalarından ($Ort. = 51,625, S = 5,06$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır.

Tablo 20 : Mesleğe göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Meslek	N	Ort.	Ss	Kareler toplamı	sd	Ortalama	F	p	Fark (Tukey; $p \leq .05$)
Toronto Empati Ölçeği	Hekim (a)	56	51,625	5,0688	353,165	2	176,583	7,035	,001	a-b
	Hemşire (b)	89	54,662	4,6999						
	Sağlık Tek. (c)	33	52,333	5,6880	4745,51	177				

4.10.5. Medeni duruma ilişkin analiz bulguları

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin medeni duruma göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanlarının bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 22.).

Yapılan analiz sonucunda bekâr sağlık çalışanlarının medeni durum açısından ilgili ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($p > .05$).

Tablo 21 : Medeni duruma göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	Ss	t	Sd	p																																																																																																																				
Toronto Empati Ölçeği	Evli	95	53,200	5,3922	-,207	176	,836																																																																																																																				
	Bekâr	83	53,361	4,9524				SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	95	21,231	3,8633	-,058	176	,954	Bekâr	83	21,265	3,8001	SBTÖ İyimser Yaklaşım	Evli	95	13,305	2,9538	,748	176	,455	Bekâr	83	12,963	3,1291	SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Evli	95	18,505	4,5403	-,394	176	,694	Bekâr	83	18,771	4,4264	SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	95	12,021	2,6133	,653	176	,515	Bekâr	83	11,771	2,4709	SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056	Bekâr	83	11,614	1,5288	SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265
SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	Evli	95	21,231	3,8633	-,058	176	,954																																																																																																																				
	Bekâr	83	21,265	3,8001				SBTÖ İyimser Yaklaşım	Evli	95	13,305	2,9538	,748	176	,455	Bekâr	83	12,963	3,1291	SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Evli	95	18,505	4,5403	-,394	176	,694	Bekâr	83	18,771	4,4264	SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	95	12,021	2,6133	,653	176	,515	Bekâr	83	11,771	2,4709	SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056	Bekâr	83	11,614	1,5288	SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134								
SBTÖ İyimser Yaklaşım	Evli	95	13,305	2,9538	,748	176	,455																																																																																																																				
	Bekâr	83	12,963	3,1291				SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Evli	95	18,505	4,5403	-,394	176	,694	Bekâr	83	18,771	4,4264	SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	95	12,021	2,6133	,653	176	,515	Bekâr	83	11,771	2,4709	SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056	Bekâr	83	11,614	1,5288	SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																				
SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Evli	95	18,505	4,5403	-,394	176	,694																																																																																																																				
	Bekâr	83	18,771	4,4264				SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	95	12,021	2,6133	,653	176	,515	Bekâr	83	11,771	2,4709	SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056	Bekâr	83	11,614	1,5288	SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																
SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Evli	95	12,021	2,6133	,653	176	,515																																																																																																																				
	Bekâr	83	11,771	2,4709				SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056	Bekâr	83	11,614	1,5288	SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																												
SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Evli	95	11,136	1,7540	-1,923	176	,056																																																																																																																				
	Bekâr	83	11,614	1,5288				SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880	Bekâr	83	76,385	8,1252	ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																								
SBTÖ Toplam Puanı	Evli	95	76,200	8,2120	-,151	176	,880																																																																																																																				
	Bekâr	83	76,385	8,1252				ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117	Bekâr	83	23,590	5,1372	ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																																				
ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Evli	95	24,726	4,4779	1,576	176	,117																																																																																																																				
	Bekâr	83	23,590	5,1372				ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172	Bekâr	83	19,819	8,7068	ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																																																
ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Evli	95	21,431	6,9491	1,373	176	,172																																																																																																																				
	Bekâr	83	19,819	8,7068				ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682	Bekâr	83	23,216	5,4617	ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																																																												
ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Evli	95	22,884	5,3193	-,411	176	,682																																																																																																																				
	Bekâr	83	23,216	5,4617				ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																																																																								
ÇBASDÖ Toplam Puanı	Evli	95	69,042	14,1405	1,119	176	,265																																																																																																																				
	Bekâr	83	66,626	14,6134																																																																																																																							

* $p < .05$, ** $p < .01$,

4.10.6 Sahip Olunan Çocuk Sayısı Durumuna İlişkin Bulgular

a) Sahip olunan çocuk sayısına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek farklılaşmakta mıdır?

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 23). Katılımcıların sahip olunan çocuk sayısına göre dağılımları; n = 93 katılımcı çocuk sahibi değildir, n = 30 katılımcının bir çocuğu bulunmaktadır, n = 55 katılımcı ise iki ve üzeri çocuğa sahiptir.

Yapılan analiz sonucunda sahip olunan çocuk sayısına göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir ($p>.05$).

Tablo 22 Sahip olunan çocuk sayısına göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları

Değişken	Sahip olunan çocuk sayısı	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Aileden alınan destek	Çocuk Sahibi değil (a)	93	23,8065	5,03306	Gruplar arası	32,708	2	16,354	,703	,497
	1 çocuk sahibi (b)	30	24,3667	5,35938	Grup içi	4073,410	175	23,277		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	24,7636	4,10494	Toplam	4106,118	177			
Özel insandan alınan des.	Çocuk Sahibi değil (a)	93	20,5806	8,55459	Gruplar arası	5,508	2	2,754	,044	,957
	1 çocuk sahibi (b)	30	21,0667	7,91303	Grup içi	10865,239	175	62,087		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	20,6364	6,54999	Toplam	10870,747	177			
Arkadaştan alınan destek	Çocuk Sahibi değil (a)	93	23,2903	5,44454	Gruplar arası	37,336	2	18,668	,644	,526
	1 çocuk sahibi (b)	30	23,5000	5,45673	Grup içi	5073,389	175	28,991		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	22,3636	5,24003	Toplam	5110,725	177			

	Çocuk Sahibi değil	93	67,67	14,657	Gruplar	37,619	2	18,810	
ÇBAS	(a)		74	8	arası				
DÖ	1 çocuk sahibi (b)	30	68,93	15,287	Grup içi	36528,1	175	208,73	,090
toplam			33	8		17		2	4
puan	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	67,76	13,597	Toplam	36565,7	177		
			36	3		36			

* $p < .05$, ** $p < .01$

b) Sahip olunan çocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) puanlarının sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 24).

Yapılan analiz sonucunda sahip olunan çocuk sayısına göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir ($p > .05$).

Tablo 23 Sahip olunan çocuk sayısına göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Sahip olunan çocuk sayısı	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım	Çocuk Sahibi değil (a)	93	21,3118	3,70950	Gruplar arası	32,708	2	16,354	,703	,497
	1 çocuk sahibi (b)	30	20,2000	3,28424	Grup içi	4073,410	175	23,277		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	21,7091	4,22371	Toplam	4106,118	177			
SBTÖ İyimser yaklaşım	Çocuk Sahibi değil (a)	93	12,9785	2,94507	Gruplar arası	5,508	2	2,754	,044	,957
	1 çocuk sahibi (b)	30	12,3333	3,02100	Grup içi	10865,239	175	62,087		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	13,8727	3,08554	Toplam	10870,747	177			
SBTÖ Çaresiz yaklaşım	Çocuk Sahibi değil (a)	93	18,6667	4,51648	Gruplar arası	37,336	2	18,668	,644	,526
	1 çocuk sahibi (b)	30	19,5333	4,29702	Grup içi	5073,389	175	28,991		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	18,0727	4,50043	Toplam	5110,725	177			
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım	Çocuk Sahibi değil (a)	93	11,6667	2,56368	Gruplar arası	37,619	2	18,810	,090	,914
	1 çocuk sahibi (b)	30	12,5000	2,47400	Grup içi	36528,117	175	208,732		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	11,9818	2,53487	Toplam	36565,736	177			
SBTÖ Sosyal destek arama yaklaşımı	Çocuk Sahibi değil (a)	93	11,4409	1,54260	Gruplar arası	32,708	2	16,354	,703	,497
	1 çocuk sahibi (b)	30	11,2000	1,74988	Grup içi	4073,410	175	23,277		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	11,3091	1,83457	Toplam	4106,118	177			
SBTÖ Toplam Puanı	Çocuk Sahibi değil (a)	93	76,0645	7,67663	Gruplar arası	5,508	2	2,754	,044	,957
	1 çocuk sahibi (b)	30	75,7667	8,19875	Grup içi	10865,239	175	62,087		
	2 ve üzeri çocuk sahibi (c)	55	76,9455	8,97201	Toplam	10870,747	177			

* $p < .05$, ** $p < .01$

c) Sahip olunan çocuk sayısına göre empati eğilimi farklılaşmakta mıdır?

Sağlık hizmeti veren katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanlarının sahip olunan çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 25).

Yapılan analiz sonucunda sahip olunan çocuk sayısına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir ($p>.05$).

Tablo 24 Sahip olunan çocuk sayısına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Sahip olunan çocuk sayısı	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Toronto Empati Ölçeği	Çocuk değil (a)	Sahibi 93	52,9570	4,95175	Gruplar arası	21,408	2	10,704	,397	,673
	1 çocuk (b)	sahibi 30	53,4333	6,38254	Grup içi	4724,104	175	26,995		
	2 ve üzeri sahibi (c)	çocuk 55	53,7273	4,88177	Toplam	4745,511	177			

4.10.7 Psikolojik öykü durumuna ilişkin bulgular

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin psikolojik öykülerine göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanlarının bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 26.).

Yapılan analiz sonucunda psikolojik öyküye sahip olma durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmamaktadır ($p >.05$).

Tablo 25 : Psikolojik öyküye göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	Ss	T	Sd	P	
Toronto Ölçeği	Empati	Psikolojik öykü var	43	53,814	4,7220	,782	176	,435
		Psikolojik öykü yok	135	53,103	5,3200			
SBTÖ Güvenli Yaklaşım	Kendine	Psikolojik öykü var	43	20,930	4,5218	-,623	176	,534
		Psikolojik öykü yok	135	21,348	3,5854			
SBTÖ Yaklaşım	İyimser	Psikolojik öykü var	43	12,418	3,3752	-1,818	176	,071
		Psikolojik öykü yok	135	13,377	2,8907			
SBTÖ Yaklaşım	Çaresiz	Psikolojik öykü var	43	19,232	4,6385	1,015	176	,312
		Psikolojik öykü yok	135	18,437	4,4245			
SBTÖ Yaklaşım	Boyun Eğici	Psikolojik öykü var	43	11,627	2,3906	-,818	176	,415
		Psikolojik öykü yok	135	11,992	2,5930			
SBTÖ Destek Yaklaşımı	Sosyal Arama	Psikolojik öykü var	43	11,255	1,8269	-,468	176	,640
		Psikolojik öykü yok	135	11,392	1,6165			
SBTÖ	Toplam	Psikolojik öykü var	43	75,465	9,1790	-,758	176	,449

Puanı		Psikolojik öykü yok	135	76,548	7,8118			
ÇBASDÖ	Aileden	Psikolojik öykü var	43	23,581	5,8563			
Alınan Destek						-,962	176	,338
		Psikolojik öykü yok	135	24,392	4,4421			
ÇBASDÖ	Özel	Psikolojik öykü var	43	21,441	7,5318			
İnsandan	Alınan					,731	176	,466
Destek		Psikolojik öykü yok	135	20,437	7,9434			
ÇBASDÖ		Psikolojik öykü var	43	24,162	4,7905			
Arkadaştan	Alınan					1,581	176	,116
Destek		Psikolojik öykü yok	135	22,681	5,5147			
ÇBASDÖ	Toplam	Psikolojik öykü var	43	69,186	13,6403			
Puanı						-,644	257	,520
		Psikolojik öykü yok	135	67,511	14,6245			

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.8. Mesleğini Severek Seçme Durumuna İlişkin Veriler

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin meslek seçim durumlarına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanlarının bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 27.).

Yapılan analiz sonucunda mesleğini severek seçen sağlık çalışanlarının ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puan ortalamaları ($Ort. = 24,631$, $S = 4,756$) mesleğini severek seçmeyen sağlık çalışanlarının ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puanlarından ($Ort. = 22,911$, $S = 4,813$) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazladır ($t = 2,091$, $p = ,038$).

Tablo 26 : Meslek seçim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	Ss	T	Sd	p
Toronto Empati Ölçeği	Mesleğimi severek seçtim	133	53,180	4,9387	-,385	66,256	,702
	Mesleğimi severek seçmedim	45	53,555	5,8796			
SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	Mesleğimi severek seçtim	133	21,375	3,7123	,772	176	,441
	Mesleğimi severek seçmedim	45	20,866	4,1538			
SBTÖ İyimser Yaklaşım	Mesleğimi severek seçtim	133	13,225	3,0191	,600	176	,549
	Mesleğimi severek seçmedim	45	12,911	3,0956			
SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Mesleğimi severek seçtim	133	18,654	4,2355	,127	176	,899
	Mesleğimi severek seçmedim	45	18,555	5,1766			
SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Mesleğimi severek seçtim	133	11,714	2,4201	-1,725	176	,086
	Mesleğimi severek seçmedim	45	12,466	2,8332			
SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Mesleğimi severek seçtim	133	11,248	1,6021	-1,540	176	,125
	Mesleğimi severek seçmedim	45	11,688	1,8193			
SBTÖ Toplam Puanı	Mesleğimi severek seçtim	133	76,218	8,1187	-,192	176	,848
	Mesleğimi severek seçmedim	45	76,488	8,3274			
ÇBASDÖ Aileden Destek Alınan	Mesleğimi severek seçtim	133	24,631	4,7569	2,091	176	,038*
	Mesleğimi severek seçmedim	45	22,911	4,8139			
ÇBASDÖ İnsandan Destek Alınan	Mesleğimi severek seçtim	133	21,007	7,7825	,959	176	,339
	Mesleğimi severek seçmedim	45	19,711	8,0046			
ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Mesleğimi severek seçtim	133	23,436	5,3800	1,703	176	,090
	Mesleğimi severek seçmedim	45	21,866	5,2379			
ÇBASDÖ Toplam Puanı	Mesleğimi severek seçtim	133	69,075	14,2725	1,863	176	,064
	Mesleğimi severek seçmedim	45	64,488	14,2774			

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.9. Çalışma Ortamından Memnuniyete İlişkin Analiz Bulguları

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin çalışma ortamından memnuniyetlerine göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 28.).

Yapılan analiz sonucunda çalışma ortamından memnun olan katılımcıların SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım puan ortalamalarının (*Ort.* = 21,984, *S* = 3,445) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 19,509, *S* = 4,130) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($t = 3,833$, $p = ,000$).

Yapılan analiz sonucunda çalışma ortamından memnun olan katılımcıların SBTÖ İyimser Yaklaşım puan ortalamalarının (*Ort.* = 13,752, *S* = 2,958) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 11,717, *S* = 2,734) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($t = 4,290$, $p = ,000$).

Yapılan analiz sonucunda çalışma ortamından memnun olan katılımcıların SBTÖ Çaresiz Yaklaşım puan ortalamalarının ise (*Ort.* = 18,032, *S* = 4,036) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 20,037, *S* = 5,1476) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur ($t = -2,526$, $p = ,013$).

Çok Boyutlu aileden alınan sosyal destek puanları incelendiğinde ise çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puan ortalamalarının (*Ort.* = 25,056, *S* = 4,004) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 22,169, *S* = 5,895) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($t = 3,259$, $p = ,002$).

Çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek puan ortalamalarının (*Ort.* = 23,600, *S* = 4,975) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 21,717, *S* = 6,058) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($t = 2,160$, $p = ,032$).

Çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının (*Ort.* = 70,104, *S* = 13,228) çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından (*Ort.* = 62,754, *S* = 15,723) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($t = 3,200, p = ,002$).

Tablo 27 : Çalışma ortamından memnuniyete göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	Ss	T	Sd	P
Toronto Empati Ölçeği	Memnun	125	53,376	5,1457			
	Memnun değil	53	53,037	5,2950	,398	176	,691
SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	Memnun	125	21,984	3,4453			
	Memnun değil	53	19,509	4,1306	3,833	84,133	,000**
SBTÖ İyimser Yaklaşım	Memnun	125	13,752	2,9584			
	Memnun değil	53	11,717	2,7342	4,290	176	,000**
SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Memnun	125	18,032	4,0360			
	Memnun değil	53	20,037	5,1476	-2,526	80,350	,013*
SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Memnun	125	11,872	2,5015			
	Memnun değil	53	11,981	2,6637	-,261	176	,794
SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Memnun	125	11,352	1,6860			
	Memnun değil	53	11,377	1,6317	-,093	176	,926
SBTÖ Toplam Puanı	Memnun	125	76,992	8,3747			
	Memnun değil	53	74,622	7,4012	1,785	176	,076
ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Memnun	125	25,056	4,0046			
	Memnun değil	53	22,169	5,8956	3,259	73,161	,002**
ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Memnun	125	21,448	7,3434			
	Memnun değil	53	18,867	8,7002	1,892	84,911	,062

ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Memnun	125	23,600	4,9757				
	Memnun değil	53	21,717	6,0586	2,160	176		,032*
ÇBASDÖ Toplam Puanı	Memnun	125	70,104	13,2286				
	Memnun değil	53	62,754	15,7234	3,200	176		,002**

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.10. Nöbet tutmaya İlişkin Analiz Bulguları

Sağlık alanında hizmet veren bireylerin nöbet tutup tutmamalarına göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları bağımsız gruplar t-test ile karşılaştırılmıştır (bkz. Tablo 29.).

Yapılan analiz sonucunda nöbet tutma durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmamaktadır ($p > .05$).

Tablo 28 : Nöbet tutmaya göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) t-test analizi sonuçları

Değişken	Grup	N	Ort.	Ss	T	Sd	P
Toronto Empati Ölçeği	Nöbet tutuyor	106	53,188	5,3311			
	Nöbet tutmuyor	72	53,402	4,9777	-,270	176	,787
SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım	Nöbet tutuyor	106	21,396	3,7053			
	Nöbet tutmuyor	72	21,027	4,0064	,630	176	,530
SBTÖ İyimser Yaklaşım	Nöbet tutuyor	106	12,839	2,8456			
	Nöbet tutmuyor	72	13,597	3,2573	-1,643	176	,102
SBTÖ Çaresiz Yaklaşım	Nöbet tutuyor	106	18,650	4,4849			
	Nöbet tutmuyor	72	18,597	4,4961	,078	176	,938

SBTÖ Boyun Eğici Yaklaşım	Nöbet tutuyor	106	11,915	2,7433	,067	176	,946
	Nöbet tutmuyor	72	11,888	2,2364			
SBTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	Nöbet tutuyor	106	11,367	1,8064	,081	176	,935
	Nöbet tutmuyor	72	11,347	1,4453			
SBTÖ Toplam Puanı	Nöbet tutuyor	106	76,169	8,4936	-,231	176	,817
	Nöbet tutmuyor	72	76,458	7,6691			
ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek	Nöbet tutuyor	106	24,575	4,7307	1,276	176	,204
	Nöbet tutmuyor	72	23,638	4,9199			
ÇBASDÖ Özel İnsandan Alınan Destek	Nöbet tutuyor	106	21,103	7,7643	,875	176	,383
	Nöbet tutmuyor	72	20,055	7,9556			
ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek	Nöbet tutuyor	106	22,962	5,6280	-,232	176	,817
	Nöbet tutmuyor	72	23,152	5,0117			
ÇBASDÖ Toplam Puanı	Nöbet tutuyor	106	68,641	14,4368	,817	176	,415
	Nöbet tutmuyor	72	66,847	14,3120			

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.11 Eğitim Durumuna İlişkin Analiz Bulguları

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları; $n = 15$ katılımcı lise mezunu, $n = 22$ katılımcı ön lisans mezunu, $n = 70$ katılımcı lisans mezunu ve $n = 71$ katılımcı yüksek lisans ya da doktora mezunudur.

a) Eğitim durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek farklılaşmakta mıdır?

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 30). Yapılan varyans analiz sonucunda ÇBASDÖ puanlarının katılımcıların eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

Tablo 29 : Eğitim düzeyine göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları

Değişken	Eğitim	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Aileden alınan destek	Lise (a)	15	24,466	6,0929	Gruplar arası	58,563	3	19,521	,839	,474
	Ön lisans (b)	22	25,409	3,3189	Grup içi	4047,555	17	23,262		
	Lisans (c)	70	24,342	4,7727	Toplam	4106,118	17	7		
	Y1 / Dr (d)	71	23,619	4,9637						
Özel insandan alınan destek	Lise (a)	15	18,800	8,2479	Gruplar arası	179,430	3	59,810	,973	,407
	Ön lisans (b)	22	20,318	8,0674	Grup içi	10691,317	17	61,444		
	Lisans (c)	70	21,842	7,3772	Toplam	10870,747	17	7		
	Y1 / Dr (d)	71	20,042	8,1212						
Arkadaştan alınan destek	Lise (a)	15	23,266	5,1473	Gruplar arası	202,092	3	67,364	2,388	,071
	Ön lisans (b)	22	24,909	4,3414	Grup içi	4908,633	17	28,211		
	Lisans (c)	70	23,614	5,0685	Toplam	5110,725	17	7		
	Y1 / Dr (d)	71	21,845	5,8178						
ÇBASDÖ toplam puan	Lise (a)	15	66,533	13,973	Gruplar arası	851,965	3	283,988	1,384	,249
	Ön lisans (b)	22	70,636	11,8464	Grup içi	35713,771	17	205,252		
	Lisans (c)	70	69,800	14,7113	Toplam	36565,736	17	7		
	Y1 / Dr (d)	71	65,507	14,6870						

* $p < .05$, ** $p < .01$

b) Eğitim durumuna göre stresle başa çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) puanlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 31).

Yapılan analiz sonucunda SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($F_{3,174} = 7,067, p = ,000$). Eğitim düzeyleri arası karşılaştırmalar post hoc Tukey testi ile yapılmıştır. Bu doğrultuda; ön lisans mezunu olan katılımcıların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının ($Ort. = 24,272, S = 2,621$) mezuniyeti lisans olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 20,857, S = 3,719$) ve mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 20,436, S = 3,725$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.

SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiştir ($F_{3,174} = 3,343, p = ,021$). Yapılan eğitim grupları arasındaki karşılaştırma sonucunda ön lisans mezunu olan katılımcıların SBTÖ iyimser yaklaşım puan ortalamasının ($Ort. = 14,727, S = 2,313$) mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 12,591, S = 3,059$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur.

SBTÖ toplam puanının katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur ($F_{3,174} = 4,762, p = ,003$). Yapılan gruplar arası karşılaştırma sonucunda lise mezunu olan katılımcıların SBTÖ toplam puan ortalamasının ($Ort. = 82,266, S = 82,266$) mezuniyeti lisans olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 75,500, S = 7,148$) ve mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 74,915, S = 7,363$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.

SBTÖ toplam puanı için; ön lisans mezunu olan katılımcıların puan ortalamasının ($Ort. = 79,136, S = 8,741$) mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından ($Ort. = 74,915, S = 7,363$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 30 : Eğitim durumuna göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Eğitim	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p	Fark (Tukey; p ≤ .05)
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım	Lise (a)	15	22,466	4,1034	Gruplar arası	280,990	3	93,663	7,067	,000*	b-c
	Ön lisans (b)	22	24,272	2,6219	Grup içi	2306,133	174	13,254		*	b-d
	Lisans (c)	70	20,857	3,7194	Toplam	2587,124	177				
	YI / Dr (d)	71	20,436	3,7253							
SBTÖ İyimser yaklaşım	Lise (a)	15	14,000	3,7985	Gruplar arası	88,741	3	29,580	3,343	,021*	
	Ön lisans (b)	22	14,727	2,3131	Grup içi	1539,461	174	8,847			b-d
	Lisans (c)	70	13,028	2,8740	Toplam	1628,202	177				
	YI / Dr (d)	71	12,591	3,0593							
SBTÖ Çaresiz yaklaşım	Lise (a)	15	20,400	5,8039	Gruplar arası	106,093	3	35,364	1,788	,151	
	Ön lisans (b)	22	17,000	4,0941	Grup içi	3441,435	174	19,778			
	Lisans (c)	70	18,714	4,0758	Toplam	3547,528	177				
	YI / Dr (d)	71	18,676	4,5849							
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım	Lise (a)	15	13,466	3,4406	Gruplar arası	47,203	3	15,734	2,493	,062	
	Ön lisans (b)	22	11,545	2,8739	Grup içi	1098,174	174	6,311			
	Lisans (c)	70	11,585	2,4346	Toplam	1145,376	177				
	YI / Dr (d)	71	12,000	2,2360							
SBTÖ Sosyal destek yaklaşımı	Lise (a)	15	11,933	2,6850	Gruplar arası	7,821	3	2,607	,939	,423	
	Ön lisans (b)	22	11,590	1,3683	Grup içi	483,168	174	2,777			
	Lisans (c)	70	11,314	1,4797	Toplam	490,989	177				
	YI / Dr (d)	71	11,211	1,6554							
SBTÖ Toplam Puanı	Lise (a)	15	82,266	11,762	Gruplar arası	891,870	3	297,290	4,762	,003*	a-c
	Ön lisans (b)	22	79,136	8,7412	Grup içi	10862,51	174	62,428		*	a-d
	Lisans (c)	70	75,500	7,1480	Toplam	11754,38	177				b-d
	YI / Dr (d)	71	74,915	7,3635							

* $p < .05$, ** $p < .01$

c)Eğitim durumuna göre empati eğilimi farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 32).

Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur ($p>.05$).

Tablo 31 : Eğitim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Eğitim	N	Ort.	Ss	Kareler toplamı	Ortala			
						sd	ma	F	p
Toronto Empati Ölçeği	Lise (a)	15	53,400	6,2655	Gruplar arası	200,609	3	66,870	2,560 ,057
	Ön lisans (b)	22	53,681	5,2679	Grup içi	4544,902	174	26,120	
	Lisans (c)	70	54,385	4,4438	Toplam	4745,511	177		
	Y1 / Dr (d)	71	52,028	5,4115					

* $p < .05$, ** $p < .01$

4.10.12. Çalışma Süresine İlişkin Bulgular

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları; $n = 74$ katılımcı 0-5 yıldır çalışmakta, $n = 29$ katılımcı 6-11 yıldır çalışmakta, $n = 43$ katılımcı 11-20 yıldır çalışmakta ve $n = 32$ katılımcı 21 yıl ve üzeri sürede çalışmaktadır.

a) Çalışma süresine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek farklılaşmakta mıdır?

Çok boyutlu algılanan sosyal desteğin çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 33). Yapılan varyans analiz sonucunda ÇBASDÖ

puanlarının katılımcıların çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

Tablo 32 : Çalışma süresine göre ÇBASDÖ için ANOVA sonuçları

Değişken	Çalışma süresi	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Aileden alınan destek	0-5 yıl (a)	74	24,283	4,7470	Gruplar arası	89,502	3	29,834	1,292	,279
	6-10 yıl (b)	29	24,724	4,5504	Grup içi	4016,616	17	23,084		
	11-20 yıl (c)	43	23,046	5,6313	Toplam	4106,118	17			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	25,062	3,8515			7			
Özel insandan alınan destek	0-5 yıl (a)	74	21,027	8,72875	Gruplar arası	59,997	3	19,999	,322	,810
	6-10 yıl (b)	29	21,448	7,32699	Grup içi	10810,750	17	62,131		
	11-20 yıl (c)	43	19,860	7,32439	Toplam	10870,747	17			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	20,281	6,93860			7			
Arkadaştan alınan destek	0-5 yıl (a)	74	22,864	5,64795	Gruplar arası	22,306	3	7,435	,254	,858
	6-10 yıl (b)	29	22,586	5,21343	Grup içi	5088,419	17	29,244		
	11-20 yıl (c)	43	23,162	5,40692	Toplam	5110,725	17			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	23,687	4,98668			7			
ÇBASDÖ toplam puan	0-5 yıl (a)	74	68,175	15,1733	Gruplar arası	211,950	3	70,650	,338	,798
	6-10 yıl (b)	29	68,758	13,9863	Grup içi	36353,786	17	208,930		
	11-20 yıl (c)	43	66,069	14,4903	Toplam	36565,736	17			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	69,031	13,0148			7			

* $p < .05$, ** $p < .01$

b) Çalışma süresine göre stresle başa çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) puanlarının çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 34). Yapılan varyans analiz sonucunda Stresle Başa çıkma Tarzları

Ölçeği (SBTÖ) puanlarının katılımcıların çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir ($p > .05$).

Tablo 33 : çalışma süresine göre Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Çalışma süresi	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
SBTÖ Kendine güvenli yaklaşım	0-5 yıl (a)	74	21,2568	3,93112	Gruplar arası	57,660	3	19,220	1,322	,269
	6-10 yıl (b)	29	21,0690	2,68503	Grup içi	2529,463	174	14,537		
	11-20 yıl (c)	43	20,5581	3,24626	Toplam	2587,124	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	22,3125	4,94119						
SBTÖ İyimser yaklaşım	0-5 yıl (a)	74	12,7432	2,89099	Gruplar arası	28,972	3	9,657	1,051	,372
	6-10 yıl (b)	29	13,1379	3,10212	Grup içi	1599,231	174	9,191		
	11-20 yıl (c)	43	13,3256	2,90091	Toplam	1628,202	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	13,8438	3,43708						
SBTÖ Çaresiz yaklaşım	0-5 yıl (a)	74	18,7297	4,75221	Gruplar arası	62,508	3	20,836	1,040	,376
	6-10 yıl (b)	29	17,7931	3,25554	Grup içi	3485,020	174	20,029		
	11-20 yıl (c)	43	19,4651	4,48462	Toplam	3547,528	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	18,0312	4,73480						
SBTÖ Boyun eğici yaklaşım	0-5 yıl (a)	74	11,6892	2,81350	Gruplar arası	12,572	3	4,191	,644	,588
	6-10 yıl (b)	29	11,7586	2,11551	Grup içi	1132,804	174	6,510		
	11-20 yıl (c)	43	12,3488	2,14791	Toplam	1145,376	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	11,9375	2,75842						
SBTÖ Sosyal destek arama yaklaşımı	0-5 yıl (a)	74	11,2973	1,61100	Gruplar arası	4,487	3	1,496	,535	,659
	6-10 yıl (b)	29	11,6897	1,73418	Grup içi	486,501	174	2,796		
	11-20 yıl (c)	43	11,2093	1,83301	Toplam	490,989	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	11,4062	1,52102						
SBTÖ Toplam Puanı	0-5 yıl (a)	74	75,7162	8,00260	Gruplar arası	110,578	3	36,859	,551	,648
	6-10 yıl (b)	29	75,4483	7,54314	Grup içi	11643,810	174	66,918		
	11-20 yıl (c)	43	76,9070	8,16734	Toplam	11754,388	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	77,5312	9,11215						

* $p < .05$, ** $p < .01$

c) Çalışma süresine göre empati eğilimi farklılaşmakta mıdır?

Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır (bkz. Tablo 35).

Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur ($p>.05$).

Tablo 34 : Çalışma süresine göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) için ANOVA sonuçları

Değişken	Çalışma süresi	N	Ort.	Ss		Kareler toplamı	sd	Ortalama kareler	F	p
Toronto Empati Ölçeği	0-5 yıl (a)	74	53,013	4,8891	Gruplar arası	54,039	3	18,013	,668	,573
	6-10 yıl (b)	29	52,862	6,0635	Grup içi	4691,47	174	26,962		
	11-20 yıl (c)	43	53,139	5,3031	Toplam	4745,51	177			
	21 yıl ve üzeri (d)	32	54,437	4,8721			1			

* $p < .05$, ** $p < .01$

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin bireyleri ne şekilde etkilediğini ortaya koymak üzere yapılan bu çalışmada bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Çalışmanın amacı, Sağlık alanında hizmet veren bireylerde empati düzeyi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Zira, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde bireylere sunulabilmesi, sağlık çalışanlarının iletişim ve empati becerilerinin gelişmesiyle ve sağlık çalışanlarının etkin stres yönetimi ve baş etme tarzları kullanımı ile yakından ilgilidir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi, iyi iletişim becerileriyle donatılmış sağlık personelidir (Akgöz, Özçakır, Atıcı, Altınsoy, K.Tombul, & Kan, 2005) Bu nedenle empatik yaklaşımın önemli olduğu, empatik becerinin kullanılması halinde verilen hizmetin niteliğinin arttığı ve toplum sağlığına önemli bir katkı sunduğu kabul edilmektedir. Empatik becerinin gelişmesi, sağlık çalışanları açısından mesleki doyumu sağlaması bakımından da önem arz etmektedir. Başka bir ifade ile, çalışma arkadaşları ve hastalar ile iyi iletişim kurabilen empati düzeyi yüksek sağlık çalışanları, mesleki yaşantılarında da daha mutlu ve güvenli hissetmektedirler. Bununla birlikte stres, empati düzeyini düşüren bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır ve sağlık çalışanlarının stres açısından yüksek risk içeren meslek gruplarından biri olduğu yapılmış olan çalışmalarla tespit edilen bir gerçekliktir. Stresle etkin başa çıkmada ve empati düzeyini korumada/geliştirmede etkili olabilecek bir yöntem olarak sosyal destek unsurları karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışma da sağlık hizmetleri çerçevesinde hekim (n = 56), hemşire (n = 89) ve sağlık teknikeri (n = 33) olarak çalışmakta olan toplamda 178 kişiye uygulanan söz konusu ölçeklerden toplanmış verilerle yapılan SPSS analizine göre;

- Empati düzeyi, aileden alınan sosyal destek puanı ile ($p < ,01$), özel insandan alınan sosyal destek puanı ile ($p < ,01$), arkadaştan alınan sosyal destek puanı ile ($p < ,01$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ile ($p < ,01$) anlamlı düzeyde pozitif yönlü ilişkilidir.
- Stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeyinin toplam puanları arasında ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki içinde olduğu bulunmuştur.
- Algılanan toplam sosyal destek puanı arttıkça probleme yönelik etkili bir yöntem olarak görülen kendine güvenli yaklaşımın puanının arttığı ($p < ,05$),

bununla birlikte etkisiz bir baş etme yöntemi olan çaresiz yaklaşım puanının düştüğü ($p < ,01$) bulunmuştur.

- Probleme yönelik etkili baş etme yöntemi olarak görülen kendine güvenli yaklaşım ($p < ,01$) ve iyimser yaklaşımın ($p < ,01$) ;aileden, arkadaştan ve özel bir insandan alınan sosyal destek arttıkça pozitif yönde anlamlı ölçüde arttığı ve duygulara yönelik çaresiz yaklaşımın negatif yönde anlamlı ölçüde ($p < ,01$) azaldığı bulunmuştur.

Sosyal desteğin stresle baş etmede ve empati düzeyini arttırmada etkili bir aracı olduğu bu çalışma sonuçlarına göre söylenebilir. Sosyal çevresinden yeterli destek gören birey iş hayatında ya da yaşamın diğer zorluklarında sorunlarla baş etmede daha başarılı olmakta ve ruh sağlığı açısından daha güçlü olabilmektedir.

Sağlık profesyonelleri hem işten (örneğin, iş arkadaşı) hem de iş dışı kaynaklardan (örneğin, aile ve arkadaşlar) yüksek düzeyde sosyal destek algıladıklarında, aidiyet ve dayanışma duygularının artacağı, daha sağlıklı başa çıkma davranışlarına yönlenecekleri, zor bir durumu daha az tehdit edici olarak algılayıp, güvensizlik gibi duyguların yerini güven duygusuna terkederek kişiyi güçlendireceği ön görülmektedir (Sippel, 2015).

Stres ve stresle başa çıkma hususunda literatürde de yer alan araştırmalar incelendiğinde bu çalışmaların farklı sektörler ve kurumlar özelinde şekillendiği görülmektedir. Bununla birlikte stres ve stresle başa çıkma yöntemlerini sağlık çalışanları üzerinde inceleyen birçok çalışma da mevcuttur. Genel itibari ile çalışmamızla benzer sonuçlar elde eden çalışmalar olduğu gibi farklı neticelere ulaşmış çalışmalarda bulunmaktadır. Araştırmaların yapıldığı gruplar ve bu araştırmalar sonucunda, bireylere etki eden stres unsurları ve bireylerin stres unsurları ile başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin çalışmamızla paralellik gösteren yönleri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Ballı' nın yaptığı çalışma bu çalışmayla benzer bulgulara ulaşmıştır. Çalışma sonuçlarına göre algılanan sosyal desteğin nörotik kişilik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı ve negatif, dışadönük kişilik özellikleri ile anlamlı ve pozitif korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra algılanan sosyal desteğin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile anlamlı ve pozitif; kendine güvensiz yaklaşım ve boyun eğici / çaresiz yaklaşım ile anlamlı ve negatif korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (Ballı, 2005).

Filipinler'de 325 hemşireyle yapılan diğer bir çalışmada kişisel dayanıklılık, sosyal destek ve örgütsel desteğin hemşireler arasında COVID-19 kaygısını azaltmadaki etkisi incelenmiştir. Hemşirelerin dayanıklılığı orta düzeyde bulunmuştur. Sosyal destek ve örgütsel destek algıları da orta düzey olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, Algılanan Sosyal Destek Anketindeki yüksek puanlar, anlamlı derecede düşük COVID-19 Anksiyete Ölçeği puanları ile ilişkilendirilmiş ve bu sonuç, yeterli sosyal desteğin hastalık salgınları gibi stresli olaylar sırasında hemşirelerin olumlu duygusal durumlara ulaşmalarına yardımcı olmada hayati rolünün altını çizmiştir. Bununla birlikte örgütsel destek ölçeğinde ki yüksek puanlar, COVID-19 Anksiyete Ölçeğindeki düşük puanlarla ilişkili bulunmuştur. Bu sonuç, yeterli organizasyon desteği sağlanmasının (ör. Yapısal destek, verimli iletişim, güvenli bir çalışma ortamının sağlanması, çalışanların sağlığı ve refahı) koronavirüs krizinin getirdiği zorluklarla yüzleşen hemşirelere yardımcı olmak için hayati öneme sahip olduğunu göstermektedir (Labrague, 2020).

Doktorları ve hemşireleri içeren diğer bir çalışmada, sosyal destek ölçeğindeki daha yüksek puanlar, anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu da sağlık personelinin psikolojik semptomlarının COVID-19 salgını sırasında sosyal desteği artırarak hafifletilebileceğini düşündürmektedir (Hou, 2020).

Ürdünlü hemşireler (448) üzerinde yapılan diğer bir çalışmada akut stres bozukluğunun yaygınlığını ve psikolojik sıkıntının yordayıcılarını belirleme amaçlanmıştır. Hemşirelerin üçte birinden fazlasının (% 41) önemli psikolojik sıkıntılar yaşadığı saptanmış; yaş değişkeni, akut stres bozukluğu, stresle başa çıkma, öz yeterlik, psikolojik sıkıntıyı önemli ölçüde yordamıştır. Daha spesifik olarak, genç hemşireler yaşlılara göre psikolojik sıkıntı yaşamaya daha yatkındır. Stres ölçeğinde yüksek puanlar daha fazla psikolojik sorun ortaya çıkarırken, öz-yeterlik ve stresle başa çıkma koruyucu bir faktör olarak bulunmuştur (Shahrour, 2020).

Çin'de psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir araştırma da, stres oluşumu ve işyerindeki empati ve iletişim becerilerinin söz konusu bireyler arasında stres düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılan bir çalışmada katılımcıların empati ve iletişim yetenekleri diğer hemşirelik popülasyonlarına benzer veya onlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışma süresi değişkenine göre akıl sağlığı hemşireleri, farklı düzeylerde iş stresi yaşamaktadırlar. İşyerinde şiddete maruz kalma ve artan yıllar mesleki stresi artırırken, empati bu bağlamda stresi azaltmaya

yardımcı olur. Çalışma, yüksek düzeyde iletişim yeterliliği ve empati sahibi hemşirelerin düşük düzeyde mesleki stres yaşadıklarını ortaya koymuştur. Empatinin tedaviye uyumu ve hasta memnuniyetini teşvik etmede ve hizmet verici ile hastalar arasındaki çatışmalara karşı tampon oluşturmada yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Sonuçlar, işyerinde şiddeti azaltmanın ve terapötik ilişkilerde empatiyi geliştirmenin ruh sağlığı hemşireleri arasında mesleki stresin yaygınlığını sınırlayabileceğini göstermektedir. Bir şiddet olayından sonra hem psikolojik destek hem de örgütsel desteğe sahip olmak stresle etkili başa çıkabilmek için önemlidir ve mesleki eğitim bu konuda önem kazanmaktadır (RN, 2020).

Stres ve Empati hususunda yapılan bir başka çalışma ise Ekvator'da Covid-19 sürecinde yapılan ve çeşitli ani gelişen ve beklenmedik durumlarda stres ve empati düzeylerinin ne şekilde değişiklik gösterdiğini anlamak bakımından güncel önemli bir çalışmadır. Çalışmaya göre, Empati, sağlıkla ilgili mesleklerde temel bir rol oynar. Bu çalışmada, Ekvador'da COVID-19 salgını sırasında çeşitli sağlık alanlarından profesyoneller (117) ve öğrencilerdeki (170) empati düzeyleri analiz edilmiştir. Verilerin yapılan analizi sonucunda, her iki grupta da yaş ve cinsiyetten etkilenen yüksek düzeyde empati tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin empati düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Yaş arttıkça empati düzeyi de artmaktadır yani bu bulgu sağlık alanındaki mesleki deneyim ne kadar büyükse başkalarını anlama yeteneğinin de o kadar büyük olduğunu doğrulamaktadır şeklinde yorumlanmıştır. Bununla birlikte öğrencilerin bu süreçteki yaşadığı stres daha yüksek bulunmuş ve yaşları empati ile negatif korelasyon göstermiştir. Ek olarak, fiziksel sağlık alanında çalışan profesyoneller, duygusal sağlık alanında çalışanlara kıyasla daha yüksek düzeyde stres puanları almıştır. COVID-19'un, sosyal sağlık sistemlerini büyük strese sokmasına rağmen hem öğrencilerin hem de sağlık çalışanlarının empati kurma konusundaki kişisel kapasitelerini azaltmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Cañas-Lerma, Cuartero-Castañer, Mascialino, & Hidalgo-Andrade, 2021).

Çinli hemşirelerin algılanan sosyal desteği, öz yeterliği, iş stresi ve tükenmişlik arasında bir model oluşturmak ve yapısal ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya 444 hemşire katılmıştır. Sonuç olarak iş stresinin tükenmişlik üzerindeki toplam etkisi büyük bulunmuştur. Hem iş stresi hem de algılanan sosyal desteğinin tükenmişliği orta derecede ve doğrudan etkilediği, iş stresinin ayrıca algılanan sosyal destek yoluyla tükenmişliği dolaylı olarak etkilediği ve algılanan

sosyal desteğin öz yeterliliği doğrudan etkilediği bulunmuştur. Bu sonuçlara binaen tükenmişliği azaltmak için müdahale programları tasarlarlarken daha fazla sosyal destek stratejileri kullanılması çıkarımına ulaşılmıştır (RN, 2020).

Peru'da 818 tıp öğrencisinden oluşan bir örnekleme, öğrencilerin aile ortamlarında ki yalnızlık algısının Empati, Takım Çalışması ve Yaşam Boyu Öğrenme üzerindeki etkisi araştırıldı. Aile ortamını karakterize etmek için anne-oğul ve baba-oğul ilişkileri ve aile yalnızlığı ölçüldü. Aile yalnızlığı empati, takım çalışması ve öğrenme ölçüleriyle negatif bir ilişki göstermiştir. Anne ile olumlu bir ilişkiye sahip olmak, örneklemin tamamında daha büyük bir empati ve öğrenme becerisi gelişimi ile ilişkilendirilirken, baba-oğul ilişkilerinde sadece özel tıp fakültesi grubunda benzer bir etki gözlemlendi. Bu bulgular, aile yalnızlığının tıp profesyonelliğinin gelişimine ne kadar zararlı olduğunu doğrulamıştır(Berduzco-Torres ve ark., 2020)

İtalyan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada . Sosyal Desteğin, iş taleplerinden kaynaklı algılanan anksiyete düzeyini önemli ölçüde hafiflettiği bulunmuştur (Zurlo, 2018).

Kore hemşireleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise iş arkadaşı desteğinin duygusal tükenme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğu ve varyansın % 29.0'ını açıkladığı bulunmuştur (Lee & Kim, 2019).

Brezilya da yine hemşireler üzerine yapılan bir diğer çalışmada çalışma koşullarının hemşireler için başlıca stres kaynağı olduğunu ve iş stresiyle başa çıkmak için olumlu yeniden değerlendirme, kendi kendini kontrol etme becerilerinin ve sosyal desteğin stresle başa çıkmada kullanılan etkin bir stil olduğu bulunmuştur (Bianchi, 2004).

Hamarta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olumlu benlik algısının ve sosyal destek arayışının etkili başa çıkma stratejilerini kullanmada yordayıcı olduğu gösterilmiştir (Hamarta & Ark., 2009).

Sosyal desteğin ilk alt boyutunu aile desteği oluşturmaktadır. Aile içindeki ilişkiler yumağında ki yakınlık, samimiyet, karşılıksız- koşulsuz fedakârlık bireylerin güven duygusunun oluşumunda önemlidir. Çekirdek ailede ki anne-baba-çocuk arasındaki ilişki diğer tüm ilişkilerin temelini oluşturması bakımından çok önemlidir. Aile ortamı; güven, benlik algısı, duygulanma biçimlerimiz, sevme ve ilgi gösterme tarzlarımız, konuşma ve dinleme becerilerimizin olduğu yerdir. Kısaca kişi, aile içinde insan olmayı öğrenir. Ailesinden nitelikli bir yakınlık görmüş kişiler bu etkiyi

hayatın her döneminde destek olarak hissederler. Kişilik oluşumunda temel taşı olarak sevgi, güven, samimiyet, ilgi, empati gibi insani beceriler koyulmuş bireyler iş hayatında olsun evlilik hayatında olsun empati düzeyi yüksek, özgüvenli, stres karşısında daha soruna yönelik güçlü baş etme stilleri geliştirebilen yetişkinler olarak var olurlar.

Dünyada her yıl 160 milyon kişinin, iş koşullarından kaynaklanan stres nedeniyle solunum, kalp-damar hastalıkları, kanser, işitme kaybı, kas ve iskelet hastalıkları, üreme bozuklukları, zihinsel ve nörolojik bozukluklara yakalandığı tespit edilmiştir. Yaşamda ki stresi ortadan kaldıramayacağımıza göre stresle etkin başa çıkma yollarını öğrenebilmek stres kaynaklı hastalıklardan korunmak ve huzurlu bir yaşam sürebilmek için büyük önem kazanıyor. Bunun yanında tedavi masrafi ve iş gücü kaybından kaynaklı ekonomik zarar da göz ardı edilemeyecek boyuttadır. Stres artık günlük yaşantının bir parçası olarak kabul edilmesi gereken bir olgudur. Dolayısıyla stresle mücadele toplumsal düzeyde sürdürülmelidir. Birey, toplumun yapı taşı olan aile de yeterli desteği almalı, okul müfredatı ve ortamı, sosyal yaşam, iş ortamı, çalışan hakları gibi alanlarda stresörlere yönelik düzenlemelerle desteklenmelidir.

Bu çalışmanın ve literatür taramasının sonuçlarına göre sağlık çalışanlarını hem fiziksel hem ruhsal açıdan tehdit eden iş stresiyle; aileden, arkadaşan ve özel bir insandan alınan sosyal destek aracılığıyla probleme yönelik daha etkin baş etme yöntemleri geliştirilebileceği söylenebilir.

Empati ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 65 olduğunu düşünüldüğünde, çalışma örnekleminin ortalama 53 empati puanı ile yüksek bir empati düzeyine sahip olduğunu söyleyebiliriz. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'ne ait ortalama puan ve standart sapmanın $67,915 \pm 14,37$ dir. ; Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin en yüksek ortalama puanına sahip aile boyutuna ait ortalama puan ve standart sapma $24,196 \pm 4,816$ olarak bulunmuştur. 2019 yılında yine sağlık çalışanlarıyla yapılan sosyal destek içerikli bir başka çalışmada Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'ne ait ortalama puan ve standart sapmanın $5,684 \pm 0,245$ olarak bulunduğunu göz önünde bulundurursak bu çalışmada ki sosyal destek ortalamasının yüksek olduğu söylenebilir (Kara, 2019).

Empati ortalaması yüksek olan katılımcıların, algılanan sosyal destek ortalamalarının da yüksek olduğu ve bu ölçeğin alt başlıkları olan aileden alınan destek, arkadaşan alınan destek, özel insandan alınan destek puanlarının da yüksek

olduğu bulunmuştur. Empatik eğilimleri yüksek ailede yetişen bireylerin empati puanlarının daha yüksek olduğu daha önce yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Schwarser & Taubert, 2002). Bu açıdan çalışma bulguları daha önce yapılan araştırmaları desteklemektedir. Bununla birlikte empati düzeyine arkadaştan alınan sosyal desteğin ve özel bir insandan alınan sosyal desteğinde katkısı olduğu görülmektedir. Empatinin geliştirilebilir bir özellik olduğu literatürde mevcuttur. Bu çalışmanın sonuçları empati düzeyine, sadece aileden alınan sosyal desteğin değil insan yaşamının ileriki yıllarında etkileşimde bulunduğu arkadaş ve özel insan desteğinin de olumlu yönde etki ettiğini göstermektedir. İnsan sosyal bir varlıktır ve sosyal yönü desteklendiğinde daha mutlu, başarılı ve verimli olabilmektedir. Bunun için aile desteği, arkadaş desteği ve özel kabul ettiği bir insandan aldığı destek çok önemlidir denilebilir. Toplumun sosyal destek vererek ruhunu beslediği birey, o topluma her anlamda olumlu katkıda bulunabilecek bireydir. Empati düzeyi yüksek bir toplum huzurunda ev sahipliğini yapar.

Yiğitbaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da, algılanan sosyal destek, empatik eğilim ve empatik beceri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Sonuç olarak bu çalışmayla benzer şekilde algılanan sosyal destek ile empatik eğilim ve empatik beceri arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (Yiğitbaş & Ark., 2019).

Cinsiyet değişkeni;

- Sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre empatik eğilim ve stresle başa çıkma becerisi ve algılanan sosyal destek unsurunun analizi sonucunda kadın sağlık çalışanlarının empati puanları erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p=,00$).

Akgün'ün tıp öğrencileriyle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Kadınların empati eğilim puanları anlamlı ölçüde erkeklerden daha yüksektir ($p<0,05$) (Akgün, 2019). Ekvador da sağlık çalışanları ve öğrencilerle yapılan çalışmada da aynı sonuçlara ulaşılmıştır (Cañas-Lerma, Cuartero-Castañer, Mascialino, & Hidalgo-Andrade, 2021). Bununla birlikte literatürde çok sayıda araştırmadan elde edilen bulgular, kadınların erkeklerden genellikle daha empatik olduğunu ve empati ölçümlerinde daha yüksek puanlar aldığını bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde göstermektedir (Lissett & Ark, 2020).

- Stresle başa çıkma tarzları ve alt boyutlarının, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutlarının puanları için kadın ve erkek katılımcıların puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>.05$).

Ekinci, Altun ve Can'ın araştırma sonuçları neticesinde çalışmamızla paralel sonuçlar tespit edildiği görülmektedir. Söz konusu stresle başa çıkma tarzları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı yönünde bir sonuca ulaşılmıştır (Bozkurt 2004; Durna 2006; Uluruh 2008). Ancak Doğan ve Özer'in kadınlar ve erkeklerin stres yaşantılarında kullandıkları başa çıkma yöntemleri arasında fark olduğu bulguları çalışmamız sonuçlarıyla örtüşmemektedir (Doğan İ. , 2002).

Sağlık çalışanlarının iş doyumlarını ve iş streslerini sosyodemografik özelliklerine göre inceleyen bir çalışmada, cinsiyet temelinde yapılan empatik eğilim analizine göre kadın bireylerin erkek sağlık çalışanlarına ve hemşirelerin hekimlere göre yaşadığı stres düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Erşan, 2013). Çalışmamızla aynı şekilde bahsi geçen çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının stresle probleme yönelik etkin başa çıkma puanlarının erkek çalışanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Stres ve stresle başa çıkma unsuru özelinde çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşan başkaca araştırmalar da mevcuttur. Bu araştırmaların bir diğeri 2014 yılında Duffin tarafından aile hekimleri üzerinde yapılmış ve erkek aile hekimlerinin kadın aile hekimlerine nazaran daha düşük stres düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Duffrin & Larsen, 2014). Bir başka ifade ile söz konusu çalışmada erkeklerin stres puanının kadın hekimlerden anlamlı olarak düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla beraber 2004 yılında M. Pilar Matud tarafından 2816 kişi üzerinde yapılan stres ve başa çıkma konulu araştırmada kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek stres yaşadıkları gösterilmiştir (Matud, 2004), (Uyan, 2014).

Toplumsal yapının kadına yüklediği sorumluluklar ve işin niteliği gereği kadınların öz yeterlik algıları ve stresi hissetme boyutlarının yine aynı hizmette çalışan erkeklerden yüksek çıkması olası bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamız neticesinde algılanan sosyal destek unsurunun cinsiyete dayalı anlamlı bir farklılık tespit edilememiş olmasına rağmen, algılanan sosyal destek unsuru özelinde yapılan literatür araştırması sonucunda, bireylerin cinsiyetleri özelinde algılanan sosyal destek algılarında anlamlı bir farklılık olduğu yönünde birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan çalışmamızla ortak yönleri bulunan

2019 yılında Kara tarafından yapılmış olan “Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Yıldırma Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi: Konya İlinde Bir Uygulama” adlı çalışmadır. Söz konusu çalışma da sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre algılanan sosyal destek ve arkadaş alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Kara, 2019). Bu çalışma sonucunda da erkek çalışanların algıladığı sosyal destek düzeyleri kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinden daha fazladır. Bu çalışmadan farklı olarak, Gümüş ve Karabacak’ın yaptığı çalışma sonucunda da erkek çalışanların algıladığı sosyal destek düzeylerinin kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada algılanan sosyal destek puanlarında ve stresle baş etme ve alt boyut değerlendirme puanlarında kadın ve erkek bireyler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bahsi geçen diğer çalışmaların tespitleri neticesinde stres faktörünün kadın sağlık çalışanları tarafından daha fazla hissedilmesine ve sosyal destek algılarının erkeklere oranla daha düşük bulunmasına rağmen erkek bireylere nazaran stresle daha iyi başa çıkabildiklerini söylemek mümkündür.

Yaş değişkeni;

- Sağlık çalışanlarında yaş değişkenine göre empatik eğilim ve stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek unsuru analizi neticesinde empati düzeyi ve ÇBASDÖ ve alt boyutlarının puanları için yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir.

Empatik eğilimin kişilik özelliklerinden doğrudan etkilendiği ve kişinin yaşı ve buna bağlı olarak olgunluk seviyesi ile bağlantılı olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır (Budak, 2005) (Çivilidağ, 2011). Ekvador da sağlık çalışanları ve öğrencilerle yapılan çalışmada da aynı sonuçlara ulaşılmıştır. Yaş arttıkça empati düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Yaş ne kadar büyükse mesleki deneyimin de artacağı ve başkalarını anlama yeteneğinin de o kadar artacağı şeklinde yorumlanmıştır(Cañas-Lerma, Cuartero-Castañer, Mascialino, & Hidalgo-Andrade, 2021).

Yaş faktörünün literatürde ağırlıklı olarak empatiyi etkilediğini görmekteyiz. Bu durumun bu çalışmanın sonuçlarına yansımamış olması örneklemin genel empati düzeyinin yüksek oluşu ve algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

- SBTÖ alt boyutunda; 50 yaş ve üzerindeki katılımcıların SBTÖ çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının, 20-29 yaş arası katılımcıların ortalamalarından, 30-39 yaş arası katılımcıların ortalamalarından ve 40-49 yaş arası katılımcıların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.

Bu sonuç; bu yaş grubunda emeklilik yaşının yaklaşması, muhtemelen planlanmamış bir emeklilik hayatının getireceği bilinmezlikler, yaşla birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar gibi fiziksel ve duygusal zafiyete neden olabilecek etkenlerin stresle baş etme gücünü azalttığını düşündürmektedir. Altınoluk' un yaptığı çalışmada da 50 yaş üstü hemşirelerde empatik eğilimin düştüğü bulunmuştur. Bu iki bulguyu birlikte düşündüğümüzde 50 yaş üstünde ki sağlık çalışanlarının empati puanlarının düşmesi ve stresle başa çıkmada ki çaresizlik yönelimlerinin artışı bu grubun her iki açıdan da desteklenmesi gereken bir grup olduğunu ortaya koyar. Sosyal destek açısından yaşa göre bir farklılaşma bulunamamış olsa bile bu dönemin yaşam döngüsünde ki değişim noktalarından biri olduğunu söyleyebiliriz. Çocuk sahibi olanların çocuklarının evlilik ya da iş nedeniyle evden ayrıldığı, ebeveyn kayıplarının ya da hastalıklarının artış gösterdiği bir dönem olarak bakıldığında sosyal destek açısından kayıpların yaşandığı bir dönem olduğu da görülebilir.

Meslek grubu değişkeni;

Sağlık çalışanlarında meslek grubu değişkenine göre; empatik eğilim ve algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda;

- ÇBASDÖ ve alt boyutlarının puanları için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemektedir.

Bu sonucu Çivilidağ' in yaptığı çalışmada desteklemektedir (Çivilidağ, 2011). Unvan değişkenine göre algılanan sosyal destek puanının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Hemşire, hekim ve sağlık teknikerleri açısından gruplardan herhangi birini sosyal destek açısından dezavantajlı konuma getirecek bir algı bulunamamıştır denilebilir.

- Bununla birlikte SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu doğrultuda; sağlık teknikeri olan katılımcıların SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutu puan

ortalamaları mesleği hekim olan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır.

Tel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da sonuçları bu çalışmadaki bulguları desteklemektedir. Araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarının iş stresi ile baş etme de soruna yönelik baş etme yollarını duyguya yönelik baş etme yollarından daha fazla kullandıkları, baş etme yolları açısından meslek grupları arasında sağlık teknikerlerinin kendine güvenli ve iyimser yaklaşım ortalamalarının hekim ve hemşire gruplarına göre daha yüksek olduğu ve çaresiz yaklaşım ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tel & Ark., 2003).

Sağlık teknikerlerinin hekim ve hemşire grubuna göre daha etkin baş etme yollarını kullanmasının nedeni olarak yine aynı çalışmada tespit edilen hekim ve hemşire grubunun iş stresine bağlı gerginlik puanlarının daha yüksek olması gösterilebilir. Bununla birlikte sağlık teknikerleri hasta ve hasta yakını ile daha mekanik ve diğer gruplara göre kısa süreli muhatap olmaktadır. Bu nedenle duygusal açıdan zorlanma yaşama olasılığının diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu düşünülebilir.

- Yapılan analiz sonucunda Toronto Empati Ölçeği için meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu doğrultuda; hemşire olan katılımcıların Toronto Empati Ölçeği puan ortalamaları (Ort. = 54) mesleği hekim olan katılımcıların ortalamalarından (Ort. = 51) ve sağlık teknikerlerinin ortalamalarından (Ort. = 52) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır.

Hemşirelik mesleğinin ağırlıklı olarak kadınlardan oluşması ve kadınların empati puanlarının erkeklere göre literatürde farklı birçok çalışmayla tespit edildiği gibi yüksek olması bu sonuç için etken olarak düşünülebilir.

Mesleğini isteyerek seçme değişkeni;

- Yapılan analiz sonucunda mesleğini isteyerek seçen sağlık çalışanlarının ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puan ortalamaları mesleğini isteyerek seçmeyen sağlık çalışanlarının ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazladır ($p = ,038$).

- Empati puanları, stresle başa çıkma tarzları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tekmen'in hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada mesleğini isteyerek seçen sağlık çalışanlarının empatik eğilim puanının istemeyerek seçen ve kısmen isteyerek seçen sağlık çalışanlarından anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (Tekmen, 2010). Akgün'ün tıp öğrencileriyle yaptığı çalışmada da tıp fakültesini kendi isteğiyle seçenlerin empatik eğilim puanlarının istemeyerek seçenlere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Akgün, 2019). Yine hemşireler üzerine yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin meslekten memnun olma düzeylerinin bu çalışmadan farklı olarak empatik eğilim puan ortalamalarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Altınoluk, 2014). Literatürde ağırlıklı olarak bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak mesleğini isteyerek seçenlerin empati puanlarının daha yüksek bulunduğu görülmektedir.

Konfüçyüs'ün dediği gibi seveceğin bir iş seçersen, yaşamında bir gün bile çalışmış olmazsın. Gençlerin meslek seçim süreçleri ülkemizin halen kanayan yaralarından biri olmayı sürdürmektedir. Bu konuda farkındalığı yüksek bir ailede doğmuş olanların, dezavantajlı gruba göre meslek seçimi açısından daha şanslı olduğu açıktır. Araştırma sonuçları da bunu desteklemektedir. Aile desteği yüksek kişilerin sevdiği mesleği seçtiği bu çalışmaya göre söylenebilir. Bunun yanında yaşam boyu sevdiği bir işle ilgilenmek herkesin hayalini kuracağı bir durumdur. Yaşama katılan böylesine pozitif bir etkinin kişinin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği açıktır.

Çalışma ortamından memnuniyet değişkeni;

- Empati puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olmadığı görülmüştür ($p > .05$).

Tekmen'in hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada çalışma ortamından memnun olan kişilerin empati puanları ortamdaki memnun olmayanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tekmen, 2010).

- SBTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım puan ortalamalarının ve İyimser Yaklaşım puan ortalamalarının çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($p = ,000$). SBTÖ Çaresiz Yaklaşım puan ortalamalarının ise çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur ($p = ,013$).

Elde edilen sonuçlara göre çalışma ortamından memnun olma durumu kişinin kendine olan özgüvenine olumlu yönde katkı sağlıyor ve hayata daha iyimser bir bakışla bakmasına yardımcı oluyor böylelikle strese karşı daha etkin baş etme tarzları kullanılıyor denilebilir.

- Çok Boyutlu aileden alınan sosyal destek puanları incelendiğinde ise çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek puan ortalamalarının çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($p = ,002$).
- Çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek puan ortalamalarının çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($p = ,032$).
- Çalışma ortamından memnun olan katılımcıların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının çalışma ortamından memnun olmayan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ($p = ,002$).

Çalışma ortamından memnuniyet düzeyini bu bulgular üzerinden okuduğumuzda, kişinin ortam memnuniyetinin sadece iş ortamıyla bağdaştırılamayacağı, kişinin ruhsal sağlık durumunun ve bunun kaynaklarının da önemli olduğunu gösteren bir sonuç olduğu söylenebilir. Algılanan sosyal desteğin, aile desteği, arkadaş desteğinin kişinin psikolojik açıdan daha güçlü olmasına ve daha etkin strese baş etme tarzları kullanmasına yardımcı olduğu ve yaşamı daha pozitif algıladığı söylenebilir.

Çalıştığı ortamda mutlu olan kişiler de iş doyumunu oluşacak ve iş kalitesi açısından daha verimli sonuçlar ortaya koyacaklardır (Tekmen, 2010).

Eğitim durumu değişkeni;

- Sağlık alanında hizmet veren katılımcıların eğitim değişkenine göre Toronto Empati Ölçeği (TEÖ) puan ortalamalarının ve ÇBASDÖ ve alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma göstermediği bulunmuştur ($p > .05$).

Turgut (2014)'ün çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyi puanının da arttığı gözlemlenmiştir. Altınoluk'un sağlık çalışanları üzerine

yaptığı bir diğer çalışmada da lisans ya da yüksek lisans mezunlarının empatik eğilim puan ortalamalarının, diğer öğrenim kurumlarından mezun olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlenmiştir. Ancak ön lisans mezunlarının sağlık meslek lisesi mezunlarına göre daha düşük puan aldıkları gözlenmiştir. Eğitim durumunun empatik eğilim üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür (Altınoluk, 2014).

Empatinin geliştirilebilir bir yetenek olduğu bilinmektedir. Sağlık alanında çalışan bireylerin empatik donanımına sahip olması elzemdir. Bu nedenle sağlık meslek lisesi programlarında ve diğer sağlık çalışanı yetiştiren yükseköğretim programlarında empati eğitimi müfredatta yer bulmaktadır. Ayrıca sağlık alanını empati düzeyi yüksek kişilerin tercih ettiği düşünülürse empati düzeyi ve eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki bu çalışma sonuçlarının aksine beklenmektedir. Fakat bunun aksini ispatlayan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Neumann'ın yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin empati düzeyinin eğitim sırasında azalma gösterdiğini hatta klinik uygulamanın arttığı dönemlerde bu düşüşün hızlandığı bulunmuştur (Neumann & Ark., 2011).

- SBTÖ toplam puanının katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur ($p = ,003$). Yapılan gruplar arası karşılaştırma sonucunda lise mezunu olan katılımcıların SBTÖ toplam puan ortalamasının mezuniyeti lisans olan katılımcıların ortalamasından ve mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.
- SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p = ,000$). Bu doğrultuda; ön lisans mezunu olan katılımcıların SBTÖ kendine güvenli yaklaşım alt boyutu ve iyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının mezuniyeti lisans olan katılımcıların ortalamasından ve mezuniyeti yüksek lisans/doktora olan katılımcıların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça stresle etkin baş etme stillerinde ki puan düşüşü, örneklemin hekim ve hemşirelik gibi hata kabul etmeyen, otoriter çalışma ortamlarına sahip kişilerden oluşması sebebiyle bireyler üzerinde ki stres yükünün daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının medeni durum, nöbet tutup tutmama durumu, çalışma süresi, çocuk sahibi olma durumu ve psikolojik öykü değişkenlerine göre; empati düzeyi, algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma tarzları ve alt boyut

puanları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde anlamlı düzeyde farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p>.05$).

Sönmezsoy'un yaptığı çalışmada da bireylerin medeni durumlarına göre algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Altınoluk'un yaptığı çalışmada bu alışıma göre farklı sonuçlara ulaşılmış ve mesleki kıdem olarak yeni başlayan (1-5 yıl) personelin empatik eğilim puan ortalamalarının düşük olduğu, çalışma süresi arttıkça empatik eğilim puan ortalamalarının da arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada daha yaş değişkeni azaldıkça empatik eğilim puan ortalamalarının düşüklüğü, vardiyalı çalışanların sürekli gündüz çalışanlara göre; evli olanların bekârlara göre, çocuk sahibi olanların olmayanlara göre empati puanları bu çalışmadan farklı olarak yüksek bulunmuştur.

Kara'nın yaptığı çalışma sonucunda evli çiftlerin diğerlerine oranla aileden sağladığı sosyal destek bu çalışmadan farklı olarak daha fazladır (Kara, 2019).

Argon ve Selvi tarafından yapılan araştırmada bu araştırmanın bulgularına benzer olarak sosyal desteğin çalışma süresine göre değişmediği tespit edilmiştir.

ÖNERİLER

Sosyal desteğin ruh sağlığı açısından ne denli önemli bir destek faktörü olduğu bu araştırmayla ve yapılan diğer araştırmalarla ortaya konmuştur. Sağlık kurumu yöneticilerinin, çalışanların ihtiyaçlarını eş zamanlı olarak belirlemeleri, güvenlerini ve dirençlerini artırmak için multidisipliner işbirliği yoluyla uygun desteği sağlamaları önerilebilir. Bunun yanında sosyal destek davranışın bir toplum kültürü haline getirilebilirse bu çalışma hayatına da olumlu yansıtacaktır.

Empatik yaklaşım ve sosyal destek unsurları özellikle sağlık kurumları bünyesinde çalışanlar için hizmet içi eğitimin ve örgüt kültürünün bir parçası haline getirilmelidir. Sağlık çalışanlarının mesleki bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla yapılacak hizmet içi eğitimlerde etkili iletişim, empati, sosyal haklar, stresle etkili baş etme yöntemleri gibi konulara yer verilebilir.

Mevcut kanıtlar empatinin tıp fakültesi sırasında öğrenciler arasında azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir; bunun yanında uzmanlık eğitimi sırasında da bu azalmanın devam ettiği literatürde mevcuttur (Neumann & Ark., 2011). Bu kaybın yaşanmaması ve empatik becerinin geliştirilebilmesi için hem eğitim kurumlarında hem de sağlık hizmeti veren kurumlarda önlemler alınmalıdır. Empatik becerinin geliştirilebilir bir yetenek olduğu literatürde mevcuttur(Lissett &ark., 2020 ; Kaplan-Liss ve diğerleri, 2018).

Çalışanların kendi aralarında ki bağları kuvvetlendirmek için sosyalleşmeyi arttıracak eğlenme, dinlenme aktiviteleri, sorunların paylaşıldığı toplantılar düzenlenebilir. Bu tür aktiviteler hem kişisel rahatlamaya hem de aidiyet duygusunun pekişmesine yardımcı olacaktır.

Stresle başa çıkmanın ilk adımı kişinin kendisini tanımasından geçmektedir. Bu sebeple öncelikli olarak kişisel farkındalık oluşmalıdır. Sağlık çalışanları stresi işlerinin bir parçası olarak kabul etmelidir ve bu farkındalıkla etkili baş etme yollarını araştırmalıdır. Farkındalık temelli programların, hemşirelerin yaşadığı stresi azaltmada umut verici bir müdahale olduğu kanıtlanmıştır (Botha, 2015).

Nörobiyoloji, empatinin nöronal temeli olan ayna nöronların; stres, korku ve gerilim varlığında çalışmayı bıraktığını göstermektedir. Sağlık kurumları yöneticileri, çalışanlarının stres tehdidi altında olduğunu öngörmeli ve bu soruna yönelik ruh sağlığı çalışanları gibi profesyonellerin rehberliğinde kurumsal bir stresle başa çıkma planı oluşturulmalıdır. Hizmet içi eğitimlerle ya da birebir kişisel danışmanlık planlarıyla çalışanlara destek olunabilir. Örneğin; stresle başa çıkma stilleri taranıp

etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi gereken risk grubu belirlenebilir. Bunun yanında takım çalışması, karşılıklı takdir ve desteğin örgüt kültürü olarak benimsenmesi stres düzeyini aşağıya çekecektir.

Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin özel yaşamı etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi iş hayatı dışında sosyal ilişkilerini sürdürebilmeleri için katkı sağlayacaktır.

Sağlık çalışanlarının empatisini geliştirmek için etkili müdahalelerin araştırılması bir başka çalışmanın konusu olabilir. Empatinin nasıl teşvik edilebileceği ve nasıl bir bakım kültürü ve örgüt kültürü oluşturulabileceğini tanımlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

50 yaş üzeri sağlık çalışanlarının empati ve başa çıkma tarzlarındaki düşüşü açıklayabilmek ve bu gruba etkili bir destek planı oluşturabilmek açısından risk araştırması yapılarak bu çalışma genişletilebilir.

KAYNAKÇA

- Akçalı, Ö. (1991). *Kaygı Seviyesinin Empatik Beceri Üzerinde Etkisi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Akgöz, S., Özçakır, A., Atıcı, E., Altınsoy, Y., K.Tombul, & Kan, İ. (2005). *The emphatic tendency of phisicians employing in health*. Bursa: Uludağ University.
- Akgün, Ö. (2019). *Akdeniz üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin karşılaştırılması ve tıp eğitimi boyunca empati düzeylerindeki değişimin değerlendirilmesi*.
- Akkoyun, F. (1982). Empatik Anlayış Üzerine. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*.
- Akman, S. (2004). Stresin Nedenleri ve Açıklayıcı Kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*.
- Altınoluk, H. (2014). *Hemşirelerde/ebelerde empatik eğilim ve empatik becerilerin değerlendirilmesi (Denizli Servergazi Hastanesi örneği)*.
- Alver, B. (1998). *Bireylerin Uyum Düzeyleri ve Empatik Becerileri Arasındaki İlişkiler*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arhweiler, F., & Ark. (2014). *Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians*,. 03 29, 2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4080581/> adresinden alındı
- Arıkan, D., & Karabulut, D. (2010). Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7.
- Avcı, A. (2019). İş Stresi ve Yönetimi. *ASEAD*, 290-296.
- Aydın, A. (2001). *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*". İstanbul : Alfa Yayım.
- Balcı, S., & Ahi, B. (2017). *SPSS Kullanma Klavuzu SPSS ile Adım Adım Veri Analizi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ballı, E. (2005). "Psikiyatri Kliniğine Sevk Edilme Değişkenine Göre; Erbaş ve Erlerin Algılanan Sosyal Destek, Kişilik Özellikleri ve Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi". İstanbul.
- Bianchi, A. (2004). *Stress And Coping Among Cardiovascular Nurses: A Survey In Brazil*. 03 20, 2021 tarihinde <https://doi.org/10.1080/01612840490486818>, adresinden alındı

- Boey, K. (1998). Coping and Family Relationships in Stress Resistance: a Study of Job Satisfaction of Nurses in Singapore. *Int J. Nurs. Stud.*,
- Budak, S. (2005). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Cañas-Lerma, A. J., Cuartero-Castañer, M. E., Mascialino, G., & Hidalgo-Andrade, P. (2021). Empathy and COVID-19: Study in Professionals and Students of the Social Health Field in Ecuador". *Int. J. Environ. Res. Public Health* , 338.
- Carver, C. S., Scheir, M. F., ve Weintraub, J. K. (1989). . Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Clegg, A. (2001). Occupational Stress in Nursing: A Review of the Literature. *Journal of Nursing Management*, 101-106.
- Cotton, K. (1990). *Stress Management: An Integrated Approach to Therapy*. Newyork: Mazel Inc.
- Çimer, Ö. (1998). *Çeşitli Meslek Gruplarında Çalışan Kişilerin Empatik Eğilimleri*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çivilidağ, A. (2011). *Üniversitelerdeki Öğretim Elemanlarının Psikolojik Taciz (Mobbing), İş Doyumu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri*. Konya.
- Demir, S., ve Ercan, F. (2019). Öz farkındalık ve iletişim teknikleri dersinin hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve stresle başa çıkma yolları üzerindeki etkisi: Ankarada girişimsel bir çalışma. *JPMA*.
- Doğan, İ. (2002). *Sosyoloji : Kavramlar ve Sorunlar*. Ankara: Pegema Yayıncılık.
- Doğan, S., ve Buldukoğlu, K. (1995). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Dersinin Genel Hastane Kliniklerine Uygulanmasıyla İlgili Bir Değerlendirme. *IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi*. Ankara.
- Dökmen, Ü. (2005). *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Duffrin, C., ve Larsen, L. (2014). The effect of primary care fellowship training on career satisfaction, happiness and perceived stress. *Postgraduate Medical Journal*, 123.
- Duru, E. (2008). Yalnızlığı Yordamada Sosyal Destek ve Sosyal Bağlılığın Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*.
- Endler, N. S., ve Parker, J. D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment. *Stress Medicine*.

- Erşan, E. (2013). Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu ve Algılanan İş Stresi İle Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 115-121.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*.
- George, D., ve Mallery, M. (2010). *SPSS For Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Pearson.
- Gölbaşı, Z., Kelleci, M. ve Doğan, S. (2008). *Hastane hemşirelerinden oluşan bir örnekleme başa çıkma stratejileri, bireysel özellikler ve iş tatmini arasındaki ilişkiler: kesitsel anket*. 03 20, 2021 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18703192/> adresinden alındı
- Güler, V. (2004). *Orienteering ve Çocuklar İçin Orientering Eğitimi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Türkiye Dağcılık Federasyonu Yayınları.
- Gülseren, Ş. (2001). Empati: Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiatri Dergisi*.
- Gültekin, E. (2009). *Toplumsal Psikoloji*. İstanbul: Kenan Ofset.
- Güney, S. (2006). *Davranış Bilimleri*. Nobel Yayınları.
- Hamarta, E., Arslan, C. , Saygın, Y. ve Özyeşil, Z. (2009). *Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarının Analizi*.
- Hou, T. Z. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos one*.
- Kağıtçıbaşı, C. (2004). *Yeni İnsan ve İnsanlar*. İstanbul: Evrim Basım Yayım.
- Kara, S. (2019). Sağlık Çalışanlarının Psikolojik Yıldırma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi*.
- Karabay, M. (2015). Sağlık Personelinin İş Stresi, İş- Aile Çatışması ve İş-Aile-Hayat Tatminlerine Yönelik Algılarının İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 113-134.
- Kahraman, İ. ve Fırat, H. (2019). *Hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı ile başa çıkma, benlik saygısı ve sosyal destek ilişkisi*. 03 20, 2021 tarihinde <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691719301819?via%3Dihub#!> adresinden alındı
- Karadağ, İ. (2007). İlköğretim beşinci sınıf öğrencilerinin akademik başarılarının sosyal destek kaynakları. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

- Kaşık, D. Z. (2009). *Ergenlerde Karar Verme Stilleri Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Sosyal Yetkinlik Beklentisi Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kozaklı, H. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi*.
- Labrague, L. J. (2020). COVID- 19 anxiety among front- line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *International Nursing Review*.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing. *Annual Review Psychology*.
- Lazarus, R. S., ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Newyork: Springer.
- Lee, Y., ve Kim, H. (2019). *Psychosocial Well-Being of Clinical Nurses Performing Emotional Labor: A Path Analytic Model Approach*. 03 20, 2021 tarihinde <https://www.jkan.or.kr/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2019.49.3.307> adresinden alındı
- Lissett, J.F.R., Victor, H.B.Z,ve Vivanco, L. (2020). Empathy Enhancement Based On Seniotics Training Program: A Longitudinal Study in Peruvian Medical Students. *Frontiers In Psychology*.
- Matud, M. P. (2004). Gender Differences İn Stress And Coping Styles. *Personality and Individual Differences*, 1401-1405.
- Mengi Baş, Ö. (2020). *Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin genel empati düzeyleri ile hekimlik empati becerilerinin karşılaştırılması*. Antalya.
- Meral, B. F., ve Cavkaytar, A. (2012). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin Otizmli Çocuk Aileleri Üzerinden İncelenmesi. *e-international journal of educational* .
- Moos, R. H., ve Billings, A. G. (1982). *Conceptualizing and measuring coping resources and processes*.
- Neumann, M., Edelhäuser ,F., Tauschel, D., Fischer ,M.R., Wirtz,M. , Woopen, C. , Haramati, A. ve Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.*, 996-1006.

- Özbeşler, C. (2001). Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Pearlin, L. I., ve Schoolar, C. (1978). *The structure of coping. Journal of Health and Social*.
- Pişkin, M. (1989). *Empati, Kaygı ve Çatışma Arasındaki İlişki*. Ankara.
- RN, X. Y. (2020). Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses? *ustralian College of Mental Health Nurses Inc*.
- Sanemoğlu, N. (2002). *Gelişim Öğrenme ve Öğretim*. Ankara: Gazi Kitapevi.
- Sapolsky, R. M. (2015). *Stress and the brain: individual variability and the invertedU*. Nature Neuroscience.
- Schwarser, R., ve Taubert, S. (2002). *Tenacious goal pursuits and striving toward personal*. Newyork: Oxford University Press.
- Selye, H. (1965). The stress syndrome. *American Journal of Nursing*.
- Sezer, Ö., ve Damar, S. (2005). Empati Nedir? Empati Öğretilbilir mi? *İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*.
- Shahrour, G. (2020). Acute stress disorder, coping self- efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID- 19. *Journal Of Nursing Management*.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to*. Newyork: Guilford Press.
- Sippel, L. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual. *Ecology & Society*.
- Stroebe, W., ve Stroebe, M. (1999). Does differential social support cause sex differences in bereavement outcome. *Journal of community & Applied Social Psychology*.
- Şahin, N. H. (2013). *Stres. Örgütsel Davranış*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 56-73.
- Taycan, O., Taycan, S. ve Çelik, C. (2013). *Relationship of Burnout With Personality, Alexithymia, and Coping Behaviors Among Physicians in a Semiurban and Rural Area in Turkey*. 03 20, 2021 tarihinde <https://doi.org/10.1080/19338244.2013.763758> adresinden alındı

- Tekmen, Y. (2010). *Hekim ve hemşirelerin empatik eğilim düzeyleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. İstanbul.
- Tel, H., Karadağ, M. ve Aydın, Ş. (2003). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.
- Uyan, A. (2014). Ergenlerde Algılanan Stres ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*.
- Ünal, C. (1972). İnsanları Anlama Kabiliyeti. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 72.
- WHO, D. S. (1995.).
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). Social Determinants of Health: the Solid Facts. *World Health Organization Regional Office for Europe*.
- Wons, A., ve Bargiel, K. (2011). *The emotional intelligence and coping with stress among medical students*,. 03 20, 2021 tarihinde <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22335141/> adresinden alındı
- Yamaç, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişk. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Yiğitbaş, Ç., Bulut, A. ve Günseli, S (2019). Algılanan sosyal destek ile empatik eğilim ve empatik beceri arasındaki ilişki,. *Avrasya Aile Hekimliği Dergisi*, 155.
- Zurlo, M. (2018). *Effects of Individual Differences and Job Characteristics on the Psychological Health of Italian Nurses*. 03 20, 2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5973523/> adresinden alındı
- Zülal, A. (2002). Stres. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 30-45.

EKLER

EK-1

Sağlık Alanında Hizmet Veren Bireylerde Empatik Eğilim, Stresle Başa Çıkma Becerileri Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Merhaba

Bu çalışma sağlık çalışanlarının empatik eğilimi, stresle başa çıkma tarzları ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Soru formunda adınız veya kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmacı tarafından bilimsel veri amacıyla kullanılacaktır. Yapılan bilimsel çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır.

Scruların tamamına cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Kişisel Bilgi Formu

Yaşınız: 20-29 30-39 40-49 50 ve Üzeri

Mesleğiniz: Hekim Hemşire Sağlık Teknikeri

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Medeni durumunuz: Bekar Evli

Eğitim Durumunuz? Lise Önlisans Lisans Y. Lisans/Doktora

Varsa çocuk sayınız: yok 1 2 ve üzeri

Bugüne dek psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü: Evet Hayır

Meslekte kaçınıcı yılınız: 0-5 Yıl 6-10 Yıl 11-20 Yıl 21 ve üzeri

Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?: Evet Hayır

Çalışma ortamından memnun musunuz?: Evet Hayır

EK-2

Toronto Empati Ölçeği

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1.	Diğer insanların başına gelen talihsizlikler beni çok etkilemez.	1	2	3	4	5
2.	Birisine saygısızca davranıldığını görmek, beni üzer.	1	2	3	4	5
3.	Yakınımdaki bir insan mutlu olduğunda bundan etkilenmem.	1	2	3	4	5
4.	İnsanların daha iyi hissetmesini sağlamaktan mutluluk duyarım.	1	2	3	4	5
5.	Bir arkadaşım sorunları hakkında konuşmaya başladığında konuyu değiştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
6.	İnsanlar üzgün olduklarında hiçbir şey söylemeseler bile onların üzgün olduklarını anlayabilirim.	1	2	3	4	5
7.	Sağlıklarına özen göstermeyip ciddi hastalıklara yakalanan insanlara acımam.	1	2	3	4	5
8.	Birisi ağladığında sinir olurum.	1	2	3	4	5
9.	Başka insanların nasıl hissettikleri beni gerçekten alakadar etmez.	1	2	3	4	5
10.	Üzgün bir insan gördüğümde ona yardım etmek için güçlü bir istek duyarım.	1	2	3	4	5
11.	Birisine haksızca davranıldığını gördüğümde, ona acımam.	1	2	3	4	5
12.	İnsanların mutluluktan dolayı ağlamasını saçma bulurum.	1	2	3	4	5
13.	Birisinin kullanıldığını gördüğümde, onu koruma isteği hissederim.	1	2	3	4	5

EK-3

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

B	BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....	% 0	%30	% 70	%100
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım,				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/ olayları büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6	Sakin biçimde düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararları vermeye çalışırım.				
9	İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm				

B	BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA.....	% 0	%30	% 70	%100
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şey gelmeyeceğine inanırım				
18	Olaydan/ olaylardan olumlu bir şey çıkartmaya çalışırım				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20	Problemi/ problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24	Olanlar karşısında ' kaderim buymuş ' derim				
25	' Keşke daha güçlü bir insan olsaydım ' diye düşünürüm				
26	Bir birey olarak iyi yönde değişip olgunlaştığımı düşünürüm				
27	' Benim suçum ne ' diye düşünürüm				
28	' Hep benim yüzümden oldu ' diye düşünürüm				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet