

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ALGILADIKLARI STRESİN SOMATİZASYON BOZUKLUĞU İLE
İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mine POLAT KARA

185324010

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

OCAK 2022

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ALGILADIKLARI STRESİN SOMATİZASYON BOZUKLUĞU İLE
İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mine POLAT KARA

185324010

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik

Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

İkinci Danışman: Doç. Dr. Nesrin İLHAN

OCAK 2022

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi sırasında bilgisi, deneyimi ve verdiği emeklerinden dolayı değerli danışman hocam Sn. Prof.Dr. Türkinaz AŞTI ve değerli eş danışman hocam Sn. Doç.Dr. Nesrin İLHAN'a

Lisans ve yüksek lisans öğrenimini tamamladığım Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nin değerli eğitimcilerine,

Araştırmama katılmayı kabul eden meslektaşlarım ve Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi Anestezi Ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesindeki sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte destekleri ile her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarımlarım Büşra ATEŞ, Betül SEÇEN, Edanur GÜLSOY, Merve YILMAZ, Feyza ERDOĞAN ve Şeyma GÖZAYDINOĞLU'na

Hayatımın her anında sevgilerini ve desteklerini esirgemediği emekleriyle yanımda olan annem Nermin POLAT, babam Salih POLAT, ablam Yasemin ER, Meryem POLAT, Çiğdem POLAT, Fatma KASIMOĞLU ve kardeşim Yunus Emre POLAT'a,

Sonsuz sevgisi, desteği, ilgisiyle her zaman yanımda olan eşim Deniz KARA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2022

Mine POLAT KARA
Hemşire

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mine POLAT KARA



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iii
BEYAN.....	ii
v	
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Tezin Amacı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1 Stres Tanımı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.2 Stres Modelleri.....	4
2.2.1 Uyarıcı yönelimli stres modeli.....	4
2.2.2 Tepki yönelimli stres modeli.....	5
2.2.3 Etkileşim yönelimli stres modeli.....	5
2.3 Stres Kaynakları.....	5
2.3.1 Fiziksel stres kaynakları.....	6
2.3.2 Bireysel stres kaynakları.....	6
2.3.3 Örgütsel stres kaynakları.....	6
2.4 Stresin Belirtileri.....	6
2.4.1 Fiziksel stres belirtileri.....	6
2.4.2 Duygusal stres belirtileri.....	6

2.4.3 Bilişsel stres belirtileri.....	6
2.4.4 Sosyal stres belirtileri.....	6
2.5 Stresin Sonuçları.....	7
2.6 Stresle Başa Çıkma.....	10
2.7 Somatoform Bozukluk.....	11
2.8 Somatizasyon Bozukluğu.....	11
2.9 Somatizasyon Bozukluğu Etiyolojisi.....	12
2.10 Somatizasyon Bozukluğu Tanı.....	13
2.11 Somatizasyon Bozukluğu Tedavisi.....	14
2.12 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği.....	15
2.13 Hemşirelerde Stresin Azaltılması.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1 Araştırmanın Tipi.....	20
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3 Araştırma Evren ve Örneklemi.....	20
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
3.5 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	21
3.6 Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	21
3.6.1 Demografik Bilgi Formu.....	21
3.6.2 Algılanan Stres Ölçeği.....	21
3.6.3 Somatizasyon Ölçeği.....	22
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.8 Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.8.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	23
3.8.2 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	23
3.9 Araştırmanın Etik Yönü.....	23

3.10 Araştırma Sınırlılıkları.....	24
4.BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	41
6.SONUÇ.....	48
7.KAYNAKLAR.....	46
EKLER.....	56
ÖZGEÇMİŞ.....	65



KISALTMALAR

HPA	: Hipotalmik pitüiter adrenokortikal
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SNRI	: Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 : Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	25
Tablo 4.2 : Hemşirelerin Çalışma Özellikleri	26
Tablo 4.3 : Hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 4.4 : Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.5 : Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 4.6 : Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	30
Tablo 4.7 : Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.8 : Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.9 : Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.10 : Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.11 : Hemşirelerin Meslekten Memnuniyetine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.12 : Hemşirelerin Bakımından Sorumlu Olunan Birey Var Olma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması....	36
Tablo 4.13 : Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.14 : Hemşirelerin Eğitim Düzeyi Ve Çalışma Özelliklerine Göre Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.15 : Hemşirelerin Yaşı İle Algılanan Stres Ölçeği Ve Somatizasyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	39
Tablo 4.16 : Algılanan Stres Ölçeği İle Somatizasyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	40

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ALGILADIKLARI STRESİN SOMATİZASYON BOZUKLUĞU ile İLİŞKİSİ

ÖZET

Bu araştırma; bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres düzeylerini, somatik bozukluk belirtilerini ve algılanan stres ile somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişki arayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Araştırma 20-26 Aralık 2021 tarihleri arasında İstanbul’da Avrupa Yakasında bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde çalışan 99 hemşire ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, frekans), Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 17,84±3,19, Algılanan Stres alt boyutu puan ortalaması 10,34±3,68 Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması 7,49±1,49 ve Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması 13,41±5,34 bulundu. Mesleğinden biraz memnun ve memnun olan hemşirelerin Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması, çalışmaktan memnun olmayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Hemşirelerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu. Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu ve toplam puanı ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu. Algılanan Baş Etme alt ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki bulundu. Araştırma sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin orta düzeyde stres deneyimledikleri ve hemşirelik mesleğinden memnun olan hemşirelerin stresle baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşı arttıkça algılanan stres düzeylerinin arttığı belirlendi. Hemşirelerin algıladıkları stres düzeyleri arttıkça, somatizasyon belirtilerinin arttığı, stresle baş etme düzeyleri arttıkça somatizasyon belirtilerinin azaldığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin stresle baş etmelerini arttırmak için kurumlarda stres ile baş etme eğitimlerinin düzenlenmesi ile hemşirelerin stresle baş etme düzeyleri, dolayısıyla da hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilir. Bunların yanı sıra hemşirelerin mesleki memnuniyetlerinin artırılması için kurumların çalışma koşullarını iyileştirmesinin yanı sıra, hemşirelik örgütlerinin de politikalar düzeyinde çalışmalar yapması önemlidir.

Anahtar kelimeler: hemşire, stres, somatizasyon bozukluğu

THE RELATIONSHIP OF STRESS PERCEIVED BY NURSE WORKING IN A UNIVERSITY HOSPITAL WITH SOMATIZATION DISORDER

SUMMARY

This research; This research was conducted as a relation-seeking study to determine the relationship between perceived stress levels, symptoms of somatic disorder, and perceived stress and somatization disorder of nurses working in a foundation university hospital. The research was carried out with 99 nurses working at a Foundation University Hospital on the European Side of Istanbul between 20-26 December 2021. Socio-Demographic Characteristics Information Form, Perceived Stress Scale and Somatization Scale were used to collect data. Descriptive statistical analysis (mean, standard deviation, frequency), Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis were used in the evaluation of the data. In the study, the total mean score of the Perceived Stress Scale of the nurses was $17,84\pm 3,19$, the mean of the Perceived Stress sub-dimension score was $10,34\pm 3,68$, the mean of the Perceived Coping sub-dimension was $7,49\pm 1,49$, and the mean of the Somatization Scale was $13,41\pm 5,34$. It was found $41\pm 5,34$. Perceived Coping sub-dimension mean score of the nurses who are somewhat satisfied and satisfied with their profession was found to be statistically significantly higher than the nurses who were not satisfied with their work. A very weak positive correlation was found between the age of the nurses and the Perceived Stress Scale Perceived Stress sub-dimension and a weak positive correlation between the Perceived Stress Scale total score. A weak positive correlation was found between the Perceived Stress Scale Perceived Stress sub-dimension and the total score and the Somatization Scale. . A weak negative correlation was found between the Perceived Coping subscale and the Somatization Scale. As a result of the research, it was determined that the nurses participating in the research experienced moderate stress and that the nurses who were satisfied with the nursing profession had higher levels of coping with stress. It was determined that as the age of the nurses increased, their perceived stress levels increased. It was determined that as the perceived stress level of the nurses increased, somatization symptoms increased, and somatization symptoms decreased as the levels of coping with stress increased. In line with these results, in order to increase nurses' coping with stress, it can be ensured that nurses' levels of coping with stress and therefore the quality of nursing care can be increased by organizing stress coping trainings in institutions. In addition to these, in order to increase the professional

satisfaction of nurses, it is important that nursing organizations work at the policy level as well as improving the working conditions of the institutions

Key words: nurse, stress, somatization disorder



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çalışmak insan yaşamında önemli bir yere sahiptir. Mesleğin kişi için ne anlam ifade ettiği, kişi-iş ilişkisinden ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz duygular, çalışan kişinin işinden alacağı doyumunu etkilemektedir. Bununla birlikte, kişinin yaptığı işin niteliği, işe duyulan ilgi ve çalışma koşulları da kişilerin işine olumlu ya da olumsuz duygular yüklemesine neden olmaktadır [1].

Son dönemlerde yapılan insanı konu edinen çalışmalarda daha iyi bir yaşam düzeyine ulaşma hedeflenmiştir. Değişen çalışma yapısı ile yaşam kalitesinin artırılmasına önem verilmektedir. Ancak stres ve strese etki eden faktörler kişi-iş ilişkisini ve yaşam kalitesini büyük oranda etkilemektedir [2].

Hemşireler sağlık bakımı veren meslekler arasında iş ortamından kaynaklanan stres açısından risk altındadır. Hemşireler sıklıkla iş stresi yaşamakta, iş ortamında psikolojik şiddete maruz kalmakta, tükenmişlik ve stres yaşamaktadırlar. Stresin yaygın nedenleri arasında çalışma ortamı, rol çatışması ve hastalar ve aileleriyle ilgili sorunlar olduğu bildirilmiştir [3].

Yapılan çalışmalar hemşirelerde ve hekimlerde iş stresinin yüksek olduğunu göstermektedir [4,5,6]. İspanya'da yürütülen bir çalışmada acil birimindeki hekimler değerlendirilmiş ve algılanan stresin yüksek olduğu ve anksiyete ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [4]. Avusturalya'da yürütülen bir çalışmada hemotoloji onkoloji biriminde çalışan hemşirelerinin yaklaşık %40'ının algıladıkları iş stresi nedeniyle duygusal yorgunluk hissettikleri, bu durumu endişe kaynağı olarak değerlendirdikleri ve %48'inden fazla hemşirenin bir yıllık süre içerisinde işe devam edebileceğinin kesin olmadığını belirtmişlerdir [5]. Çin'de yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve toplum sağlığı merkezlerindeki hemşirelerin yüksek düzeyde iş kaynaklı stres yaşadıkları ifade edilmiştir [6].

Ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçların olduğu görülmüştür [7,8,9]. Hemşirelerde iş stresinin incelendiği 180 sağlık çalışanı ile yürütülen bir çalışmada hemşirelerin iş stresinin yüksek olduğu bulunmuştur [7]. Yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin algıladıkları stresin sağlığı tehdit edici düzeyde olduğu bildirilmiştir [8]. Çamcı'nın (2021) çalışmasında da hemşirelerin algıladıkları stresin orta düzey olduğu belirtilmiştir [9].

Hemşirelerin yaşadıkları stres, hemşireleri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Hemşireler arasında anksiyete, depresyon ve post travmatik stres belirtileri görülmektedir [10]. Uzun süre strese maruz kalarak çalışmak, çalışanların psikososyal durumlarının etkilenmesine neden olabilir. Bu sorunlarda ilk sırayı somatik yakınmalar, depresyon, uyku bozuklukları ve tükenmişlik almaktadır [11]. Çinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin genel nüfusa göre daha stresli, depresif ve kaygılı olduğu çalışmaya katılan her üç hemşireden bir fazlasının kendini ruhsal bozukluklara maruz kalmış olarak sınıflandırdığını belirtmişlerdir [12].

Somatizasyon bozukluğu, tıbbi olarak açıklanamayan çok sayıda somatik semptomun yaşandığı, psiko-sosyal stres faktörleri ile ilişkili ve bireyi tıbbi yardım aramaya yönelten kronik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır [13]. Somatizasyon bozukluğu ruhsal sıkıntıların ve psiko-sosyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir [14]. Hemşirelerin ruhsal durum incelemesinin yapıldığı araştırmalarda; hemşirelerde sıklıkla depresyon ve somatizasyon bulgularının olduğu bildirilmiştir [15]. Çin de yapılan bir araştırmada hemşirelerin ruh sağlığının genel popülasyondan daha kötü olduğu, özellikle 40 yaş altı hemşirelerde ruh sağlığı sorunları görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [16]. İspanya'da doktor, hemşire ve yardımcı hemşirelerle yapılan bir çalışmada tükenmişlik ile somatizasyon değerlendirilmiş bireyler de tükenmişlik olsun/olmasın somatizasyon puanları yüksek çıkmıştır [17]. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde 349 hemşire ile stresle başa çıkma stratejileri ve ruhsal belirtiler araştırılmış ruhsal belirtiler açısından ilk olarak depresyon ardından somatizasyonun olduğu bildirilmiştir [15]. Hemşirelerin görev ve sorumluluklarını sürdürmesi için fiziksel ve ruhsal sağlıklarının iyi olması gereklidir. Ruh sağlığındaki zorlanmalar hemşirelerin bireysel sağlık problemlerinin yanı sıra bakım kalitesini de olumsuz etkilemektedir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres düzeylerini, somatik bozukluk belirtilerini ve algılanan stres ile somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Stres Tanımı

Stres bilimsel ve rutin yaşantıda sıklıkla kullanılan bir terimdir. Latince “estricia”, Fransızca “estrece” kelime kökünden gelen stres, “zorlanma, gerilme ve baskı” anlamına gelmektedir [18]. Stres, kişisel ve psikolojik farklılıkların çevresel ve toplumsal yapı etkeninde, kişi üzerinde psikolojik ve fiziksel baskı yaratan durumdur [19]. Birçok stres tanımı yapılmıştır, stres; “bireyin fizyolojik ve psikolojik yapıları üzerinde etki yapan, onların davranışlarını, iş verimlerini ve başka insanlarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen, psikolojik bir durum” şeklinde tanımlanmıştır [20]. Başka bir tanımda stres, organizmanın çevreyle olan etkileşimi ile fizyolojik ve psikolojik uyum dengesinin bozulması sonucu meydana gelen duygusal gerilim ve gerginlik hali, başka bir tanımda ise günlük yaşam düzeninde değişikliğe neden olan bireyi zorlayan bir duruma tepki olarak içsel yaşanan deneyim olarak tanımlanmıştır [19].

Selye tarafından iki önemli fikir ileri sürülmüştür: stres temelde fizyolojik bir tepkidir ve stres, vücudun karşılaştığı herhangi bir ihtiyaç veya tehdide karşı spesifik olmayan bir cevaptır [21].

Lazarus ve Folkmana göre; hiçbir insan ya da bir olay tek başına strese neden olmamakta, stres olayların algılanması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Birey karşılaştığı durumu stres kaynağı olarak nitelemese stres oluşmamakta, uyarıyı tehdit olarak görülmesi ve durumla baş edilemeyeceği düşünülmesi ile stres başlamaktadır. Bireyin uyarıyı stres kaynağı olarak nitelemesi algılama biçimi ile ilişkilendirilmektedir. Algılama biçimi ise kişilik yapısı, fiziksel özellikler, kültür, sosyal destek gibi faktörle ilişkilidir [22].

2. Stres Modelleri

2.1 Uyarana dayalı stres modeli: Bu modelde insanlara stres yaşatan olaylar incelenmiştir. Çevresel faktörler ve kişi dışında gerçekleşen olaylar stres kaynağıdır.

Kişisel farklılıklar göz ardı edilir [23]. Modelin gelişiminde Holmes Rahne (1967), Elilot ve Eisdorfer (1982) katkıları vardır.

2.2 Tepki yönelimli model: Strese karşı verilen tepki ve uyum şeklinin tanımlandığı modeldir. Stresi tanımlayan öncü bilimcilerden Hans Selye 1930'larda bedenın stresli durumlara verdiği tepkiyi “Genel Uyum Sendromu” olarak isimlendirmiştir. Selye, çeşitli stres faktörlerine uzun süreli maruz kalma durumlarında, fizyolojik tepkilerin benzer, tutarlı üç aşamadan oluşan bir model izlediğini gözlemlemiştir [21]. Bunlar; alarm tepkisi, direnç aşaması ve tükenme aşamasıdır.

Tepki yönelimli stres modelinin aşamaları vücutta meydana gelen nöral ve hormonal süreçlere dayalı olarak Selye tarafından daha da detaylandırılmıştır. Hızlı alarm tepkisi aşaması, adrenalinin hızlı salgılanmasına yol açan otonom sempatik sinir sisteminin nöral bir tepkisini içerir ve kalp atışı hızlanır, tansiyon yükselir ve solunum hızlanır. Ardından daha yavaş ilerleyen direnç aşaması gerçekleşir. Kortizol seviyesi yükselir ve vücut metabolizmasını değiştiren diğer kortikosteroidler artar, tansiyon, kalp atışı, solunum sayısı normale döner. Birey, stresöre uyum sağlamak için uğraş halindedir. Stres etkeninin devam etmesi, uzun süreli maruz kalma, sonunda sindirim, bağışıklık veya böbrek sistemleri gibi vücut sistemlerinde hasara neden olacaktır [21].

2.3 Etkileşim yönelimli model: Lazarus ve folkman (1984) tarafından geliştirilmiştir. Stres kişi, çevresi ve strese verilen cevap ile ilişkili bütüncül bir süreçtir. Olaylar bireylerin deneyimlerine göre farklı algılanmaktadır. Bazı kişiler için stresli olabilecek durum bazı kişiler için stresli değildir. İnsanların hem olayların yarattığı potansiyel tehdidin derecesi hem de bunlarla başa çıkmak için gereken kaynakların varlığını değerlendirmelerini ele alan stres modelidir. Etkili baş etme tepkilerinin mevcut olduğuna dair inancın olmadığı bir tehdit değerlendirmesi, korku ve kaygı gibi duygusal tepkileri doğuran stres olarak deneyimlenir [24].

3. Stres Kaynakları

Stres kaynakları farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde sınıflandırılarak alt dallara ayrılmaktadır. Strese neden olan durumları bireyin kendisi, eğitim yaşamı, ev ve aile yaşamı, iş ve örgütsel yaşamı ve çevre olarak 5 ana grupta incelenebilir [18]. Başka bir kaynakta stres; genel çevre ile ilgili stres kaynakları ve bireyin kendisi ile

ilgili stres kaynakları olmak üzere ikiye ayırmıştır [20]. Stres kaynakları fiziksel, bireysel ve örgütsel olmak üzere üç başlıkta incelenir.

3.1. Fiziksel stres kaynakları: çevresel stres kaynağı olarak da adlandırılan bu nedenler bireyin yaşadığı, etkileşimde bulunduğu gözle görülen veya görülemeyen etmenlerden oluşur. Bunlar; ısınma, havalandırma, hava kirliliği, trafik, radyasyon, gürültü, aydınlatma sorunu, vb. faktörlerdir [25].

3.2. Bireysel stres kaynakları: Bireyin kişilik özellikleri, dürtüler, savunma mekanizmaları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaş, cinsiyet, aile kişilerde stres yaratabilecek bireysel nedenler olarak tanımlanmıştır [25].

3.3. Örgütsel stres kaynakları: Örgütsel stres, bireyin iş ile ilgili olarak herhangi bir beklentiye karşı bireysel enerjinin harekete geçmesi olarak tanımlanmaktadır [25]. Rol çatışması, rol belirsizliği, az ya da çok çalışma, iletişim eksikliği, kariyer yönetiminin yanlış yapılması, hata yapmaktan korkma, yönetici ile iletişim bozukluğu, ücret yetersizliği, yaptığı işten memnun olunmaması gibi etmenler sayılabilir [26, 27].

4. Stres Belirtileri

Stres belirtileri çoğunlukla çelişik ve karmaşıktır. Farklı araştırmacılar tarafında stres belirtileri farklı sınıflandırılmıştır. Araştırmalar incelendiğinde;

4.1. Fiziksel belirtiler: Kalp çarpıntısı, solunum güçlüğü, göğüste sıkışma hissi, baş ağrısı, kronik yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, kas spazmı, iştahsızlık, dış gıcırdatma, hazımsızlık [28].

4.2. Duygusal belirtiler: Ruhsal durumun kısa sürelerde değişkenlik göstermesi, aşırı hassasiyet, gerginlik, düşük özgüven, kaygı, endişe, güvensizlik hissi, saldırganlık, düşmanlık, tükenmişlik hissetme [28].

4.3. Zihinsel belirtiler: Muhakemede zayıflama, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, karar vermede zorlanma, zihin bulanıklığı, sabit fikirlilik, mizah anlayışında kayıp, hatalarda artış, verimin düşmesi, iş kalitesinde düşüş [28].

4.4. Sosyal belirtiler: İnsanlara karşı güvensizlik, birçok kişiyle birden konuşmamak, randevulara gitmemek veya iptal etmek, fazla savunmacı davranış [28].

5. Stresin Sonuçları

Stres, gündelik hayatın içinde hep var olan ve hayatı etkileyen bir durumdur. Bireylerde strese maruz kalma fiziksel, davranışsal, duygusal ve psikolojik problemler yaşamasına, kronik bir hastalığın oluşmasına yol açabilmektedir [29]. Bununla birlikte stresin olumlu sonuçlarının da olabileceği bildirilmiştir.

Stres, adrenomedüller sistem ve hipotalamik-pitüiter-adrenokortikal (HPA) aksı aktive ederek adrenalin-noradrenalin ve kortizol salınımında artışa neden olur. Olumsuz emosyonel tepkiler HPA aksının düzgün çalışmasını engellemektedir. Kronik stres HPA aksının duyarsızlaşmasına neden olarak kortizol sekresyonunun azalmasına ve dolaylı olarak inflamatuvar sitokinlerin miktarının yükselmesine yol açar. Dolaşımdaki adrenalin-noradrenalin düzeyi arttığında, immün parametreler değiştiği için inflamasyon gelişimi kolaylaştırır. Psikolojik stres, otonom sinir sistemi ve bronşlardaki inflamasyonda rol oynayan pek çok hormon, nörotransmitter ve nöropeptidleri etkilemektedir. Ortaya çıkan değişiklikler bireylerde enfeksiyonlara yatkınlığı artırır. Bu nedenle stresin astım atakları ve solunum yolu enfeksiyonları için risk faktörü olabileceği bildirilmiştir [30].

İş stresinin koroner kalp hastalığı ve hipertansiyonun bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir. Stresi ateroskleroz ile ilişkilendiren Kaplan ve ark (1982) sosyal gruplar halinde yaşayan erkek sinomolgus maymunları üzerinde bir çalışma yapmıştır. Araştırmacılar, maymunların yarısını; bir ile üç aylık aralıklarla beş üyeli karışık sosyal gruplu düzen oluşturdular. Maymunların diğer yarısı ise istikrarlı sosyal gruplarda yaşıyordu. Tüm hayvanlar 22 ay boyunca orta derecede aterojenik diyetle tutuldu. Çalışma bulgularında stabil olmayan gruplarda yaşayan sosyal olarak baskın erkek hayvanlarda, stabil gruplarda yaşayan sosyal olarak baskın hayvanlardan önemli ölçüde daha fazla ateroskleroz olduğu gözlenmiştir. Sinomolgus maymunlarında yapılan çalışmalar, duygusal olarak stresli davranışların aterosklerozun ilerlemesini hızlandırabileceğini göstermiştir [31].

Araştırmalar stresin sinir sistemi üzerinde de farklı birçok etkisi olduğunu ve beyin farklı bölümlerinde yapısal değişikliklere sebep olduğu bildirilmiştir. Kronik stres, beyin kütleinde atrofiye yol açtığı ve ağırlığını azalttığı, yapısal değişiklikler ile stresin, biliş ve hafızaya verilen yanıtta farklılıklara neden olabileceği bildirilmiştir. başkalarını suçlamak, insanlarda hata bulmaya çalışmak [28].

Stres hormonlarının yüksek konsantrasyonları uzun süreler boyunca yüksek plazma glukokortikosteroid konsantrasyonları, hipokampusun atrofisine yol açarak hafıza bozukluklarına neden olabilir. Stresin bazı durumlarda hafızayı keskinleştirebileceği de öne sürülmüştür. Stresin bellek üzerindeki etkisinin, stresli uyarana maruz kalma süresine büyük ölçüde bağlı olduğu ve uygulanan stresin zamanlaması açısından belleğin daha iyi veya daha kötü olabileceği sonucuna varılmıştır [32].

Stresin biliş fonksiyonları üzerine de etkisi vardır. Biliş, beyin fonksiyonunun bir başka önemli özelliğidir. Biliş, algılanan uyarınların algılanması ve öğrenme, karar verme, dikkat içeren yorumlanması anlamına gelir. Stres, yoğunluğuna, süresine, kökenine ve büyüklüğüne bağlı olarak hafıza ve muhakemede bilişsel bozukluklara neden olur [32].

Stres iştahu etkileyebilir. Araştırmalar stresin emilim sürecini, bağırsak geçirgenliğini, mukus ve mide asidi salgısını, iyon kanallarının işlevini ve gastrointestinal inflamasyonunu etkilediğini göstermiştir. Stres ayrıca gastrointestinal sisteminin inflamasyona yanıtını artırır ve daha önceki yaşanmış inflamasyonu yeniden aktive edebilir. Stres ayrıca bağırsağın işlevsel fizyolojisini de değiştirebilir. Crohn hastalığı ve gastrointestinal yolun diğer ülseratif temelli hastalıkları gibi birçok inflamatuvar hastalık stresle ilişkilidir. Stres gastrointestinal yolunun hareketini de etkiler. Mide boşalmasını engeller ve kolon motilitesini hızlandırabilir, kalın bağırsağın hareketini de (kasılma ve hareketliliğini) etkileyerek irritabl bağırsak sendromuna neden olabilir [32].

Stresin deri hastalıklarıyla da ilişkili olduğu belirtilmiştir. Terleme, kızarıklık, akne problemleri gözlenebilir. Sedef hastalığı ve stres arasındaki ilişkinin incelendiği sistematik bir araştırmada, farklı psikolojik stres ölçümleri ile sedef hastalığının başlangıcı, tekrarı ve şiddeti arasında olası bir zamansal ilişkiyi olduğunu belirtmişlerdir [33].

Stres bireylerde uyku düzeni ve kalitesini de etkilemektedir. Uykunun düzenlenmesinde hipotalamik sistem ile aminojerjik ve kolinerjik sistemler aktif rol oynamaktadır. HPA aksının aktivitesi uykunun erken evresinde azalma, sonraki evrelerinde ise artış gösterir. HPA eksenin ve sempatik sinir sistemindeki aktivite artışı uykunun evrelerini etkileyerek uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir [18].

Stresle beraber bireyde birtakım duygular ortaya çıkmaktadır. Stresin kontrol edilememesiyle bireylere göre değişebilen öfke, kızgınlık, karamsarlık duygusu açığa çıkmaktadır. Stres sonucunda bireylerde ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıklardan en belirginleri; uykusuzluk, yorgunluktur, kaygı ve depresyondur [34]. Stresin depresyon ile ilişkisi sıkça incelenen bir konudur. Kronik stresörlerin depresyon üzerinde akut stres olaylarından daha büyük bir etki yarattığı bildirilmiştir [35].

Konversiyon bozukluğu, organik nedenlerle açıklanamayan motor, duyuşal ve otonom sinir sistemiyle ilgili işlevin kaybı veya değişikliği olarak tanımlanır. Hastalığın nedenleri genetik ve nörobiyolojik etmenlerin yanında, bazı travmatik yaşam olayları ile açıklanmaktadır. Aksu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir olgu sunumu çalışmasında; konversiyon bozukluğu ile ilişkili yakınmaların ortaya çıkmasında ve sürmesinde günlük yaşamdaki psikososyal stres etmenlerinin, önemli rollü olduğu bildirilmiştir [36]. Ülkemizde yapılan bir araştırmada konversiyon öncesi stres faktörünün %17-45 oranında görüldüğü bildirilmiştir [37].

Stresin sigara içme, madde/alkol kullanımı gibi etkilerinden bahsedilmiştir. Alkol bağımlılığı ve tekrar içmeye ilişkin bir fare modelini içeren bir dizi çalışmada, fareler; sosyal etkileşimin azaltıldığı yeni bir ortamda, tehdit edici koşullara (parlak bir şekilde aydınlatılmış alanlar, alkol içme seanslarından önce tekrarlanan kısa süreli zorunlu yüzme stresine maruz kalma gibi.) maruz bırakılmıştır. Stres sonrası, alkol bağımlısı farelerde alkol tüketimi önemli ölçüde arttığı, ancak bağımlı olmayan farelerde alkol alımının değişmediği görülmüştür [38].

Stresin yararlı etkileri olabileceği de bildirilmiştir. Optimal düzeyde stres;

- Heyecan ve umut hisleri verme
- Uyanıklığı ve canlılığı sağlamak
- Detaylara dikkat edilmesini sağlamak

- Motivasyonu sağlama
- Yüksek bir enerji hissi verme
- Bireysel kendine güveni artırmaktadır
- Amaç ve hedef duygusu sağlamak

gibi olumlu sonuçlar sıralanabilir [34].

6. Stresle Başa Çıkma

Stresle baş etme “kişinin kendisi veya çevresinden kaynaklı stres faktörlerine uyum sağlamak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır”. Kişinin bu yola başvurma sebebi stresle etkin bir şekilde mücadele edip stresin etkisini azaltmaktır [39].

Lazarus ve Folkman tarafından geliştirilen bilişsel stres ve başa çıkma kuramında bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olarak iki temel süreç vardır. Bilişsel değerlendirme üç aşamada gerçekleşir [40].

Birincil değerlendirmede kişi karşılaştığı olayda kendine ait herhangi bir şeyin tehlikede olup olmadığını değerlendirir. Tehdidin ne olduğu, olayın daha önce karşılaşılan veya yeni bir olay olması, olayın nasıl olduğu, ne zaman olduğu gözden geçirilir. Bireyin, kendi değerleri, hedefleri gibi özellikler de birincil değerlendirme içeriğindedir [40].

Bireyin kullandığı başa çıkma yöntemlerini gözden geçirilmesi, ikincil değerlendirme değildir. Kişi burada “Ne yapabilirim?” sorusuna yanıt arar. Tehdittin önlenmesi olumlu yönde geliştirilmesi için neler yapılabileceğini değerlendirilir. Birey sahip olduğu fiziksel (bireyin sağlığı), sosyal (somut ve duygusal destek), psikolojik (benlik saygısı, ahlaki değerler, inançlar, problem çözme becerileri vb.) ve maddi başa çıkma kaynaklarının değerlendirmesini yapar [40].

Üçüncü aşama olarak yeniden değerlendirme ise uygun stratejinin öğrenilmesi ve analiz edilmesi amacıyla kullanılan bir model hazırlama sürecidir. Başa çıkmanın aktif değişkenli yapısı nedeniyle alınan kararlara ilişkin ara değerlendirme yapılır. Ara değerlendirmede temel kurallar korunarak amaca uygun yeni çözümler bulunur.

Süreç sonunda birey karşılaştığı durum için en uygun baş etme yöntemi belirleyerek stresin üstesinden gelebilmek için geliştirdiği davranışı uygular [39].

Başa çıkma süreci farklı araştırmacılar tarafından farklı kategorize edilmiştir. Bunlar duygu odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma, yaklaşma-kaçınma, ilgilenme- ilgilenmeme, problemi ele alma ve stres verici durumun tehdidini azaltmak üzere yeniden değerlendirme olarak bildirilmektedir [41].

Stres ile baş etmede genellikle iki temel yaklaşımdan biri kullanılır. Bunlar sorun odaklı ya da duygu odaklı başa çıkma yaklaşımıdır. Sorun odaklı baş etme, stres kaynağının ana nedeni üzerine odaklanır ve diğer yaklaşıma göre daha çok tercih edilir. Strese neden olan problemlerle başa çıkmak amaçlanmaktadır. Örneğin; bir hastalık ile karşı karşıya kalarak hastalık stresi yaşayan birey hastalık hakkında bilgi edinerek, hastalığı yönetmek için yeni beceriler öğrenerek ve hastalığa ilişkin çevresel faktörleri düzenleyerek stresle başa çıkması sorun odaklı başa çıkmadır. Sorun odaklı başa çıkma yöntemini kullanan kişilerin daha iyimser ve stresle baş etmede daha başarılı olduğu bildirilmiştir [1]. Duygu odaklı başa çıkma ise, duyguların ya da sıkıntının düzenlenmesini, karşılaşılan stres sonucu olarak hissedilen gerginliğin azaltılmasını amaçlar. Sosyal destek arama, kaçınma, kendini kontrol etme duygu odaklı başa çıkma yöntemleridir [41].

Stres yönetiminde bilişsel davranışçı terapi ile; stresli olaylar karşısında bireyin kendi bilişsel özelliklerinin farkına varmasına yardım etmek, bilişsel özelliklerin olumsuz duygu durum ve davranışlar yönünden kendisini nasıl etkilediğini ve nasıl değiştirebileceğini öğretmek amaçlanır [18]. Davranışsal yöntemlerle ise kişinin yaşadığı soruna karşı yaşanan duyguyu zihinden uzaklaştırma amaçlanır. Fiziksel egzersiz, zaman yönetimi, nefes teknikleri, meditasyon-yoga, beslenmenin düzenlenmesi, hobi edinme örnek verilebilir [1,27,28].

2.7 Somotoform Bozukluk

Yunancada soma kelime kökünden gelen Somotoform beden anlamına gelmektedir. Somotoform bozukluklar bedensel belirtilerin olduğu kapsamlı birçok hastalığı ifade etmektedir. Bu bozukluklar beyin-vücut arasındaki ilişki kapsar. Somotoform bozukluk; somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluk, hipokondriyazis, beden disformik bozukluğu, ağrı bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır [42].

2.8 Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğu için farklı tanımlar yapılmıştır. Emosyonel sorunu bedensel belirtilerle ifade etme biçiminde açıklanan [43] somatizasyon bozukluğu; Lipowsky tarafından (1987) ‘Psikolojik rahatsızlıkların bedensel belirtiler halinde yaşanarak ifade edilmesi ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimi’ olarak ifade edilmiştir [44]. Lipowski, duygusal sıkıntılarını bedensel belirtilerle ifade eden kişileri ise “somatizör” olarak nitelemiştir [43].

Somatizasyon terimini eski çağlarda uterus anlamında ki ‘hystera’ kelime kökünden gelen histeri olarak tanımlanmıştır. Hipokrat, histeriyi sadece kadınlarda görülebilen bir hastalık olarak belirtmiş ve 17. yüzyıla kadar histerinin uterusun vücutta gezinmesi sonucu oluşan bir hastalık olduğuna inanılmıştır [45]. Thomas Sydenham (1624-1689) histeri ve hipokondriazisin bedeninde değil zihnin bir bozukluğu olduğu ifade etmiş daha sonrasında Paul Briquet somatizasyon bozukluğu tablosunu tanımlayıp “Briquet Sendromu” olarak adlandırmıştır [45]. Günümüzde somatizasyon bozukluğu terimi standart kullanımı kabul görmüştür [46].

DSM-4 Somatizasyon Bozukluğu tanısının çoklu belirtiler nedeniyle sıklığının tam olarak belirtilemeyeceğini %0,1 ile %0,7’lik bir dilimde olduğu bildirilmiştir [48]. Bununla birlikte somatizasyon bozukluğunun yayınlığının çalışmalarda; genel popülasyonun %5 ila %7’si olduğu, kadınlarda erkeklere oranla (5 ila 10 kat arasında) daha sık görüldüğü, yaşamın her döneminde çocukluk, ergenlik veya yetişkinlikte daha sıklıkla 20-30 yaş arasında ortaya çıktığı belirtilmiştir [47]. Somatizasyon bozukluğunun tüm somatoform bozukluklar içinde en fazla görülen somatoform bozukluk grubu olduğu ifade edilmiştir [48]. Somatizasyon bozukluğunun ataerkil toplumlardaki kadınlarda daha yaygın, Afrikalı Amerikalılar ’da beyazlara göre daha sık görüldüğünü, düşük sosyoekonomik düzeyinde daha fazla, batı kültüründe daha seyrek olmakla beraber doğu kültürlerinde daha sık görüldüğü belirtilmiştir [49].

Kanser veya kalp hastalığı olan hastaların %15’ini, iritabil bağırsak sendromu veya fibromiyaljili hastaların %26’sında ve genel popülasyondaki sağlıklı insanlar arasında %7’lik somatik semptom bozukluğu olduğu bildirilmiştir [50].

2.9. Somatizasyon Bozukluğu Etiyolojisi

Somatizasyon bozukluğunda belirtileri açıklayacak, altta yatan bir hastalık ya da bilinen bir fizyopatolojik neden ya da bu belirtilerin hangi etkenlerle ortaya çıktığı tam olarak açıklanamamaktadır. Kellner'e göre somatizasyon multifaktöryel olarak belirlenen, karmaşık bir olgudur [51]. Somatoform bozuklukların etyolojisi; psikososyal faktörler ve biyolojik-genetik faktörler olarak iki temel etken vardır.

Psikososyal faktörler; psiko-sosyal yaklaşımlar semptomların, hasta bireyin iletişim biçimi olarak açıklar. Birey sorumluluklardan kaçınmanın sonucu, duyguların ifadesi için geçmiş tecrübeleri, kültürel farklılıkları ile bedensel semptom geliştirir. Psiko analitik yaklaşımları, bastırılmış içgüdüsel dürtülerin semptomların yerine geçtiği görüşündedir [42].

Biyolojik ve genetik faktörler; Genetik faktörlerin, bedensel bozukluklarda genel olarak kronik ağrıya bir yatkınlığın olabileceği düşünülmüş fakat çalışmalarda sadece %30'unu açıklanabilmiştir. Somatik belirti bozukluğu, düşük serotonin seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur. Somatik belirtiler ve kronik ağrıya yatkınlıktan sorumlu genleri belirlemeye çalışılmıştır ancak tutarsız sonuçlar mevcuttur [50]. Kalıtsal faktörlerin somatizasyon bozukluğunda etkili olmadığı bildirilmektedir [52].

Emosyonel durumlar, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi merkezi sinir sisteminin aşırı ya da daha az uyarıldığı durumlarda, adrenerjik ve kortikosteroid sistemlerin etkinliklerinin arttığı, oluşan sempatik uyarılmanın solunum sayısında artış, kalp atımı ve atım hacminde artış, kan basıncı artışı ve kan akımı değişiklikleri gibi çok sayıda belirti görülebilir [51].

2.10. Somatizasyon Bozukluğunda Tanı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)' te somatoform bozukluklar başlığında; konversiyon bozukluğu, hipokondriazis, somatizasyon bozukluğu, ayırım göstermeyen somatoform bozukluk, ağrı bozukluğu ve beden algısı bozukluğu tanıları yer almıştır. somatoform bozuklukların tanı kategorisi yeniden düzenlenmiş ve DSM-5'te somatik belirti ve ilişkili bozukluklar ile değiştirilmiştir. Bu kategori hastalık anksiyetesi bozukluğu, somatik belirti bozukluğu, konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk, diğer tıbbi durumlarını etkileyen psikolojik etkenler, diğer belirlenmiş somatik belirti ve ilişkili bozukluk, belirlenmemiş somatik belirti ve ilişkili bozukluk tanılarından oluşmuştur. Tanı

kriterleri orantısız düşünceler, duygular ve somatik belirtiler veya sağlık kaygıları ile ilgili davranışları içeren pozitif psiko-davranışsal kriterlere temellendirilmiştir [50].

DSM-5'e göre Somatik Belirti Bozukluğunun tanı ölçütleri:

A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok somatik belirti

B. Somatik belirti ya da belirtilere aşağıdakilerden en az birinin (düşünce, duygu ve davranış) eşlik etmesi;

1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız süreklilik gösteren düşünceler

2. Sağlıkla ya da somatik belirtilerle ilgili sürekli yüksek düzeyde kaygı

3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanması

C. Herhangi bir somatik belirti sürekli olarak bulunmasa da en az 6 ay semptomatik olma durumu. Ağrının baskın olması ile devam eden önceki adı ağrı bozukluğu olan bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir.

Süregiden: Ağrı belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (6 aydan daha uzun) belirlidir.

Hafif: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.

Orta: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.

Ağır: B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır [54].

2.11 Somatizasyon Bozukluğunda Tedavi

Bedensel belirti bozukluğu olan kişiler; dikkatlerini bedensel belirtilere karşı odaklamışlardır. Bedensel bir belirtinin hissedilmesinin ardından olumsuz biliş, duygu ve davranış geliştirirler. Çalışmalarda dikkatin bedende olması bedensel semptomların artmasına ağrı eşiğinin düşük olmasına neden olduğunu belirtilmiştir [55]. Somatik semptom bozukluğu tedavisi, semptomların kontrolüne yardımcı olmayı ve kişinin mümkün olduğunca normal hayatına devam etmesini amaçlar. Somatik semptom bozukluğunun tedavisi tipik olarak kişinin düzenli kontrolleri ve

semptomların takibi gerekir [56]. Hastalar da var olan belirtiler hastanın kaygı, yaşamakta olduğu stresin dışı vurulmuş iletişim şekli olduğu bilinmeli ve semptomlarının pato-fizyolojik bir dayanağı olmadığı halde var olan belirtileri gerçekten yaşadığına inandığımızı hastalara belirtilmesi önemlidir [57]. Genellikle hekimler hastanın belirtilerini belirli bir alanda kategorize etmeye ve bunları tedavisine odaklanırken; hastalar yaşadıkları belirtilerin nedenini anlama ve duygusal destek talebindedirler. Tedavi sürecinin temelinde empati, etkili iletişim, hasta merkezli yaklaşım olmalıdır. Her koşulda hastalar fiziksel hastalık belirtiler yönünden taranmalı ve gerekli biyokimyasal testler yapılmış olmalıdır. Hastanın deneyimlerine ve şikayetlerine özgü karşılıklı aktif iletişim kurulmalı ve tanı hastaya uygun olarak açıklanmalıdır [58].

Psikosomatik bozuklukların tedavisi psikoterapiler ve farmakoterapiler olmak üzere iki başlık altında incelenebilir. Kroenke 2006 yılına kadar olan 34 randomize kontrollü çalışmayı derlediği çalışmasında bilişsel davranışçı terapinin (BDT), çeşitli somatoform bozukluklar için bilinen en iyi tedavi seçeneği olduğunu bildirmiştir [58]. Bilişsel davranışçı terapi; çarpık düşünme veya kaçınma gibi olumsuz davranışı ele alarak düşünceleri, duyumları, duyguları ve davranışları değiştirmeye odaklanan psikoterapik bir tedavi şeklidir. BDT kapsamında psikoeğitim, kendi kendini izleme, bilişsel yeniden yapılandırma, in vivo maruz kalma, hayali maruz bırakma ve ev ödevleri vardır [60]. Allen ve arkadaşlarının tarafından somatizasyon bozukluğu olan hastalar ile yürütülen bir çalışmada hastaların on beş ay sonra bile somatizasyon semptomlarının BDT ile tedavi edilen grupta anlamlı olarak daha az şiddetli olduğu, iyilik hallerinin yükseldiği, BDT'nin hastaların işlevselliklerini arttırdığı, semptomların azaldığı ve sağlık bakım maliyetlerinde de azalma olduğu bildirilmiştir [59].

Bilişsel terapiler ile hastaların zayıflık, güçsüzlük, hastalıklı hissetme gibi bilişlerine dair inançlarını azaltmak hedeflenir. Davranışsal yöntemler ile var olan yanlış davranışlar, sağlıklı davranış şekli ile değiştirilir. Grup terapilerinde kişisel stres nedenlerini azaltmaya yönelik öneriler, stresle baş etme, sorun çözme konusunda genel öneriler ve sosyal beceri eğitimleri verilebilir. Düzenli fizik egzersiz, solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, vitaminler, diyet, sıcak-soğuk uygulamalar, masaj gibi ilaç dışı tedaviler aktif olarak kullanılmaktadır. Hastaların yakınmalarını

bütünüyle yok etmekten ziyade, şikayetle baş etmesini öğretmek önemlidir. Temelde bedensel belirti kaynağı tedavi edilmediği sürece hasta birey yeni bir yakınma ortaya çıkarabilir [55].

Farmakoterapi; somatik belirti bozukluğu tedavisinde psikoterapi yanında farmakoterapi de kullanılabilir. Kleinstauber (2014)'in çalışması göre farmakoterapinin etki mekanizmasının psikoterapilere göre daha az etkin olduğunu bildirmiştir [45]. Düşük dozlarda selective serotoninine reuptake inhibitör (SSRI), serotonin-norepinephrine reuptake inhibitör (SNRI) grubu antidepresanlar kullanılmaktadır [61].

2.12 Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Sağlığın bir boyutu olan ruh sağlığı; bireyin kendisi ve çevresi ile uyum içinde olma halidir. Bu uyum belli sınırlarda değişiklik gösterir. Değişen yaşam koşulları insanların ruh sağlığını etkilemekte ve ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan ruhsal sorunlarda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir [62]. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği; birey aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede ya da hastalıkla baş etme için profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreçtir. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde yer almaları, toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için risk gruplarıyla çalışmaları gerekmektedir [53].

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bilgi ve hemşirelik becerisini biyolojik ve sosyal bilim çıktılarını terapötik ilişki sanatı ile birleştiren bir disiplindir. Psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisine, ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır [63]. Psikiyatri hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora derecesine sahip hemşireler “Psikiyatri Hemşiresi” unvanını kullanır ve psikoterapi eğitimlerine katılabilir. Psikiyatri hemşireleri; psikiyatri yataklı servisi, poliklinikler, konsültasyon-liyezon birimleri, huzurevi, çocuk izleme merkezleri, bağımlılık tedavi merkezlerinde tedavi edici roller üstlenmektedir [64].

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin doğrudan ve dolaylı rolleri vardır. Doğrudan rolleri bakım verici, terapist, eğitici ve vaka yöneticisidir. Dolaylı rolleri ise, danışman, araştırmacı ve değişim ajanı rolüdür. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin işlevleri ise; [24].

- Birey, aile ve topluma yönelik, ruh sağlığı psikiyatri hizmeti veren servislerde veya toplum içinde, ruhsal bakım, danışmanlık ve terapi programlarını yürütür.
- Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ile ilgili araştırma yapar.
- Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık hallerinde iyileşme sürecini hızlandırıcı bakımla ilgili kaliteyi artırıcı girişimleri destekler ve katkıda bulunur.
- Ruh sağlığı danışmanlığı, psiko-eğitim programları, şiddet ve istismar, afetler ve travma durumları gibi özel konularda eğitim hizmetleri yapar.
- Bireysel ve grup psikoterapileri yapar
- Toplumda ruhsal bozukluklar açısından riskli gruplara yönelik bireysel ve grup çalışmaları yürütür.
- Çağdaş yeni bilgilerin eğitim ve hizmet alanına aktarılmasını sağlar.

Amerikan Hemşireler Derneği tarafından yayınlanan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama standartları belirlenmiştir. Belirlenen standartlar hemşirelik bakım sürecinin temelini oluşturur. Bu standartlar: [39].

Standart 1.Tanılama

Standart 2.Tanı Koyma

Standart 3.Sonuç Kriterlerinin Belirlenmesi

Standart 4.Planlama

Standart 5.Uygulama

Standart 5.a. Danışmanlık

Standart 5.b. Tedavi edici ortam

Standart 5.c. Özbakım Aktiviteleri

Standart 5.d. Psikobiyolojik Girişimler

Standart 5.e. Sağlık Eğitimi

Standart 5.f. Vaka Yönetimi

Standart 5.g. Sağlığı Geliştirme ve sürdürülmesi

Standart 6. Değerlendirme

2.13 Hemşirelerde Stresin Azaltılması

Hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaşmış olduğu olumsuz durumlar, hemşirelerin ruhsal ve bedensel sağlığını, iş verimini, sosyal yaşantılarını olumsuz etkiler. Karşılaşılan olumsuz durumlar birey üzerinde olduğu kadar kurum üzerinde de etkilere sahiptir. İş veriminin düşmesine, iş kazalarının artmasına, kurumun ekonomik zararına neden olmaktadır [68]. Olumsuz durumların ardından hissedilen strese yönelik iyi olmayan ruhsal durum karşısında ‘dayanıklılık’ kavramı geliştirilmiştir. International Council of Nurses (ICN) 2016 yılı “Hemşireler: Değişim için bir güç: Sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırma” teması ile sağlık hizmetlerinin geliştirilerek var olan sorunların çözümlenmesi için hemşirelerde psikolojik dayanıklılığı oluşturulmasının önemini bildirilmiştir [65].

Psikolojik dayanıklılık, Tugade ve Fredrickson (2004) tarafından olumsuz, travmatik veya stresli deneyimlerden olumlu yönde hareket etme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır [66]. Hemşireler stres etkeni ile karşılaştıklarında; sahip oldukları koruyucu faktörlerin (kişisel, sosyal, mesleki), psikolojik dayanıklılıklarını geliştirdiği; psikolojik dayanıklılığın da hemşirelerde otonomi, öz güven, baş etme ve duruma uyum sağlayabilme gibi becerilerin gelişmesini etkilediği belirtilmiştir. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık arttıkça; iş ve yaşam doyumunun arttığı, mesleki becerilerin geliştiği, işten ayrılma yada işten ayrılmayı düşünmede azalma, tükenmişlik, depresyon gibi ruhsal sorunların azaldığı bildirilmiştir [65].

Dayanıklılığı geliştirme stratejilerini ortaya koyan çalışmalar incelendiğinde Avustralya’da kendini dayanıklı olarak ifade hemşire ve ebelerden oluşan bir çalışmada, katılımcılar öz bakım ve öz motivasyon olmak üzere iki alt temanın dayanıklılık için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar çalışmadıkları zaman dinlenmeye, rahatlamaya ve işin endişe verici yönlerinden uzaklaştıran

terapötik aktiviteleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Müzik, yoga, okuma, günlük tutma ve masaj gibi yansıtıcı etkinliklerin işyeri stresiyle baş etmede rahatlatıcı ve yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Dans etmek, bahçe işleri yapmak, arkadaşlarla sosyalleşmek ve özel ilgi grupları gibi daha yüksek enerjili aktiviteler de bazı katılımcılar için faydalı olduğu ifade edilmiştir [67].

Aktivitelerin yanı sıra kendi kendini motive eden düşünce kalıpları ve davranışların kullanılması, katılımcıların dayanıklılık ve esenlik duygularını sürdürmede de faydalı olduğu belirtilmiştir. Kendini onaylama, kendi kendine konuşma, olumlu destekleyici sloganlar gibi bilişsel stratejiler bazı hemşireler için iş yerinin daha sert etkilerini hafifletmede yardımcı olduğu belirtilmiştir [67]. Çalışma kapsamında katılımcılar görev ve yetkileri kapsamında aralıklı özel rollerde çalışmayı, dayanıklılık için iyi bir strateji olarak bulduklarını ifade etmişlerdir [67].

Earley ve arkadaşlarının tarafından (2013) hemşireler ile yapılan bir çalışmada sekiz haftalık reiki, meditasyon, yoga, yaratıcı ifadeler kullanma gibi teknikler kullanılarak öz bakım programı oluşturulmuş ve sekizinci haftanın sonunda hemşirelerin; baş etme becerilerine olan güvenin arttığını, programdan 12 ay sonra hemşirelerin; baş etme becerilerinin geliştiği, stres düzeylerinin azaldığını, dayanıklılığın arttığı ve genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir [65].

Yapılan çalışmalar doğrultusunda ülkemizde de hemşirelerde psikolojik dayanıklılığı geliştirebilmek için; kişisel becerilerin gelişimini sağlamak buna yönelik hemşirelik lisans ve lisans üstü eğitim programlarında kişisel gelişime yer verilmesi kapsamında yaratıcı düşünme, duygusal zekâ, öz yeterlilik, sorun çözme ve baş etme gibi konuların ele alınması gerektiği belirtilmiştir [65]. Kurumlarda psikolojik dayanıklılığın artırılması için kurum yöneticileri tarafından; seminer, konferans, workshop gibi eğitim programları düzenlenmeli ve düzenli aralıklarla devamlılığı sağlanmalıdır. Kişisel becerilerin gelişimi için bilişsel davranışsal terapi, sanat terapisi, grup çalışması gibi uygulamaların etkili olduğu bildirilmiştir [65].

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; bir vakıf üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres düzeylerini, somatik bozukluk belirtilerini ve algılanan stres ile somatizasyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Bu araştırma ilişki arayıcı bir araştırma tasarımıdır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı;

3. Hemşireler ne düzeyde stres algılamaktadırlar?
4. Hemşirelerde somatizasyon bozukluğu belirtileri var mıdır?
5. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma koşulları ile algıladıkları stres arasında ilişki var mıdır?
6. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma koşulları ile somatizasyon bozukluğu belirtileri arasında ilişki var mıdır?
7. Hemşirelerin çalışma koşulları ile stres arasında ilişki var mıdır?
8. Hemşirelerde algılanan stres ile somatizasyon bozukluğu arasında ilişki var mıdır?

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul Fatih İlçesinde bulunan Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşireler ile 20-26 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3 Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmada örneklemin belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesabı formülü kullanıldı. %95 güven düzeyi %80 power için 0,40 korelasyona önem atfederek minimum 50 hemşire olması gerektiği belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin

çalıştıkları birim, çalışma süresi, eğitim düzeyi sonucu etkileyebilecek üç karıştırıcı etken için her biri %10 artırılarak ($50 \times 1,1^3$) $n=67$ bulundu. Çalışma toplamda 99 gönüllü hemşire ile gerçekleştirildi.

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hastanede hemşire olarak çalışıyor olmak
- En az 6 ay süreyle çalışıyor olmak
- Kronik hastalığa sahip olmamak
- Geçen ay içinde tıbbi olarak açıklanamayan (nedenselleştirilemeyen) en az iki semptom görülmesi

3.5.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 6 aydan kısa süredir çalışıyor olmak
- Kronik bir hastalığın olması
- Geçen ay içinde tıbbi olarak açıklanamayan ikiden az semptom görülmesi
- Geçen ay içinde tıbbi olarak tanılanan semptom görülmesi

3.6 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği kullanıldı.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma, çalışılan birim, çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma memnuniyeti, bakımdan sorumlu birey varlığı gibi gönüllü katılımcının özelliklerini tanımlayan 10 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2.Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ); Cohen, Kamarck, Mermelste (1983) tarafından geliştirilmiştir (Cronbach Alpha: 0,86). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Bilge, Ögce, Genç ve Oran (2007) tarafından yapılmıştır (Cronbach Alpha: 0,81). Ölçek beşli likert tipinde (0= hiç, 1=nadiren, 2= bazen, 3= sık, 4= çok sık) olup, toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin beş sorusu düz (1.,2.,3.,7.,8. sorular), üç sorusu ters

(4.,5.,6. sorular) ifadelidir. Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır. Ölçeğin Algılanan Stres (1.,2.,3.,7.,8. sorular) ve Algılanan Baş Etme (4.,5.,6. sorular) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği de olumsuz bir durumdur [68].

3.6.3. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon Ölçeği, Hathaway ve McKinley (1943) tarafından oluşturulan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI- Minnesota Multiphasic Personality Inventory)'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili maddelerinden oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Dülgerler (2000) tarafından yapılmıştır (Cronbach Alpha: 0,83). Ölçekte 33 soru bulunmaktadır. Sorular doğru ve yanlış olarak yanıtlanmaktadır. Doğru yanıtı için 1, yanlış yanıtı için 0, boş bırakılan sorular için 0 puan verilir. Ölçekte yer alan 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 ve 31 numaralı maddeler ters ifadeli diğer sorular düz ifadelidir. Ölçekten alınan toplam puan 0 ile 33 arasında değişmektedir [13]. Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri 0,75 bulundu.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilerek, normal dağılıma uymadığı belirlendi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra, niceliksel verilerin değerlendirilmesinde iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8.Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1.Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk varlığı
- Eğitim düzeyi
- Çalışılan birim
- Çalışma süresi
- Çalışma şekli
- Hemşire olarak çalışmaktan memnuniyet durumu
- Bakımına yükümlü olunan birey varlığı

3.8.2.Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Algılanan Stres Ölçeği
- Somatizasyon Ölçeği

3.9.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı (Tarih: 20.12.2021, Karar No:43887). Üniversite Hastanesinin yönetimi ile görüşülerek araştırmanın amaçları açıklandı ve araştırmanın yürütülebilmesi için onay alındı. Veri toplamaya başlamadan önce hemşirelerden araştırmayla ilgili bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırmada verilerin toplanmasında kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan kişilerden izin alındı.

3.10.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı Vakıf Üniversitesi Hastanesinde çalışan 99 hemşire ile sınırlıdır. Veriler hemşirelerin öz bildirimine dayalı olarak toplandı. Araştırmada herhangi bir gözlem ya da objektif bir değerlendirme yapılmadı.



4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın bulguları hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalışma şekillerine ilişkin özellikleri, Algılanan Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeğine ilişkili bulgular sunuldu.

Tablo 4.1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=99)

Özellikler		\bar{X}	Ss
Yaş		26,71	2,77
		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	62,6
	Erkek	37	37,4
Medeni Durum	Bekar	64	64,6
	Evli	35	35,4
Çocuk Varlığı	Var	44	44,4
	Yok	55	55,6
Eğitim Durumu	Lise	10	10,1
	Ön Lisans	13	13,1
	Lisans	76	76,8
Toplam		99	100

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $26,71 \pm 2,77$ olup, %62,6'sı kadın, %37,4'ü erkektir. Hemşirelerin %64,6'sı bekar, %35,4'ü evlidir ve %44,4'ü çocuk sahibi değilken, %55,6'sı çocuk sahibidir. Hemşirelerin %76,8'i lisans, %13,1'i ön lisans ve %10,1'i de lise mezunudur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Hemşirelerin Çalışma Özellikleri (N=99)

Özellikler		n	Ss
Çalışılan Birim	Servis	52	52,5
	Yoğun bakım	45	45,5
	Acil	2	2,0
Çalışma Süresi	6 ay-1 yıl	33	33,3
	1-5 yıl	38	38,4
	5 yıl üzeri	28	28,3
Çalışma Şekli	Sadece gündüz vardiya	10	10,1
	Sadece gece vardiya	4	4
	Gece- gündüz vardiya	85	85,9
Mesleki Memnuniyet	Memnun değilim	30	30,3
	Biraz memnunum	48	48,5
	Memnunum	21	21,2
Bakımından Sorumlu Olunan Birey Varlığı	Var	25	25,3
	Yok	74	74,7
Toplam		99	100

Hemşirelerin %52,5'i herhangi bir serviste, %45,5 yoğun bakım birimlerinde, %2'si acil biriminde çalışmaktadır. Hemşirelerin %38,4'ü 1-5 yıl süre arasında, %33,3'ü 6 ay – 1 yıl arasında süreyle, %28,3'ü yıldan uzun süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin %85,9'u gece-gündüz vardiyalı, %10,1'i sadece gündüz, %4'ü sadece gece vardiyası şeklinde çalışmaktadır. Hemşirelerin mesleki memnuniyetine bakıldığında %48,5'i biraz memnun, %30,3'ü memnun değilken, 21,2'si memnundur. Hemşirelerin %74,7'sinin bakımından yükümlüğü olduğu bir başka birey bulunmazken, %23,3'ünün bakımından sorumlu olduğu bireyin olduğu belirlendi (Tablo 4.2)

Tablo 4.3 Hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamaları (N=99)

Ölçekler	Alınabilecek değerler	Min	Maks	\bar{X}	Ss
Somatizasyon Ölçeği	0-33	4	26	13,41	5,34
Algılanan Stres Ölçeği Alt Boyutları					
Algılanan Stres	0-20	3	18	10,34	3,68
Algılanan Baş Etme	0-12	5	10	7,49	1,49
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	0-32	11	24	17,84	3,19

Hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $13,41 \pm 5,34$ olarak bulundu. Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu puan ortalaması $10,34 \pm 3,68$, Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması $7,49 \pm 1,49$ bulundu. Hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $17,84 \pm 3,19$ bulundu. (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

	Cinsiyet	n	\bar{X}	Ss	Z*	p
Algılanan Stres	Kadın	62	10,05	3,42	-1,108	0,268
	Erkek	37	10,84	4,09		
Algılanan Baş Etme	Kadın	62	7,52	1,40	-0,207	0,836
	Erkek	37	7,46	1,66		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Kadın	62	17,56	3,04	-0,943	0,345
	Erkek	37	18,30	3,42		

*Mann Whitney U testi

Hemşirelerin cinsiyetine göre Algılanan stres, Algılanan Baş etme ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Medeni Durum		n	\bar{x}	Ss	Z*	p
Algılanan Stres Puanı	Bekâr	64	10,39	3,64	-0,294	0,769
	Evli	35	10,26	3,82		
Algılanan Baş Etme Puanı	Bekar	64	7,41	1,45	-0,846	0,397
	Evli	35	7,66	1,57		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Bekar	64	17,80	3,14	-0,999	0,956
	Evli	35	17,91	3,32		

*Mann Whitney U testi

Hemşirelerin medeni durumuna göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Çocuk sahibi olma		n	\bar{X}	Ss	Z*	p
Algılanan Stres Puanı	Var	44	10,73	3,34	-1,015	0,310
	Yok	55	10,04	3,94		
Algılanan Baş Etme Puanı	Var	44	7,59	1,48	-0,551	0,581
	Yok	55	7,42	1,51		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Var	44	18,32	2,92	-1,192	0,233
	Yok	55	17,45	3,37		

*Mann Whitney U testi

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.6).

Tablo 4.7 Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Eğitim Durumu		n	\bar{X}	Ss	X^2	p
Algılanan Stres Puanı	Lise	10	11,10	3,35		
	Ön Lisans	13	9,69	3,64	0,763	0,109
	Lisans	76	10,36	3,76		
Algılanan Baş Etme Puanı	Lise	10	7,40	1,58		
	Ön Lisans	13	7,54	1,56	0,050	0,975
	Lisans	76	7,50	1,49		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Lise	10	18,50	2,99		
	Ön Lisans	13	17,23	3,0	0,855	0,652
	Lisans	76	17,86	3,27		

*Kruskal-Wallis Testi

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.7).

Tablo 4.8 Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Çalışma birimi		n	\bar{X}	Ss	X^2	p
Algılanan Stres Puanı	Servis	52	10,06	3,483		
	Yoğun bakım	45	10,73	3,985	1,149	0,563
	Acil	2	9,0	0		
Algılanan Baş Etme Puanı	Servis	52	7,45	1,532		
	Yoğun bakım	45	7,20	1,408	0,503	0,172
	Acil	2	7,50	2,121		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Servis	52	17,81	3,062		
	Yoğun bakım	45	17,93	3,414	0,503	0,778
	Acil	2	16,50	2,121		

*Kruskal-Wallis Testi

Hemşirelerin çalıştıkları birime göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.8).

Tablo 4.9 Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışma Şekli	n	\bar{X}	Ss	χ^2	p	
Algılanan Stres Puanı	Sadece gündüz	10	9,80	3,76	0,236	0,889
	Sadece gece	4	10,25	3,304		
	Gece-gündüz	85	10,41	3,73		
Algılanan Baş Etme Puanı	Sadece gündüz	10	7,10	1,72	2,292	0,318
	Sadece gece	4	6,75	2,21		
	Gece-gündüz	85	7,58	1,43		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı	Sadece gündüz	10	16,90	3,47	1,020	0,600
	Sadece gece	4	17,00	2,16		
	Gece-gündüz	85	17,99	3,205		

*Kruskal-Wallis Testi

Hemşirelerin çalışma şekline göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Çalışma süresi		n	\bar{X}	Ss	X^2	p
Algılanan Stres Puanı	6 ay-1 yıl arası	33	9,33	3,66		
	1yıl-5yıl arası	38	10,71	3,44	4,864	0,088
	5 yıl üzeri	28	11,04	3,91		
Algılanan Baş Etme Puanı	6 ay-1 yıl arası	33	7,67	1,68		
	1yıl-5yıl arası	38	7,61	1,38	2,124	0,346
	5 yıl üzeri	28	7,14	1,38		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı	6ay-1 yıl arası	33	17,00	2,96		
	1yıl-5yıl arası	38	18,32	3,17	5,547	0,062
	5 yıl üzeri	28	18,18	3,38		

*Kruskal-Wallis Testi

Hemşirelerin çalışma süresine göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.10).

Tablo 4.11 Hemşirelerin Meslekten Memnuniyetine Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Memnuniyet durumu	n	\bar{X}	Ss	X^2	p	
Algılanan Stres Puanı	Memnundeğil	30	11,13	3,88	3,829	0,147
	Biraz memnun	48	9,71	3,63		
	Memnun	21	10,67	3,42		
Algılanan Baş Etme Puanı	Memnundeğil	30	6,97	1,45	6,553	,038**
	Biraz memnun	48	7,83	1,49		
	Memnun	21	7,48	1,40		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puanı	Memnundeğil	30	18,10	3,46	1,105	0,576
	Biraz memnun	48	17,54	3,02		
	Memnun	21	18,14	7,48		

*Kruskal-Wallis Testi **post hoc

Hemşirelerin meslekten memnuniyet durumuna göre Algılanan Stres alt boyutu ve Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Mesleğinden biraz memnun ve memnun olan hemşirelerin Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması, çalışmaktan memnun olmayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). (Tablo 4.11).

Tablo 4.12 Hemşirelerin Bakımından Sorumlu Olunan Birey Var Olma Durumuna Göre Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Bakımından Sorumlu Birey Olması		n	\bar{x}	Ss	Z*	p
Algılanan Stres Puanı	Var	25	11,16	3,13	-1,476	0,140
	Yok	34	10,07	3,83		
Algılanan Baş Etme Puanı	Var	25	7,64	1,38	-0,573	0,567
	Yok	34	7,45	1,53		
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan	Var	25	18,80	2,76	-1,753	0,080
	Yok	34	17,51	7,45		

*Mann Whitney U testi

Hemşirelerin bakımından sorumlu olduğu birey varlığına göre Algılanan Stres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.12).

Tablo 4.13 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Demografik Özellikler		Somatizasyon Ölçeği				
		n	\bar{X}	Ss	Z*	p
Cinsiyet	Kadın	62	13,94	5,27	-0,235	0,814
	Erkek	37	12,54	5,40		
Medeni durum	Bekar	64	13,36	5,43	-0,235	0,814
	Evli	35	13,51	5,23		
Çocuk sahibi olma	Var	44	13,50	4,73	-0,258	0,797
	Yok	55	13,35	5,82		
Bakımından sorumlu birey varlığı	Var	25	14,84	4,56	-1,635	0,102
	Yok	74	12,93	5,52		

*Mann Whitney U testi

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Somatizasyon Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.13).

Tablo 4.14 Hemşirelerin Eğitim Düzeyi ve Çalışma Özelliklerine Göre Somatizasyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=99)

Demografik Özellikler		Somatizasyon Ölçeği				
		n	\bar{x}	Ss	X^2	p
Eğitim Durumu	Lise	10	14,0	5,94	0,109	0,947
	Ön lisans	13	13,85	5,83		
	Lisans	76	13,26	5,24		
Çalışma süresi	6 ay-1 yıl arası	33	12,4	5,71	1,572	0,456
	1yıl-5yıl arası	38	14,0	5,13		
	5yıl üzeri	28	13,79	5,18		
Çalışma memnuniyeti	Memnun değil	30	13,20	5,87	1,701	0,427
	Biraz memnun	48	12,88	5,11		
	Memnun	21	14,95	4,98		
Çalışma şekli	Sadece gündüz	10	14,80	5,903	0,695	0,706
	Sadece gece	4	14,0	5,774		
	Gece-gündüz	85	13,22	5,297		
Çalışılan birim	Servis	52	13,27	5,034	1,983	0,371
	Yoğun bakım	45	13,38	5,742		
	Acil	2	18,0	2,828		

*Kruskal-Wallis Testi

Hemşirelerin eğitim düzeyi ve çalışma özelliklerine göre Somatizasyon Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.14).

Tablo 4.15 Hemşirelerin Yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri (N=99)

Ölçekler	Yaş	
	rs	p
Algılanan Stres	0,235	0,019
Algılanan Baş Etme	-0,031	0,760
Algılanan Stres Ölçeği toplam puan	0,271	0,007
Somatizasyon Ölçeği	0,039	0,704

Hemşirelerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki bulundu ($r= 0,235$; $p<0,05$). Hemşirelerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Baş etme alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=-0,031$; $p>0,05$). Hemşirelerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($r= 0,271$; $p<0,05$). Hemşirelerin yaşı ile Somatizasyon Ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r= 0,039$; $p>0,05$). (Tablo 4.15).

Tablo 4.16 Algılanan Stres Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Değerleri (N=99)

Ölçekler	Somatizasyon Ölçeği	
	rs	p
Algılanan Stres	0,569	0,001
Algılanan Baş Etme	-0,325	0,001
Algılan Stres Ölçeği toplam puan	0,492	0,001

Algılanan Stres Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde Algılanan Stres alt boyutu ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r= 0,569$; $p<0,05$), Algılanan Baş Etme ile Somatizasyon Ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki ($r=-0,325$; $p<0,05$), Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($r= 0,492$; $p<0,05$). (Tablo 4.16).

5. TARTIŞMA

Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin algıladıkları stres ile somatizasyon belirtileri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada araştırmaya katılan hemşirelerin orta düzeyde stres deneyimledikleri ve hemşirelik mesleğinden memnun olan hemşirelerin stresle baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşı arttıkça algılanan stres düzeylerinin arttığı belirlendi. Hemşirelerin algıladıkları stres düzeyleri arttıkça, somatizasyon belirtilerinin arttığı, stresle baş etme düzeyleri arttıkça somatizasyon belirtilerinin azaldığı saptandı.

Hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $17,84 \pm 3,19$ bulundu. Ölçekten alınabilecek puanlara göre hemşirelerin orta düzey stres deneyimledikleri söylenebilir. Diğer çalışmalar incelendiğinde Kızıldağ (2018) gerçekleştirdiği çalışmada Algılanan Stres puanı $28,22 \pm 6,00$ bulunmuştur [69]. Koç (2009) 135 hemşire ile yürüttüğü çalışmasında hemşireler orta düzeyde stresli bulunmuştur [70]. Farklı onkoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin stres düzeyleri incelenen araştırmada Tuna, Baykal (2010) orta düzeyde bulunmuştur [71]. Çin'de Guo ve arkadaşlarının (2015) toplum sağlığı hemşireleri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında hemşirelerde yüksek düzeyde iş stresi algılandığı belirtilmiştir [6]. Araştırma sonucu diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu puan ortalaması $10,34 \pm 3,68$ ve Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması $7,49 \pm 1,49$ olarak bulundu. Çalışmada hemşirelerin stres düzeylerinin ve stresle baş etme düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Çamcı (2021) hemşirelerin iş stresi ve tükenmişliklerini incelediği araştırmasında algılanan stres puanı ve algılanan baş etme puanları çalışma sonuçları benzerdir [9].

Araştırmada Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $13,41\pm 5,34$ olarak bulundu. Bu sonuç hemşirelerde somatik şikayetlerin görüldüğünü ancak toplam puanın ölçeğin ortalama puanının altında olduğunu göstermektedir. Özgür ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında somatizasyon puanının düşük olduğu [1], Korkmaz ve ark. (2014) çalışmasında ise somatizasyon puanının yüksek olduğu bulunmuştur [72]. Du ve arkadaşlarının (2018) Çin'de 447 hemşire ile gerçekleştirdikleri çalışmasında somatizasyon eğiliminin çok yüksek olduğu, hemşirelerin somatizasyon bozukluğu ile birlikte depresyon, öfke, düşmanlık, gibi duygu-durumlar içinde olduğu belirtilmiştir [16]. Bu farklılıkların araştırmadaki örneklem sayısının ve özelliklerinin farkından olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $26,71\pm 2,77$ olup yaş ile algılanan stres arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf ilişki vardır. Hemşirelerin yaşı arttıkça algılanan streslerinin arttığı belirlendi. Tuna, Baykal (2010) çalışmasında yaş ile stres arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [71]. İlerleyen yaş ile mesleki sorumluluğun artması, artan iş yüküyle stresin ve somatik belirtilerin arttığı düşünülmektedir. Bununla birlikte Başçı'nın (2018) çalışmasında ise yaş ile algılanan stres arasında ilişki bulunmamıştır [23].

Hemşirelerin yaşı ile somatizasyon arasında ilişki bulunmadı. Özgür ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da yaş ile somatizasyon arasında ilişki bulunmamıştır [11]. Mesleki yaşantıda daha yeni olmak somatik belirtilerin olmaması ile açıklanabilir. Bununla birlikte Zhou ve ark. (2004) Çin'de yaptıkları çalışmada özellikle ileri yaş ile somatizasyon puanının yükseldiği sonucuna varmışlardır [73].

Araştırmaya katılan hemşirelerin Algılan Stres alt ölçeği puan ortalamasının kadınlarda $17,56\pm 0,04$, erkeklerde $18,3\pm 0,42$ bulunmuş olup, aralarında fark yoktur. Özkan ve Kantek'in (2019) çalışmasında da cinsiyet ile stres arasında ilişki saptanmamıştır [74]. Günümüzde artık cinsiyet fark etmeksizin toplumda sorumlulukların ortak paylaşılması ile stres düzeyinin de birbirine yaklaştığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra Kızıldağ'ın (2018) çalışmasında kadınların erkeklere göre algıladıkları stres puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlılık bulunmuştur [69]. Özcan ve arkadaşlarının (2014) işe bağlı stresi

değerlendirdikleri çalışmalarında kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadıklarını belirtmişlerdir [75].

Çalışmada kadın hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması (13,94±5,27), erkek hemşirelerin puan ortalamasına (12,54±5,40) göre yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan aralarında anlamlı fark yoktur. Özgür ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da kadın hemşirelerde somatik bulguların daha fazla olduğu belirtilmiştir [11]. Bu durum somatizasyonun kadınlarda daha sık görülmesiyle ilişkilendirilmiştir. Tong ve arkadaşları (2018) ise cinsiyet ile somatizasyon puanı arasında anlamlı ilişki belirtmemiştir [76]. Cinsiyet ile somatizasyon arasında anlamlı ilişki olmaması, daha önceleri kabul görmüş olan somatizasyon bozukluğunun kadın hastalığı kanısının doğru olmadığını kanıtlar niteliktedir.

Evli hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması 17,91±3,32, bekar hemşirelerin 17,80±3,14 olarak bulundu. Fakat çalışmada medeni duruma göre algılanan stres arasında anlamlı ilişkisi olmadığı bulundu. Koç ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da medeni durum ile stres arasında ilişki bulunmamıştır [70].

Somatizasyon ölçeği puan ortalaması bekar hemşirelerde 13,36±5,43, evli hemşirelerde 13,51±5,23 bulunmuş olup, aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Bolat'ın çalışmasında (2010) medeni durum ile somatizasyon arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir [77].

Araştırmada çocuk sahibi olan hemşirelerin Algılanan Stres puan ortalaması çocuk sahibi olanlarda 18,32±2,92 iken çocuk sahibi olmayanlarda 17,45±3,37 bulunmuş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bolat (2010), Özkan ve Kantek'in (2019) çalışmalarında da çocuk sahibi olma ile stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [74, 77]. Bu sonuçlar araştırma sonucunu desteklemektedir.

Çalışmada çocuk sahibi olan bireylerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması 13,50±4,73, çocuk sahibi olmayanların ise 13,35±5,82 olarak bulunmuş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Özgür ve arkadaşlarının (2007) ameliyathane ve yoğun bakım hemşireleriyle gerçekleştirdiği çalışmasında somatizasyon puanının çocuk sahibi olmayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır [1].

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyine göre Algıladıkları Stres Ölçeği ve Somatizasyon Ölçeği arasında ilişki olmadığı saptandı. Çamcı'nın (2021) çalışmasında algılanan stres ile eğitim düzeyi arasında anlamlı düzeyde fark olmadığını belirtmiştir [9]. Tuna ve Baykal'ın (2010) onkoloji hemşirelerinde iş stresini incelediği çalışmasında da hemşirelerin eğitim düzeyi ile stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [71]. Özgür ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hemşirelerin Somatizasyon puan ortalamaları mezun oldukları okula göre incelendiğinde; puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir [1]. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması eğitim düzeyinin artması ile farkındalığı yüksek, etkin başetme yöntemlerini kullanan hemşirelerin stresi yönetebildikleri bu nedenle eğitim düzeyi ile algılanan stres arasında ilişki bulunmadığı düşünülmektedir. Özgür ve arkadaşlarının (2011) Kıbrıs'ta gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise lisans mezunlarının ön lisans mezunlarına göre genel ruhsal belirti düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ifade etmiştir [11].

Servislerde çalışan hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması $17,81 \pm 3,0$ yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise $17,93 \pm 3,41$ olarak bulundu. Araştırmada çalışma birimi ile algılanan stres arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Çamcı'nın (2021) çalışmalarında araştırma sonuçlarına paralel olarak hemşirelerin çalışma birimiyle algıladıkları stres arasında fark bulunmadığı belirlenmiştir [9]. Peters ve arkadaşlarının (2012) palyatif bakım merkezlerinde çalışan hemşirelerin diğer birimlerdeki hemşirelere göre daha yüksek düzeyde stres yaşadığına dair anlamlı fark belirtmemişlerdir [3]. Bilinen stres nedenlerinden; çalışma ortamı, hasta ve hasta yakını ile ilgili problemler, çalışma saatleri, rol çatışması gibi sorunların çalışma birimlerinin her alanında olduğu, bu etkenler doğrultusunda hemşirelerin etkin başa çıkma yöntemi geliştirdiği ve stresi yönetebildiği düşünülmektedir.

Servislerde çalışan hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $13,27 \pm 5,03$ yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise $13,38 \pm 5,74$ olarak bulunmuş olup, aralarında anlamlı fark yoktur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları birim ile somatizasyon arasında anlamlı fark saptanmadığı belirtilmiştir [78]. Çalışma alanlarındaki benzer iş yükü, hemşirelerin farklı birimlerde çalışması, farklı birimlere kısa sürede adapte olma durumları düşünüldüğünde çalışma birimleri

arası somatizasyon puanının benzer olması ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte Özgür ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin ruhsal belirti düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir [11].

Çalışmada hemşirelerin çalışma süresi ile algıladıkları stres arasındaki ilişki incelenmiş olup 1 yıldan az çalışanların Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması $17,0\pm 2,96$, 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin $18,32\pm 3,17$, beş yıldan fazla çalışanların ise $18,18\pm 3,38$ olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur. Bolat'ın (2010) çalışmasında da çalışma süresiyle algılanan stres arasında anlamlı fark bulunmamıştır [77]. Kılıç'ın (2017) çalışmasında hemşirelerde çalışma süresinin artmasıyla işe bağlı stresin azaldığı belirlenmiştir [8]. Özcan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında çalışma tecrübesi az olanlarda iş stresinin daha fazla olduğu belirlenmiştir [75]. Tuna ve Baykal'ın çalışmasında (2010) ise onkoloji hemşirelerinin çalışma süresi arttıkça iş stresinin arttığı bildirilmiştir [71].

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu gece ve gündüz vardiyası ile çalışmakta olup Algıladıkları Stres Ölçeği puan ortalaması $17,99\pm 3,20$, sadece gündüz çalışanların $16,90\pm 3,47$, sadece gece vardiyası ile çalışan hemşirelerin ise $17,00\pm 2,16$ olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur. Kızıldağ'ın (2018) çalışmasında vardiyalı çalışma ile algılanan stres arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [60]. Bu çalışma sonuçlarının tersine Geniş ve arkadaşlarının (2016) hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanları arasında gerçekleştirdikleri çalışmalarında vardiyalı çalışanların stres algısının fazla olduğu, depresyon ve anksiyete bozukluklarına eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir [79]. Tuna ve Baykal'ın çalışmasında (2010) sadece gündüz çalışan hemşirelerin iş stresinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [71].

Araştırmada sadece gündüz çalışanların Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $14,80\pm 5,9$, sadece gece vardiyası ile çalışanların $14,00\pm 5,77$ gündüz ve gece vardiyası ile çalışanların ise $13,22\pm 5,29$ olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur. Bolat'ın (2010) çalışmasında vardiyalı çalışma sistemi ile somatizasyon arasında ilişki saptamamıştır [77]. Tong ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında vardiyalı çalışma düzeninin somatizasyon puanını anlamlı şekilde yükselttiği saptanmıştır [76].

Çalışmada mesleğinden memnun olmayan hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $18,10 \pm 3,46$, memnun olanların ise $18,14 \pm 7,48$ olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur. Çamcı (2021) çalışmasında mesleki doyum ile algılanan stres arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğunu belirtmiştir [9]. Erşan ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da mesleki doyum ile algılanan iş stresi düzeyi düştüğü belirtilmiştir [7]. Meslekten memnun olmayan hemşirelerin Algıladıkları Stres alt boyutu puan ortalaması $11,13 \pm 3,88$ iken, memnun olanların puan ortalaması $10,67 \pm 3,42$ bulunmuş olup, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur. Bununla birlikte hemşirelik mesleğinden memnun ve biraz memnun olan hemşirelerin stresle baş etme düzeylerinin memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Aydın ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında iş stresindeki artışın, hemşirelerde memnuniyeti azalttığı ve işten ayrılma eğilimini artırdığı ifade etmiştir [2]. Araştırma sonuçları göz önüne alındığında hemşirelerin mesleki memnuniyetlerinin artırılması için kurumların çalışma koşullarını iyileştirmesinin yanı sıra, hemşirelik örgütlerinin de politikalar düzeyinde çalışmalar yapması önemlidir.

Hemşirelik mesleğinden memnun olmayanların Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $13,20 \pm 5,87$, orta düzeyde memnun olanların $12,88 \pm 5,11$ ve memnun olanların $14,95 \pm 4,98$ olarak bulunmuş olup, aralarında fark yoktur. Bu çalışmadan farklı olarak Güngör ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında mesleki memnuniyeti olan hemşirelerde depresyonun daha az görüldüğü, kendilerine güvenin arttığını ifade etmişlerdir [80]. Taycan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da mesleki memnuniyet ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir [81].

Çalışmada iş dışında bakım sorumluluğu olan hemşirelerin Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması $18,80 \pm 2,76$, bakım sorumluluğu olmayanların $17,51 \pm 7,25$ bulunmuş olup, aralarında anlamlı fark yoktur. Tuna ve Baykal'ın (2010) çalışmasında hemşirelik dışındaki işlerin iş yükünü artırdığını bununla paralel olarak iş stresinin arttığını belirtmiştir [71].

Çalışmada iş dışında bakım sorumluluğu olan hemşirelerin Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $14,84 \pm 4,56$, bakım sorumluluğu olmayanların $12,93 \pm 5,52$ olarak bulunmuş olup, aralarında anlamlı fark yoktur. Taycan ve ark. (2006) çalışmasında

hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik incelemiş, sosyal hayatında bakım verici rolü devam eden hemşirelerin ruhsal durumu ile ilişki bulunmadığı bildirilmiştir [81].

Çalışmada Algılanan Stres Ölçeği ile Somatizasyon Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; Algılanan Stres alt boyutu ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki, Algılanan Baş Etme ile Somatizasyon Ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki, Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu. Stres düzeyinin artmasıyla somatizasyon belirtileri de artış göstermektedir. Stresle baş etme düzeyi arttıkça ise somatizasyon belirtileri azalmaktadır. Bolat'ın (2010) çalışmasında da algılanan stres düzeyi ve somatizasyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur [77]. Bu araştırma sonuçları ve diğer araştırmalar çok sayıda ve devamlı strese maruz kalan hemşirelerin etkin baş etme mekanizmalarını da kullanamaması ile somatik şikayetlerin arttığını göstermektedir.

6. SONUÇ

Araştırma Sonucunda;

- Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $17,84 \pm 3,19$, Algılanan Stres alt boyutu puan ortalaması $10,34 \pm 3,68$, Algılanan Baş Etme puan ortalaması $7,49 \pm 1,49$ ve Somatizasyon Ölçeği puan ortalaması $13,41 \pm 5,34$ bulundu.
- Hemşirelerin yaşı ile Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki ($r= 0,235$; $p<0,05$), Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($r= 0,271$; $p<0,05$).
- Mesleğinden biraz memnun ve memnun olan hemşirelerin Algılanan Baş Etme alt boyutu puan ortalaması, çalışmaktan memnun olmayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).
- Algılanan Stres Ölçeği Algılanan Stres alt boyutu ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r= 0,569$; $p<0,05$),
- Algılanan Baş Etme ile Somatizasyon Ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki ($r=-0,325$; $p<0,05$),
- Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı ile Somatizasyon Ölçeği arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulundu ($r= 0,492$; $p<0,05$).
- Sonuç olarak araştırmaya katılan hemşirelerin orta düzeyde stres deneyimledikleri ve hemşirelik mesleğinden memnun olan hemşirelerin stresle baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşı arttıkça algılanan stres düzeylerinin arttığı belirlendi. Hemşirelerin algıladıkları stres düzeyleri arttıkça, somatizasyon belirtilerinin arttığı, stresle baş etme düzeyleri arttıkça somatizasyon belirtilerinin azaldığı saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin stresle baş etmelerini arttırmak için kurumlarda stres ile baş etme eğitimlerinin düzenlenmesi ile hemşirelerin stresle baş etme düzeyleri, dolayısıyla da hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilir.

- Hemşirelerin mesleki memnuniyetlerinin arttırılması için kurumların çalışma koşullarını iyileştirmesinin yanı sıra, hemşirelik örgütlerinin de politikalar düzeyinde çalışmalar yapması önemlidir.
- Aralıklı olarak hemşirelerde somatizasyon belirtilerinin değerlendirilmesi, somatik şikayetleri bulunan hemşirelerin göz ardı edilmemeyerek, izlemlerinin ve tedavilerinin yapılması gerekmektedir.
- Hastanelerde, hemşirelerin fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlıklarını desteklemek için, boş zaman etkinlikleri, sosyalleşmek, hobi edinme gibi imkanların sağlanması, stresle baş etmelerini olumlu yönde etkileyebilir.
- Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında yapılması, araştırmaya stresle baş etmelerini etkileyebilecek değişkenlerin eklenmesi ve hemşirelerin stresle baş etmelerini geliştirmeye yönelik deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- [1] **Özgür, G., Yıldırım, S., Aktaş, N.,** (2007). Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 21-30.
- [2] **Aydın, G., Aytaç, S., Şanlı, Y.** (2019). Hemşirelerde algılanan stres ve stres semptomlarının işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkisi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (Özel Sayı): 526-538.
- [3] **Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S., Burney, S., & Karimi, L.** (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International journal of palliative nursing*, 18(11), 561–567.
- [4] **Wong, M. L., Anderson, J., Knorr, T., Joseph, J. W., & Sanchez, L. D.** (2018). Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *The American journal of emergency medicine*, 36(6), 1036–1039.
- [5] **Barrett, L., & Yates, S.** (2002). Oncology/hematology nurses: a study on work thinness, lowness and lack of a plan. *Australian health review: a publication of the Australian Hospitals Association*, 25(3), 109-121.
- [6] **Guo, H., Ni, C., Liu, C., Li, J., & Liu, S.** (2019). Perceived job stress among community nurses: A multi-center cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, 25(1), e12703.
- [7] **Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O., & Doğan, S.** (2012). Sağlık çalışanlarının iş doyum ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 115-121.
- [8] **Kılıç, M.A.** (2017). *Hemşirelerin Ekip Çalışmalarına İlişkin Tutumlarının İşe Bağlı Stres Düzeylerine Etkisi.* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr (Yayın No: 463387)
- [9] **Camci, G., & Kavuran, E.** (2021). Hemşirelerin iş stresi ve tükenmişlik düzeyleri ile meslek ve yaşam doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 274-283.
- [10] **Günüşen, N.** (2017). Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 3(1), 12-8.
- [11] **Özgür, G., Gümüş, AB., Gürdağ, Ş.** (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:296-305.

- [12] **Cheung, T., & Yip, P. S.** (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072–11100.
- [13] **Dülgerler, Ş.** (2000). *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr. (Yayın No: 99187)
- [14] **Kesebir, S.** (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1:14-19.
- [15] **Uğurlu, N. & Ekinci, M.** (2007). Hemşirelerde kontrol odağı inancı ile stresle başa çıkma stratejileri ve psikolojik belirti gösterme durumları arasındaki ilişkiler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23(2) , 117-130
- [16] **Du, M. L., Deng, W. X., Sun, W., Chien, C. W., Tung, T. H., & Zou, X. C.** (2020). Assessment of mental health among nursing staff at different levels. *Medicine*, 99(6),e19049.
- [17] **Fernández-Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M., Blásquez, A., Santos-Ruiz, A. M., & Peralta-Ramírez, M. I.** (2018). Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliative & supportive care*, 16(3), 286–297.
- [18] **Akçakaya, R., Erden, S.** (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician*, 5(2), 18-25.
- [19] **Özel, Y., Karabulut, AB.** (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56
- [20] **Tutar, H.** (2000). *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*. Hayat Yayınları
- [21] **Rom, O., & Reznick, A. Z.** (2016). The Stress Reaction: A Historical Perspective. *Advances in experimental medicine and biology*, 905:1–4.
- [22] **Altan, S.** (2018). Örgütsel yapıya bağlı stres kaynakları ve örgütsel stresin neden olduğu başlıca sorunlar. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(3) , 137-158.
- [23] **Başçı, Z.** (2018). *Sağlık Çalışanlarında Algılanan Stres Düzeyinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr (Yayın no: 513010)
- [24] **Cohen S. Gianaros J P., Manuck BS.** (2016). A stage model of stress and disease. *Perspect Psychol Sci*, 11(4):456–463.
- [25] **Özafşarhoğlu, S., Kılıç, R.** (2013). Örgütlerde stres kaynaklarının çalışanların iş-aile çatışması üzerine etkisi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(3), 208-237.
- [26] **Akgenci, T.** (2001). Örgütlerde stres ve yönetimi. *İktisadi ve idari Bilimler Dergisi*, 15(1-2), 301-309.
- [27] **Köse, H.** (2013). Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. *ABMYO Dergisi*, 29(30), 37-44.
- [28] **Güçlü, N.** (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- [29] **Kaba, İ.** (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 73: 63-81.
- [30] **Kartaloğlu, Z.** (2011). Astım ve stres arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53: 304-312.

- [31] **Schneiderman, N.** (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*, 1: 607–628.
- [32] **Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston T, Sahebkar.** (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16: 1057–1072.
- [33] **Stewart, JS., Tong, W., Whitfeld, MJ.** (2018). The associations between psychological stress and psoriasis: a systematic review. *The International Society of Dermatology*, 57: 1275-1282.
- [34] **Gökler, R. Işıtan, İ.** (2012). Modern çağın hastalığı; stres ve etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 154-168.
- [35] **Tennant, C.** (2001). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36:173–182
- [36] **Aksu, GG., Kayar, O., Tan, ME., Kütük, MÖ., Bozlu, G., Toros, F.** (2020). Psikososyal stres faktörleriyle tetiklenen erken başlangıçlı konversiyon bozukluğu olarak astazi-abazi olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24:1-4.
- [37] **Yaluğ, İ., Özten, E., Tufan, E.** (2007). Konversiyon bozukluğu ile ilgili literatürün bir olgu nedeni ile gözden geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27(3):458-62.
- [38] **Becker H. C.** (2017). Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*, 122; 115–126.
- [39] **Kara, B.** (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Algıladıkları Stres Düzeyi ve Başa Çıkma Yöntemlerinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr (Yayın no: 581038)
- [40] **Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer yayıncılık
- [41] **Basut, E.** (2006). Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(1), 31-36.
- [42] **Sadock BJ, Sadock VA.** (2005). Kaplan&Sadock Klinik Psikiyatri. *Somatoform Bozukluklar ve Ağrı Bozuklukları*. (ss: 247-249). Güneş Tıp Kitabevi
- [43] **Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E.** (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65.
- [44] **Kırkpınar, İ. Deveci, E., Çamur, ZD., Kılıç, A.** (2014). Somatoform bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3: 84-93.
- [45] **Çetin, Ş., Varma, GS.** (2012). Somatik belirti bozukluğu: tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804.
- [46] **Somatoform Bozukluklar.** (2017). Erişim Tarihi: 30 Aralık 2021 Erişim: <https://acikders.ankara.edu>.
- [47] **D'Souza, R. S., & Hooten, W. M.** (2021). Somatic Syndrome Disorders. (ss: 1-15) *StatPearls Publishing*.
- [48] **Atmaca, M.** (2012). Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 274-80.

- [49] Ünal, B., Coşar, B. (2021). Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 1: 1-5.
- [50] Aksu, MH. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, 1: 12- 7.
- [51] Kandemir, G. Ak, İ. (2013). Tıbben açıklanamayan belirtilerin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479-506.
- [52] Engin, E. (2014). Somatoform ve Disosyatif Bozukluklar. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. (Editör: Çam, O., Engin, E.). (ss. 316-317). İstanbul Tıp Kitapevi.
- [53] Orak, OS. (2016). Ruhsal Sağlık ve Hastalık. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. (Editör: Gürhan N.). (ss. 9-10). Nobel Tıp Kitapevi, Ankara
- [54] Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014) Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5). Çev. Köroğlu E. Ankara.
- [55] Şahin, EM., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö., Aktürk, Z. (2001). Birinci basamakta somatizasyon bozukluğuna yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(1): 12-14.
- [56] **What Is Somatic Symptom Disorder?** (2021). Erişim Tarihi: 30.Aralık.2021 Erişim: psychiatry.org American Psychiatric Association.
- [57] Dilbaz, HN., Çamur, ZD. (2021). Somatik belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluklarda ilaç tedavileri. *Türkiye Klinikleri*, 1:58-61.
- [58] Ekmekci, Eİ. (2021).Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler. *Türkiye Klinikleri*, 1: 42-6.
- [59] Altınöz, AE., Tosun, AŞ. (2021). Bedensel belirti bozukluklarında bilişsel davranışçı psikoterapi. *Türkiye Klinikleri*, 1: 62-7.
- [60] Huppert, JD. (2009). The building blocks of treatment in cognitive-behavioral therapy. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 46(4), 245–250.
- [61] Bakım, B. (2018). Somatik Semptom ve İlişkili Bozukluklar. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. (editör: Karamustafalıoğlu O.). (s:461). Güneş Tıp Yayınevi.
- [62] Kutlu, Y. (2021). Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğine Giriş. *Hemşirelik Bakımı* 5. (ss.23-24). İstanbul Üniversitesi
- [63] Özbaş, D. , Özbaş, D. & Buzlu, S. (2012). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(3), 187-193 .
- [64] Oflaz, F., Boyacıoğlu, NE, Yılmaz, S., Sukut, Ö., Doğan, N., Enginkaya, S., (2021).Psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelerin profili: İstanbul örneği. *J Psychiatric Nurs*, 12(3), 188-197.
- [65] Çam, O., Büyükbayram, A., (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılıkve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118–126.
- [66] Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1–9.
- [67] Mcdonald, G., Jackson, D., Vickers, M. H., & Wilkes, L. (2016). Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *Journal of nursing management*, 24(1), 123–131.

- [68] **Bilge, A., Ögce, F., Genç, R. E. ve Oran N.T.** (2009). algılanan stres ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(25), 61-72.
- [69] **Kızıldağ, S.** (2018). Özel Bir Hastanenin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinde Algılanan Stres Düzeyinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr. (Yayın no:541434)
- [70] **Koç, S., Özkul AS., Ürkmez DÖ., Özel HÖ., Çevik LÇ.** (2009). Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stres kaynaklarının ve düzeylerinin analizi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(2), 68-75.
- [71] **Tuna, R., Baykal, Ü.** (2010). Onkoloji Hemşirelerinde İş Stresi ve Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 92-100
- [72] **Korkmaz, E.K., Telli, S., Kadioğlu, H., Karaca, S.** (2014). Hemşirelerde aleksitimi ve aleksitiminin tükenmişlik, öfke ve somatizasyon ile ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 284-291.
- [73] **Zhou, M. J., Yao, L. Q., Xie, L. P., & Wang, J. X.** (2004). The mental health situation and its influencing factors in general hospital nurses. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 22(6), 435-438.
- [74] **Özkan, A., Kantek, F.** (2019). Yönetici hemşirelerde iş stresi, yönetici olarak çalışma memnuniyeti ve kurumdan ayrılma niyeti. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2):181-191.
- [75] **Özcan, ME., Ünal, A., Çakıcı, AB.** (2014). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya Numune Hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 125-131.
- [76] **Tong, L.** (2018). Relationship between meaningful work and job performance in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24(2), e12620.
- [77] **Bolat, T.** (2010). Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim: tez.yok.gov.tr (Yayın no: 267580)
- [78] **Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z.** (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(6), 92-97.
- [79] **Geniş, B., Coşar B., Taner M.E.** (2016). Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(4), 275-283
- [80] **Güngör, N., Nehir S.** (2018). Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 174-180
- [81] **Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N.** (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.

EKLER

EK A: Demografik Bilgi Formu

EK B: Algılanan Stres Ölçeği

EK C: Somatizasyon Ölçeği

EK D: Etik Kurul İzni

EK E: Algılanan Stres Ölçeği İzni

EK F: Somatizasyon Ölçeği İzni

EK G: Kurum Çalışma İzni

EK A: Demografik Bilgi Formu

SOSYO DEMOGRAFİK FORM

Yaş

Cinsiyet

Kadın Erkek

Medeni durum

Bekar Evli

Çocuğunuz var mı

Var Yok

Eğitim düzeyi

Lise Ön lisans Lisans

Çalışılan birim

Servis Yoğun bakım Acil

Çalışma süresi

6 Ay – 2 yıl 2- 5 yıl aras 5 yıl üzeri

Çalışma şekli

Sadece gündüz Sadece gece Gece /gündüz mesai

Hemşire olarak çalışıyor olmaktan memnun musunuz

Memnun değilim Biraz memnunum Memnunum

Bakmakla yükümlü olduğunuz birey var mı

Var Yok

EK B: Algılanan Stres Ölçeği

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu **geçen ay boyunca** ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözme konusunda kendime güvencim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkeli yaptı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK C: Somatizasyon Ölçeği

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIş olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

	DOĞRU	YANLIş
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu kez midem ekşir		
7. Bazen utanınca çok terlerim		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiçbir ağrım ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızı hissedirim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemden nadiren ağrı hissedirim.		
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.		

19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlayan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içerisinde sağlığım çoğu zaman iyiydi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak kalkarım.		
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.		
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.		
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikâyetim yokmuş gibi hissederim.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.		
31. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.		
33. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma karıncalanma ve uyuşukluk hissederim.		

EK D: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.12.2021-43887



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-54022451-050.05.04-43887
Konu : Etik Kurul Kararı - Türkinaz AŞTI

20.12.2021

Sayın Prof.Dr. Türkinaz AŞTI
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı - Anabilim Dalı Başkanı

2021/376 numaralı "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stresin Somatizasyon Bozukluğu ile İlişkisi" başlıklı başvurunuz Üniversitemiz Etik Kurullar Birimi' nin 14.12.2021 tarihli, 26 sayılı Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul toplantısında değerlendirilmiş olup, mevcudun oybirliğiyle onaylanmasına karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof.Dr. İsmail MERAL
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSU46DEH6Z Pin Kodu :87472 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5394&eD=BSU46DEH6Z&eS=43887>
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul Bilgi için: Zübeyde ÖZDEMİR Unvan: Memur
Telefon No:0 (212) 523 22 88 Faks No:0 (212) 533 23 26
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr İnternet Adresi:www.bezmialem.edu.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK E: Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.10.2021-37341



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-97706721-051.99-37341

26.10.2021

Konu : Etik Kurul-Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'nın, 21.10.2021 tarihli dilekçesi.

Prof. Dr. Türkinaz AŞTI'nın ilgi dilekçesi gereğince, "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları Stresin Somatizasyon Bozukluğu İle İlişkisi" isimli çalışmayı Hastanemizde uygulama istemi Etik Kurul onayı ile beraber başvurması halinde Başhekimliğimizde uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr. İbrahim Arif KOYTAK
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BS94KEHE4Z Pin Kodu :02772 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5394&eD=BS94KEHE4Z&eS=37341>
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul Bilgi için: Esma AKÇAKAYA
Telefon No:0 (212) 453 17 00 - 4949 Faks No:0 (212) 453 18 79 Unvan: Evrak Sorumlusu
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr İnternet Adresi:www.bezmialemhastanesi.com

Telefon No: (0212) 4531700-1585



EK F: Somatizasyon Ölçeği İzni



EK G: Algılan Stres Ölçeği İzni



Ayşegül DÖNMEZ

Alici: ben ▾

24 Aralık Cum 10:51

Sevgili Mine,

ASÖ'yü tezinizde kullanabilirsiniz. Ölçek makalesini kaynak olarak kullanmanız uygun olur.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

35040 Bornova/İZMİR

Tel: 0232 3115500

Ayşegül DÖNMEZ,Prof. Dr.

Dean of the Faculty of Nursing at the Ege University

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Mine POLAT KARA

Doğum Tarihi ve Yeri :

E-posta :

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2017, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Hemşirelik Programı

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- 2013-2018 yılları arasında, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Psikiyatri Servisinde hemşire olarak çalıştı
- 2020 yılında itibaren Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Ünitesinde hemşire olarak çalışıyor.